

# LOS REUMATISMOS

Publicación oficial de la  Sociedad Española de Reumatología

ABRIL  
**2018**  
AÑO 15 | Nº 79



XLIV CONGRESO NACIONAL DE LA  
**SOCIEDAD  
ESPAÑOLA  
DE REUMATOLOGÍA**  
A CORUÑA, DEL 22 AL 25 DE MAYO DE 2018



Sociedad Española de  
Reumatología

## ▶▶ ENTREVISTAS

El Dr. José M<sup>a</sup> Álvaro-Gracia y  
la Dra. M<sup>a</sup> Sagrario Bustabad,  
candidatos a presidente de la SER

pág. 20

## ▶▶ NOTICIAS SER

Entrega de los Premios FER 2017  
a favor de un mejor conocimiento  
de la Reumatología

pág. 34

**Los Reumatismos**® es una publicación oficial de la Sociedad Española de Reumatología destinada a los profesionales sanitarios, buscando la actualización de los conocimientos sobre las patologías reumáticas. Los Reumatismos no se identifica necesariamente con todas las opiniones expuestas por sus colaboradores.

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

**Edita:**  
**Sociedad Española de Reumatología**  
C/ Marqués de Duero, 5 - 1º  
28001 Madrid  
Tel: 91 576 77 99  
Fax: 91 578 11 33

**Editora:**  
Montserrat Romera Baurés

**Consejo Asesor:**  
José Luis Andréu, Miguel Ángel Belmonte, Eugenio Chamizo, Juan J. Gómez-Reino, Juan Muñoz Ortego, Fernando Pérez, Beatriz Yoldi, Juan Sánchez Bursón, Rubén Queiro y Marta Valero.

**Secretario de Redacción:**  
Dr. José C. Rosas Gómez de Salazar

**Colaboradores:**  
Dr. Jenaro Graña Gil  
Dr. Antonio Naranjo Hernández

**Coordinadora:**  
Sonia Garde García

**Redacción:**  
Ana de las Heras

**Publicidad:**  
Raúl Frutos Hernanz

**Asesoría, edición, diseño gráfico y maquetación:**

**ATREVIÀ**

Departamento de Plataformas

**Entidades que han colaborado en este número:**

Abbvie, Bristol-Myers Squibb, Grünenthal y Roche

**Suscripciones y atención al cliente:**

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REUMATOLOGÍA  
C/ Marqués del Duero, 5, 1º A  
28001-Madrid  
Correo electrónico: [ser@ser.es](mailto:ser@ser.es)

**Tarifa de suscripción anual**  
(IVA incluido):

Particulares: 30,00 €  
Entidades: 60,00 €

ISSN 1697-266X

# Nuestra razón de SER

Estamos de aniversario. En 2018 la Sociedad Española de Reumatología cumple 70 años y lo queremos celebrar en el marco de nuestro XLIV Congreso Nacional, que tendrá lugar en mayo en A Coruña. Una conferencia de la historia de nuestra sociedad, una exposición fotográfica y un vídeo conmemorativo son algunas de las actividades puestas en marcha para celebrar este cumpleaños.

A lo largo de este tiempo se ha avanzado enormemente en todos los ámbitos, siendo la formación uno de los aspectos clave. En este sentido, en 2018 los socios cuentan con la oferta formativa más amplia hasta la fecha, con cursos relacionados con todas las áreas de interés en Reumatología. Con especialistas bien formados mejoraremos la atención y calidad de vida de nuestros pacientes, que son nuestra razón de SER.

En investigación continúan varias iniciativas en marcha, pero el proyecto estrella es el estudio EPISER 2016 de prevalencia de enfermedades reumáticas en adultos en España, cuyos resultados se darán a conocer próximamente y que servirá de referente en muchos ámbitos. Por otra parte, también seguimos mejorando la visibilidad de estas patologías a través de nuevas campañas de comunicación como 'Cuanto antes... ¡mejor!' o del ya tradicional Reumasalud. Todos estos aspectos los seguiremos contando en Los Reumatismos y solo nos queda decir: ¡a por otros 70 años más!

## ¡Gracias!

Desde Los Reumatismos **queremos agradecer** la inestimable colaboración que durante estos años ha brindado a esta publicación el **Dr. Jenaro Graña**, dando luz y conocimiento a muchos temas relacionados con la Reumatología.

- 4 EVENTOS SER**  
La SER celebra el 70 aniversario en el Congreso Nacional de A Coruña
- 6 BIBLIOGRAFÍA COMENTADA**
- 12 CONOCE TU SOCIEDAD**  
La Biblioteca Virtual Jaime Rotés Querol sigue avanzando
- 14 SOCIEDADES AUTONÓMICAS**  
Dr. Carlos Acebes: "Tenemos unos profesionales con un alto nivel científico y humano"
- 18 INVESTIGACIÓN**  
Becas en la Unidad de Investigación para mejorar la formación en Epidemiología
- 20 ENTREVISTAS**  
El Dr. José M<sup>º</sup> Álvaro-Gracia y la Dra. María Sagrario Bustabad, candidatos a presidente de la SER
- 24 FORMACIÓN**  
Éxito en la primera jornada presencial del 'Master SER en enfermedades reumáticas mediadas por el sistema inmune'
- 31 ¿QUÉ DEBO SABER...**  
sobre Behçet, ¿enfermedad o síndrome?
- 34 NOTICIAS SER**  
Entrega de los Premios FER 2017
- 36 NOTICIAS**  
El Dr. Francisco J. Blanco, nombrado Co-chair para el Congreso ACR

Su  
ma  
rio



## La SER celebra el 70 aniversario en el Congreso Nacional de A Coruña



**El Dr. Francisco Javier de Toro Santos hace un repaso de lo que será esta importante cita y confía en que sea recordada por “su calidad científica y la calidez de esta ciudad”**

### **Como presidente del Comité Organizador Local del XLIV Congreso Nacional de la SER, ¿cómo valora este encuentro?**

Nos hace una gran ilusión organizar el Congreso Nacional en nuestra ciudad, entre otras cosas, porque nos sentimos muy orgullosos de pertenecer a la SER y estamos de cumpleaños en A Coruña: el 70 aniversario. Además, es una gran oportunidad para dar a conocer nuestra ciudad a los colegas de otras comunidades. Los gallegos nos consideramos hospitalarios y hemos intentado cuidar al máximo los detalles de la organización para que todo salga bien y sea de vuestro agrado. Me gustaría destacar la gran ayuda que nos han brindado desde la dirección de la SER y señalar los grandes profesionales que tenemos en las personas que trabajan en nuestra sociedad para organizar eventos de este calibre, en donde esperamos batir el récord de congresistas.

