

El Reumatólogo

Nº 7 | otoño 2020



NO TE PIERDAS EL VÍDEO-ARTÍCULO:

La entesitis y el comienzo de las EspA.
Dra. Silvia García, Hospital Universitari
Parc Taulí.



Sumario

4

INVESTIGACIÓN

Bibliografía comentada

9

ARTÍCULOS

Relevancia de la progresión radiográfica en la toma de decisiones terapéuticas en los pacientes con espondiloartritis

24

FORMACIÓN

La formación en la SER no para, sólo cambia de formato

30

SOCIEDADES

El Dr. José Luis Riestra se pone al frente de la Sociedad Asturiana de Reumatología para luchar por la especialidad

31

BLOC DE NOTAS

¿Qué es el sistema GRADE de evaluación de la calidad de la evidencia y graduación de la fuerza de las recomendaciones?

37

NOTICIAS

Nace "Reumafit" para visibilizar la importancia del ejercicio físico en pacientes reumáticos

39

MÁS ALLÁ DE LA CONSULTA

Paz Collado, una nueva amazona

On-line, más juntos que nunca

Una vez más hemos demostrado que los obstáculos no pueden detenernos. Somos una sociedad científica fuerte y consolidada, que siempre mira hacia delante y que, sobre todo, lucha por mejorar la formación continuada de nuestros socios. Y lo vamos a seguir haciendo superando las dificultades a las que nos enfrentamos en este tiempo cambiante. Por ello, no hemos dejado de trabajar para lograr que este próximo Congreso Nacional, aunque diferente, cumpla con vuestras expectativas. A pesar de la distancia, queremos que sientas nuestra cercanía y que on-line seguimos más juntos que nunca.

Este número 7 de 'El Reumatólogo', que continúa siendo en formato digital, incluye los contenidos de los que podrás disfrutar en nuestro XLVI Congreso Nacional, así como los temas más relevantes tratados durante el XI Simposio de Artritis Reumatoide y otros cursos, además de la revisión de interesantes artículos científicos y más noticias.

Dedicamos un reportaje especial a nuestros "Reumoblastos" que se han incorporado con ilusión y compromiso a sus nuevos Servicios y que nos explican sus motivaciones para elegir Reumatología. Además, también damos a conocer una nueva campaña de concienciación, ReumaFIT, con el objetivo de visibilizar la importancia del ejercicio físico en pacientes con enfermedades reumáticas, y otras muchas noticias.

Cuidaos mucho y esperamos que os guste este número de 'El Reumatólogo.'

Dr. José M^a Álvaro-Gracia Álvaro, presidente de la SER.

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. Cristina Macía Villa, Dr. Santiago Muñoz Fernández. **Consejo Asesor** Dres. José María Álvaro-Gracia Álvaro, Juan J. Gómez-Reino Carnota, Sagrario Bustabad Reyes, Marcos Paulino Huertas y Antonio Gómez Centeno. **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

ATREVIÁ

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.

En la revisión bibliográfica realizada aparece un nuevo tema en nuestra especialidad que no podemos obviar que es, cómo no, la COVID-19. Dada la abundancia de artículos, citaremos los que nos han parecido más relevantes y haremos un comentario general a todos ellos.

COVID-19

CITA: *Fredi M, et al. COVID-19 in patients with rheumatic diseases in northern Italy: a single-centre observational and case-control study.* Lancet Rheumatol. 2020 Sep;2(9):e549-e556. doi: 10.1016/S2665-9913(20)30169-7. Epub 2020 Jun 18.

RESUMEN: Se trata de un estudio observacional mediante un cuestionario telefónico para conocer la incidencia de la infección por SARS-CoV2 en 1.525 pacientes con enfermedades reumáticas. Además, se realizó un estudio controlado y pareado por edad y sexo de los pacientes ingresados por neumonía COVID-19 confirmada con y sin trastornos reumatológicos.

Entre los 1.525 pacientes se encontraron 117 (8%) con síntomas de COVID-19. Se confirmó la infección por PCR en 65 pacientes que tenían una edad significativamente superior (68 años vs 57; $p=0.0010$), mayor frecuencia de hipertensión arterial (HTA) (OR 2.8, rango 1.3-6.1; $p=0.031$) y obesidad (OR 11; rango 1.3-83.4; $p=0.0059$) respecto a los pacientes con infección no confirmada. 12 del total de 117 pacientes con COVID-19 murieron (10 casos confirmados por PCR).

En el estudio controlado de pacientes con neumonía COVID-19 no se encontró ninguna diferencia entre los pacientes con y sin enfermedades reumatológicas. Murieron el 15% de los pacientes con enfermedades reumatológicas y el 10% de los controles (diferencia no significativa). Los autores concluyen que los factores asociados a la mortalidad son las comorbilidades y no las enfermedades reumatológicas o sus tratamientos.

“

En la revisión bibliográfica realizada aparece un nuevo tema en nuestra especialidad que no podemos obviar que es, cómo no, la COVID-19”

CITA: Con Y, et al. *Clinical features of rheumatic patients infected with COVID-19 in Wuhan, China*. Ann Rheum Dis 2020;79:1007–1013.

RESUMEN: Estudio retrospectivo de 2.325 pacientes con COVID-19 entre los cuales se incluyen 21 con enfermedades reumatológicas. Los índices de hospitalización y mortalidad fueron similares en ambos grupos encontrándose una mayor frecuencia de insuficiencia respiratoria en los pacientes con enfermedades reumatológicas (38% vs 10%, $p < 0.001$). Los cambios de imagen radiológicos no mostraron diferencias entre los dos grupos.

CITA: Emmi G, et al. *SARS-CoV-2 infection among patients with systemic autoimmune diseases*. Autoimmun Rev. 2020 Jul;19(7):102575. doi: 10.1016/j.autrev.2020.102575. Epub 2020 May 5.

RESUMEN: En este trabajo se estudió la prevalencia de COVID-19 en pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS) y se comparó con la de la población general. Para ello se hicieron entrevistas telefónicas a 458 pacientes con EAS y diversos tratamientos (44% con FAMES, 56% recibían corticoides y 41% biológicos) con un formulario buscando síntomas compatibles con COVID-19. Tan solo 13 pacientes refirieron síntomas de la infección que se confirmó por PCR solo en un caso. La prevalencia encontrada de COVID-19 fue del 0,22% que comparada con la de la población general (0,20%) no mostró diferencias.

CITA: Haberman R, et al. *COVID-19 in Patients with Inflammatory Arthritis: A Prospective Study on the Effects of Comorbidities and DMARDs on Clinical Outcomes*. Arthritis Rheumatol. 2020 Jul 28. doi: 10.1002/art.41456.

RESUMEN: El objetivo de este trabajo fue caracterizar los índices de hospitalización y muerte de los pacientes con artropatías inflamatorias y analizar la influencia de las comorbilidades y de las terapias inmunomoduladoras en los desenlaces de la infección. Para ello se realizaron entrevistas telefónicas, vía Web y seguimiento de registros médicos de forma prospectiva en 103 pacientes con distintas artropatías. El 26% de los pacientes requirió hospitalización y el 4% murió. Los pacientes hospitalizados tenían una frecuencia significativamente superior de edad, HTA y EPOC. Aquellos cuyo tratamiento incluía los corticoides tuvieron una mayor probabilidad de ingreso hospitalario ($p < 0.001$) mientras que los que estaban con algún tratamiento inhibidor de citoquinas no presentaron una mayor índice de hospitalización ni muerte. Los autores concluyeron que entre los pacientes con artropatías inflamatorias, el tratamiento con corticoides se asociaba a un peor resultado de la infección.

CITA: Pablos JL, et al. *Clinical outcomes of hospitalised patients with COVID-19 and chronic inflammatory and autoimmune rheumatic diseases: a multicentric matched cohort study*. Ann Rheum Dis. 2020 Aug 12;annrheumdis-2020-218296. doi: 10.1136/annrheumdis-2020-218296.

RESUMEN: Este es un trabajo español de la Red de Investigación en Enfermedades Reumatológicas (RIER) en el que se realizó un estudio comparativo de cohortes pareado por edad y sexo para averiguar factores de riesgo de COVID-19 severa en pacientes con distintas enfermedades reumatológicas inflamatorias y autoinmunes. Ambas cohortes (con y sin enfermedad inflamatoria) tenían 456 pacientes, todos ellos hospitalizados. En el grupo de pacientes con enfermedad reumatológica, el 60% fueron artropatías inflamatorias y el 40% EAS. Se definió como enfermedad severa si el resultado había sido la muerte, ventilación invasiva, ingreso en UCI o complicación seria con compromiso vital. El riesgo de COVID-19 severa fue del 31.6% y 28.1% en los pacientes con y sin enfermedades reumatológicas respectivamente. En la cohorte de pacientes reumatológicos, el riesgo de infección severa se incrementó con la edad, el sexo varón y comorbilidades diversas (HTA, diabetes, obesidad, enfermedad cardiovascular y pulmonar). En los análisis de regresión logística se encontraron tres factores independientes favorecedores de severidad de la infección: la edad aumentada (OR 4.83, rango 2.78-8.36), sexo varón (OR 1.93, rango 1.21-3.07) y la presencia de una EAS (OR 1.82, rango 1-3.3). Los autores concluyeron que en pacientes hospitalizados por COVID-19, la presencia de una EAS pero no una artropatía inflamatoria ni sus tratamientos, incrementaban el riesgo de padecer una infección severa.





“
En los pacientes
reumatológicos
había diversos
factores del
diagnóstico o del
tratamiento que
podrían contribuir
al riesgo de contraer
COVID-19”

CITA: Pablos JL, et al. *Prevalence of hospital PCR-confirmed COVID-19 cases in patients with chronic inflammatory and autoimmune rheumatic diseases.* Ann Rheum Dis. 2020 Sep;79(9):1170-1173.

RESUMEN: Autores del mismo grupo español RIER de la publicación anteriormente mencionada, investigan de forma retrospectiva la prevalencia de los casos con COVID-19 confirmados por PCR en pacientes reumatológicos de 7 hospitales y los comparan con poblaciones de referencia, encontrando un ligero aumento de 1.32 veces la frecuencia en pacientes reumatológicos respecto a la población general (0.72% vs 0.58%), especialmente aquellos con EAS exceptuando el LES en el que no se encontró dicho aumento. También encontraron un aumento de la prevalencia en pacientes con artropatías inflamatorias en tratamiento con biológicos o con FAMES sintéticos dirigidos (OR 1,6, rango 1,23-2.1) pero no en aquellos con FAMES sintéticos convencionales.

Se concluyó que en los pacientes reumatológicos había diversos factores del diagnóstico o del tratamiento que podrían contribuir al riesgo de contraer COVID-19.

CITA: Scarsi M, et al. *Association between treatment with colchicine and improved survival in a single-centre cohort of adult hospitalised patients with COVID-19 pneumonia and acute respiratory distress syndrome.* Ann Rheum Dis 2020;79:1286–1289.

RESUMEN: Es conocido que la colchicina tiene propiedades antiinflamatorias y posiblemente antivirales. Por estos motivos, los autores realizaron una prueba de concepto para averiguar el efecto de la colchicina en pacientes con COVID-19. Para ello realizaron un estudio comparando el resultado del tratamiento estándar con hidroxiclороquina, antivirales y dexametasona en 140 pacientes ingresados consecutivamente durante dos semanas. Lo compararon con otros 122 pacientes que también ingresaron consecutivamente durante otras dos semanas a los que al tratamiento estándar se añadió 1 mg/d de colchicina. A las tres semanas de seguimiento, los pacientes tratados con colchicina tuvieron una mayor supervivencia (84.2% vs 63.6%, $p=0.0001$). El riesgo de muerte fue menor de manera independiente en los pacientes tratados con colchicina (OR 0.15, rango 0.06-0.4, $p<0.0001$). Los autores concluyeron que su prueba de concepto justificaría un ensayo clínico para confirmar los resultados.

CITA: Ramiro S, et al. *Historically controlled comparison of glucocorticoids with or without tocilizumab versus supportive care only in patients with COVID-19-associated cytokine storm syndrome: results of the CHIC study.* Ann Rheum Dis 2020;79:1143–1151.

RESUMEN: ¿Son efectivos los corticoides en pulsos y los anti-IL6 en la COVID-19 severa? ¿Cuándo emplearlos? Estas son las preguntas que trató de responder este estudio realizado en 86 pacientes con afectación respiratoria por COVID-19 acompañada de un síndrome de tormenta de citocinas. Este síndrome se definió en pacientes con deterioro súbito respiratorio que, además, tenían 2 de estos 3 marcadores biológicos: proteína C reactiva >100 mg/L, ferritina > 900 mcg/L o dímero D > 1.500 mcg/L. A estos pacientes se les administró un protocolo de tratamiento que consistió en la infusión IV de 250 mg de metilprednisolona el primer día seguido de 80 mg en los siguientes 4 días. Si tras el primer día de tratamiento no se obtenía mejoría respiratoria clínicamente relevante, se infundían 8 mg/Kg de tocilizumab iv en dosis única. Los resultados se compararon con un grupo retrospectivo de otros 86 pacientes con los mismos criterios de definición pareados por edad y sexo. Se definió como objetivo primario alcanzar una mejoría significativa (más de dos estadios de 7 posibles) de una escala de la OMS para ensayos en pacientes con neumonía por gripe. Además se valoró la mortalidad y la necesidad de ventilación mecánica.

Los pacientes del grupo de tratamiento alcanzaron el objetivo primario con una probabilidad mayor del 79%. Además, el grupo de tratamiento tuvo un 65% menos de mortalidad y un 71% menos de necesidad de ventilación mecánica que el grupo control, todo ello con significación estadística.

CITA: Landewé RBM et al. *EULAR provisional recommendations for the management of rheumatic and musculoskeletal diseases in the context of SARS-CoV2*. Ann Rheum Dis 2020;79:851–858.

RESUMEN: En este documento se establecen 5 principios generales y 13 recomendaciones por un grupo de 20 expertos nombrados por EULAR con el objetivo de dar consejos para el manejo de las enfermedades musculoesqueléticas en el contexto de la pandemia por SARS-CoV2. Se considera un documento provisional y cambiante en función de la evolución de la pandemia. Las recomendaciones no se basaron en revisiones de la literatura debido a la escasez de información en el momento de realizarlas, son recomendaciones de consenso.

En los principios generales se menciona que no existe una evidencia clara de que los pacientes con enfermedades reumatológicas tengan mayor riesgo de COVID-19, que el responsable del manejo de la infección más adecuado sería un internista o neumólogo con experiencia; se recomienda al reumatólogo integrarse en comités multidisciplinares de toma de decisiones en el área de los inmunosupresores o en el manejo de la infección con éstos; por último, no se aconseja de manera sistemática el uso fuera de indicación de ningún FAME para tratar la COVID-19 si no es en el contexto de un ensayo clínico.

A continuación, se dan 13 recomendaciones específicas. A parte de recomendaciones generales similares a la población en cuanto a contacto, cuarentena, etc., destacan las siguientes:

- Se recomienda la continuación del tratamiento habitual en pacientes no infectados y retrasar los controles habituales de analítica y visitas si los pacientes están estables de su enfermedad y realizar visitas no presenciales siempre que sea posible.
- En pacientes reumatológicos en tratamiento con corticoides que contraen la infección, se recomienda continuar con dicho tratamiento.

CITA: Mikuls TR, et al. *American College of Rheumatology guidance for the management of rheumatic disease in adult patients during the COVID-19 pandemic: Version 2*. Arthritis & Rheumatology Vol. 72, No. 9, September 2020, pp e1–e12. DOI 10.1002/art.41437

RESUMEN: Acaba de aparecer la segunda versión del documento ACR de recomendaciones de manejo de pacientes reumatológicos durante la pandemia COVID-19. En base a una revisión de literatura se establecieron una serie de recomendaciones que se votaron por un método Delphi entre un grupo de 10 reumatólogos y 4 infectólogos. El resultado fue un documento con 27 recomendaciones clasificadas de la siguiente manera:

- Recomendaciones generales: se especifica que los principales factores de riesgo para la COVID-19 son la edad y las comorbilidades. Se habla de las medidas preventivas generales habituales y se recomienda reducir visitas al hospital y prolongar los intervalos de tiempo entre controles de la enfermedad si es posible. También se recomienda mantener los corticoides, si son necesarios, a la mínima dosis posible.
- Recomendaciones para pacientes estables de su enfermedad y no infectados: Se aconseja, en general, mantener los tratamientos necesarios sin restricciones.
- Recomendaciones para pacientes inestables de su enfermedad y no infectados: Tampoco se recomienda ninguna restricción para iniciar o cambiar ningún tratamiento.
- Recomendaciones para pacientes expuestos a la infección: Se recomienda interrumpir los tratamientos inmunosupresores hasta dos semanas después de que desaparezcan los síntomas a excepción de los antimaláricos y los anti-IL6 que se podrían mantener.

“

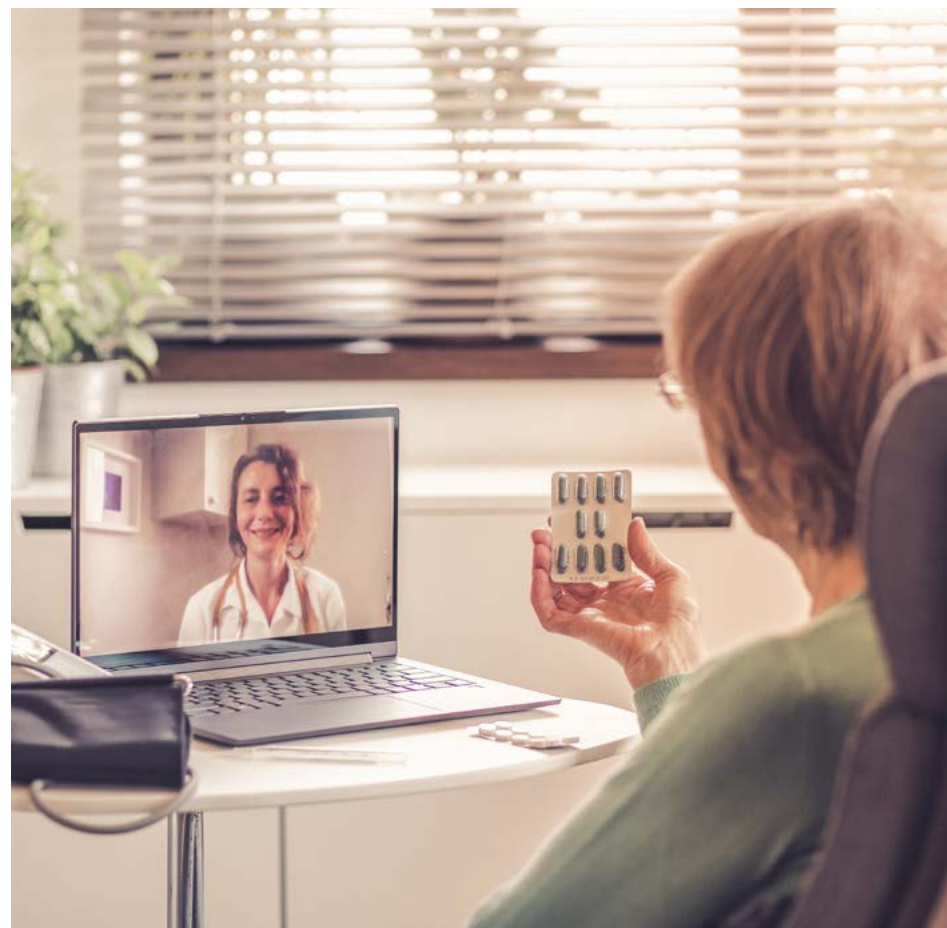
No existe una evidencia clara de que los pacientes con enfermedades reumatológicas tengan mayor riesgo de COVID-19”



CITA: Matucci-Ceniric M, et al. *Systemic sclerosis and the COVID-19 pandemic: World Scleroderma Foundation preliminary advice for patient management*. Ann Rheum Dis 2020;79:724–727.