### **¿Qué destacaría del Congreso 2018 con respecto a los celebrados anteriormente?**

Primero, que cumplimos 70 años y esto no ocurre todos los días. Por ello, el Comité Organizador ha preparado una serie de actividades para celebrarlo. Con esta madurez que tenemos como Sociedad, conviene hacer una reflexión y mirar hacia atrás para recordar de dónde venimos, a los compañeros que nos han precedido, reconocer el esfuerzo que se ha hecho para superar dificultades pasadas, y aprender de todo ello para encaminar el futuro de nuestra sociedad con determinación. Cabe señalar que los 60 años de la SER también fueron celebrados en A Coruña bajo la dirección de mi maestro, el Dr. Fausto Galdo.

### **Entre los contenidos y actividades que van a encontrar los asistentes, ¿cuáles resaltaría?**

El comité científico ha desarrollado un extraordinario trabajo para diseñar las diferentes actividades de este ámbito en el congreso: desayunos con expertos, mesas con las actualizaciones de las diversas patologías, talleres, tertulias, y sesiones magistrales en donde veremos lo mejor del año publicado tanto a nivel básico como clínico, o una sesión sobre la historia de la SER. Y conociendo la cultura y pasión por la comida que tenemos los gallegos, no puede faltar una sesión sobre neurogastronomía en el menú, donde nos enseñarán a paladear con el cerebro.

### **¿Cuáles son los principales retos a los que se enfrenta el XLIV Congreso Nacional de la SER?**

Nosotros deseamos que el XLIV Congreso Nacional de la SER celebrado en A Coruña se recuerde por su calidad científica y la calidez de esta ciudad que os acoge. Es difícil mantener año tras año los altos niveles científicos. Ahora bien, al ver el programa, los coordinadores y ponentes, no me cabe la menor duda de que conseguiremos lo primero. Y para el segundo deseo que se dejen llevar por las calles y plazas en esta ciudad marinera por excelencia en donde se percibe el mar con los cinco sentidos.

### **Respecto a la ciudad que acoge este Congreso, ¿qué diferencia A Coruña de otras sedes?**

A Coruña es una ciudad amiga que invita al paseo, de clima siempre suave, de hermosa hechura y amable carácter y en donde la lluvia es arte. Es una ciudad con una enorme cultura gastronómica y que se divierte. Una vez que se pasa por A Coruña, se convierte en un segundo hogar. Por eso, es una ciudad donde nadie es forastero. Deseamos disfrutar con vosotros en el congreso de A Coruña.



Además de las tradicionales mesas redondas y mesas compartidas, simposios satélite y conferencias magistrales, este año en el Congreso tendrá lugar:

#### DESAYUNOS CON EL EXPERTO: 9

- Biosimilares.
- Cómo desarrollar un proyecto de investigación.
- Comunicación eficaz con el paciente.
- Embarazo.
- Hipertensión pulmonar.
- Manejo de comorbilidades en espondiloartritis.
- Uveítis.
- Sexualidad.
- Vacunas.

#### TERTULIAS: 6

- Comisión Nacional de la Especialidad: ¿en qué punto estamos?
- Estudio Episer 2016.
- Gestión clínica en unidades de Reumatología.
- Las prácticas clínicas en los servicios de Reumatología. Retos y oportunidades.
- Redes de jóvenes reumatólogos: JOVREUM y EMEUNET.
- La transformación digital en entornos médicos.

#### TALLERES: 10

- Capilaroscopia.
- Claves para implementar una unidad de fracturas FLS coordinada por Reumatología.
- Identificación de cristales en líquido sinovial.
- Inmunofluorescencia para la evaluación de auto-anticuerpos.
- Lectura crítica.
- Lectura radiográfica de columna.
- Protocolo de exploración del pie reumático.
- Se buscan revisores para Reumatología Clínica.
- 50 sombras de los índices de actividad en la época de los biológicos.
- Taller de enfermería. Valoración del paciente con espondiloartritis.

#### CÓMO TRATAR: 3

- *How to treat: back pain in the rheumatology clinic setting.*
- Miopatías inflamatorias.
- Osteoporosis en situaciones complejas.

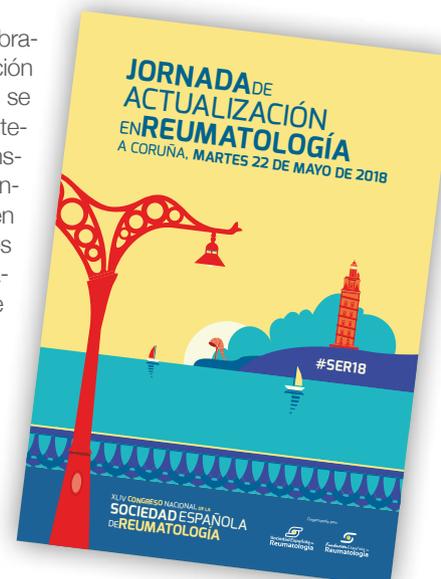
#### ACTIVIDADES POR EL 70 ANIVERSARIO

Con motivo del 70 aniversario de la Sociedad Española de Reumatología se desarrollarán en este Congreso varias actividades conmemorativas como la conferencia magistral sobre la historia de la SER, de la mano del Dr. Emilio Martín Mola, o una exposición fotográfica con imágenes curiosas de estas siete décadas. Por otra parte, el Dr. José Carro intervendrá en el acto de inauguración con una ponencia sobre la influencia del Camino de Santiago en Medicina. Otra de las sorpresas de este evento es la participación del alpinista y comunicador Jesús Calleja en la mesa compartida SER-UCB sobre 'Cómo las decisiones que tomamos hoy impactan en el futuro de nuestros pacientes'.



#### JORNADA DE ACTUALIZACIÓN

Como es habitual, se celebrará la Jornada de actualización en Reumatología en la que se abordarán temas de gran interés como artritis víricas transmitidas por mosquitos, síndromes paraneoplásicos en Reumatología, enfermedades auto-inflamatorias hereditarias en adultos, medicina de precisión, o cómo escribir un buen abstract para un congreso científico, entre otros. La cita tendrá lugar el martes 22 de mayo.



## ANTI-TNF

Dr. José Rosas Gómez de Salazar  
Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. Alicante

### Certolizumab es seguro en el embarazo

**Ausencia de transferencia placentaria de certolizumab pegol durante el embarazo: resultados del estudio CRIB: estudio farmacocinético, prospectivo, postcomercialización.** *Mariette X, et al. Ann Rheum Dis 2018;77:228-33.*

Un porcentaje elevado de las mujeres que padecen artritis crónica se encuentran en edad fértil al iniciar tratamiento con fármacos anti-TNF. No es infrecuente encontrarlos en la práctica clínica con pacientes que expresan su deseo de gestación o incluso se produce el embarazo estando en tratamiento con alguno de estos fármacos.

Se sabe que durante el embarazo puede haber mejoría de la enfermedad, pero esto ocurre en alrededor del 50% de las pacientes. Además, se conoce que a partir del segundo trimestre de la gestación existe un paso placentario activo de estos fármacos, que son IgG1, gracias a la fracción Fc de la inmunoglobulina. Este hecho puede tener riesgos en los fetos a medio y largo plazo, especialmente infecciones y retrasos en la vacunación con gérmenes vivos. Por otra parte, la actividad mantenida de la enfermedad durante el embarazo se relaciona con complicaciones gestacionales.

Certolizumab pegol (CLZ) es el único fármaco anti-TNF que no contiene fracción Fc de las inmunoglobulinas, por lo que es muy probable que su paso placentario sea escaso.

#### Un estudio farmacocinético

El estudio CRIB es un estudio farmacocinético que evalúa en mujeres embarazadas tratadas con CLZ la posible transferencia del fármaco a través de la placenta al feto, a partir de la 30 semana de gestación. Se extrajeron muestras para medir el nivel plasmático de CLZ de las madres y cordón umbilical en el parto y de los niños a las 4 semanas después del nacimiento. El nivel del fármaco se analizó mediante inmunoensayo de electroluminiscencia de alta sensibilidad y los posibles anticuerpos anti-CLZ mediante ELISA.

Se incluyeron 16 madres y 14 niños (2 niños se excluyeron por falta de muestras finales). En 13 niños no se detectó nivel de CLZ cuantificable ( $<0,032 \mu\text{g/mL}$ ) al nacer ni a las 4-8 semanas postparto, y en el resto el nivel de CLZ fue mínimo ( $0,042 \mu\text{g/mL}$ ) con un cocien-

Este trabajo confirma estudios previos de la seguridad de CLZ en pacientes que lo precisen a lo largo de todo el embarazo. **No existe paso placentario como sí ocurre con otros anti-TNF**

te de nivel niño/madre de 0,0009. La mediana del nivel de CLZ en las madres en el parto fue de  $24,4 \mu\text{g/mL}$ . A nivel del cordón umbilical solo en 3 mujeres fue cuantificable (entre  $0,035-0,048 \mu\text{g/mL}$ ). A nivel de seguridad, 15 madres y 5 niños sufrieron algún efecto secundario, la mayoría leve-moderados. Dos madres presentaron efectos secundarios graves: prolongación del parto; y en un niño se consideró como efecto secundario grave el aumento del recuento leucocitario sin signos de infección. La edad gestacional y el peso al nacimiento fueron los esperados para sujetos normales.

#### Conclusiones

Los autores concluyen que no se produce, o es mínimo, el paso por la placenta de CLZ y, por tanto, no se considera que el feto tenga intraútero exposición al fármaco. De este modo, si se considera necesario, se podría continuar el tratamiento con CLZ durante el embarazo.

Este trabajo confirma estudios previos de la seguridad de CLZ en pacientes que lo precisen a lo largo de todo el embarazo. No existe paso placentario como sí ocurre con otros anti-TNF. Además, en un artículo reciente (*Clowse MEB, et al. Ann Rheum Dis 2017;76:1890*) también se demostró que es seguro su uso para la lactancia materna, por no existir o ser mínimo su paso a la leche materna. De hecho, en enero de 2018, la EMA (Agencia Europea del Medicamento) ha aprobado incluir en la ficha técnica de CLZ pegol su uso potencial durante el embarazo y la lactancia.

## ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS

Dr. José Rosas Gómez de Salazar  
Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. Alicante

### Prevención de la neumonía por *pneumocystis jirovencii*

**Prophylactic effect of trimethoprim-sulfamethoxazole for pneumocystis pneumonia in patients with rheumatic diseases exposed to prolonged highdose glucocorticoids.** Curtis JR, et al. *Ann rheum Dis* 2017. Online First: doi:10.1136.

La neumonía provocada por *pneumocystis jirovencii* (N-Pj) es la causa más importante de muerte en pacientes infectados por VIH. Sin embargo, en personas no-VIH provoca una enfermedad grave, alcanzando una mortalidad mayor que en los pacientes VIH, relacionada principalmente por el tratamiento con fármacos inmunosupresores, especialmente los corticoides. La incidencia de N-Pj en pacientes con enfermedades reumáticas sistémicas no está aclarada y no existen recomendaciones para la profilaxis de esta infección en estas personas.

#### 1.092 personas en el estudio

Los autores investigan de forma retrospectiva la eficacia y seguridad del trimetropín-sulametoxazol (TS) en la profilaxis de la N-Pj en pacientes con enfermedades reumáticas, que reciben dosis altas de corticoides. El estudio incluye a 1.092 personas en tratamiento con corticoides a dosis >30 mg/día de prednisona >4 semanas, durante un periodo de 12 años. De 1.522 episodios de tratamiento, 262 recibieron TS (grupo profilaxis) y el resto (grupo control) no lo hicieron. El fin principal fue la incidencia de N-Pj en ambos grupos. Los objetivos secundarios incluían: mortalidad y reacciones adversas a la profilaxis con TS. La pauta de profilaxis con TS fue de una toma, tres días a la semana o diaria.

Durante el periodo de estudio hubo 30 casos de N-Pj en 30 pacientes (29, en el grupo control), con una tasa de incidencia en el grupo de control de 2,37 (IC 95%: 1,59-3,41/100 pacientes/año). El 90% de los casos ocurrió en los primeros seis meses, con un tiempo medio desde la basal hasta la aparición de N-Pj de 3,4 meses (DE: 2,5. rango: 0,9-10,8). La dosis media de prednisona en el momento del diagnóstico de N-Pj fue de 31,3 mg (DE: 20,1. rango: 5-80 mg); el 50% de los casos ocurrió con dosis de prednisona >30 mg/día, el 40% con dosis entre 15-30 mg/día, y el 10% con dosis <15 mg/día. La mortalidad alcanzó al 36,7% de los pa-

cientes con N-Pj y se redujo de forma significativa con TS en el grupo que recibió TS: HR=0,07 (IC 95%: 0,01-0,53). La incidencia de efectos adversos por TS fue de 12,2 (14,8-29,3)/100 pacientes/año. Solo hubo dos efectos adversos graves. El NNT para prevenir un evento fue de 52 frente a 131 como número necesario para producir efecto secundario grave por TS.

#### Conclusiones

Los autores concluyen que la profilaxis con TS reduce significativamente la incidencia de N-Pj y su mortalidad en pacientes con enfermedades reumáticas en tratamiento con dosis iniciales altas de corticoides.

El uso de corticoides en dosis altas es imprescindible en ciertas circunstancias en pacientes con enfermedades sistémicas autoinmunes. En la mente de todos debe estar la intención de reducir los riesgos. La profilaxis con TS es ya de práctica clínica en pacientes con VIH con linfopenia. En Reumatología es también común en pacientes que requieren dosis altas de corticoides, y tiempo prolongado, asociados a inmunosupresores y presencia de linfopenia. En este trabajo, además, reflejan de forma clara el impacto positivo del TS desde el inicio, dado que la N-Pj aparece en los primeros meses del tratamiento corticoideo, incluso en pacientes con dosis <30 mg diarios y clara reducción de la mortalidad.