RESUMEN: En este artículo, en base a revisiones científicas de la literatura disponible y consenso de expertos, se establecen recomendaciones para pacientes con esclerosis sistémica (ES):

- Primero se especifica que debido a la progresión de la afectación pulmonar de la ES o los tratamientos empleados, estos enfermos podrían tener un riesgo incrementado de una COVID-19 severa.
- En general, no se recomienda la interrupción de la terapia inmunosupresora.
- Los pacientes con ciertas comorbilidades como diabetes, hipertensión, enfermedad cardiovascular o EPOC deben vigilarse estrechamente por el aumento de riesgo de severidad de la infección.
- No se justifica, por el momento, hacer test masivos para detectar SAR-CoV2 a los pacientes con ES.
- Se recomienda hacer PCR de SAR-CoV2 y poner en cuarentena a los pacientes con inicio brusco de malestar, tos y fiebre con un seguimiento estrecho telefónico o ingreso hospitalario si hay deterioro de la función respiratoria. La realización sistemática de Rx de tórax o TAC es controvertida puesto que la ES puede dar lesiones difíciles de distinguir de la COVID-19. En caso necesario se puede completar el estudio diagnóstico con serología y lavado broncoalveolar.
- En pacientes con ES que tienen infección aguda por SAR-CoV2, se suspenderá la terapia inmunosupresora dependiendo del balance riesgo/beneficio de producir un brote de ES al suspenderla. No hay un consejo específico.



- No se recomienda suspender la terapia vascular o vasodilatadora en los pacientes con infección activa.
- No se aconseja el uso de terapias preventivas para la COVID-19 como, por ejemplo, hidroxiclороquina.
- Mientras dure la pandemia se aconseja el uso de la telemedicina para evitar visitas innecesarias al hospital.
- Se aconseja valorar el uso de tocilizumab, si no se estaba tratando con dicho fármaco, en pacientes con ES y COVID-19.

COMENTARIO GENERAL: De los artículos revisados parece que lo más consistente en relación a la presencia de una mayor severidad o frecuencia de la COVID-19 en pacientes con enfermedades reumatológicas son la edad aumentada y la presencia de diversas comorbilidades. Otras conclusiones parecen poco consistentes y así hay estudios que han mostrado que los pacientes con EAS no tienen mayor riesgo de COVID respecto a la población general mientras que otros parece que apuntan a un pequeño incremento del riesgo, de la severidad de la infección o de su prevalencia. Los datos aparecidos hasta ahora parece que indican que las artropatías inflamatorias no tendrían un mayor riesgo. En mi opinión, hay que esperar a que aparezcan más estudios que den consistencia a estas erráticas conclusiones.

Por otro lado, la colchicina aparece como un potencial agente útil en la COVID-19 lo cual habrá que confirmar con ensayos clínicos adecuados. Los resultados del estudio revisado son prometedores.

Respecto a la necesidad de dosis altas de corticoides o terapias anti-IL6, los datos revisados apuntan a que un uso precoz al detectarse un síndrome de tormenta de citocinas sería una actitud terapéutica más que razonable.

Los documentos de recomendaciones en pacientes reumatológicos en esta época de pandemia son de obligada lectura para cualquier especialista aunque solo nos dan recomendaciones lógicas y prudentes. Si el lector tiene que elegir alguno, recomendaría la lectura del documento del ACR que, a mi juicio, es más detallado y más práctico.

“
La colchicina
aparece como
un potencial
agente útil en la
COVID-19”

Relevancia de la progresión radiográfica en la toma de decisiones terapéuticas en los pacientes con espondiloartritis



Dr. Manuel José Moreno Ramos
Servicio de Reumatología.
Hospital Clínico Universitario Virgen
de la Arrixaca, El Palmar, Murcia.

INTRODUCCIÓN

El daño radiográfico habitualmente ocurre de manera lenta en los pacientes con espondiloartritis, conllevando una disminución de la capacidad funcional y un deterioro de la calidad de vida. En la actualidad sabemos que diversos tratamientos, entre los que se encuentran las terapias biológicas y los AINE, producen una mejoría clínica evidente, pero el efecto sobre el daño estructural no está claro, aunque cada vez hay datos que apuntan en este sentido. Por tanto, parece relevante la valoración de la progresión radiográfica a la hora de tomar decisiones terapéuticas en estos pacientes.

Las espondiloartritis (EspA), y sobre todo la espondilitis anquilosante (EA), se caracterizan por el eventual desarrollo, con la evolución de la enfermedad, de daño radiográfico, expresado en columna por la aparición de

sindestrofitos y en sacroilíacas por anquilosis, conllevando discapacidad funcional.

Comparando la evolución natural de la enfermedad desde el punto de vista del daño articular en la EA frente a la artritis reumatoide (AR), vemos que en la primera, existe una primera fase de inflamación, que es fluctuante, continúa con una fase erosiva y posterior aparición de tejido de reparación y osteoproliferación con la creación del sindestrofito; sin embargo en la AR la fase de inflamación (que a veces es persistente) es seguida por la erosión ósea, siendo ésta el principal índice de daño estructural en esta enfermedad.

La ventana de oportunidad terapéutica, definida como la fase temprana de la enfermedad sobre la que, actuando enérgicamente, se evita la aparición de daño

estructural, está ampliamente demostrada en la AR. Sin embargo, nos seguimos preguntando si es aplicable en las EspA. En contra, tenemos el retraso diagnóstico clásico, que conlleva la presencia de daño estructural establecido cuando diagnosticamos la enfermedad. Afortunadamente, con la publicación de los Criterios ASAS (2009) podemos llegar de manera más temprana al diagnóstico. Por otro lado, la clásica ausencia de eficacia de los tratamientos sobre el daño estructural también juega en contra. Así, los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) parecen eficaces en la reducción de formación de sindestrofitos en la EA, pero no de una forma clara en la EspA axial no radiográfica. Además, los ensayos iniciales con anti-TNF alfa (anti-TNFα) en EA evolucionada tampoco demostraron la prevención de este daño. Sin embargo, la Resonancia Magnética (RMN) nos ha ayudado a demostrar que esta ventana de oportunidad es posible. Se han publicado trabajos que demuestran que la neoformación ósea es más frecuente sobre lesiones inflamatorias avanzadas, y que los anti-TNFα son eficaces sobre lesiones agudas, frenando inflamación y la eventual aparición posterior de sindestrofitos, no ocurriendo lo mismo con lesiones avanzadas (lesiones dimórficas o “tipo B” y lesiones grasas)¹.

“

**Diversos
tratamientos,
entre los que se
encuentran las
terapias biológicas y
los AINE, producen
una mejoría clínica
evidente, pero el
efecto sobre el daño
estructural no está
claro”**

EFICACIA SOBRE LA PROGRESIÓN RADIOGRÁFICA EN ESPONDILOARTRITIS AXIAL Y PERIFÉRICA

En la actualidad sabemos que la progresión radiográfica a nivel axial (columna y sacroilíacas), es un proceso que ocurre muy lentamente, y se puede manifestar desde cambios inapreciables hasta la evidencia de daño estructural radiográfico (sacroilitis) en aproximadamente el 12% de pacientes tras 2 años de seguimiento. Por otro lado, la aparición de un nuevo sindesmofito en toda la columna tras un período de 2 años, se considera un fenómeno esperable en la EspA axial². Por ello, la valoración del efecto de cualquier tratamiento sobre la progresión del daño estructural deberá ser realizada en estudios con un periodo de seguimiento adecuado para poder detectar diferencias.

Debido a la superposición de las formas de EspA periférica (que se acompañan de psoriasis) con la artritis psoriásica (que permite que los pacientes puedan ser clasificados por criterios ASAS y criterios CASPAR simultáneamente), existe una carencia de trabajos sobre la eficacia de los distintos tratamientos en las EspA con afectación periférica, a favor de la artritis psoriásica.

AINE

Han demostrado eficacia en la reducción del dolor lumbar y rigidez axial en pacientes con EspA, por ello se recomiendan como fármacos de primera línea en estos pacientes.

Algunos datos avalan el uso continuo de AINE y su efecto en el retraso de la progresión radiográfica (fenilbutazona, celecoxib). Se ha evidenciado la superioridad en el uso continuo en pacientes con factores de riesgo de progresión radiográfica (elevación de PCR y sindesmofitos basales) frente a la toma a demanda. Una posible explicación para este hallazgo de los AINE sobre la progresión radiográfica puede estar en el dato de que la COX2 juega un papel importante para los fenómenos de formación ósea. También se ha observado que el uso combinado de AINE continuo y anti-TNFα produce mayor reducción de la progresión radiográfica que cualquiera de las dos estrategias por separado. Con respecto a la afectación periférica, no han demostrado eficacia clínica en el freno de la progresión

radiográfica. Se pueden utilizar para control de signos y síntomas periféricos (articular y entesítico) si son leves³.

En resumen, los datos actuales no son concluyentes y se precisan más estudios que demuestren si existen diferencias entre los AINE clásicos y los inhibidores de la COX en cuanto a su efecto sobre la formación ósea.

FÁRMACOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD SINTÉTICOS (FAME)

Se han publicado diferentes estudios y metaanálisis que han valorado el efecto de distintos FAME (sulfasalazina, metotrexato y leflunomida) sobre la progresión radiográfica axial en los pacientes con EA sin encontrar ninguna evidencia. Con respecto a la afectación periférica (incluyendo artritis psoriásica), tampoco se ha encontrado efecto de estos fármacos sobre el daño estructural⁴.

En lo referente al metotrexate, y centrándonos en la afectación periférica de la artritis psoriásica, las recomendaciones EULAR insisten en la posibilidad de iniciar tratamiento con FAME (principalmente metotrexate), ante datos de mal pronóstico o tras fallo a AINE. Los datos sobre el efecto de este fármaco en la progresión radiográfica de pacientes con artritis psoriásica no han sido concluyentes⁵.

TERAPIAS BIOLÓGICAS

Terapia anti-TNFα

Mientras que los fármacos anti-TNFα han demostrado una disminución de la inflamación axial (evaluada por RMN), los resultados sobre la progresión radiográfica han sido controvertidos (trabajos con etanercept, infliximab y adalimumab en comparación con la cohorte histórica OASIS, no han demostrado eficacia). En pacientes con EA, tratados con Golimumab, no se hallaron diferencias en la progresión radiográfica al comparar dos regímenes de tratamiento a 4 años. En otro trabajo, con infliximab en EA, no se encontraron diferencias entre el grupo tratado con anti TNFα frente al grupo control (cohorte histórica con AINE), a los 4 años, pero a partir de ahí y hasta los 8 años, si se apreciaron cambios en la progresión en los pacientes tratados con anti-TNFα (con una progresión más lenta en estos pacientes). Además, en aquellos pacientes en los que se había comenzado con el anti-TNFα de



manera temprana, la progresión era más lenta que en los que se inició más tardíamente. Existen datos que demuestran una menor progresión en pacientes con más tiempo de exposición al anti-TNFα y con criterios de mal pronóstico. Estos datos sugieren que un inicio precoz en el curso de la enfermedad y un mantenimiento del anti-TNFα a largo plazo pueden tener un importante papel en el retraso de la progresión del daño estructural⁶.

La evolución natural de las formas periféricas de las EspA, distinta de la artritis psoriásica, está poco entendida y estudiada. Estudios con un número reducido de pacientes sugieren una buena respuesta clínica de los anti-TNFα. Sin embargo, no existen trabajos donde se valore el efecto de estos fármacos sobre la progresión radiográfica de las formas periféricas de EspA no psoriásica. En las recomendaciones para el tratamiento de las EspA, tanto axiales como periféricas, no existe ninguna que haga referencia a la progresión radiográfica. Si nos centramos en la afectación periférica de la artritis psoriásica, todos los anti-TNFα han demostrado frenar la progresión radiográfica⁷.

Inhibición de IL-17

En EspA axial, se ha observado en modelos animales que el bloqueo de IL-17 conlleva supresión de la inflamación, así como formación de hueso cortical de buena calidad y menor neoformación ósea, y estos datos se han confirmado en el ensayo Measure 1 en el que secukinumab ha demostrado una inhibición de la progresión radiográfica a 2 años en el 80% de los pacientes, manteniéndose en la extensión a 4 años⁸. Sin embargo, no se incluye grupo control, por lo que estos datos deberán ser confirmados en futuros trabajos en los que se compare con cohortes históricas o aún mejor con anti-TNFα. Con respecto a EspA periférica, aparecen buenos resultados en el ensayo FUTURE 5 en artritis psoriásica⁹.

Con ixekizumab, otro anti-IL17A, existen datos sobre menor progresión radiográfica en artritis psoriásica¹⁰ y en cuanto a mejoría del edema óseo valorado por RMN en EspA axial¹¹.

Inhibición de IL-23 y otros biológicos

En EspA axial, ustekinumab (anti-IL12/23), ofrece datos de mejora del edema óseo por RM en columna y sacroilíacas¹² pero no hay resultados en la actualidad sobre daño

radiográfico. Este fármaco ha demostrado reducir la progresión radiográfica en la afectación periférica de la artritis psoriásica¹³, así como guselkumab (anti-IL23)¹⁴. Otros biológicos como rituximab, abatacept, anakinra, tocilizumab y sarilumab, tampoco ofrecen datos en EspA axial o artritis psoriásica.

Pequeñas moléculas (FAME sintéticos dirigidos)

Tanto apremilast (inhibidor de la fosfodiesterasa 4) como tofacitinib (inhibidor JAK) tienen ensayos en EA que han arrojado mejorías en determinados parámetros clínicos, aunque en la actualidad no han demostrado eficacia clínica robusta en la manifestación axial, y no hay datos sobre daño radiográfico^{15, 16}.

Con respecto a la afectación periférica, ambos fármacos han demostrado eficacia clínica en artritis psoriásica, sin haber obtenido hasta el momento datos favorables sobre progresión radiográfica^{17, 18}.

Resumiendo, la progresión del daño radiográfico en las espondiloartritis es clínicamente relevante debido a la clara asociación con la función física. Por tanto, se ha convertido en un desenlace de interés a evaluar en relación con el uso de terapias biológicas y su capacidad para poder modificar la evolución de la enfermedad.

“

**La progresión
del daño
radiográfico en las
espondiloartritis
es clínicamente
relevante debido a la
clara asociación con
la función física”**

BIBLIOGRAFÍA

1. Maksymowych WP, Morency N, Conner-Spady B, Lambert RG. Suppression of inflammation and effects on new bone formation in ankylosing spondylitis: evidence for a window of opportunity in disease modification. *Ann Rheum Dis* 2013; 72: 23-8.
2. Poddubnyy D, Haibel H, Listing J, et al. Baseline radiographic damage, elevated acute-phase reactant levels, and cigarette smoking status predict spinal radiographic progression in early axial spondyloarthritis. *Arthritis Rheum* 2012; 64: 1388-1398.
3. Gensler LS, Reveille JD, Lee M, Learch T, Brown M, Rahbar MH, Weisman M, Ward M. High Dose Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAIDs) and Tumor Necrosis Factor Inhibitor Use Results in Less Radiographic Progression in Ankylosing Spondylitis – a Longitudinal Analysis [abstract]. *Arthritis Rheumatol*. 2016;68(suppl 10). <http://acrabstracts.org/abstract/high-dose-nonsteroidalantiinflammatory-drugs-nsaids-and-tumor-necrosis-factor-inhibitor-use-results-in-lessradiographic-progression-in-ankylosing-spondylitis-a-longitudinal-analysis/>. Accessed May 27, 2018.
4. Ash Z, Gaujoux-Viala C, Gossec L, Hensor EM, FitzGerald O, Winthrop K, et al. A systematic literature review of drug therapies for the treatment of psoriatic arthritis: current evidence and meta-analysis informing the EULAR recommendations for the management of psoriatic arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*. marzo de 2012;71(3):319-26.
5. Braun J, Landewe R, Hermann KG A, et al. Major reduction in spinal inflammation in patients with ankylosing spondylitis after treatment with infliximab: Results of a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled magnetic resonance imaging study. *Arthritis Rheum* 2006; 54: 1646-52.
6. Maas F, Arends S, Wink FR, Bos R, Bootsma H, Brouwer E, et al. Ankylosing spondylitis patients at risk of poor radiographic outcome show diminishing spinal radiographic progression during long-term treatment with TNF-α inhibitors. *PLoS ONE* 2017; 12(6): e0177231.
7. Smolen JS, Schöls M, Braun J, Dougados M, FitzGerald O, Gladman DD, et al. Treating axial spondyloarthritis and peripheral spondyloarthritis, especially psoriatic arthritis, to target: 2017 update of recommendations by an international task force. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2018;77(1):3-17.
8. Braun J, Baraliakos X, Deodhar AA, Poddubnyy D, Emery P, Delicha EM, Talloczy Z, Porter B. Secukinumab Demonstrates Low Radiographic Progression and Sustained Efficacy through 4 Years in Patients with Active Ankylosing Spondylitis [abstract]. *Arthritis Rheumatol*. 2017; 69 (suppl 10). <http://acrabstracts.org/abstract/secukinumab-demonstrates-low-radiographic-progression-and-sustained-efficacy-through-4-years-in-patients-with-active-ankylosingspondylitis/>. Accessed May 27, 2018.
9. Van der Heijde D, Mease PJ, Landewé R, Rahman P, Tahir H, Singhal A, et al. Secukinumab provides sustained low rates of radiographic progression in psoriatic arthritis: 52-week results from a phase 3 study, FUTURE 5. *Rheumatology* 2020; 59: 1325-1334.
10. Mease PJ, Van der Heijde D, Ritchlin CT, Okada M, Cuchacovich RS, Shuler CL, et al. Ixekizumab, an interleukin-17A specific monoclonal antibody, for the treatment of biologic-naïve patients with active psoriatic arthritis: results from the 24-week randomised, double-blind, placebo controlled and active (adalimumab)-controlled period of the phase III trial SPIRIT-P1. *Ann Rheum Dis* 2017 Jan; 76 (1): 79-87.
11. Dougados M, Cheng-Chung Wei J, Landewé R, Sieper J, Baraliakos X, Van den Bosch F, et al. Efficacy and safety of ixekizumab through 52 weeks in two phase 3, randomised, controlled clinical trials in patients with active radiographic axial spondyloarthritis (COAST-V and COAST-W). *Ann Rheum Dis* 2020; 79: 176–185.
12. Poddubnyy D, Herman K-GA, Callhoff J, et al. Ustekinumab for the treatment of patients with active AS: results of a 28-week, prospective, open-label, proof-of-concept study (TOPAS). *Ann Rheum Dis* 2014; 73: 817-823.
13. Kavanaugh A, Ritchlin C, Rahman P, Puig L, Gottlieb AB, Li S, et al. Ustekinumab, an anti-IL-12/23 p40 monoclonal antibody, inhibits radiographic progression in patients with active psoriatic arthritis: results of an integrated analysis of radiographic data from the phase 3, multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled PSUMMIT-1 and PSUMMIT-2 trials. *Annals of the Rheumatic Diseases*. Junio de 2014;73(6):1000-6.
14. Mease PJ, Rahman P, Gottlieb AB, Kollmeier AP, Hsia EC, Xu XL, et al. Guselkumab in biologic-naïve patients with active psoriatic arthritis (DISCOVER-2): a double-blind, randomised, placebo-controlled phase 3 trial. *Lancet* 2020 Apr 4; 395 (10230): 1126-1136.
15. Pathan E, Abraham S, Van Rossen E, et al. Efficacy and safety of apremilast, and oral phosphodiesterase 4 inhibitor, in ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis* 2013 Sep 1; 72 (9): 1475-80.
16. Van der Heijde D, Deodhar A, Wei JC, et al. Tofacitinib in patients with ankylosing spondylitis: a phase II, 16-week, randomised, placebo-controlled, dose-ranging study. *Ann Rheum Dis* 2017; 76: 1340-1347.
17. Nash P, Ohson K, Walsh J, Delev N, Nguyen D, Teng L, et al. Early and sustained efficacy with apremilast monotherapy in biological-naïve patients with psoriatic arthritis: a phase IIIB, randomised controlled trial (ACTIVE). *Annals of the rheumatic diseases*. 2018; annrheumdis–2017.
18. Wang TS, Tsai TF. Tofacitinib in psoriatic arthritis. *Immunotherapy*. 2017;9(14):1153-1163.