El uso de corticoides en dosis altas es **imprescindible en ciertas circunstancias** en pacientes con enfermedades sistémicas autoinmunes. En la mente de todos debe estar **reducir los riesgos**

## METOTREXATO

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

### Dosis inicial de metotrexato en AR: ¿Mejor 15 mg que 10 mg?

**Respuesta clínica similar a corto plazo a altas dosis vs bajas dosis de metotrexato en monoterapia y tratamiento combinado en pacientes con artritis reumatoide.** *Bergstra SA, et al. Arthritis Res Ther 2017;19:25.*

El objetivo del tratamiento en la artritis reumatoide (AR) precoz es alcanzar lo antes posible un estado de remisión de la enfermedad. Algunos hospitales emplean para ello desde el inicio una dosis elevada de metotrexato (MTX), ya sea en monoterapia o en combinación con otros antirreumáticos. Los autores de este trabajo se propusieron estudiar la relación entre la respuesta clínica y la dosis de MTX (en monoterapia o en combinación) en pacientes con AR precoz.

Se incluyeron pacientes con esta patología (síntomas <5 años) que no habían recibido previamente DMARD. Fueron seleccionados a partir de la base de datos internacional METEOR, con la condición de que el primer DMARD fuera MTX. Para este trabajo se incluyeron pacientes de veinte países pertenecientes a cuatro continentes.

#### En grupos

Los pacientes se dividieron en cuatro grupos: 1) MTX en monoterapia; 2) MTX con otros DMARD convencionales; 3) MTX con glucocorticoides; 4) MTX con biológico. La dosis de MTX (oral en la gran mayoría de los casos) se categorizó en dosis baja (hasta 10 mg/sem) y dosis alta (15 mgr/sem

o superior), excluyendo los pacientes tratados con dosis de 12,5 mg/sem. Se evaluó la actividad de la enfermedad cuantificando DAS, DAS28 y HAQ en la visita basal y a los 3-6 meses. Además, se tuvieron en cuenta los factores de confusión de indicación mediante un modelo 'propensity score'.

Se incluyeron 523 pacientes en el grupo de monoterapia, 266 en el grupo de combinación con DMARD y 615 en el grupo MTX con glucocorticoide. No se apreciaron diferencias significativas en el DAS, DAS28 ni en el HAQ entre los grupos de estudio. La combinación de MTX con otros DMARD o con glucocorticoide tampoco influyó en los resultados. El grupo de biológico se descartó debido a que solo eran once casos. Cuando se analizó por países, los resultados no sufrieron variaciones.

#### Conclusiones

Los autores concluyen que en pacientes con AR precoz no observan beneficio de iniciar el tratamiento con dosis altas de MTX en comparación con las dosis bajas.

En una meta-regresión publicada por el mismo grupo de Leiden, en el que incluyeron más de 5.000 pacientes de 31 estudios, no encontraron que la dosis más elevada de MTX en monoterapia fuera más eficaz (Bergstra et al, Arthritis Care Res 2017).

Desde el punto de vista farmacocinético es probable que la disponibilidad de poliglutamatos activos de MTX se comporte de manera estable e independiente de la dosis semanal. Los autores encuentran que a lo largo del tiempo hubo una tendencia de los reumatólogos a comenzar con dosis más altas de MTX, especialmente asociado con glucocorticoides.

Aunque la base de datos no estaba diseñada para recoger efectos adversos, las dosis más elevadas de MTX pueden asociarse a una mayor toxicidad, la cual puede comprometer la adherencia del paciente. Por lo tanto, lo que nos indica este trabajo es que para alcanzar el estándar de 20 mg/sem en pacientes con AR no vamos a obtener ventajas si la dosis de inicio es 15 mg o superior en comparación con 7,5-10 mg.

Este trabajo nos indica que para alcanzar el estándar de 20 mg/sem en pacientes con AR **no vamos a obtener ventajas** si la dosis de inicio es 15 mg o superior en comparación con 7,5-10 mg

## ENFERMEDADES INFLAMATORIAS SISTÉMICAS

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

### Reumatismos y tratamientos para el cáncer

**Reumatismos inflamatorios como efecto adverso de la inmunoterapia para el cáncer (checkpoint inhibitors): revisión sistemática.** Cappelli LC, et al. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2017;69:1751-63.

La inmunoterapia específica mejora el pronóstico del cáncer, por lo que es una opción en casos avanzados y refractarios a la terapia convencional. Se trata de un nuevo mecanismo de acción, cuyo objetivo es la potenciación de la respuesta inmune contra el tumor. Así, los nuevos tratamientos lo que consiguen es bloquear la coestimulación negativa de las células T. Las dianas incluyen CTLA-4, PD-1 y PD-L1, entre otras. Tanto CTLA-4 como PD-1 son receptores que se expresan en la superficie de los linfocitos T y que inhiben la activación de la célula.

Los reumatólogos conocemos abatacept, una proteína de fusión de CTLA-4 y la porción Fc de IgG1 que bloquea la coestimulación del linfocito T al impedir la unión de CD28 a su receptor CD80/86. El efecto de abatacept es precisamente opuesto a la de una de las inmunoterapias para el cáncer.

#### Revisión sistemática

Los autores realizan una revisión sistemática de los efectos adversos de la inmunoterapia en el aparato locomotor. Encuentran 52 publicaciones (33 de ellas ensayos clínicos), algunas de las cuales se referían a pacientes con enfermedad reumática inflamatoria preexistente. La prevalencia de artralgias en ensayos clínicos se sitúa entre el 1% y el 43% y las mialgias entre el 2% y el 20%.

Se reportan casos de artritis en 5 de 33 ensayos y de vasculitis en 2 de 33. Debemos tener en cuenta que no es fácil distinguir artritis de artralgias para un médico no reumatólogo, por lo que es posible que la primera esté infradiagnosticada. En aquellos ensayos que se describe caso de artritis, la prevalencia es del 1-7%.

En un estudio observacional y en tres reportes de casos se describen pacientes con enfermedad autoinmune preexistente. Los casos reportados incluyen artritis, vasculitis, miositis y nefritis lúpica.

Los autores concluyen que **las artralgias y mialgias son comunes en los pacientes que reciben inmunoterapia para el cáncer.** La prevalencia de artritis crónica, vasculitis o síndrome seco no está definida con la evidencia actual

ca. En alguno de los pacientes, la artritis persistió después de suspender la inmunoterapia.