Manejo de las manifestaciones mucocutáneas en el síndrome de Behçet



Dr. Jenaro Graña Gil

Jefe de Sección de Reumatología.
Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

Un varón joven que acude a consulta por fiebre y lesiones nodosas en la piel de las extremidades inferiores, que además tiene aftas orales frecuentes desde hace más de un año, y que presenta lesiones foliculíticas en el torso y cicatrices de úlceras previas en el escroto compone, sin duda, uno de los cuadros clínicos típicos del síndrome de Behçet (SB).

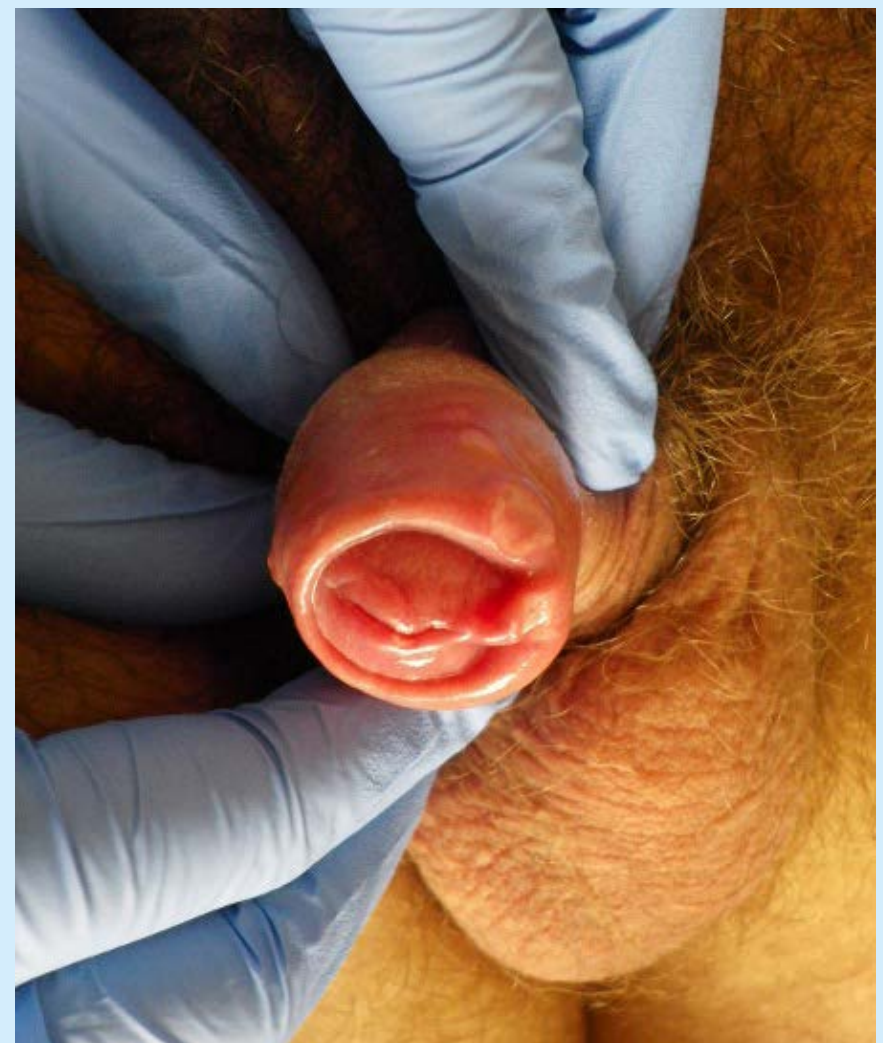
Las úlceras orales aparecen en el 98% de los pacientes con SB. Pueden ser mayores (tipo úlceras de Sutton en la boca o Lipschütz en los labios mayores, entre 1 y 3 cm), menores (tipo Mikulicz, < 1 cm, habitualmente entre 2-5 mm) o herpetiformes (muy pequeñas y agrupadas, 1-2 mm) indistinguibles de la aftosis oral recidivante benigna o familiar. Suele ser la manifestación más temprana del SB en la mayoría de los pacientes si bien éste puede comenzar con otras manifestaciones clínicas, y alrededor del 2-3% de los pacientes nunca desarrolla aftas orales. Para los criterios de clasificación las aftas son criterio obligado y se acepta arbitraria-

mente esa recurrencia definida como, al menos, tres veces en un período de 12 meses. Los criterios posteriores impulsados por Fereydoun Davachi y en cuyo desarrollo participamos, buscaron más sensibilidad evitando la obligatoriedad de las aftas y permiten clasificar como SB a los pacientes con aftosis orogenital recidivante (2+2, 4 puntos)¹

La ulceración genital (figura 1) se comporta de forma similar, a menudo con la aparición de una zona indurada dolorosa previa y suele dejar cicatriz, de hecho, las cicatrices escrotales se consideran específicas del SB.

Las lesiones cutáneas más frecuentes son el eritema nudoso y las lesiones acneiformes con formación de pústulas y ulceración de la piel y cicatrices residuales. Las lesiones acneiformes son más relevantes si el paciente ya no es adolescente, no toma corticoides y tiene lesiones en brazos y piernas, en donde es menos frecuente el acné común. Además, estas lesiones no son

Figura 1. Lesiones genitales: úlceras aftosas en la piel prepucial de un paciente con síndrome de Behçet.



estériles y, a menudo, se asocian a la presencia de artritis. También puede aparecer tromboflebitis superficial, lesiones papulopustulares, úlceras cutáneas y pseudoeritema multiforme que, con frecuencia, muestran en su histología una vasculitis leucocitoclástica con neutrofilia, extravasación de eritrocitos y necrosis fibrinoide².

Se han propuesto varios sistemas para tratar de establecer la intensidad de las aftas en el SB. En el formulario de actividad clínica global del SB (BDCAF) solo se medía la duración de la aftosis y puntuaba de 1 a 4 en la actividad global, pero posteriormente se dicotomizó en ausente o presente (0 vs 1) para un período de 28 días, lo cual es insuficiente para reflejar de forma adecuada la repercusión de las aftas en el paciente. Para evaluar mejor los efectos de las úlceras orales en las funciones orales como comer, tragar, saborear, etc., se desarrolló el Índice Compuesto de Actividad de la Úlcera Oral, que evalúa las 4 semanas previas y puntúa la presencia de úlceras orales autoinformadas (1 punto), el dolor evaluado por una escala analógica visual de 100 mm (5 puntos) y las limitaciones funcionales (4 puntos) que incluyen sabor desagradable y dificultad para hablar y comer/masticar/tragar. Los resultados se correlacionan adecuadamente entre médicos y odontólogos y también con el retraso en la curación de las aftas. Otra escala validada es la puntuación de la gravedad de la úlcera oral (OUSS) que incluye número, tamaño y duración de las úlceras orales, así como el período libre de úlceras, el dolor y las localizaciones (no queratinizadas vs queratinizadas) de las úlceras orales durante las 4 semanas anteriores. Además, incluye el cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud oral (OHRQoL). De manera similar se han elaborado índices de actividad para las úlceras genitales y las lesiones cutáneas³.

La causa de las úlceras orales en el síndrome de Behçet (SB) no se conoce

bien. Por lo tanto, los tratamientos buscan principalmente el alivio del dolor y ayudar a la cicatrización para reducir la duración de los síntomas, así como reducir la tasa de recurrencia.

Los tratamientos de uso empírico que han mostrado eficacia incluyen los corticoides e inmunosupresores de uso tópico o sistémico, y los tratamientos tópicos de barrera⁴. Para reducir el dolor y acortar el tiempo de curación de las aftas se usan enjuagues bucales antisépticos, geles tópicos de lidocaína (2-5%) y pastas orales con acetónido de triamcinolona (al 0.1% en 25 g de orabase). Los enjuagues bucales de dexametasona son útiles para las úlceras bucales posteriores. Para las úlceras mayores se puede inyectar en su base acetónido de triamcinolona (5 mg/ml) y se consigue reducir el tiempo de curación. El sucralfato, en suspensión, se mostró efectivo en el tratamiento de las úlceras aftosas orales en un estudio aleatorizado doble ciego⁵, ya que redujo la frecuencia, el dolor y el tiempo de curación de las aftas. Hay que mantener en la boca 5 ml de suspensión de sucralfato durante al menos un minuto y repetirlo cuatro veces al día.

Para las úlceras escrotales, labiales, púbicas e inguinales son útiles los ungüentos con antisépticos tópicos, antimicrobianos o corticoides de mediana potencia, así como vendajes o apósitos húmedos. Las úlceras mayores localizadas en el vestíbulo, introito vaginal o periné son muy dolorosas. Es conveniente utilizar antisépticos y antimicrobianos tópicos ya que estas úlceras son propensas a la contaminación bacteriana. Para casos graves se pueden utilizar dosis moderadas de esteroides sistémicos. Estas úlceras curan con formación de cicatrices y fibrosis en 3 a 4 semanas.

Para su profilaxis puede tener interés el uso prolongado de inmunosupresores en pacientes seleccionados. La

colchicina (1-2 mg/día), la talidomida (100-200 mg/día), la dapsona (50-150 mg/día) sola o con colchicina, la azatioprina (100-150 mg/día), el metotrexato oral o parenteral (2,5-25 mg/semana) o las dosis bajas de corticoides orales en ciclos cortos han mostrado eficacia. La colchicina puede ser útil para manifestaciones leves-moderadas, especialmente para el eritema nodoso y las aftas genitales en las mujeres. La combinación de penicilina benzatina con colchicina se mostró superior a esta última sola, tanto sobre lesiones mucocutáneas como sobre la artritis. La talidomida consigue unos resultados positivos interesantes, pero ha de mantenerse para evitar recurrencias y puede provocar o empeorar las lesiones nodosas o la aparición de polineuropatía grave lo que, además de sus conocidos efectos teratogénos y los complejos requisitos de uso, han anulado casi completamente su prescripción. La dapsona demostró eficacia en un ensayo clínico controlado con placebo. El micofenolato mofetilo consigue respuestas modestas. Los antagonistas del factor de necrosis tumoral (aTNF) y de la interleucina 1 (IL1) obtienen buenos resultados. El etanercept es el único fármaco evaluado en un ensayo clínico aleatorizado controlado que demostró eficacia para suprimir las manifestaciones mucocutáneas, y disminuir la frecuencia de aparición de úlceras orales y lesiones papulopustulares. También hay publicados casos de tratamiento exitoso de úlceras genitales con adalimumab. El interferón (IFN) α se ha utilizado en lesiones mucocutáneas con resultados contradictorios y una alta tasa de eventos adversos. Algunos estudios sugieren que anakinra, secukinumab y ustekinumab pueden ser útiles en el tratamiento de las úlceras orogenitales del SB. La isotretinoína oral (20 mg/día) puede ser eficaz para las manifestaciones mucocutáneas, disminuir la patergia y la PCR. La intensidad del tratamiento se ajustará a su repercusión en la calidad de vida del paciente⁶.

“
**Los tratamientos
de uso empírico
que han mostrado
eficacia incluyen
los corticoides e
inmunosupresores
tanto de uso
tópico como
sistémico”**

“
El avance más relevante en el tratamiento de las lesiones aftosas orales de síndrome de Behçet lo constituye el apremilast”



El avance más relevante en el tratamiento de las lesiones aftosas orales de SB lo constituye el apremilast⁷, una molécula pequeña que se administra por vía oral y que inhibe la fosfodiesterasa 4 (PDE4). Actúa dentro de la célula modulando una red de mediadores proinflamatorios y antiinflamatorios. La PDE4 es una fosfodiesterasa (PDE) específica del adenosín monofosfato cíclico (AMPC) y la PDE dominante en las células inflamatorias. La inhibición de PDE4 eleva los niveles intracelulares de AMPC, que a su vez regula disminuyendo la respuesta inflamatoria mediante modulación de la expresión de TNF- α , IL-23, IL-17 y otras citocinas inflamatorias. El AMP cíclico modula también los niveles de citocinas antiinflamatorias como IL-10. Estos mediadores proinflamatorios y antiinflamatorios están implicados en la artritis psoriásica y en la psoriasis y también en las formas mucocutáneas de pacientes con SB. Además de la enfermedad psoriásica cutánea y articular, el apremilast está indicado en ficha técnica para “el tratamiento de pacientes adultos con úlceras bucales asociadas a la enfermedad de Behçet (EB) que son candidatos para recibir tratamiento sistémico”. Es el primer y único medicamento con indicación para el SB en ficha técnica. Se utiliza la dosis de 30 mg cada 12h siguiendo las recomendaciones habituales del fármaco que consisten en utilizar la caja inicial de inducción progresiva de las dosis y las recomendaciones para los principales efectos secundarios (diarrea, náusea, cefalea y nasofaringitis) que consisten en hidratarse adecuadamente, hacer comidas pequeñas y frecuentes, disminuir o evitar la cafeína y los edulcorantes artificiales, tomar los comprimidos con comida, evitar bebidas abundantes con las comidas y el ejercicio después de éstas, asegurar un adecuado descanso nocturno y utilizar humidificadores e higiene de manos.

El Servicio de Reumatología del Hospital Marqués de Valdecilla coordinó varios

estudios multicéntricos sobre el uso de apremilast en Behçet en los que pudimos participar. Está pendiente de publicarse el estudio de 51 casos en el que se confirma la utilidad de apremilast en las úlceras orogenitales refractarias del SB⁸. Se consigue un efecto rápido y duradero en la mayoría de estos pacientes con úlceras muy refractarias. Los efectos adversos fueron leves y la mayoría de ellos bien tolerados. En este estudio se recoge por primera vez que el apremilast se puede combinar con FAMEsc o FAMEb con un perfil de seguridad aceptable.

Los antibióticos pueden tener un papel en el tratamiento de las úlceras mucosas y las lesiones cutáneas, especialmente desde que se demostró que las lesiones papulopustulares en el SB no son estériles⁹. La minociclina, probablemente el antibiótico más utilizado para el tratamiento del acné simple puede reducir la frecuencia de las úlceras orales, el eritema nodoso y las lesiones papulopustulares en los pacientes con SB, además, in vitro, es capaz de reducir la producción de citocinas proinflamatorias por las células mononucleares de sangre periférica de pacientes con SB estimuladas con antígeno estreptocócico¹⁰. En un estudio abierto, la azitromicina disminuyó la cantidad de lesiones papulopustulares y úlceras orales¹¹.

Algunas propuestas interesantes no consiguieron buenos resultados, así, ni las pastillas ni las pastas orales con interferón alfa o ciclosporina A pudieron demostrar eficacia en el tratamiento de úlceras orales del SB en estudios doble ciego controlados con placebo^{12,13}. En otro estudio doble ciego controlado con placebo, un gel de cromolina al 4% se mostró ineficaz en el control de las úlceras genitales¹⁴. Sin embargo, otras opciones menos plausibles si consiguieron resultados de interés. En un estudio piloto, las pastillas de Lactobacillus fueron efectivas para controlar las úlceras orales, aunque son necesarios estudios controlados para establecer su utilidad.

“ Los antibióticos pueden tener un papel en el tratamiento de las úlceras mucosas y las lesiones cutáneas”

Finalmente, las úlceras de estasis de las piernas se manejan con apósitos húmedos, la bota de Unna que consiste en un vendaje con ungüentos de zinc que contienen óxido de zinc y enzima colagenasa, y apósitos para heridas. El descanso y la elevación de la pierna son también útiles.

En algunos artículos de revisión se han propuesto opciones de tratamiento tópico para el SB en base a sus niveles de evidencia¹⁵ y tiene interés su lectura, especialmente la actualización de las recomendaciones EULAR de 2018¹⁶.

Hace solo 3 años, Christos C. Zouboulis, un experto dermatólogo y behçetólogo alemán de origen griego propuso un algoritmo terapéutico¹⁷ para el tratamiento de las úlceras aftosas orales crónicas y recidivantes que incluyen las formas leves/moderadas del síndrome de Adamantiades-Behçet. Para las formas graves recomiendan utilizar inmunosupresores tal y como hemos comentado anteriormente.

Paso 1

- Pasta de Amlexanox 5% /12h
- Crema de ácido 5-aminosalicílico 5% /8h
- Solución de sucralfato 5mL /6h

Paso 2

- Pasta oral de acetónido de triamcinolona 0.1% /8h
- Pasta oral de dexametasona 0.1% /6h

Paso 3

- Sucralfato 1g VO /6h
- Colchicina 0.5 ó 1 mg VO /12h

Paso 4

- Pentoxifilina 200 mg VO 712h
- Prednisolona 10-30 mg VO /24h

Con los datos actuales, el paso 5 (no incluido en la propuesta de Zoubulis) incluiría el apremilast.

BIBLIOGRAFÍA

1. International Team for the Revision of the International Criteria for Behçet's Disease (ITR-ICBD). The International Criteria for Behçet's Disease (ICBD): a collaborative study of 27 countries on the sensitivity and specificity of the new criteria. JEADV, 2014;28(3):338-347
2. Melikoglu M, Kural-Seyahi E, Tascilar K, et al. The unique features of vasculitis in Behçet's syndrome. Clin Rev Allergy Immunol. 2008;35:40–6.
3. Gonca Mumcu, Yusuf Yazici, and Gulen Hatemi. Disease Assessment. In: Yusuf Yazici, Gulen Hatemi, Emire Seyahi, Hasan Yazici Editors. Behçet Syndrome. Ed. Springer. Second Edition 2020:261-279. ISBN 978-3-030-24131-5 (eBook). <https://doi.org/10.1007/978-3-030-24131-5>
4. Taylor J, Glenney AM, Walsh T, Brocklehurst P, Riley P, Gorodkin R, et al. Interventions for the management of oral ulcers in Behçet's disease. Cochrane Database Syst Rev. 2014;25(9):CD011018.
5. Alpsoy E, Er H, Durusoy C, Yilmaz E. The use of sucralfate suspension in the treatment of oral and genital ulceration of Behçet's disease: a randomized, placebo-controlled, double-blind study. Arch Dermatol. 1999;135:529–32.
6. Vitale A, Rigante D, Lopalco G, et al. New therapeutic solutions for Behçet's syndrome, Expert Opinion on Investigational Drugs 2016;25(7):827-840, DOI: 10.1080/13543784.2016.1181751
7. Hatemi G, Mahr A, Ishigatsubo Y, et al. Trial of Apremilast for Oral Ulcers in Behçet's Syndrome. N Engl J Med 2019; 381:1918-1928. DOI: 10.1056/NEJMoa1816594
8. Atienza-Mateo B, Martín-Varillas JL, Graña J et al. Apremilast in refractory orogenital ulcers and other manifestations of Behçet's disease. National multicenter study of 51 cases in clinical practice. Preprint en <https://www.researchsquare.com/article/rs-25996/v1>
9. Kaneko F, Oyama N, Nishibu A. Streptococcal infection in the pathogenesis of Behçet's disease and clinical effects of minocycline on the disease symptoms. Yonsei Med J. 1997;38:444–54.
10. Hatemi G, Bahar H, Uysal S, Mat C, Gogus F, Masatlioglu S, et al. The pustular skin lesions in Behçet's syndrome are not sterile. Ann Rheum Dis. 2004;63(11):1450-2.
11. Mumcu G, Ergun T, Elbir Y, et al. Clinical and immunological effects of azithromycin in Behçet's disease. J Oral Pathol Med. 2005;34:13–6.
12. Hamuryudan V, Yurdakul S, Serdaroglu S, Tuzun Y, Rosenkaimer F, Yazici H. Topical alpha interferon in the treatment of oral ulcers in Behçet's syndrome: a preliminary report. Clin Exp Rheumatol. 1990;8:51–4.
13. Ergun T, Gurbuz O, Yurdakul S, Hamuryudan V, Bekiroglu N, Yazici H. Topical cyclosporine-A for treatment of oral ulcers of Behçet's syndrome. Int J Dermatol. 1997;36:720.
14. Mat C, Tuzun T, Ozsoy Y, Erturk G, Mercan E, Fresko I, et al. Cromolyn gel 4% in the treatment of genital ulcers of Behçet's disease. In: Bang D, Lee ES, Lee S, editors. Proceeding of the international conference on Behçet's disease. Seoul: Design Mecca Publishing Co.; 2000. p. 907.
15. Tasli L, Mat C, De Simone C, Yazici H. Lactobacilli lozenges in the management of oral ulcers of Behçet's syndrome. Clin Exp Rheumatol. 2006;24:S83–6.
16. Hatemi G, Christensen R, Bang D, et al. 2018 update of the EULAR recommendations for the management of Behçet's syndrome. Ann Rheum Dis. 2018;77:808–18.
17. Altenburg A, El-Haj N, Micheli C, Puttkammer M, et al. The Treatment of Chronic Recurrent Oral Aphthous Ulcers. Dtsch Arztebl Int 2014; 111: 665–73

Manejo de la afectación neuropsiquiátrica en el LES



Dr. Tarek Carlos Salman Monte

Servicio de Reumatología, Parc de Salut Mar/
Hospital del Mar-ILMIM, Barcelona.

La afectación neuropsiquiátrica en el lupus eritematoso sistémico (LES) es un desafío para el reumatólogo, tanto a nivel diagnóstico como terapéutico. En el año 1999 el Colegio Americano de Reumatología (ACR) propone un conjunto de definiciones de casos para 19 síndromes de LES-NP, con la intención de homogeneizar la terminología con fines en investigación y práctica clínica¹ (tabla 1).

La prevalencia de LES-NP tiene una amplia variación según las series y se estima entre 12%-95%. Para disminuir esta amplia variación algunos autores como Ainiala y col², excluyeron manifestaciones menores o comunes y al excluir éstas, la especificidad para el diagnóstico de LES-NP "franco" aumentó de 46 a 93%. Otro ejemplo es el trabajo de Valdo y col³ en donde se revisaron las diferentes definiciones de LES-NP en los trabajos publicados y determinaron las ventajas y limitaciones de estas. Ya por último Bertoluzzi y col⁴ desarrollaron y validaron un nuevo algoritmo para la atribución de eventos neuropsiquiátricos al LES y diferenciarlos de otro proceso concomitante.

En el año 2010 EULAR elabora unas recomendaciones para el manejo del

Tabla 1. Síndromes neuropsiquiátricos observados en LES

Sistema nervioso CENTRAL	Sistema nervioso PERIFÉRICO
Meningitis aséptica	Polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria aguda (Síndrome de Guillain-Barré)
Enfermedad cerebrovascular	Trastorno autonómico
Síndrome desmielinizante	Mononeuritis simple / múltiple
Cefalea (incluyendo migraña e hipertensión intracraneal benigna)	Miastenia gravis
Trastorno del movimiento (corea)	Neuropatía craneal
Mielopatía	Plexopatía
Trastornos convulsivos	Polineuropatía
Estado confusional agudo	
Trastorno de ansiedad	
Disfunción cognitiva	
Alteración del ánimo	
Psicosis	

“
La afectación neuropsiquiátrica en el LES es un desafío para el reumatólogo, tanto a nivel diagnóstico como terapéutico”

LES-NP⁵. A posterior, encontramos abundante literatura publicada en donde se dan recomendaciones para otros síndromes y complicaciones neurológicas y/o psiquiátricas que se han relacionado con el LES^{6, 7, 8}. Repasamos a continuación el manejo diagnóstico y terapéutico de las diferentes entidades, las dividiremos en síndromes neuropsiquiátricos del sistema nervioso central (SNC) y del sistema nervioso periférico (SNP). Se marcará con un * aquellos síndromes incluidos en las definiciones del ACR de 1999.



En pacientes con LES con presencia de títulos positivos moderados-altos de anticuerpos antifosfolípidos está indicada la anticoagulación oral crónica”

A) SÍNDROMES NEUROPSIQUIÁTRICOS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (SNC)

1- Cefalea*

2-Enfermedad Cerebrovascular*^{5,8}

El mecanismo fisiopatológico implicado en el ictus isquémico es muy variado: estado de hipercoagulabilidad secundaria a síndrome antifosfolípido (SAF), enfermedad cardioembólica secundaria a endocarditis de Libman-Sacks, arteriosclerosis precoz y avanzada en los pacientes con LES y, por último, vasculitis del SNC, muy poco frecuente en el LES (<1% según algunas series).

La RMN cerebral es importante para excluir hemorragia, evalúa el grado de la lesión cerebral e identifica la lesión vascular responsable del déficit isquémico.

Para la prevención primaria del ictus isquémico en pacientes con LES por

tadores de anticuerpos del SAF se aconseja el uso de aspirina profiláctica. El tratamiento del episodio agudo es semejante al del tratamiento en pacientes sin LES. Se debe valorar los pacientes candidatos a fibrinólisis y/o tratamiento quirúrgico. La prevención secundaria del ictus isquémico incluye un control estricto de factores de riesgo cardiovascular, terapia antiplaquetaria y endarterectomía carotídea cuando esté indicado. En pacientes con LES con presencia de títulos positivos moderados-altos de anticuerpos antifosfolípidos está indicada la anticoagulación oral crónica. De elección son los anticoagulantes anti vitamina K (acenocumarol en nuestro medio y Warfarina en medio anglosajón) y en determinadas ocasiones heparina de bajo peso molecular. El INR que hay que mantener es de 2-3 generalmente. En el caso de presentar recurrencias trombóticas arteriales recibiendo anticoagulación estándar, el tratamiento

se puede optimizar asociando antiagregación o aumentando la dosis de anticoagulación (INR 3-4).

Hasta la fecha no hay evidencia de que sean efectivos los nuevos anticoagulantes orales en pacientes con LES y SAF secundario. Se podrían valorar en trombosis venosa si hay contraindicación o alergia para los anticoagulantes anti vitamina K, o si es imposible mantener estable el INR, pero siempre en eventos venosos, no arteriales.

La endocarditis de Libman Sacks es típica en pacientes con LES. Sobre todo, si son portadores de anticuerpos del SAF (aunque puede aparecer en pacientes con LES sin SAF). Normalmente se afectan las válvulas izquierdas, sobre todo la mitral. El Libman Sacks es un mecanismo de ictus tromboembólico, el tratamiento agudo es anticoagulación estándar al igual que para el tratamiento trombotrófico secundario.

Por último, la vasculitis del sistema nervioso central (SNC) es otro mecanismo de accidente cerebrovascular isquémico en el contexto de LES. Su diagnóstico es un desafío (infartos bilaterales en RMN cerebral con realce meníngeo en la RMN, líquido cefalorraquídeo (LCR) alterado, elevación de los marcadores de inflamación y cambios vasculopáticos en los vasos medianos y pequeños en sustracción digital angiográfica). Una vez diagnosticada, la vasculitis del SNC se trata con inmunosupresores (combinación de ciclofosfamida y / o corticosteroides).

3-Disfunción Cognitiva*^{5,8}

La mayoría de los pacientes desarrollan un deterioro cognitivo leve a moderado, con un curso benigno en general. Los dominios más afectados son: atención, memoria visual, memoria verbal, función ejecutiva y velocidad psicomotora. El ACR ha propuesto una batería de pruebas neuropsicológicas de 1 h para diagnosticar disfunción cognitiva en LES (sensibilidad 80%, especificidad 81%).

4-Trastorno Convulsivo y Epilepsia*^{5,8}

Pueden ser un síntoma del LES o de alguna otra complicación ligada a la enfermedad. Su prevalencia es de 2.1-11.6%, más prevalente en lupus juvenil. Suelen ser episodios aislados y la epilepsia es menos frecuente. Los pacientes pueden tener ataques epilépticos tónico-clónicos (67-88%) o parciales (complejos). El EEG es útil para su diagnóstico y la RMN puede identificar las anomalías causantes del trastorno convulsivo. La punción lumbar sólo es útil para excluir infección. Si el episodio es único no es necesario pautar tratamiento antiepiléptico. Cuando las convulsiones coincidan con un estatus inflamatorio o un brote de LES, la combinación de pulsos de metilprednisolona y ciclofosfamida intravenosa, han demostrado eficacia.

5-Trastorno del Movimiento*^{5,8}

La corea es una secuencia continua de movimientos irregulares, involuntarios y espasmódicos que implican cualquier parte del cuerpo en secuencia aleatoria involuntaria. Se ha reportado una prevalencia de 1.2-2% de los pacientes con LES y normalmente se ha asociado a SAF o a presencia de anticuerpos del SAF. Su diagnóstico es clínico. La RMN cerebral generalmente es normal, pero debe hacerse para descartar otras entidades; el tratamiento antidopaminérgico, inmunosupresores, anticoagulación o incluso plasmaféresis, pueden ayudar a mejorar el cuadro.

6-Estado Confusional Agudo*⁵

Caracterizado por un nivel fluctuante de conciencia de inicio agudo, con disminución de la atención. Las condiciones subyacentes suelen ser infecciones y alteraciones metabólicas. Para su tratamiento pueden ser útiles el haloperidol o los fármacos antipsicóticos atípicos (se usan solo cuando no se consigue controlar la agitación y se ha excluido una causa subyacente). Responde bien a la combinación de corticosteroides e inmunosupresores clásicos y en los casos refractarios se puede utilizar ciclofosfamida, rituximab y plasmaféresis.

7-Trastornos Psiquiátricos (Ansiedad, Psicosis, Depresión)*⁵

La depresión mayor es poco frecuente, y la psicosis es rara (puede haber algún caso de psicosis inducida por corticosteroides, pero también es poco frecuente); no existen marcadores serológicos o imágenes típicas cerebrales en la depresión mayor. En algunas series se ha asociado el anticuerpo p-ribosomal a la psicosis. Los glucocorticoides y la terapia inmunosupresora pueden considerarse en la psicosis asociada a LES, especialmente en presencia de actividad generalizada de la enfermedad. En cuanto a la ansiedad, es muy difícil saber si es debida al LES o al impacto que pueda tener el diagnóstico de la enfermedad. Fármacos útiles en esta área son los antipsicóticos, antidepresivos, ansiolíticos, etc.

8-Meningitis Aséptica*⁸

Reportada en el 0.2% de los pacientes. El cuadro clínico se caracteriza por fiebre, cefalea y pleocitosis linfocítica o polimorfonuclear del LCR con microbiología negativa. Se ha relacionado la meningitis aséptica con el uso de AINES (ibuprofeno) en el LES.

9-Enfermedad Desmielinizante*⁸

Se ha reportado en el 0.3 a 2.7% de pacientes y en múltiples ocasiones es indistinguible de la esclerosis múltiple. La presentación de lesiones desmielinizantes sin síntomas de LES aumenta la sospecha de EM. No existe una característica clínica, prueba o modalidad de imagen que pueda diferenciar de manera fiable entre la desmielinización relacionada con el LES y la EM, y el diagnóstico se realiza en base a una combinación de los síntomas, la imagen y los estudios de laboratorio. Si hay síntomas de LES y/o SAF (afectación renal, livedo reticularis, rash cutáneo, artritis, mialgia, cefalea y meningismo) se debe sospechar LES y no EM. En la EM, la RMN cerebral muestra múltiples lesiones de distribución perivascular de localización periventricular con disposición radial perpendicular al eje

longitudinal de los ventrículos laterales ("Dedos de Dawson"), paralelas a la microcirculación cerebral. La presencia de bandas oligoclonales en el LCR favorece el diagnóstico de EM.

La combinación de dosis altas de esteroides seguidos de inmunosupresión es el tratamiento de elección para las afecciones desmielinizantes en el LES, siempre que haya síntomas. También hay que destacar que muchos pacientes con LES portadores de anticuerpos del SAF tienen lesiones desmielinizantes, relacionadas con alteración de la microcirculación, y en muchas ocasiones son asintomáticas, por lo que en estos casos no hay que dar tratamiento.

10-Mielopatía* (Mielitis Transversa)*^{5,8}

Suele presentarse como una mielitis transversa de rápida evolución, pero también puede ser secundaria a etiología trombótica o isquémica. La clínica puede ser de disfunción de la materia gris (disfunción de la motoneurona inferior con flacidez e hiporreflexia) pero también con síntomas de disfunción de la materia blanca (disfunción de la motoneurona superior, con espasticidad e hiperreflexia). Este segundo se asocia más a neuromielitis óptica y a SAF. La RMN de la médula espinal con contraste es útil para excluir la compresión de la médula y para detectar la presencia de lesiones hiperintensas (70–93%) en T2. Si hay afectación de más de 3 segmentos en la médula espinal se denomina mielopatía longitudinal. Se debe realizar RMN cerebral para descartar esclerosis múltiple y también necesario el estudio de LCR para excluir mielitis infecciosa. La combinación de metilprednisolona y ciclofosfamida intravenosas son el tratamiento de elección y pueden ser eficaces si se utilizan con prontitud (en las primeras horas). Otras opciones son las inmunoglobulinas iv y la plasmaféresis. De mantenimiento se pueden utilizar inmunosupresores clásicos (micofenolato, azatioprina, metotrexato, etc.).

11-Trombosis del Seno Venoso⁸

La trombosis del seno venoso se ha reportado en hasta el 0.4-6.6% de los pacientes. Muy relacionado con la presencia de SAF. El síntoma fundamental es la cefalea, pero puede haber otros síntomas como convulsiones y alteración del estado mental. La angio RMN venosa o el angioTC venoso son el método de imagen para el diagnóstico. El tratamiento de elección es la anticoagulación con heparina seguido de anticoagulantes antivitaminas K. También es útil el tratamiento con corticoides ± inmunosupresores, aunque no hay ensayos clínicos al respecto.

12-PRESS (Síndrome de Encefalopatía Posterior Reversible)*⁸

Poco prevalente, sólo reportado en el 0.4-1.8 % de los pacientes con LES. Se ha asociado a sexo femenino, lupus activo, afectación renal e HTA. El cuadro clínico es de encefalopatía, cefalea, convulsiones, alteraciones visuales e ictus isquémico o hemorrágico. La RMN cerebral muestra edema vasogénico principalmente en la parte posterior del territorio circulatorio. La fisiopatología exacta del PRES en el LES sigue siendo desconocida, pero está en relación con la disfunción en la autorregulación del flujo circulatorio y aumento de la barrera de permeabilidad del flujo sanguíneo. El tratamiento se hace con corticosteroides ± inmunosupresores en el caso que haya actividad lúpica acompañante, pero el manejo de esta condición es complejo.

13-Neuritis Óptica Aislada⁸

Sin mielitis transversa acompañante. Normalmente la etiología es isquémica y ligada a la presencia de anticuerpos del SAF, pero también puede ser desmielinizante o por pérdida axonal. La clínica es de escotoma central, disminución de la agudeza visual, dolor orbitario y ocular y puede llevar a ceguera. De forma aislada sin mielitis sólo se ha reportado en el 1% de los pacientes con LES. El tratamiento indicado es corticosteroides ± inmunosupresores y la respuesta suele ser buena.

“

En la mielitis transversa, la combinación de metilprednisolona y ciclofosfamida intravenosas son el tratamiento de elección y pueden ser eficaces si se utilizan en las primeras horas”

14-Leucoencefalopatía Multifocal Progresiva⁸

Enfermedad desmielinizante ligada a activación del virus JC. Se ha asociado al uso de algunos inmunosupresores, sobre todo a rituximab. Se debe aislar al virus JC en el LCR. El manejo terapéutico es muy complejo (poco más que hacer que retirar el inmunosupresor), y es una condición rara y poco frecuente en el LES.

15-Hipertensión Intracraneal Idiopática⁸

Se ha reportado en 0.7-1.5% de los pacientes con LES. La clínica consiste en cefalea posicional, papiledema, alteraciones visuales y parálisis del 6º par craneal. Se trata con acetazolamida y los casos muy severos necesitan de válvula de derivación ventriculoperitoneal.

B) SÍNDROMES NEUROPSIQUIÁTRICOS DEL SISTEMA NERVIOSO PERIFÉRICO (SNP)**1-Polineuropatía, Neuropatía Periférica^{*5,8}**

Reportada del 3.4-7.5% de los pacientes. La sensitiva y la sensitiva motora son las más frecuentes. Puede ser axonal, desmielinizante o crónica. El EMG es muy útil para diferenciarlas. Se deben descartar otras condiciones como diabetes, fármacos, deficiencia de vitaminas, etc. Si se descartan estas entidades, el tratamiento con corticosteroides ± inmunosupresores está indicado.

2-Neuropatía Craneal^{*5,8}

Reportada en el 1.7-2.4% de los pacientes. Se puede afectar un par o varios pares a la vez. Los pares craneales más afectados son III, V, VI y el VII par. La RMN es muy útil para el diagnóstico, el tratamiento inmunosupresor está indicado y si hay positividad para anticuerpos del SAF también se debe anticoagular a los pacientes.

3-Polirradiculoneuropatía Desmielinizante Inflamatoria^{*5,8}

Puede ser aguda (síndrome de Guillan Barré) o crónica. En el LES es más pre-

valente la crónica. El estudio de líquido cefalorraquídeo es muy útil en estos casos y el tratamiento se basa en inmunoglobulinas iv y plasmaféresis. Es una condición rara sólo reportada en el 0.8% de los casos.