La serie más numerosa de las publicadas (13) describe casos de melanoma, cáncer de pulmón y de riñón tratados con nivolumab, ipilimumab o una combinación de ambos. Nueve de los casos desarrollaron artritis mientras que cuatro presentaron síndrome sicca con afectación salivar severa. Por lo general, se trata de pacientes seronegativos que requieren dosis de glucocorticoide superiores a las habituales y, en algunos de ellos, metotrexato e incluso anti-TNF. En la revisión de la literatura no identifican efectos adversos específicos de cada uno de los tratamientos.

#### Conclusiones

Los autores concluyen que las artralgias y mialgias son comunes en los pacientes que reciben inmunoterapia para el cáncer. La prevalencia de artritis crónica, vasculitis o síndrome seco no está definida con la evidencia actual. Además, los datos para pacientes con enfermedad reumática preexistente son limitados para hacer recomendaciones.

Otros efectos adversos descritos con los nuevos tratamientos son hepatitis, colitis, vitíligo, disfunción tiroidea, neumonitis y nefritis.

# VASCULITIS

**Dr. Jenaro Graña Gil**

Hospital Universitario Juan Canalejo. A Coruña

## Enfermedad de Takayasu

### Arteritis de Takayasu de inicio en la infancia: enfermedad, curso y respuesta al tratamiento.

*Aeschlimann FA, et al. Arthritis Research Ther 2017;19:255.*

La arteritis de Takayasu de la infancia (TAK) es la vasculitis de grandes vasos más frecuente en la edad pediátrica. Se caracteriza por inflamación granulomatosa intramural de la aorta y sus ramas principales que da lugar a engrosamiento de las paredes, formación de estenosis y trombos con disfunción de órganos secundaria a la isquemia. Además, se pueden producir aneurismas y disecciones arteriales. La mortalidad es elevada con tasas del 35%. La patogenia sigue siendo confusa, aunque se conocen citocinas proinflamatorias producidas por mecanismos inmunes celulares. El objetivo del tratamiento es controlar la inflamación vascular y prevenir la lesión irreversible vascular y el daño orgánico.

No disponemos de recomendaciones terapéuticas sólidas basadas en ensayos clínicos y las experiencias derivan de cohortes observacionales de adultos. Los corticoides son actualmente la base del tratamiento, pero aproximadamente la mitad de los pacientes requieren inmunosupresión adicional. Se han utilizado ciclofosfamida, metotrexato, azatioprina, micofenolato mofetil o leflunomida con respuesta variable y se ha observado la alta eficacia de las terapias biológicas en pacientes adultos de TAK con curso refractario.

### Objetivos del estudio

Los autores realizaron este estudio con el objetivo de: 1) describir la presentación clínica, alteraciones analíticas y características angiográficas, 2) revisar y comparar la eficacia y seguridad de los regímenes de tratamiento, y 3) tratar de identificar factores de riesgo para resultados adversos en los pacientes con TAK en edad pediátrica.

Efectuaron un estudio de cohortes de centro único de niños consecutivos que cumplían los criterios EULAR/PRINTO/PReS para TAK entre 1986 y 2015. Se registraron los fenotipos clínicos, marcadores de laboratorio, hallazgos de imagen, curso de la enfermedad y tratamiento. La actividad se evaluó mediante la Puntuación de Actividad de Enfermedad de la Vasculitis Pediátrica (PVDAS) en cada visita. El brote de enfermedad se de-

finió como nuevos síntomas o incremento de marcadores inflamatorios que requirieron aumento de terapia o nuevas lesiones angiográficas o muerte.

Se incluyeron 27 niños; 74% mujeres, y edad promedio al diagnóstico de 12,4 años. El 81% tenían enfermedad activa en el diagnóstico. Las manifestaciones clínicas más comunes al debut fueron los síntomas constitucionales, cefalea, discrepancia de la presión arterial, disminución de los pulsos periféricos e hipertensión. Los regímenes de tratamiento incluyeron corticosteroides solos (15%), corticoides más metotrexato (37%), ciclofosfamida (19%) o un agente biológico (11%). Se documentaron resultados adversos en 14/27 niños (52%): dos (7%) murieron en el plazo de seis meses tras diagnóstico, y trece (48%) experimentaron brote de la enfermedad. La supervivencia libre de brote a dos años fue del 80% con los tratamientos biológicos en comparación con el 43% de las terapias no-biológicas ( $p = 0,03$ ). El uso de terapias biológicas dio lugar a tasas significativamente mayores de enfermedad inactiva ( $p = 0,02$ ). No se identificó ningún predictor de resultado.

### Conclusiones

Los autores concluyen que la TAK en edad pediátrica conlleva una alta carga de morbilidad. Las terapias biológicas (infliximab/9, adalimumab/1, tocilizumab/2) se asociaron con un mayor control de la actividad de la enfermedad.

Este estudio analiza la cohorte contemporánea de TAK en la infancia más grande hasta la fecha. El 81% de los niños debutaron con signos y síntomas de inflamación sistémica, enfermedad activa de la pared vascular y perfusión crítica de órganos. La enfermedad tiene una morbilidad y mortalidad precoz dramáticas; el 48% experimentaron brotes de la enfermedad, y dos niños murieron a los pocos meses del diagnóstico. Los niños tratados con terapias biológicas tenían significativamente menos brotes y conseguían un estado de enfermedad inactiva con más frecuencia que los inmunosupresores. El tocilizumab ha mostrado efecto ahorrador de corticoides y buena respuesta clínica tanto en pediatría como en adultos. Como curiosidad, se ha sugerido recientemente un fondo genético común entre TAK y colitis ulcerosa debido a la alta tasa de coexistencia de estas dos enfermedades.

## VASCULITIS

Dr. Jenaro Graña Gil

Hospital Universitario Juan Canalejo. A Coruña

### Púrpura Schönlein-Henoch infantil

#### Rituximab para el tratamiento de la vasculitis IgA de inicio en adultos (Schönlein-Henoch).

Maritati F, et al. *Arthritis Rheum* 2018;70:109-114.

La vasculitis IgA (Púrpura de Henoch-Schönlein) (VlgA) es una vasculitis sistémica de vaso pequeño, caracterizada por depósitos inmunes de predominio IgA1 galactosa-deficiente. Las manifestaciones clínicas incluyen púrpura, afectación gastrointestinal, artritis y glomerulonefritis. Es la más frecuente en los niños, mientras que es rara en mayores. Generalmente, tiene un curso benigno que solo requiere tratamiento de apoyo. En los adultos, su pronóstico es peor, debido a la frecuencia y severidad de la lesión renal. De hecho, la VlgA del adulto lleva a enfermedad renal crónica avanzada o a enfermedad renal terminal al 10-30% de los pacientes con afectación renal.