4-Trastorno Autonómico^{*5,8}**5-Mononeuritis Simple / Múltiple^{*5,8}**

Reportada en el 1.2 % de los pacientes. Sobre todo, afecta a extremidades inferiores. Puede ser sensitivo-motora o sensitiva pura. El mecanismo fisiopatológico suele ser vasculitis, pero también puede ser por trombosis. Está indicado el tratamiento con corticosteroides ± inmunosupresores.

6-Miastenia Gravis^{*5,8}

Es rara y se ha reportado en el 0.1-0.2% de los pacientes y suele diagnosticarse antes que el LES. En estos casos, la timectomía suele ser el desencadenante de aparición de LES. Los síntomas suelen ser alteraciones visuales, fatiga, debilidad, etc. Para el diagnóstico son útiles el EMG y la detección de los anticuerpos en contra del receptor de acetilcolina.

7-Plexopatía^{*8}**BIBLIOGRAFÍA**

- 1 The American College of Rheumatology nomenclature and case definitions for neuropsychiatric lupus syndromes. Arthritis Rheum. 1999;42:599-608.
- 2 Ainiala H, Hietaharju A, Loukkola J, et al. Validity of the new American College of Rheumatology criteria for neuropsychiatric lupus syndromes: a population-based evaluation. Arthritis Rheum. 2001;45:419-423
- 3 Vivaldo JF, de Amorim JC, Julio PR, de Oliveira RJ, Appenzeller S. Definition of NPSLE: Does the ACR Nomenclature Still Hold?. Front Med (Lausanne). 2018;5:138. Published 2018 May 31. doi:10.3389/fmed.2018.00138
- 4 Bortoluzzi A, Scire CA, Bombardieri S, Caniatti L, Conti F, De Vita S, et al. Development and validation of a new algorithm for attribution of neuropsychiatric events in systemic lupus erythematosus. Rheumatology. (2015) 54:891–8. doi: 10.1093/rheumatology/keu384
- 5 Bertsias GK, Ioannidis JP, Aringer M, et al. EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus with neuropsychiatric manifestations: report of a task force of the EULAR standing committee for clinical affairs. Ann Rheum Dis. 2010;69:2074-2082.
- 6 Schwartz N, Stock AD, Putterman C. Neuropsychiatric lupus: new mechanistic insights and future treatment directions. Nat Rev Rheumatol. 2019;15:137-152.
- 7 Magro-Checa C, Zirkzee EJ, Huizinga TW, Steup-Beekman GM. Management of Neuropsychiatric Systemic Lupus Erythematosus: Current Approaches and Future Perspectives. Drugs. 2016;76:459-483.
- 8 Shaban A, Leira EC. Neurological Complications in Patients with Systemic Lupus Erythematosus. Curr Neurol Neurosci Rep. 2019;19:97. Published 2019 Nov 26. doi:10.1007/s11910-019-1012-1

Tratamiento de fondo de la esclerosis sistémica



Dra. Patricia E. Carreira

Jefe de Sección de Reumatología. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.
Profesor Asociado de Reumatología de la Universidad Complutense de Madrid.

La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad autoinmune compleja, multisistémica, de etiología desconocida, que afecta preferente a mujeres entre 30 y 50 años. Es una enfermedad rara, con una prevalencia de 150-400 casos por cada millón de habitantes, más frecuente en afroamericanos que en caucásicos. Su incidencia anual es variable, estimada entre 14 y 40 nuevos casos por cada millón de habitantes¹. Es muy heterogénea, tanto en su forma de presentación como en su progresión. Abarca un amplio espectro clínico, desde pacientes que presentan únicamente fenómeno de Raynaud y esclerodactilia leve, que evoluciona lentamente a lo largo de años, hasta pacientes con enfermedad cutánea rápidamente progresiva, que en pocos meses presentan endurecimiento dérmico generalizado y afectación orgánica importante. Tiene una elevada mortalidad, más de cuatro veces la de la población general². Las causas de muerte más frecuentes son la enfermedad intersticial pulmonar (EPID) y la hipertensión arterial pulmonar (HAP), y los factores asociados con la mortalidad son la

edad, el sexo masculino, algunos anticuerpos como el anti-topoisomerasa I (anti-Scl70), y la presencia de afectación dérmica difusa y de complicaciones graves como la crisis renal, la EPID y la HAP^{1,2}. La supervivencia a 10 años ha aumentado en las últimas décadas, del 50 a más del 80%, probablemente debido a una mayor accesibilidad al diagnóstico de las formas más leves, a un diagnóstico más precoz y a una terapia más eficaz en algunas complicaciones graves, como la crisis renal esclerodérmica.

Aunque la etiología es desconocida, la hipótesis más extendida es que la ES está originada por algún agente ambiental que actúa sobre individuos genéticamente susceptibles, que pone en marcha el proceso de la enfermedad. Se sabe que en su patogenia están implicados fenómenos autoinmunes e inflamatorios, mecanismos de daño endotelial y microvascular y desarrollo de fibrosis en el tejido conectivo, que es el resultado final, responsable de las diferentes manifestaciones clínicas¹. El tratamiento modificador de la enfermedad "ideal", debería por lo tan-



**“
A los
inmunosupresores
se han unido,
en los últimos
años, las terapias
antifibróticas,
algunos con
resultados
preliminares
alentadores, lo
que aporta algo
de esperanza
en el manejo de
esta compleja
enfermedad”**

to tener la capacidad de actuar a estos tres niveles, inmune, vascular y fibrótico. Hasta el momento, ninguna terapia se ha mostrado eficaz para modificar el curso natural de la ES. Teniendo en mente esta carencia, el tratamiento actual de la ES debe individualizarse de acuerdo a las características específicas de cada paciente, incluyendo las manifestaciones clínicas asociadas a la enfermedad, las comorbilidades y, cada vez con mayor frecuencia, las preferencias del paciente. Muchas de las manifestaciones clínicas se tratan de manera sintomática. Es el caso del fenómeno de Raynaud, las úlceras digitales y la HAP, que se manejan con vasodilatadores específicos, el de la dismotilidad del tubo digestivo, que se trata con procinéticos e inhibidores de la bomba de protones, o el de la crisis renal esclerodérmica, que necesita para su control de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina.

Aunque no dispongamos de ningún tratamiento modificador de la enfermedad, tal como lo entendemos en otras enfermedades reumáticas crónicas, desde hace años se buscan alternativas terapéuticas que puedan cumplir, aunque solo sea parcialmente, este papel. Inicialmente se utilizaron fármacos con teórico potencial antifibrótico, como la D-Penicilamina, la colchicina o la ketanserina. El uso de la D-Penicilamina se generalizó durante los primeros años 80, tras la publicación de dos estudios retrospectivos, no exentos de sesgos, que preconizaban su eficacia. Un ensayo clínico publicado en 1999, realizado en 134 pacientes con ES difusa de corta evolución (≤ 18 meses), no demostró diferencias entre los pacientes que recibieron dosis estándar (750-1000 mg/d) y los pacientes que recibieron dosis muy bajas de D-Penicilamina (125 mg/2 días). Desde entonces, y hasta muy recientemente, los únicos tratamientos utilizados con el objetivo de modificar el curso de la enfermedad han sido los inmunosupresores, con capacidad para actuar

sobre la parte autoinmune e inflamatoria de la ES. Los inmunosupresores se han utilizado en muchas ocasiones, a pesar de disponer únicamente de evidencias débiles y sesgadas, derivadas de estudios observacionales y retrospectivos. A los inmunosupresores, se han unido, en los últimos años, las terapias antifibróticas, algunos con resultados preliminares alentadores, lo que aporta algo de esperanza en el manejo de esta compleja enfermedad.

La escasez de estudios aleatorizados, controlados con placebo, que evalúen la eficacia de diferentes fármacos en la ES, se debe probablemente a su escasa prevalencia y a su importante heterogeneidad clínica, que implica la realización de estudios multicéntricos con un número elevado de centros participantes. Un problema añadido es seleccionar el objetivo primario adecuado para estos ensayos clínicos, que permita demostrar la eficacia de la terapia de forma clara, en un periodo de tiempo limitado. En general, todos los estudios observacionales y ensayos clínicos se refieren a objetivos o desenlaces primarios para órganos determinados (por ejemplo afectación cutánea o pulmonar). Su posible beneficio en la enfermedad de forma global no se ha evaluado, por la ausencia de medidas globales adecuadas diseña-

das para ello. El grupo EUSTAR (European Scleroderma Trials and Research Group), ha desarrollado un índice de actividad global de la enfermedad, que aunque pueda tener utilidad, no ha demostrado ser suficientemente sensible al cambio como para utilizarse como desenlace en ensayos clínicos³. La mayoría de los estudios hasta 2018 han utilizado el cambio en el índice cutáneo modificado de Rodman como objetivo primario. La afectación cutánea aumenta durante los primeros años de la enfermedad, para disminuir espontáneamente después de 4-5 años, en muchos pacientes incluso antes. En este periodo más tardío de la enfermedad, la afectación cutánea, en fase atrófica en muchos casos, prácticamente no se modifica. En la vida real, esto significa que los ensayos solo pueden realizarse en pacientes con ES con afectación cutánea difusa de corta evolución, el único escenario en que su eficacia podrá probarse objetivamente. Recientemente, se ha desarrollado, en pacientes con ES difusa de corta evolución, el índice CRISS (Composite Response Index in Diffuse Cutaneous Systemic Sclerosis)⁴. El objetivo de este índice es mejorar la evaluación de los resultados de los ensayos clínicos, mediante una mejor captura de los diferentes aspectos de la enfermedad. El índice CRISS evalúa

**“
La escasez de estudios aleatorizados que
evalúen la eficacia de diferentes fármacos
en la ES se debe probablemente a su
escasa prevalencia y a su importante
heterogeneidad clínica, que implica la
realización de estudios multicéntricos”**



áreas de la enfermedad susceptibles de mejorar con el tratamiento, como la afectación cutánea, evaluada mediante el índice cutáneo de Rodnan, la afectación pulmonar, medida por la Capacidad Vital Forzada (CVF), la evaluación global de la enfermedad tanto del paciente como del médico, y la funcionalidad, evaluada mediante el cuestionario HAQ (Health Assessment Questionnaire Disability Index). El índice CRISS se ha validado en algunos estudios prospectivos, y actualmente empieza a reemplazar al índice cutáneo de Rodnan, como desenlace primario en muchos ensayos clínicos.

A continuación se exponen los resultados de los ensayos clínicos más relevantes realizados en las últimas décadas en la ES.

El primer ensayo clínico aleatorizado que demostró alguna eficacia en la ES fue el Scleroderma Lung Study I (SLS I), que comparó la ciclofosfamida oral durante 12 meses, frente a placebo, en 158 pacientes con ES de menos de

7 años de evolución y EPID activa. La ciclofosfamida oral demostró un beneficio significativo, aunque marginal, en la función pulmonar, la disnea, la afectación dérmica y la calidad de vida. La mejoría se perdía a los 18 meses (6 meses después de finalizar el tratamiento), lo que apunta a la necesidad de terapia de mantenimiento. Otro ensayo clínico con diseño similar, el Fibrosing Alveolitis in Scleroderma Trial (FAST), comparó 6 meses de ciclofosfamida intravenosa mensual, seguida de azatioprina oral, frente a placebo. A los 12 meses, los beneficios de esta estrategia no eran superiores al placebo, aunque existía una tendencia a la mejoría de la FVC en el grupo de tratamiento. A la luz de estos resultados, y a pesar de la conocida toxicidad de la ciclofosfamida, EULAR (European League Against Rheumatism), en sus recomendaciones de 2017 para el tratamiento de la ES, sugiere que la ciclofosfamida debe considerarse para el tratamiento de la EPID, en particular para pacientes con afectación pulmonar progresiva⁵.

El Scleroderma Lung Study II (SLS II), comparó la eficacia de la ciclofosfamida oral durante un año, frente a micofenolato de mofetilo (MMF) durante 2 años. Tras 24 meses de tratamiento (solo los primeros 12 en el caso de la ciclofosfamida), las dos terapias se mostraron igualmente eficaces⁶. Se observó el mismo resultado cuando se combinaron los datos de los dos estudios (SLS I y SLS II), para incluir un grupo placebo. Al ser la tolerancia al MMF superior a la de la ciclofosfamida, actualmente muchos grupos utilizan MMF como primera opción de tratamiento en la EPID, especialmente en pacientes jóvenes. Los principales efectos adversos del MMF son las alteraciones gastrointestinales, como diarrea y náuseas, que pueden aparecer hasta en la mitad de los pacientes y son dosis dependiente. Al igual que en la ciclofosfamida, otro efecto adverso del MMF es el aumento de infecciones.

El Metotrexate es el fármaco actualmente más utilizado para la afectación cutánea de la ES. Dos ensayos con este fármaco realizados hace años, no alcanzaron el objetivo principal de mejoría cutánea con el fármaco. Sin embargo, un re-análisis bayesiano de los resultados de estos estudios, ha demostrado clara mejoría de la afectación dérmica con este fármaco.

Tres ensayos clínicos han analizado la eficacia del trasplante de células hematopoyéticas en la ES: el Scleroderma Stem Cell versus Immunosuppression Trial (ASSIST), el Autologous Stem Cell Transplantation International Scleroderma Study (ASTIS) y el Scleroderma: Cyclophosphamide or Transplantation Study (SCOT) (7). Los 3 comparan ciclofosfamida intravenosa mensual durante 12 meses con TCH, y en todos el TCH es superior a la ciclofosfamida, no solo en la función pulmonar, sino también en la afectación cutánea y la supervivencia a largo plazo. En el ASTIS, esta mejoría en la supervivencia y la función pulmonar se observa especialmente en pacientes

no fumadores. El estudio SCOT, más focalizado en la EPID, muestra mejoría en casos de fibrosis pulmonar establecida, analizada mediante TACAR cuantitativa computerizada, que sugieren su potencial reversibilidad con el tratamiento. Sin embargo, la mortalidad relacionada con el TCH es elevada, por lo que EULAR solo recomienda su uso en casos graves muy seleccionados⁵.

El Rituximab (RTX) también se ha utilizado en la ES, por el posible papel de los linfocitos B en la regulación de las alteraciones tanto inflamatorias como fibróticas. Un ensayo abierto, aleatorizado, realizado en 60 pacientes con ES difusa de menos de 3 años de evolución y con EPID, demostró que los pacientes tratados con RTX mejoraban la CVF a los 6 meses, significativamente más que los tratados con ciclofosfamida IV mensual, el grupo de control. El estudio no mostró diferencias en la afectación cutánea entre las dos terapias. Hay un nuevo ensayo clínico en marcha en el Reino Unido, con diseño similar, aunque multicéntrico y doble ciego (estudio RECITAL), cuyos resultados se esperan próximamente.

La IL-6 es una citoquinas capaz de activar los fibroblastos, con potencial profibrótico. Por ello, el tocilizumab, un

inhibidor de la IL-6, se ha probado en pacientes con esclerosis sistémica de corta evolución, en 2 ensayos clínicos (fases 2 y 3), realizados en 87 y 110 pacientes con ES difusa de corta evolución. El objetivo primario en ambos casos, la mejoría del índice cutáneo de Rodnan, no se cumplió en ninguno de los estudios. Sin embargo, en ambos se observó una mejoría de la CVF y de la fibrosis pulmonar en el subgrupo de pacientes que la presentaban⁸. A pesar de ello, por el momento no existen ensayos dirigidos a evaluar su eficacia en la EPID asociada a la ES.

El Nintedanib es un triple inhibidor de la tirosin quinasa, que bloquea la proliferación de los fibroblastos. Tras su aprobación en 2014 para la fibrosis pulmonar idiopática, ha demostrado, en un ensayo clínico realizado en 576 pacientes con enfermedad intersticial pulmonar asociada a la esclerosis sistémica, durante 52 semanas, que reduce de forma eficaz el deterioro de la función pulmonar, con un buen perfil de seguridad⁹. Ha sido aprobado para esta indicación por la FDA y la EMA, y actualmente (agosto 2020), está en proceso de aprobación por la agencia reguladora española. Además, está en marcha un nuevo ensayo clínico con

nintedanib en pacientes con ES difusa de corta evolución

La pirfenidona es otro antifibrótico con mecanismo de acción no bien conocido. Su uso está también aprobado en la fibrosis pulmonar idiopática, y está en fase de ensayo clínico en la ES.

Un estudio fase 2 muy reciente, analiza la eficacia del lenabasum, un agonista del receptor cannabinoide CB2 sin efecto central, en 43 pacientes con ES difusa de corta evolución, durante 16 semanas. Con un perfil muy seguro, y a pesar de la corta duración del ensayo, los 27 pacientes que recibieron lenabasum, presentaron una mejoría significativa en el índice CRISS, principal objetivo del ensayo¹⁰. Estos prometedores resultados se están confirmando en un ensayo fase 3, actualmente en marcha.

La lista actual de terapias con potencial antifibrótico en ensayo en la ES es, afortunadamente, muy larga. Fármacos como los inhibidores de la autotaxina, agonistas de PPAR gamma, antagonistas del ácido fosfatídico, anti-integrinas, anti-IL13 y muchos otros, están actualmente buscando su lugar en el tratamiento de la ES.

“
**La lista actual
de terapias
con potencial
antifibrótico en
ensayo en la ES es,
afortunadamente,
muy larga”**

BIBLIOGRAFÍA

1. Allanore Y, Simms R, Distler O et al. Systemic sclerosis. Nat Rev Dis Primers 2015; 1:15002
2. Hao Y, Hudson M, Baron M, et al. Early mortality in a multinational systemic sclerosis inception cohort. Arthritis Rheumatol 2017; 69:1067-77
3. Valentini G, Iudici M, Walker UA et al. The European Scleroderma Trials and Research group (EUSTAR) task force for the development of revised activity criteria for systemic sclerosis: derivation and validation of a preliminarily revised EUSTAR activity index. Ann Rheum Dis 2017; 76:270-6
4. Khanna D, Berrocal VJ, Giannini EH et al. The American College of Rheumatology Provisional Composite Response Index for Clinical Trials in Early Diffuse Cutaneous Systemic Sclerosis. Arthritis Rheumatol 2016; 68:299-311
5. Kowal-Bielecka O, Fransen J, Avouac J et al. Update of EULAR recommendations for the treatment of systemic sclerosis. Ann Rheum Dis 2017; 76:1327-39
6. Tashkin DP, Roth MD, Clements PJ et al. Mycophenolate mofetil versus oral cyclophosphamide in scleroderma-related interstitial lung disease (SLS II): a randomized controlled, double blind, parallel group trial. Lancet Respir Med 2016; 4:708-19
7. Sullivan KM, Goldmuntz EA, Keyes-Elstein L et al. Myeloablative autologous stem-cell transplantation for severe Scleroderma. N Engl J Med 2018; 378:35-47
8. Khanna D, Denton CP, Lin CJF et al. Safety and efficacy of subcutaneous tocilizumab in systemic sclerosis: results from the open-label period of a phase II randomised controlled trial (faSScinate). Ann Rheum Dis 2018; 77:212-20
9. Distler O, Highland KB, Gahlemann M et al. Nintedanib for systemic sclerosis-associated interstitial lung disease. N Engl J Med 2019; 380:2518-28
10. Spiera R, Hummers L, Chung L et al. Safety and Efficacy of Lenabasum in a Phase II, Randomized, Placebo-Controlled Trial in Adults With Systemic Sclerosis. Arthritis Rheumatol 2020 Apr 26. doi: 10.1002/art.41294. Online ahead of print.

La formación en la SER no para, sólo cambia de formato



Tras la vuelta de verano, desde la Sociedad Española de Reumatología hemos continuado con la formación de nuestros socios que ya teníamos planificada y que únicamente ha cambiado de formato debido a la situación actual. Así, hemos celebrado ya el **IV Curso de Neumopatía Intersticial**, con el apoyo de BMS, y que tiene una “vital importancia” ya que, “en muchos casos, esta complicación pasa desapercibida al inicio, y solo se diagnostica cuando ya ha tenido una progresión importante y el paciente presenta síntomas que interfieren con su vida cotidiana, como la tos o la disnea de esfuerzo”. La lesión patológica (histológica) de la enfermedad intersticial pulmonar es una fibrosis pulmonar, habitualmente irreversible. Por tanto, “es imprescindible aumentar el conocimiento de esta complicación tanto en la comunidad reumatológica como en la neumológica, con el fin de realizar un diagnóstico lo más precozmente posible, que permita establecer la estrategia terapéutica más adecuada en cada paciente”, según detalla el Dr. Iván Castelví, uno de los coordinadores de la iniciativa, jun-

to a la Dra. Patricia Carreira y el Dr. José Antonio Rodríguez Portal, de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR).

Además, se celebró el ya tradicional **IX Curso Reumatopics**, con la colaboración de Menarini, que cumple su novena edición y se ha consolidado como una formación fundamental en este campo, en el cual “se está mejorando y homogeneizando la formación en el diagnóstico y tratamiento”, precisa el Dr. Enrique Calvo, uno de los coordinadores, junto a la Dra. Vanesa Calvo. En opinión de los especialistas, el interés en el ámbito de las artropatías microcristalinas es creciente y las opciones formativas van en consonancia, habiendo aumentado enormemente en los últimos años la oferta formativa en nuestro país a nivel local, regional y nacional con cursos, talleres, ponencias, guías y recomendaciones. En concreto, para el curso de este año se eligieron temáticas “con un alto interés tanto clínico como científico y consiguieron generar una gran expectación y debate entre los participantes”.

No nos olvidamos de mejorar la formación de nuestras enfermeras, una pieza clave en el abordaje y mejora de la atención de nuestros pacientes. Por ello, también se celebró el **II Curso de Formación para Enfermería de Reumatología. Manejo de comorbilidades en práctica clínica en espondiloartritis axial y artritis psoriásica**, con la colaboración de Novartis, y bajo la coordinación de los Dres. Raquel Almodóvar y Pedro Zarco, y la enfermera Laura Cano.

Por último, tuvo lugar el **XIX Curso de Tutores y Residentes**, con la colaboración de Galápagos, y que en esta ocasión se abrió a residentes de 2º, 3º y 4º año, a adjuntos de 1º y a tutores. Los directores del curso fueron los Dres. Fco. Javier de Toro y Xavier Juanola y se abordaron temas como los resultados de la ECOE 2019, técnicas para aprender a comunicar, *big data*, tesis doctorales, entre otros.



Participamos en el I Congreso Nacional COVID-19



Nos adherimos al Manifiesto a favor de una respuesta coordinada, equitativa y basada en la evidencia científica frente a la COVID-19. Se puede acceder al documento a través de este enlace:

https://congresocovid19.es/docs/Congreso_COVID19_Manifiesto_ESP.pdf

La Sociedad Española de Reumatología fue una de las participantes en el I Congreso Nacional COVID-19, que tuvo lugar del 13 al 19 de septiembre, con el objetivo de favorecer la transferencia de conocimiento entre las especialidades y profesionales sanitarios más directamente implicados en la pandemia.

Este encuentro multidisciplinar virtual contó con la participación de 52 sociedades científicas y se presentaron más de 400 trabajos de investigación inéditos. En concreto, en 23 mesas redondas y 11 conferencias especiales en las cuales se abordaron aspectos muy diversos relacionados con el virus SARS-CoV-2, desde los fundamentos de la respuesta inmune hasta el manejo de la ventilación invasiva, pasando por los diferentes tratamientos, las estrategias de prevención, cuidados a los pacientes, desarrollo de vacunas o afectación específica de diferentes órganos o sistemas.

La mesa 'Reumatología: más presente que nunca en tiempos de la COVID-19' contó con las siguientes ponencias: ¿Cómo se comportan los pacientes con enfermedades reumatológicas inmunomediadas frente a la COVID-19? (Dr. Jose Luis Pablos); ¿Qué hacer con los tratamientos inmunomoduladores en pacientes que contraen COVID-19? (Dr. José M^a Alvaro-Gracia) y El papel de las terapias biológicas y dirigidas en el manejo de la COVID-19 (Dr. José Gómez Puerta).



Dr. Juan Gómez-Reino Carnota
Presidente Emérito de la Sociedad Española de Reumatología.

Empieza la cuenta atrás para la celebración de nuestro XLVI Congreso Nacional de la SER. El mes de mayo era el mes en el que, tradicionalmente, teníamos la cita. La pandemia provocada por el virus SARS-CoV-2 nos obligó a aplazar nuestro encuentro, con la esperanza de poder retomarlo en formato mixto tras el verano. Lamentablemente, las circunstancias actuales no han mejorado y, por ello, hemos tenido que reconvertir nuestro encuentro en formato *on-line*.

Como en otras ocasiones, desde la SER hemos sabido adaptarnos rápidamente al entorno cambiante, y hemos puesto todo nuestro esfuerzo en preparar un Congreso virtual, manteniendo el mismo contenido científico y promoviendo la idea de que la distancia nos debe unir más.

Ha habido pequeñas modificaciones exigidas por el cambio de formato como eliminar talleres por ser eminentemente prácticos. Por el contrario, se ha añadido una nueva mesa sobre la COVID-19 para abordar diversos aspectos relacionados que tiene una incidencia en nuestra práctica. Además, hemos ampliado el periodo de envío de “abstracts COVID” para fo-

mentar la actualización en este tema de gran interés.

El 20 de octubre arranca el congreso en horario de tarde con la jornada de actualización y tertulias. En los días siguientes hasta el sábado por la mañana se irán sucediendo las mesas redondas, “cómo tratar”, las conferencias magistrales, los simposios satélite, y las otras actividades ya planificadas. Como en otros Congresos, el protagonista será la actualización del conocimiento.

Nos hemos esforzado en preparar un encuentro participativo y dinámico en el que se podrán plantear dudas o preguntas a los ponentes para tratar durante los apartados de discusión. El debate enriquece y no hemos querido prescindir del mismo. Te animo a que participes enviando cuestiones a través de la plataforma *on-line*.

A pesar de las dificultades, hemos hecho un gran esfuerzo para lograr que este Congreso, aunque diferente, cumpla con vuestras expectativas. El excelente resultado final se debe al trabajo extraordinario de muchos miembros de la SER, y a la diligencia y buen hacer del staff de nuestra sociedad. Desde la SER seguimos

apostando por la formación continuada y sabemos que, juntos, vamos a seguir avanzando.

Contamos contigo en este encuentro *on-line* que deseamos constituya un paso más en la progresión de la Reumatología.

Un abrazo virtual.

“
**Contamos
contigo en este
encuentro *on-line*
que deseamos
constituya un
paso más en la
progresión de la
Reumatología”**

¿Qué es lo que te vas a encontrar en el XLVI Congreso Nacional de la SER *ON-LINE*?

Un encuentro dinámico y participativo, con el conocimiento como protagonista.

En esta edición, los temas de la Jornada de Actualización se integran en el programa científico del Congreso. Se abordarán temas de gran interés como la valoración crítica de espondiloartritis axial no radiográfica, la visión actualizada de las miositis, la permeabilidad intestinal, las células CAR-T, las infecciones importadas y el sistema nervioso central e inflamación.



9 ENCUENTROS CON EL EXPERTO

- Análisis crítico de la literatura
- Lectura radiográfica simple
- Los auto-anticuerpos en las enfermedades autoinmunes sistémicas
- No toda la patología ocular es uveítis
- No todo lo que brilla en resonancia magnética es espondiloartritis
- Manejo del tratamiento de pacientes reumáticos con comorbilidades
- Patología del pie. Lo que debemos saber los reumatólogos
- Tratamiento de las úlceras asociadas a la esclerodermia
- Cómo hacer un proyecto de investigación

3 CÓMO TRATAR

- Nefritis lúpica: manejo práctico
- Osteoporosis: actualización en patogenia y abordaje del paciente complejo
- Síndrome de Sjögren: actualización en patogenia y abordaje de la sequedad ocular y bucal

3 CONFERENCIAS MAGISTRALES

- Descubrimiento de las ondas gravitacionales: enseñanzas para los profesionales de la salud
- Cómo valorar el riesgo
- Lo mejor del año en investigación básica y clínica

21 MESAS REDONDAS

- Artritis reumatoide I: imagen, clínica, desenlaces y comorbilidades
- Artritis reumatoide II: tratamiento
- Artropatías microcristalinas
- Artrosis en el 2020
- Comunicaciones Orales I
- Comunicaciones Orales II
- Construyendo el futuro
- Dolor
- Enfermedades reumáticas en el transgénero
- Enfermería
- Espondiloartritis: clínica, desenlaces y comorbilidades
- La ventana de oportunidad en el tratamiento de la artritis psoriásica: nuevas evidencias y rol de las nuevas recomendaciones de manejo de la enfermedad
- Imagen: mirando otros horizontes
- Internacional
- Investigación básica. Bases de la autoinmunidad en Reumatología
- LES y SAF
- Osteoporosis: ¿qué hay de nuevo bajo el sol?
- Reumatología, más presente que nunca en tiempos de la COVID-19
- Reumatología pediátrica
- Síndrome de Sjögren, esclerosis sistémicas y miopatías inflamatorias
- Vasculitis sistémicas

9 TERTULIAS

- Big data y machine learning
- Docencia Pre
- Epidemiología básica para reumatólogos
- Gestión
- JOVREUM y EMEUNET
- Medicina privada
- Metrología de espondiloartritis axial y artritis psoriásica
- Nuevas tecnologías de la información centradas en la medicina
- Unidad de Investigación SER

8 MESAS COMPARTIDAS

8 SIMPOSIOS SATÉLITES

Envía tus preguntas

A pesar de la distancia, estaremos muy conectados y el debate está garantizado. Se podrán realizar todas las preguntas a través de la plataforma virtual. De hecho, para las tertulias se podrán enviar, incluso, con antelación. ¡Queremos que participes!

Más de medio millar de especialistas se han dado cita en el XI Simposio de AR

Por primera vez, desde la Sociedad Española de Reumatología hemos celebrado un Simposio *on-line*, que ha sido un éxito de asistencia.

La situación producida por la pandemia de COVID19 nos ha obligado a cambiar el formato, pero hemos mantenido el programa científico, que ha contado con una alta calidad, gracias a la participación de ponentes, tanto nacionales e internacionales, de reconocido prestigio. Los asistentes han podido interactuar con ellos enviando preguntas durante las ponencias y las discusiones en directo.

El presidente de la SER, el Dr. José María Álvaro-Gracia, durante la inauguración, ha contado con la colaboración del Dr. Jesús Babío, quien hubiera ejercido como presidente del Comité Local, si se hubiera podido realizar el XI Simposio de Artritis Reumatoide en Gijón.

MESA DE BÁSICA Y PATOGENIA

Arrancaba la primera Mesa con el Dr. Joan Miquel Nolla poniendo atención en la sarcopenia, un problema a menudo infravalorado en los pacientes con artritis reumatoide (AR) y para el que, a pesar de ser un importante factor de riesgo de eventos adversos graves en estos pacientes, no hay ensayos clínicos, ni realizados en el pasado ni en fase de desarrollo en la actualidad sobre el tratamiento de la sarcopenia en AR. Y, sin embargo, debería incluirse entre los trastornos comórbidos a considerar en el paciente con AR establecida, especialmente si tiene edad avanzada.

En esa misma mesa, el Dr. José Luis Pablos recorrió el perfil inflamatorio: de la patogenia al tratamiento. Entre otros temas, repasó las ventajas de la Medicina personalizada en la artritis reumatoide y la importancia del perfil temporal de los pacientes con AR.

La Dra. Beatriz Rodríguez puso el foco de atención en el microbioma, un factor exter-

no que ha demostrado ser un factor fundamental en el desarrollo de enfermedades autoinmunes como la AR. Una de las principales funciones de la microbiota es la inmunomodulación del sistema inmune, a través de la diferenciación de linfocitos TCD4+ y la inducción de síntesis de IgA. Además de ser capaz de degradar fármacos y toxinas. De manera que estudiando la disbiosis intestinal se ha comprobado que, aunque es difícil detectar una comunidad microbiana concreta asociada con la enfermedad, sí que parece existir alteraciones en las funciones del microbioma asociadas con la artritis reumatoide. Y lo mismo ocurre con la microbiota oral, concretamente la subgingival.

MESA COMORBILIDADES

El Dr. Ricardo Blanco iniciaba su intervención hablando de "Enfermedad tromboembólica y JAKINIB", recordando que las conectivopatías, como el lupus o el síndrome de Sjögren, presentan mucho más riesgo de sufrir esta comorbilidad que la AR, pero que los estudios han demostrado que tampoco es baladí en dicha patología, ya que los pacientes con AR tienen el doble de riesgo de sufrirla que la población general, sobre todo aquellos pacientes con mayor actividad de la enfermedad.

A continuación, el Dr. Alejandro Escudero se refería a la enfermedad pulmonar intersticial, una comorbilidad que se ha descrito en pacientes con AR prácticamente con todas las terapias empleadas, ya que se trata de una comorbilidad muy común en la AR y, por ello, es difícil de distinguir casualidad y causalidad. Siendo la segunda causa de muerte de pacientes con AR por detrás de las patologías cardiovasculares.



El Dr. Jonathan Cavanagh, abordó la depresión y las alteraciones cognitivas en pacientes con AR, insistiendo en que, de todos los trastornos de salud mental, la depresión es la que se asocia en mayor medida con esta enfermedad reumática, si bien es cierto que las estimaciones de la prevalencia varían significativamente. Algunos estudios la sitúan entre el 8 y 18% en estos pacientes. Asimismo, puso de manifiesto que una investigación británica vinculó los síntomas depresivos y las experiencias subjetivas de la enfermedad, no encontrando diferencias en los tamaños del efecto entre objetivo (por ejemplo, marcadores sanguíneos inflamatorios) y subjetivo (como dolor o sensibilidad en las articulaciones) aspectos de la enfermedad en recogidos en 'DAS28'.

CONFERENCIA MAGISTRAL

En esta ocasión la Conferencia Magistral corrió a cargo del Dr. S Louis Bridges, quien puso de manifiesto cómo los estudios genéticos en AR son fundamentales para diseñar estrategias futuras para prevenir la enfermedad en familiares de pacientes y para diseñar tratamientos individualizados.

MESA ARTRITIS REUMATOIDE E INFECCIÓN

El Dr. Jaime Calvo se encargaba de iniciar la sesión con una ponencia sobre vacunas en la que insistió en la importancia de la vacunación de la gripe y el neumococo, así como de la comprobación del estatus del paciente frente al VHB, para en los seronegativos realizar vacunación, y valorar la vacunación del herpes zóster en determinadas circunstancias, entre otras recomendaciones.

A continuación, el Dr. José Andrés Román Ivorra realizó una ponencia sobre las infecciones. Comenzó recordando que entre 1960 y 2000 se documentó una alta tasa de infecciones en AR, sobre todo en articulares y pulmonares, subrayando que los pacientes con AR tienen mayor riesgo de desarrollar una infección grave que la población general (HR 1.7-1.83) y dicho riesgo aumenta con el consumo de DMARDs-sc, DMARDs-b, DMARDs-sd y especialmente con corticoides. Abordó los factores de riesgo en la época prebiológica y en la era de los



biológicos. En este sentido, el Dr. Román recordó que hay que considerar que el tratamiento con terapias biológicas aumenta el riesgo de infecciones graves en huesos, articulaciones, piel, partes blandas y tracto respiratorio, en especial con antiTNF, aunque abatacept y etanercept tienen riesgos más bajos.

Para finalizar la mesa, el Dr. Raimon Sammartí recogió el guante con su ponencia sobre "Uso de FAMES biológicos y sintéticos dirigidos en portadores víricos". En general, quedó claro que las terapias biológicas/dirigidas son seguras en pacientes con enfermedades inmunomediadas e infección crónica por virus (especialmente Hepatitis C, HIV), aunque hay que prestar atención en Hepatitis B por el riesgo de reactivación (especialmente rituximab sin olvidar los glucocorticoides), por lo que es necesario hacer screening y evaluar siempre la posible existencia de infección oculta. En el caso del Papilomavirus, que es altamente prevalente en población joven, puede haber mayor susceptibilidad en enfermedades inmunomediadas (especialmente en el LES) y no hay que olvidar que hay dudas acerca de la seguridad de la terapia biológica, por lo que el screening es necesario y la vacuna más que recomendable.

MESA COMPARTIDA

La Dra Rosario García de Vicuña abordó el tema "Datos de vida real en el tratamiento de la AR con los inhibidores de JAKS: ¿qué hemos aprendido?" e invitó a los asistentes a que presten atención a los datos que se presentarán al respecto sobre España en el XLVI Congreso de la SER.

Por su parte, la Dra. Noemí Garrido Puñal se encargó de hablar de "Nuevos fármacos en la AR: presente y futuro". En la ponencia se trató más en detalle sobre upadacitinib, peficitinib y filgotinib, como inhibidores de JAK que estarán disponibles en un futuro inmediato. Asimismo, se repasaron los fármacos actuales y se habló de tratamientos como otilimab, disponibles en un futuro menos inmediato, pero no muy lejano.

MESA DEBATE. PEQUEÑAS MOLÉCULAS O BIOLÓGICOS TRAS FALLO A METOTREXATO

Los Dres. Antonio Gómez-Centeno y Jesús Tornero pusieron voz a este dilema recurrente en las consultas de Reumatología en la actualidad: ¿Qué es mejor utilizar en el paciente con artritis reumatoide activa y respuesta inadecuada al metotrexato? El Dr. Gómez-Centeno abogó por el uso de pequeñas moléculas, con argumentos como el perfil de seguridad favorable ante infecciones oportunistas, así como ante riesgo cardiovascular o fenómenos tromboembólicos; mientras que el Dr. Tornero defendió el uso de los biológicos destacando que se tiene mayor conocimiento y experiencia en el uso de los agentes biológicos, ya que llevan mucho más tiempo en el mercado y su precio es menor, dada la existencia de los biosimilares. Ambos dejaron claro la similitud de eficacia entre ambos grupos terapéuticos demostrada por revisión sistemática de la evidencia científica y datos de práctica clínica.

MESA MISCELÁNEA

La Dra María Dolores Ruiz Montesino arrancaba la jornada del sábado con una

ponencia sobre "Imagen y remisión en artritis reumatoide" en la que quedó claro la importancia del uso de técnicas como la ecografía y la resonancia magnética nuclear. La primera porque ayuda a predecir el progreso del daño y la segunda porque contribuye a detectar erosiones antes que otras técnicas, como los RX. No obstante, también insistió en la necesidad de revisar la definición de remisión.