El tratamiento de la VlgA del adulto es aún tema de debate. Se utilizan habitualmente glucocorticoides e inmunosupresores, especialmente en pacientes con manifestaciones sistémicas graves. Sin embargo, la eficacia de estos tratamientos es controvertida. En el único ensayo aleatorizado realizado en VlgA del adulto, la combinación de ciclofosfamida y glucocorticoides no proporcionó ningún beneficio claro. La eficacia de otros agentes inmunosupresores como azatioprina, micofenolato mofetilo o ciclosporina se ha documentado solamente en casos aislados.

#### Rituximab (RTX)

Rituximab (RTX) es un anticuerpo que deplecciona las células B, de eficacia probada en vasculitis asociadas a ANCA. Los autores realizaron este estudio observacional multicéntrico para probar la eficacia y seguridad del RTX en una cohorte de pacientes con VlgA de inicio adulto.

Se incluyeron 22 pacientes con VlgA que recibieron RTX por evolución refractaria/recurrente o por contraindicaciones para la terapia convencional con glucocorticoides y/o inmunosupresores. Se analizaron las tasas de remisión (definida en base a la puntuación de actividad de la escala Vasculitis BVAS) y recaída, así como las variaciones en el tiempo de la tasa de filtración glomerular estimada (TFG), proteinuria, nivel de proteína C reactiva (PCR), BVAS y dosis de prednisona.

La edad media al diagnóstico era de 37,5 años y la duración media de seguimiento fue de 24 meses. 16 pacientes recibieron RTX como tratamiento complementario y 6 como monoterapia. Alcanzaron la remisión 20 pacientes (90,9%), y 7 pacientes (35%) tuvieron reactivación de la enfermedad.

Hubo reducción significativa de la proteinuria de 24 horas ( $P < 0,0001$ ), cifra de PCR ( $P = 0,0005$ ), BVAS ( $P < 0,0001$ ) y dosis de prednisona ( $P < 0,0001$ ) desde el inicio de RTX hasta la última visita de seguimiento. La TFG se mantuvo estable y el RTX fue generalmente bien tolerado. Un paciente falleció tras 60 meses de seguimiento.

#### Opción terapéutica

Los autores sugieren que RTX es una opción terapéutica eficaz y segura para la VlgA del adulto. El mecanismo de acción del RTX en la VlgA no se conoce. Se cree que en la VlgA los complejos inmunes que contienen IgA1 galactosa-deficiente se acumulan en los órganos diana e inician el daño tisular como en la nefropatía por IgA. Los niveles de IgA sérica total, en 17 de los 22 pacientes, mostraron una reducción leve y progresiva después del tratamiento con RTX ( $P = 0,03$ ).

Sin embargo, las variaciones en la cinética y la reducción de la IgA no parecían reflejar la actividad terapéutica de RTX. Aunque no podemos excluir la posibilidad de que el RTX disminuya la expansión de células plasmáticas productoras de IgA o la infiltración tisular por células B, su eficacia terapéutica probablemente proviene de la alteración de otras funciones de la célula B como la presentación de antígeno y la coestimulación de la célula de T, como ya se ha postulado para las vasculitis P-ANCA y otros procesos autoinmunes.

Los autores del estudio sugieren que **RTX es una opción terapéutica eficaz y segura para la VlgA del adulto**

## La Biblioteca Virtual Jaime Rotés Querol sigue avanzando

**Mercedes Guerra, documentalista y encargada de su gestión, hace un repaso a los beneficios que ofrece a los socios este servicio, patrocinado por Novartis**

**¿Con cuántos usuarios cuenta la biblioteca en la actualidad? ¿Ha aumentado su interés entre los socios en los últimos años?**

La Biblioteca Virtual Jaime Rotés Querol (BVJRQ) lleva funcionando desde el año 2000 y sigue ofreciendo, después de todo este tiempo, un servicio de calidad a los socios. A día de hoy, contamos con 947 socios registrados en esta biblioteca y 619 en el catálogo C17.

En los últimos cuatro años, y dentro de las políticas de la Comisión de Relaciones Profesionales, Práctica Privada y Servicios al Socio, se ha logrado aumentar su uso por parte de los socios. En 2017, se superaron las 20.000 des-

cargas de artículos de revistas suscritas, 5.000 más que el año anterior. Igualmente, el servicio de préstamo de artículos recibió en 2017 más de 1.800 peticiones, siendo muy valorado por parte de los socios, ya que más de la mitad se resolvieron en menos de una hora.

**¿Qué ventajas ofrece a los socios de la SER?**

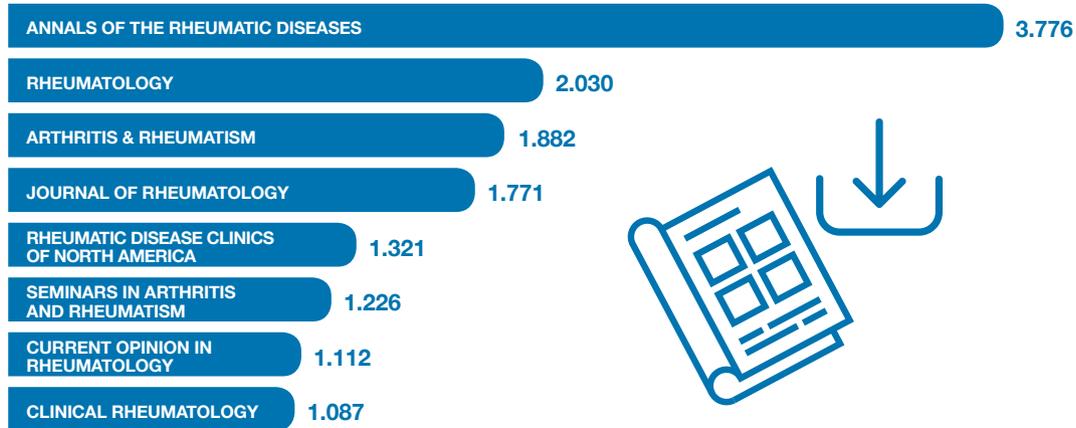
La biblioteca cuenta con un gran catálogo de revistas especializadas en Reumatología. Además, sus recursos y servicios están disponibles para todos los socios, principalmente en formato electrónico y son accesibles rápida y fácilmente a través de cualquier dispositivo. Asimismo, el socio tiene mayor autonomía e independencia, ya que desde la aplicación del catálogo C17 se puede descargar artículos de revistas suscritas a texto completo o hacer una petición a la biblioteca para que le suministre los artículos que necesita. La respuesta es inmediata. También tenemos acceso a la base de datos Embase.

**¿Qué novedades destacaría del último año?**

Este año se ha dado especialmente importancia a la atención al usuario, enviando *emails* con la forma de acceder a la biblioteca y cómo registrarse en el nuevo Catálogo C17. Además, se envían noticias relacionadas en los boletines mensuales de la SER. También ofrece paralelamente otros servicios como apoyo a la investigación y a búsquedas bibliográficas, entre otros. Asimismo, se ha actualizado el fondo documental de tesis incluyendo resúmenes y tesis en formato pdf desde el año 2013.



## Revistas más descargadas en 2017



Embase®

¿PERTENECES A ALGÚN GRUPO DE TRABAJO O INVESTIGACIÓN? ¿ESTÁS PENSANDO REALIZAR TU TESIS DOCTORAL? ¿CURSANDO ALGÚN AÑO DE TU RESIDENCIA O PREPARANDO UN TRABAJO PRE O POSTGRADO? ENTONCES SIGUE LEYENDO...

Desde la Biblioteca Virtual JRQ se puede acceder a EMBASE, base de datos producida por Elsevier, disponible en la Sociedad Española de Reumatología desde noviembre de 2016.

Incluye revistas europeas especialmente valoradas por su cobertura en fármacos y toxicología. Posibilita la búsqueda combinada con Medline, y ofrece acceso a más de 25 millones de registros contenidos en alrededor de 7.600 revistas de más de 70 países con un índice por Emtree, diccionario de sinónimos, que incluye las clasificaciones MeSH.

Cuenta con más de 5 millones de artículos y ponencias que se indexan solo en EMBASE y todo el contenido de MEDLINE producido por la *National Library of Medicine* (NLM).

El acceso a EMBASE es, solo y exclusivamente, desde el portal de la biblioteca para los socios registrados. En el menú lateral izquierdo del catálogo C17 se puede acceder a través de un click. También hay disponible un tutorial que puede servir de ayuda, y siempre que se necesite se puede escribir a [biblioteca@ser.es](mailto:biblioteca@ser.es) para resolver cualquier consulta.

## Dr. Carlos Acebes: “Tenemos unos profesionales con un alto nivel científico y humano”

El nuevo presidente de la Sociedad de Reumatología de la Comunidad de Madrid habla de los proyectos, objetivos y prioridades al frente de la SORCOM



### ¿Qué objetivos se plantea para la presidencia de la SORCOM?

El primer objetivo que nos hemos marcado es conocer la opinión de nuestros socios respecto a las actividades que la SORCOM viene desarrollando en los últimos años, así como estar abiertos a posibles iniciativas y proyectos que estos pudieran demandar. En este sentido, al finalizar 2017 y en el entorno temporal de nuestro congreso autonómico, promovi-

mos una encuesta *online* sobre la pertenencia a la SORCOM y la opinión de nuestros socios respecto de los contenidos de las diferentes líneas estratégicas, así como posibles propuestas para el futuro. Con esta información nos proponemos, por una parte, mantener aquellos proyectos y actividades que, en su opinión, están funcionando y acometer el desarrollo y la implementación de nuevas iniciativas que cuenten con su apoyo. Por tanto, se trataría de mantener aquello que, en opinión de nuestros socios está funcionando, y acometer aquellas propuestas que se nos puedan demandar contando con la creatividad y el estilo de la nueva Junta Directiva.

### ¿En qué ámbitos se va a invertir un mayor esfuerzo?

Como viene siendo habitual, el mayor esfuerzo irá dirigido a la organización de nuestro congreso autonómico anual, del que tan orgullosos nos sentimos, tratando de mantener su alto nivel de calidad científica y su excelente papel de plataforma de encuentro anual de profesionales y amigos de la Reumatología.

### ¿Se va a llevar a cabo algún proyecto novedoso?

Siguiendo la sugerencia de nuestros socios, estamos trabajando en la promoción de algún proyecto novedoso, sobre todo en las líneas estratégicas de for-

mación y docencia y de investigación e innovación, que parecen ser las más demandadas. Estamos planteando la puesta en marcha de algún proyecto piloto de formación *online* (no presencial) teniendo en cuenta, por un lado, la importante limitación del reumatólogo para atender a la formación presencial actual y, por otro, anticipándonos a las nuevas tendencias en la oferta formativa para los próximos años. En el apartado de investigación, estamos trabajando en una propuesta pionera para la dotación de una beca de intensificación dirigida a un proyecto de alguno de nuestros socios, que por sus características laborales este dedicando el 100% de su actividad a la asistencia y tenga, no solo un proyecto novedoso, sino la voluntad de llevarlo a cabo en un marco temporal definido.

### ¿Qué aspectos de la Reumatología de la Comunidad de Madrid considera ejemplares?

### ¿Qué otros aspectos cree que tendrían que ser mejorables?

Nuestra especialidad atraviesa un momento inmejorable: avances importantes en el campo de la imagen facilitando los diagnósticos, nuevas terapias que han revolucionado el pronóstico de las enfermedades reumáticas, y unos profesionales con un alto nivel científico y humano capaces de responder de forma eficiente a las expectativas de la demanda de nuestra especialidad. Todo ello integrados en una red de hospitales públicos y privados, que, sin duda, sirven de modelo de desarrollo sanitario no solo a otras comunidades autónomas, sino a otros países de nuestro entorno.

En cuanto a mejoras, opino que en el marco de las instituciones y, especialmente de la Consejería de Sanidad de nuestra comunidad autónoma, debería promoverse la participación de nuestro colectivo en las cuestiones de ámbito consultivo, organizativo o ejecutivo relacionadas con la gestión de la patología del aparato locomotor. Mi opinión es que los puntos de vista, inquietudes e ideas de los facultativos, que realmente conocen la realidad del trabajo diario en esta especialidad, podrían ayudar de forma decisiva en la tarea de promover una asistencia de excelencia en un área como la nuestra que genera un importante volumen de actividad.

# Becas en la Unidad de Investigación para mejorar la formación en Epidemiología

**Desde hace cuatro años la SER, con la ayuda de AbbVie, lleva a cabo un plan de formación en Epidemiología con estancias cortas en la Unidad de Investigación**

Desde hace cuatro años y con la colaboración de AbbVie, la Sociedad Española de Reumatología (SER) puso en marcha un plan de formación en Epidemiología que consiste en el desarrollo de estancias cortas, de dos a cuatro meses, en la Unidad de Investigación de la SER. Este programa está dirigido a aquellos profe-

sionales sanitarios que estén interesados en ampliar su formación en el área de la epidemiología.

Todos los socios reumatólogos con el periodo de formación sanitaria especializada terminado pueden acceder a estas becas. Toda la información en [www.ser.es](http://www.ser.es).



[ Dra. Mónica Fernández ]

“Se trata de una experiencia recomendable para todos los que se dedican a la investigación”

La Dra. Mónica Fernández Castro, rotante en la Unidad de Investigación desde octubre de 2017 hasta el 31 de enero de este año, narra cómo fue su aprendizaje en este plan de formación de la SER en Epidemiología.