Continuaba la Mesa con la intervención de la Dra. Mercedes Alperi hablando sobre la remisión libre de fármacos en artritis reumatoide. Entre otros asuntos, abordó el relacionado con los factores predictores y alertó sobre la posible reactivación que, según la evidencia que se tiene al respecto, experimenta un número considerable de pacientes, siendo mejor la remisión libre de fármacos si dicha remisión se consigue antes y con tratamiento intensivo.

La Dra. Paloma Vela ponía encima de la mesa si se debería cambiar la forma de evaluar la artritis reumatoide, advirtiendo sobre los problemas que puede traer consigo el sobretratamiento. También habló sobre la cantidad de aspectos a evaluar, incluyendo componentes subjetivos, como la ansiedad y la depresión. Tampoco dejó de lado cómo afectan las comorbilidades en dicha evaluación.

Por su parte, el Dr. Javier Narváez expuso los criterios de cribado de enfermedad pulmonar intersticial en pacientes con artritis reumatoide. En este sentido, habló del proyecto AR-EPIDSER que se está llevando a cabo desde la Sociedad Española de Reu-

matología y cuyo objetivo general es el de definir criterios clínicos que sirvan de referencia para la derivación entre los Servicios de Reumatología y Neumología de pacientes con artritis reumatoide y sospecha de enfermedad pulmonar intersticial, y pacientes con EPI y sospecha de AR.

MESA DEBATE. ESTÁNDARES DE CALIDAD EN EL MANEJO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE

¿Es posible una gestión eficiente de recursos en el manejo de pacientes con artritis reumatoide? Esta es la pregunta que trató de responder la Dra. Sara Manrique durante su exposición, en la que abordó asuntos como los costes directos e indirectos de la AR, la importancia de la implicación del reumatólogo en la gestión y el papel esencial de la Enfermería.

A continuación, el Dr. José Luis Andréu abordó las barreras en la implementación de una estrategia basada en objetivos en el tratamiento de pacientes con artritis reumatoide. Puso énfasis en las decisiones compartidas y el T2T, además de recordar la importancia de visibilizar entre la población general lo vital que resulta un diagnóstico precoz, y, por ende, que dicha población sea capaz de identificar los síntomas y acudir al reumatólogo lo antes posible. Precisamente, la Dra. Susana Romero, finalizó la mesa con su ponencia sobre cómo mejorar la accesibilidad de los pacientes con artritis reumatoide al Sistema Sanitario y la necesidad de disminuir el retraso diagnóstico.

MESA TRATAMIENTOS

Los Dres. Ernest Choy, Alejandro Balsa y Jose María Álvaro-Gracia, se encargaron de poner el broche final al XI Simposio de Artritis Reumatoide, en la Mesa destinada a los Tratamientos. En ella se habló de las pequeñas moléculas, así como de las últimas actualizaciones de las guías EULAR de tratamiento de la AR y de la pertinencia de suspender los corticoides en pacientes con AR. Este último asunto fue abordado por el Dr. Álvaro-Gracia, quien compartió con los asistentes información muy interesante que se ha publicado recientemente, sobre el primer estudio aleatorizado y doble ciego, con el que por primera vez se tienen datos sobre lo que ocurre cuando se suspenden los corticoides en pacientes con AR que están clínicamente comprobados.

El Dr. José Luis Riestra se pone al frente de la Sociedad Asturiana de Reumatología para luchar por la especialidad



La Sociedad Asturiana de Reumatología ha cambiado su Junta Directiva, ahora encabezada por el Dr. José Luis Riestra, reumatólogo del Hospital Universitario Central de Asturias, y que se plantea entre sus objetivos desarrollar la especialidad, defender la Sanidad pública y privada, y luchar por la implantación lógica y gradual de los fármacos biosimilares, sin que se tenga en cuenta únicamente los "criterios economicistas". Además, se va a seguir trabajando de forma conjunta con las asociaciones de pacientes y se intentará mejorar el conocimiento de la especialidad entre la población general, entre otras cuestiones.

Asimismo, el Dr. Riestra señala que el principal reto en su comunidad autónoma se relaciona con el déficit de reumatólogos, al haber 17 especialistas en el SESPA para atender a un millón de habitantes, aproximadamente. En este sentido, denuncia que hay varios hospitales comarcales sin reumatólogo, lo cual dificulta la atención.

También apuesta por fomentar y afianzar la formación y, en definitiva, intentar garantizar una atención de calidad para todos los pacientes reumáticos.

DESCARGA NUESTRA APP y podrás **Ganar**

Vuelo, alojamiento e inscripción al
Congreso del American College
of Rheumatology de 2021

ReumaQuiz



JUEGA
Y
GANA

¿Qué es el sistema GRADE de evaluación de la calidad de la evidencia y graduación de la fuerza de las recomendaciones?

En los últimos años, el sistema GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*) se ha establecido como uno de los métodos de referencia internacional en la elaboración de guías de práctica clínica, siendo además la metodología recomendada por la Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud (GuíaSalud). GRADE abarca la totalidad de etapas del proceso, desde la formulación de la pregunta de investigación y selección de los desenlaces de interés, hasta la redacción final de las recomendaciones. Por ello, la SER está adoptando paulatinamente GRADE en sus guías y documentos de recomendaciones.

Entre las principales características de este sistema de clasificación de la evidencia y graduación de las recomendaciones, destacan las siguientes:

- La evaluación de la calidad (o confianza o certidumbre) de la evidencia se realiza de forma separada para cada desenlace de interés, que el grupo de trabajo ha priorizado previamente durante la formulación de las preguntas. Asimismo, se realiza una evaluación global final para todos los desenlaces de interés, con el fin de informar el proceso que lleva de la evidencia a la recomendación.
- La calidad de la evidencia se determina más allá del riesgo de sesgo asociado al diseño o ejecución de los estudios, e incluye otros factores como la consistencia de los resultados, su precisión, el sesgo de publicación o la magnitud del efecto causado por la intervención.
- En el paso de la evidencia a las recomendaciones, y la graduación de la fuerza de las mismas, es preciso tener en cuenta no solo la calidad de la evidencia, sino otros aspectos como el equilibrio entre efectos deseables y no deseables, los valores y preferencias de los pacientes, y los costes (asignación de recursos).

BIBLIOGRAFÍA

- Grupo de trabajo para la actualización del Manual de Elaboración de GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Actualización del Manual Metodológico [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Zaragoza: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS); 2016 [febrero 2018]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/manual_gpc_completo.pdf
- Guyatt Gordon H, Oxman Andrew D, Vist Gunn E, Kunz Regina, Falck-Ytter Yngve, Alonso-Coello Pablo et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations BMJ 2008; 336 :924

Proyecto EISER: la suma de la Reumatología y Gastroenterología, a favor de los pacientes

Los investigadores principales, Dres. Jesús Sanz y Ana Gutiérrez, nos explican objetivos, situación actual, valoración y previsiones de este estudio, que supone un ejemplo claro de la necesidad y beneficios del trabajo multidisciplinar. Esta iniciativa cuenta con el apoyo de Janssen.



Dr. Jesús Sanz Sanz
Reumatólogo del Hospital Universitario
Puerta de Hierro Majadahonda

¿POR QUÉ SE PLANTEARON LA NECESIDAD DE PONER EN MARCHA EL PROYECTO EISER?

Es bastante conocida la coexistencia de inflamación intestinal en un gran porcentaje de pacientes con espondiloartritis (EspA). De ellos, entre el 6 y 10% aproximadamente pueden llegar a tener una enfermedad inflamatoria intestinal (EII) bien establecida. Dada la importancia del diagnóstico y tratamiento precoz de estas patologías, los pacientes con EspA pueden beneficiarse del desarrollo de estrategias que posibiliten una detección temprana de una EII asociada. No existen trabajos multicéntricos que estudien la magnitud de este problema de forma conjunta en pacientes con espondiloartritis axial (EspAax) y artritis psoriásica (APs) y, por lo tanto, este proyecto es una buena oportunidad que resulta tan atractiva como necesaria.

¿CUÁLES SON SUS OBJETIVOS?

El objetivo fundamental va a ser estimar la prevalencia de EII no diagnosticada en pacientes con EspAax y APs. Además, se va a intentar dar valor a biomarcadores como la calprotectina fecal en el manejo de estos pacientes, intentar buscar otros marcadores proteicos que puedan ser útiles y estudiar si existe alguna relación de la micro-

biota intestinal con los hallazgos endoscópicos, entre otros.

¿EN QUÉ FASE SE ENCUENTRA DICHO PROYECTO Y PARA CUÁNDO SE ESPERA OBTENER RESULTADOS?

En la actualidad ya ha sido aprobado por el Comité Ético de referencia y se ha procedido a la selección de centro participantes para lo que hubo una convocatoria pública desde la SER. Finalmente, son 14 los centros que cumplen los requisitos de participación, así que una vez que se completen los trámites administrativos comenzaremos el reclutamiento de pacientes, que será de 1 año de duración. Aproximadamente, se espera que en año y medio tengamos los resultados para su difusión.

¿CREE QUE NO SE DIAGNOSTICAN CORRECTAMENTE LOS CASOS DE EII EN LOS PACIENTES REUMÁTICOS CON ESPA? ¿SERÁ NECESARIO ALGÚN CAMBIO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA PARA MEJORAR ESTE ASPECTO?

No es que no se diagnostiquen correctamente, es que necesitamos aprender a detectarlos precozmente que yo creo que es lo más importante de la cuestión porque es lo que cambiará el pronóstico de nuestros pacientes con

EspA. Para ello necesitamos conocer adecuadamente la utilidad de las herramientas que ya tenemos e, incluso, incorporar otras que puedan ayudar a realizar el diagnóstico de forma más práctica y precisa. Esto, obviamente, supondrá algunos cambios en la práctica clínica.

“

**Aproximadamente,
se espera que
en año y medio
tengamos los
resultados para su
difusión”**



Dra. Ana Gutiérrez Casbas
Gastroenteróloga del Hospital General Universitario de Alicante

¿QUÉ PAPEL JUEGAN LOS GASTROENTERÓLOGOS EN EL ABORDAJE DE LAS ENFERMEDADES REUMÁTICAS? ¿Y EN CONCRETO, EN LAS ESPONDILOARTRITIS?

Las espondiloartropatías se asocian a la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) en un porcentaje considerable de casos, por tanto, los gastroenterólogos hemos de trabajar conjuntamente con nuestros colegas reumatólogos en el manejo de estos pacientes, perfilando los tratamientos que mejor puedan controlar ambas patologías. Por otro lado, la relación entre ambas especialidades ha de ser muy fluida para favorecer el diagnóstico precoz de la EII o de otras patologías digestivas en estos pacientes, así como de las manifestaciones extraintestinales articulares en los pacientes con EII.

¿POR QUÉ CONSIDERA IMPORTANTE LA PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO EISER, JUNTO CON LA SER?

Creo que la colaboración institucional entre nuestras dos sociedades, SER y GETECCU (Grupo Español de Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa) es básica. De hecho, compartimos en la práctica clínica muchos pacientes dado que los enfermos afectados de enfermedad inflamatoria intestinal (EII) tienen a menudo manifestaciones fuera del intestino (extraintestinales), siendo entre ellas las articulares las más frecuentes. En muchos hospitales ya se dispone de unidades multidisciplinarias de enfermedades inmunomediadas y en otros de consultas compartidas Reumatología-Digestivo o de Comités para el manejo conjunto de pacientes.

Respecto al proyecto EISER hemos de pensar que los pacientes con espondiloartropatías tienen en un porcentaje considerable inflamación intestinal que puede ser microscópica, es decir detectarse sólo en las biopsias, o macroscópica, en este caso se observa inflamación sobre todo en forma de úlceras en las pruebas de imagen. Serían pacientes sin síntomas digestivos que, por tanto, no son diagnosticados de EII por sospecha clínica. Lo interesante es saber quiénes de estos pacientes desarrollarán EII, que tiene un manejo específico pues no todos los fármacos usados en las espondiloartropatías funcionan en los pacientes con EII.

¿CÓMO AFECTAN LAS EII EN LOS PACIENTES? ¿CÓMO DEBE SER SU ABORDAJE Y SU TRATAMIENTO

Las EII, enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa, son enfermedades crónicas que afectan al intestino y que se caracterizan por cursar en forma de brotes que alternan con otros períodos de remisión. Su expresión clínica es muy variable, si bien los síntomas más frecuentes son la diarrea, el dolor abdominal, el sangrado con las deposiciones y la fiebre. Se caracterizan por su

gran heterogenicidad, siendo su curso clínico muy variable entre pacientes. Son enfermedades que suelen afectar a pacientes en edades jóvenes de la vida en las que la aceptación de una enfermedad crónica es complicada y puede interferir con su actividad laboral, familiar y social, afectando muchas esferas de su vida. Es fácil comprender que todo ello implica un detrimento significativo en la calidad de vida, pero afortunadamente el armamento terapéutico que disponemos se ha ampliado enormemente en la última década, lo que nos permite controlar mejor la actividad en un porcentaje amplio de nuestros pacientes.

Su abordaje implica el manejo en unidades monográficas de EII, donde se oferta al paciente acceso flexible mediante hospitales de día, y gastroenterólogos y enfermería especializados en EII, junto con la posibilidad de acceso multidisciplinario a otros especialistas: cirujanos, reumatólogos, dermatólogos, etc. El tratamiento a grandes rasgos implica, por un lado, un tratamiento para el manejo de los brotes y una estrategia de terapia de mantenimiento para impedir los brotes. Una de las máximas es minimizar el uso de corticoides, fármacos muy eficaces en el momento agudo del brote, pero que producen muchos efectos secundarios si se utilizan durante períodos prolongados. Los tratamientos de mantenimiento van desde los salicilatos, muy efectivos en formas leves-moderadas de colitis ulcerosa hasta los fármacos inmunosupresores y biológicos, capaces de inducir remisiones prolongadas en muchos pacientes, tanto en Crohn como en colitis ulcerosa, evitando el uso de corticoides. En los últimos años se han aprobado nuevos fármacos biológicos e inmunosupresores para la EII, y muchos otros están en fase de desarrollo. Finalmente, la cirugía supone otra modalidad de tratamiento para complicaciones y determinadas situaciones en la EII.



La relación entre ambas especialidades ha de ser muy fluida para favorecer el diagnóstico precoz de la EII o de otras patologías digestivas en estos pacientes”

¡Bienvenidos Reumoblastos!

RAQUEL GRANADOS

R1 Reumatología,
Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba.

“Cuando tuve mi primer contacto con la especialidad de Reumatología, me gustó tanto el abordaje integral del paciente y el manejo de las patologías específicas de la misma, que supe que era la especialidad a la que quería dedicarme. Este año he podido emprender ese sueño en el Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba, cuyo programa de formación me ha gustado mucho, ya que aborda la práctica clínica, la docencia y la investigación de forma muy integral. Por último, tanto el Hospital, como el departamento de Reumatología me han acogido de la mejor forma posible. Estoy muy a gusto con mi elección y con la gran oportunidad de dedicarme a lo que tanto me ha gustado”.

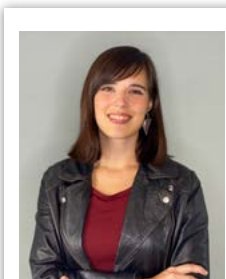


ÁNGELA EGEA

R1 Reumatología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia).

“Decidí que quería ser reumatóloga durante mis prácticas de cuarto curso en el Hospital Virgen de la Arrixaca. Durante unas semanas roté por el servicio y, desde el primer momento, supe que había descubierto mi hueco en la Medicina.

No solo me encontré con un gran equipo de profesionales que me hicieron sentir como en casa, además, pude confirmar que es una especialidad tan bonita en la teoría como en la práctica. Y es que, para mí, la Reumatología reúne aspectos que son fundamentales. Considero que se trata de una disciplina intelectualmente muy estimulante, en la que en muchas ocasiones alcanzar un diagnóstico puede convertirse en un auténtico reto. También me atrae el enfoque generalista de esta especialidad, la necesidad de valorar al paciente en su globalidad y la oportunidad de crear sinergias con otros especialistas. Además, en el ámbito de la investigación, es innegable que se trata de una especialidad con un futuro realmente prometedor. Desde luego, hay millones de razones para escoger Reumatología, pero creo que la que mayor peso tuvo en mi decisión fue el tipo de vínculo que se crea entre el reumatólogo y su paciente. Un vínculo basado en la cercanía y la confianza”.



Hace unos meses y tras superar el examen MIR, muchos médicos tuvieron que elegir su especialidad. Ahora, ya se han incorporado a sus puestos en sus nuevos Servicios con ilusión y compromiso. Pero, ¿por qué han escogido Reumatología? Nos hemos querido acercar a ellos, a nuestros nuevos “Reumoblastos” para conocer sus motivaciones que son muy variadas, aunque también tienen muchos aspectos en común como el abordaje integral de las patologías, la cercanía con los pacientes o los avances en la investigación. Desde aquí aprovechamos para darles la bienvenida y desearles lo mejor en esta nueva etapa.

JUDITH PALACIOS OLID

R1 Reumatología,
Hospital Universitario de Bellvitge (Barcelona).

“Antes de empezar la residencia continué intentando explicar a gente de mi entorno en que consiste esto de la Reumatología y, entre medio de mi retahíla ya memorizada, recuerdo que hace escasos tres años yo tampoco tenía mucha idea de lo que era. La cuestión es que no les culpo, empecé la carrera queriendo ser médico forense y acabo especializándome en algo totalmente distinto. ¿Y este cambio? Pues creo que en la Reumatología encontré una combinación de factores que desde mi precoz punto de vista la hacen “mi especialidad”: la relación médico-paciente que aportan las enfermedades de largo seguimiento, variabilidad en el perfil de los pacientes, técnicas y procedimientos diagnósticos, así como un amplio abanico diagnóstico e interesantes tratamientos. Obviamente todas estas ideas las he fundado desde una perspectiva externa, ahora toca zambullirse y vivirlas en primera persona”.



EL REUMATÓLOGO | N°7 | otoño 2020

ANA FERNÁNDEZ-REBOUL FERNÁNDEZ

R1 Reumatología, Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla.

“ Elegí esta especialidad, un poco desconocida para mí hasta los últimos meses de preparación del MIR, porque abarca las patologías que más me llaman la atención: artritis, espondilitis, lupus, esclerosis... Creo que es una especialidad en la que se conserva una visión integral del paciente, como en las especialidades más generales, pero a la vez permite al profesional desarrollarse en un campo de conocimiento más profundo y concreto.

Además, hoy en día, están apareciendo constantemente nuevos tratamientos que están cambiando la perspectiva terapéutica sobre “enfermedades de toda la vida”, mejorando las expectativas de pacientes crónicos que, quizás, antes sólo estaban abocados al dolor, lo que da una gran satisfacción profesional. Por todo ello, me parece una especialidad en auge, que permite desarrollar un alto nivel técnico y académico, sin dejar de lado el contacto con el paciente día a día, que es el motivo por el que emprendí este camino”.


JÚLIA TORGUET CARBONELL

R1 Reumatología, Hospital Universitari Mútua Terrassa (Barcelona).

“ He elegido Reumatología pues desde que la descubrí en la Universidad despertó mi interés. Es una especialidad médica que, por las características de muchas de sus patologías crónicas e incapacitantes, supone un trato muy cercano con el paciente y longitudinal en su atención, a la vez que permite mejorar la calidad de vida de los pacientes. A menudo son patologías que pueden afectar a todo el organismo y suponen un reto diagnóstico.

Ofrece mucho campo de investigación e innovación en el manejo de muchas patologías que hoy en día son crónicas. También me interesa la posibilidad de realizar diferentes técnicas diagnósticas y terapéuticas que hacen que la especialidad sea muy variada”.


AIMARA GARCÍA STUDER

R1 Reumatología, Hospital Regional Universitario de Málaga.



“ Durante la carrera me llamaban la atención las especialidades derivadas de la Medicina Interna, pero la Reumatología era desconocida para mí, pues había oído hablar poco de ella. No ha sido hasta el último curso (al estudiar la asignatura y centrar mi trabajo de fin de grado en ella) cuando de verdad la Reumatología ha sido un descubrimiento. Uno de los motivos por los que me atrae la especialidad es que abarca aspectos tanto clínicos como inmunológicos y genéticos; así como el uso de la ecografía, el potencial de la terapia biológica, que sea multidisciplinar; y el reto de reducir la discapacidad y mejorar la calidad de vida a los pacientes. Además, un atractivo añadido es el manejo de las enfermedades autoinmunes. Tengo mucha ilusión de comenzar a formar parte de este campo de la Medicina, de aprender todo lo que pueda, y con ganas de conocer a mis nuevos compañeros”.

PABLO CASTRO SANTAMARÍA

R1 Reumatología, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

“ Como futuro reumatólogo, considero las especialidades médicas atractivas por la necesidad de integrar toda la teoría sobre el funcionamiento del cuerpo y de las enfermedades en la práctica clínica diaria. Y el reumatólogo, además de ser el médico de las patologías músculo-esqueléticas e inmuno-mediadas, para mí es también el especialista que tiene en la trinchera de su consulta, uno de los objetivos más sagrados para cualquier paciente y profesional: el alivio del dolor. Porque además de que muchas

enfermedades de las que se ocupa nuestra especialidad son duras y crónicas, el reumatólogo debe ser, ante todo, el médico que acompaña y alivia.

Escojo esta especialidad con la actitud de llegar a lograr el conocimiento y la destreza asistencial necesaria para poder ayudar a los enfermos de la mejor manera posible”.


MARTA LÓPEZ MARAVER

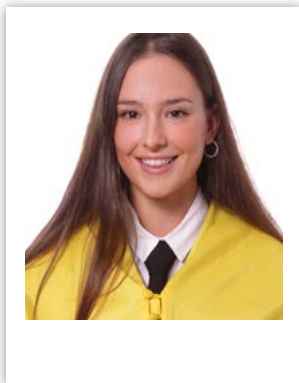
R1 Reumatología, Hospital Universitario Araba (Vitoria).

“ Tuve la gran suerte de rotar durante la carrera con un servicio maravilloso (HUIS) que despertó en mí un gran interés por la especialidad. No solo por la diversidad de patologías que abarca, como las enfermedades autoinmunes sistémicas que, sin duda, tienen un gran atractivo para mí, sino también por la cronicidad de las mismas. La posibilidad de poder acompañar a los pacientes a lo largo de su enfermedad e intentar mejorar su estado físico y emocional como su médico de referencia es algo que me conmueve. Además, creo que la Reumatología en este momento ofrece una gran proyección en cuanto a investigación, tanto a nivel diagnóstico como terapéutico y esto es algo que me interesa mucho.

Tengo muchas ganas e ilusión de seguir aprendiendo y poder formarme como reumatóloga tanto a nivel asistencial como de investigación con un servicio del que solo tengo excelentes referencias”.



EL REUMATÓLOGO | N°7 | otoño 2020

**CLAUDIA ALCÁZAR RUBIO**

R1 Reumatología, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz (Madrid).

“Me decanté por la Reumatología al ser una especialidad sin límites, que abarca una gran cantidad de patologías diferentes que pueden implicar a todo el organismo, y que, por tanto, reta al reumatólogo a realizar exploraciones minuciosas y tener un conocimiento médico muy amplio. Además, el seguimiento al paciente es continuado en el tiempo, los avances farmacológicos han proporcionado soluciones reales y esperanzadoras, y las técnicas propias la hacen imprescindible.

Mi primer contacto con la Reumatología fue en sexto de carrera. Mis días rotando me hicieron ver que ese iba a ser mi lugar. Me acompañaron doctores muy implicados con el sufrimiento de sus pacientes que sabían escucharles y entenderles.

Veo en la Reumatología un futuro en expansión, con manejo del paciente de forma multidisciplinar e innovadora, con fármacos complejos, y acompañando al paciente desde la empatía”.

MARTA IBÁÑEZ MARTÍNEZ

R1 Reumatología, Hospital Universitario de Salamanca.

“La elección de Reumatología como la especialidad en la que me quería formar no fue muy complicada. Su estudio y las rotaciones en el hospital durante la carrera me permitieron verla como una rama de la medicina muy atractiva.

Sin duda, uno de los puntos que más me llama la atención de la especialidad es el abordaje multidisciplinar de muchas de las patologías que trata, lo que te permite interactuar con muchas otras ramas de la medicina y propicia formarte de una manera completa e integradora.

Por otro lado, el seguimiento que hay de los pacientes en esta especialidad y el trato cercano con ellos, permite que entablen una relación de confianza con el médico. Este es un aspecto del que también espero aprender mucho”.

**HUGO ÁVALOS BOGADO**

R1 Reumatología, Hospital Universitario Vall d'Hebrón (Barcelona).

“La Medicina se encuentra en constante evolución y en ese torbellino de especialidades me he decantado por Reumatología por las patologías tan prevalentes que abarca y con las que nos encontramos en la cotidianeidad.

Además, cada vez existen más alternativas terapéuticas para hacer frente a las mismas que, si bien en muchos casos no existe cura definitiva, ayudan al control y a mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Me siento afortunado de poder realizar mi formación en Reumatología en el Hospital Universitario Vall d' Hebrón y será un gran desafío poder implementar los conocimientos adquiridos durante los años de residencia al retornar a mi país en beneficio de quienes son, en definitiva, el motor de esta profesión: nuestros pacientes”.

JENNIFER SANTANA PERALTA

R1 Reumatología, Hospital Padre Billini (República Dominicana).

“Conocí la Reumatología cuando estaba en el primer año de Medicina Interna. Me fascinaba ver cómo los reumatólogos, con rapidez y certeza, resolvían los casos más complejos. Podría decir que fue amor a primera vista.

Diagnosticar enfermedades que para otros sería difícil, enfermedades no muy comunes, sobre todo aquí en mi país, en República Dominicana, es sencillamente genial y poder ayudar a otras personas, brindarles lo último y mejor de la ciencia con calidez, siento que se cumple el sueño más lindo de mi vida. ¡Elegiría Reumatología una y mil veces!”.



Nace “Reumafit” para visibilizar la importancia del ejercicio físico en pacientes reumáticos



La SER, con la colaboración de MSD, lanza una campaña para visibilizar la importancia de realizar ejercicio físico de forma regular para mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades reumáticas.

En España más del 50% de la población no alcanza los mínimos de actividad física recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), a pesar de los beneficios demostrados para la salud, siendo las mujeres jóvenes y los grupos de edad avanzada la población menos activa.

La actividad física también es esencial para las personas con enfermedades reumáticas. Pero numerosos estudios describen que los adultos con algunas de las patologías más frecuentes (artrosis, osteoporosis, espondiloartritis axial, artritis psoriásica, artritis reumatoide y fibromialgia) son menos activos y más sedentarios que la población general, estimándose que sólo un 35% alcanzan los mínimos de actividad física recomendados por la OMS. Además, cuando se prescribe ejercicio, la adherencia suele ser baja.

Desde la Sociedad Española de Reumatología, con la colaboración de MSD, se ha puesto en marcha “Reumafit”, una campaña para visibilizar la importancia de realizar ejercicio físico de manera habitual en los pacientes con enfermedades reumáticas.

Actualmente sabemos que la actividad física y el ejercicio, son seguros y tienen importantes beneficios para estos pacientes.

Por eso son una de las recomendaciones básicas de las principales guías de práctica clínica nacionales e internacionales. No solo evitan los importantes problemas asociados a la inactividad física, sino que, además, pueden mejorar los síntomas (dolor, fatiga, etc.), disminuir la inflamación y mejorar la situación funcional y la calidad de vida de los pacientes con enfermedades reumáticas. Otra ventaja importante es que apenas tienen efectos secundarios y su coste es muy bajo.

La campaña “Reumafit” pretende poner de manifiesto los beneficios del ejercicio y cómo puede contribuir a una mejor calidad de vida de los pacientes con enfermedades reumáticas, e incluso, como puede ayudar a prevenir algunas de ellas, como la osteoporosis.

El proyecto cuenta con la participación de un grupo de reumatólogos y rehabilitadores, que se han encargado de hacer una guía sobre la “Importancia del ejercicio físico en pacientes reumáticos”.

Reumafit cuenta además con materiales de contenido multimedia con información útil y práctica para los pacientes: vídeos, infografías, etc. Todo ello se puede encontrar en la web de inforeuma.com.



Dra. Raquel Almodóvar
Reumatóloga Hospital Universitario.
Fundación Alcorcón (Madrid).

Dra. Montserrat Romera
Reumatóloga. Hospital Universitario
de Bellvitge (Barcelona).

Dr. Fernando García
Rehabilitador Hospital Universitario
Fundación Alcorcón (Madrid).

Dr. Pedro Zarco
Reumatólogo Hospital Universitario.
Fundación Alcorcón (Madrid).

Dr. Mariano Flórez
Rehabilitador Hospital Universitario.
Fundación Alcorcón (Madrid).

Este documento ha contado con la revisión de las asociaciones de pacientes Acción Psoriasis, CEADE y ConArtritis, con el fin de adaptarlo lo mejor posible a las necesidades de los pacientes.

Servicio de consultoría clínica: a tu alcance



Si tienes alguna duda en la práctica clínica haz uso del servicio de consultoría clínica, que ofrecemos a todos los socios y que es de gran utilidad.

Esta asesoría pretende despejar dudas clínicas (adecuación de vacunaciones, diagnósticas, terapéuticas, farmacológicas...), orientar sobre derivación a otros centros con mayor dotación si fuera necesario, refrescar esa última publicación que no se puede recordar y todo aquello que el socio quiera debatir con el líder de opinión.

Las consultas deben remitirse a consultorclinico@ser.es especificando en el asunto el área o patología sobre la que versa la duda, y el socio, tras efectuar la pregunta, debe identificarse con nombre, apellidos y centro de trabajo. Posteriormente, algún miembro del panel de expertos contestará a la cuestión en un breve plazo de tiempo.

Nuevo servicio al socio: 'Cuéntanos tus propuestas'

Como sabes, uno de los aspectos prioritarios planteados por la nueva Junta Directiva, liderada por el Dr. José M^a Álvaro-Gracia, es hacer que la SER sea un espacio abierto para todos y cada uno de los socios.

Nuestra sociedad científica es muy heterogénea y, por lo tanto, es fundamental tener en cuenta las diferentes realidades y necesidades de los socios. En opinión del presidente, "la SER debe ser un instrumento útil para los reumatólogos, desde la formación hasta todas aquellas actividades que redunden en un mejor desarrollo de nuestra especialidad, tanto en la actividad pública como en la privada, con el objeto de mejorar la salud de nuestros pacientes".

En este sentido, desde la nueva Comisión de Relaciones con el Socio se ha impulsado una nueva herramienta con el objetivo de escuchar todas las propuestas y sugerencias ya sea de temáticas de cursos, proyectos, actividades o iniciativas.

Estamos convencidos de que se os ocurren muchas ideas y, en ocasiones, no sabéis el modo de canalizarlas para que lleguen a ser valoradas en la SER. Por eso, abrimos un nuevo canal de comunicación, a través de socios@ser.es, en el cual se podrán plantear todas las sugerencias. Creemos que todos y cada uno de vosotros enriquecéis a nuestra sociedad científica y queremos conocer vuestras propuestas, que serán estudiadas convenientemente. ¡Te escuchamos!

Acceso a la revista Nature Reviews Rheumatology

Seguimos intentando mejorar los servicios que ofrecemos a los socios y nuestro catálogo de la biblioteca virtual Jaime Rotés Querol. De este modo, la SER ha participado en una prueba gratuita con *Springer Nature*, para dar acceso a los investigadores a la revista Nature Reviews Rheumatology desde el **15 de septiembre al 15 de octubre de 2020**.

El acceso a este contenido ha sido por reconocimiento de la dirección IP, previo registro en el catálogo C17 con DNI y contraseña. Se ha permitido el acceso a los artículos de Nature Reviews Rheumatology de la misma forma que al resto de contenido suscrito por la SER, en el lateral izquierdo de la pantalla de inicio.

<http://bibliotecavirtual.ser.es/>



Paz Collado, una tenaz amazona

La reumatóloga del Hospital Universitario Severo Ochoa de Madrid compagina su duro trabajo diario con una interesante afición: la equitación. En ocasiones, puede dedicarle más o menos tiempo, pero lo que tiene claro es que se ha convertido en una actividad imprescindible en su vida para mantener el equilibrio. A continuación, nos detalla cómo comenzó este *hobby* algunas curiosidades.

¿CÓMO NACIÓ SU AFICIÓN HACIA EL MUNDO ECUESTRE?

Quizás, más que el nacimiento de una afición, debería decir que mi sueño de la infancia se hizo realidad cuando ya era adulta. A los 10 años escuchaba fascinada las historias de mi padre sobre sus vivencias juveniles a caballo cuando estuvo trabajando como cartero del pueblo. Mi deseo se hizo aún mayor cuando vi una exhibición de doma de caballos en la Real Escuela de Arte Ecuestre de Jerez. Me di cuenta que había algo más allá del hecho de subirme a un caballo, quería sentir esa imperceptible comunicación entre el jinete y su caballo que se desarrolla en la doma clásica.

La doma no era una actividad al alcance del bolsillo de mi familia, así que tuve que esperar hasta poderme lo financiar. Lo que empezó siendo un sueño se convirtió en una actividad imprescindible para mantener el equilibrio en momentos difíciles de mi vida.

HOY EN DÍA, CON TODO EL TIEMPO QUE SE REQUIERE EN LAS CONSULTAS DE REUMATOLOGÍA, ¿PUEDE DEDICARLE TIEMPO SUFICIENTE A LOS CABALLOS?

Realmente no. Cuando empecé le dedicaba 2-3 días a la semana. Después vinieron las guardias, los cursos, los estudios y el día a día; Ahora con suerte voy 1 o 2 días. En este tiempo "algo revuelto", la pandemia ha provocado un retorno más asiduo.

Cuando me retire, buscaré una actividad en relación al cuidado de los caballos. Quizás ya no tenga una edad recomendable para seguir montando (risa).

NOS PUEDE EXPLICAR BREVEMENTE EN QUÉ CONSISTE ESTA ACTIVIDAD.

La doma de un caballo (adiestramiento) busca el desarrollo gradual y armónico entre jinete y caballo, *donde el caballo ha de ser obediente, pero su jinete ha de conocer y entender previamente las ne-*



“
**Creo que los niños
con enfermedades
reumáticas
serían excelentes
candidatos
para probar la
equinoterapia”**

cesidades del caballo para llegar a ejecutar ejercicios con diferentes grados de dificultad (Jenofonte, año 430 a.C.). Dicho así, podría hacer pensar que es una especie de dominio y sumisión, pero dista muy lejos de ello. Un caballo en la doma es tu compañero de trabajo. El caballo es un ser vivo, y como tal, impredecible. Los movimientos bruscos y desorganizados de un jinete condicionan el enfado del caballo. ¡Mejor buscar una compenetración adecuada entre ambos que comer tierra! (risa).

¿QUÉ OPINA DE LA EQUINOTERAPIA? ¿SERÍA RECOMENDABLE PARA NIÑOS CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS O PARA OTRO TIPO DE PACIENTES REUMÁTICOS?

La equinoterapia o hipoterapia (*hippos*, significa caballo en griego) es una al-

ternativa terapéutica utilizada para la rehabilitación de pacientes con enfermedades neurodegenerativas, traumatológicas y otras patologías que generen discapacidad física o psíquica, a través del paso cadencial del caballo. En el año 1875, un neurólogo francés, Chassagnac, describió los efectos beneficiosos de un caballo en trote: mejora del equilibrio, movimiento articular y control muscular del jinete o paciente. Sin embargo, es en la década de los 60, cuando se produce el máximo desarrollo de esta terapia en Alemania. En la actualidad, la equinoterapia se ha aplicado en personas víctimas de accidentes graves (mutilaciones), parálisis cerebral y síndrome de Down, ya que favorece el desarrollo de la autoestima y la comunicación.

Por supuesto, creo que los niños con enfermedades reumáticas serían excelentes candidatos para probarlo. Además de los beneficios clínicos arriba mencionados, esta actividad mejoraría la integración del niño al compartir la actividad con niños y adolescentes que no sufren discapacidad alguna. Como reumatólogo que soy, sé que los beneficios de un tratamiento hay que demostrarlos, quizás éste sea mi próximo estudio, quién sabe.

¿QUÉ LE APORTA MÁS: LA MEDICINA O LA EQUITACIÓN?

¡Que pregunta tan difícil! Mi trabajo como reumatólogo me ha aportado y me sigue aportando bastante satisfacción en el día a día (y algún quebradero de cabeza, tampoco hay que negarlo), pero la equitación me da la energía necesaria para seguir resistiendo los vaivenes diarios (especialmente durante esta pandemia).

No pretendo ser una profesional de la equitación. El caballo es mi *hobby* y, como tal, lo disfruto en “casi” todas sus variedades, ya que no me gusta el salto. Creo que las caídas a ciertas edades son traicioneras... (risa).

Soy tan loca del caballo que, en mi consulta, en lugar de colocar en la pared un póster de algún congreso científico, tengo una foto de uno de mis primeros caballos de aprendizaje (Aquelarre). Y así, me cuesta menos encararme con las dificultades que presentan algunos de mis pacientes.

¿ALGUNA VEZ HA SENTIDO “PERDER LAS RIENDAS” DE ALGUNO DE SUS CASOS CLÍNICOS?

Lamentablemente y en particular estos últimos meses, muchas más veces de las que yo hubiera deseado. Hace unos años perdí las riendas galopando y me golpeé en la cabeza, ello supuso 6 meses sin montar por miedo. Esa experiencia nunca resultará tan dañina como experimentar como un paciente se te va....Esta pandemia no nos ha dado miedo, pero ha dejado algunas cicatrices.

“
**En mi consulta,
en lugar de
colocar en
la pared un
póster de
algún congreso
científico, tengo
una foto de uno
de mis primeros
caballos de
aprendizaje”**



abbvie


Sociedad Española de
Reumatología

REUMANIZAR

AHORA MAS QUE NUNCA

- I. ACTO EN EL QUE UN REUMATÓLOGO AYUDA A SU PACIENTE A SUPERAR SUS LÍMITES Y VOLVER A HACER ESAS COSAS QUE REALMENTE AMA.
- II. PARA MILLONES DE PERSONAS, REUMANIZAR SIGNIFICA VOLVER A RECUPERAR SUS VIDAS.



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.

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

Descubre el verdadero significado de Reumanizar en **WWW.REUMANIZAR.ES**