## ¿Por qué decidió presentar su solicitud a estas becas AbbVie/Unidad de Investigación FER?

Porque me pareció interesante conocer y aprender más sobre la Unidad de Investigación, con la que tengo el gusto de trabajar desde hace años, pero en la distancia. Hace años que trabajo en el proyecto SjögrenSER con el metodólogo asignado al mismo, pero, obviamente, el contacto directo no tiene nada que ver con unos mensajes de *email* o hablar un día por teléfono.

## En concreto, ¿cuál ha sido su labor en la UI?

Aprender y trabajar sobre guías de recomendaciones terapéuticas. Trabajar día a día de una manera más fluida

con el metodólogo del proyecto SjögrenSER, preparar un *abstract* para el Congreso Nacional y un artículo. Además, he aprendido sobre estadística, metodología y realización de un proyecto.

## ¿En qué aspectos de la Reumatología le ha servido para mejorar esta rotación?

Me ha servido para comprender y valorar el trabajo de compañeros con los que colaboras en la distancia, ver lo que hacen y conocer aspectos de este trabajo que no conocía. He aprendido y mejorado en el campo de la investigación. Considero que es algo complementario a los conocimientos científicos puros sobre las enfermedades.

## ¿Qué valoración haría de esta nueva experiencia?

Buenísima y recomendable para todo el mundo que se dedica a la investigación.

## El proyecto EPISER 2016 finaliza el trabajo de campo y presenta resultados preliminares

El proyecto EPISER 2016 –estudio de prevalencia de las enfermedades reumáticas en España realizado por la Sociedad Española de Reumatología– ha finalizado el trabajo de campo y se han presentado los resultados preliminares en una reunión que se celebró en Madrid el pasado mes de enero. Esta cita contó con la participación de gran parte de los investigadores implicados en esta iniciativa, junto con los miembros del comité científico.

Los resultados se presentarán en el marco del XLIV Congreso Nacional de la SER de A Coruña y “se podrá ver entonces si las cifras respecto a la edición del estudio EPISER 2000 han variado debido a los cambios sociodemográficos u otros factores”, según explica la Dra. Sagrario Bustabad, investigadora principal de este proyecto.

En concreto, en esta nueva edición del estudio se han incluido, además de patologías que ya se analizaron en la anterior, como artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, lumbalgia inflamatoria, artrosis (de manos y rodillas), osteoporosis y fibromialgia; otras nuevas de las cuales desconocemos la prevalencia en la población española, como son la artritis psoriásica, espondilitis anquilosante, gota, síndrome de Sjögren y artrosis de columna cervical, lumbar y cadera.



## Publicados los resultados del estudio GEMA2

La revista internacional *Rheumatology and Therapy* ha publicado los resultados del estudio GEMA2, un proyecto promovido por la Sociedad Española de Reumatología (SER) y financiado por Menarini, con el objetivo de auditar la diseminación de las recomendaciones EULAR 2006 sobre el manejo de la gota en las consultas de Reumatología.

El estudio se ha centrado precisamente en conocer los detalles sobre la manera en que se trata y se atiende al paciente con esta patología en España. El Dr. Fernando Pérez ha sido el investigador principal de este proyecto que es continuación del estudio GEMA, también centrado en el análisis del manejo de la gota en nuestro país.

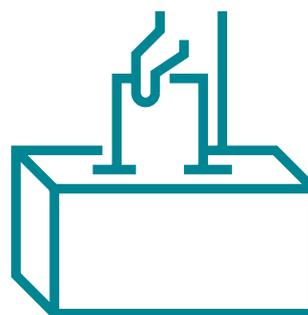
Y es que España ha sido pionera a la hora de auditar la práctica clínica en esta patología. Los autores del trabajo concluyen que, a pesar de la mejora en alguno de los parámetros recomendados por EULAR, sigue existiendo cierta inercia clínica a la hora de tratar a los pacientes con gota en España. Aun así, los resultados del estudio GEMA2 apuntan a una mejoría de en torno al 50% con respecto al manejo de la gota registrado en la primera auditoría realizada por la SER. Dicha investigación también ha analizado aspectos relacionados con el diagnóstico de esta enfermedad en las consultas de Reumatología.

## Explotaciones secundarias de datos

Están a disposición de los socios de la SER las bases de datos de los proyectos activos y finalizados para la realización de explotaciones secundarias. En el año 2017, se aceptaron nueve solicitudes de los proyectos Relesser, Biobadaser, Carma y SjögrenSER. Desde la SER animamos a seguir haciendo este tipo de explotaciones, ya que la difusión de los resultados es crucial para generar conocimiento científico que mejore la atención a los pacientes.

# El Dr. José María Álvaro-Gracia Álvaro y la Dra. María Sagrario Bustabad Reyes son los candidatos a presidente electo de la SER

Las elecciones tendrán lugar el viernes 25 de mayo, de 9:00 a 14:00 horas en el Palacio de Exposiciones y Congresos de A Coruña (PALEXCO), coincidiendo con la celebración del XLIV Congreso Nacional



## ENTREVISTAMOS A...

### Dr. José María Álvaro-Gracia Álvaro

Responsable de la Unidad de Terapias Biológicas. Servicio de Reumatología del Hospital Universitario de La Princesa, Madrid

#### ¿Qué le condujo a presentar su candidatura a futuro presidente de la SER?

Lo he hecho por el compromiso y la ilusión de contribuir a impulsar la SER del futuro. Ha sido una decisión muy meditada que he ido madurando con el tiempo. Tengo ganas y fuerzas para ello, conozco bien nuestra Sociedad. Ha sido grato comprobar que cuento con el apoyo y el reconocimiento de un gran número de colegas, y estoy convencido de que puedo ser un presidente a la altura de lo que necesita la SER.

Desde hace años, cuando regresé de mi estancia en EE.UU., he estado vinculado de forma activa a la Sociedad, primero en las juntas directivas de los Dres.

Eliseo Pascual y Manuel Figueroa, y posteriormente como vicepresidente y responsable del comité científico durante cuatro años con los Dres. Armando Laffón y Emilio Martín Mola. Y más recientemente en otras actividades como, por ejemplo, mi participación en congresos, simposios y cursos de la SER, en la configuración de guías y recomendaciones de práctica clínica o en las actividades del grupo de comunicación. Estoy enormemente orgulloso de cómo ha evolucionado la SER en estos años. Somos un referente para otras sociedades científicas, pero debemos seguir trabajando para mejorar y adaptarnos a la realidad cambiante en que se encuentra inmersa la Reumatología. Yo me siento con gran ilusión, energía y apoyos para intentar liderar esta tarea.

### ¿Cuáles son los principales objetivos de su programa?

Los centraría en cuatro aspectos estratégicos:

1) Hacer que la SER sea un espacio abierto para todos y cada uno de los socios. Soy muy consciente de lo amplia y heterogénea que es nuestra Sociedad y de que es fundamental tener en cuenta las diferentes realidades y necesidades de los socios. 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.

2) Reforzar y difundir la imagen del reumatólogo en la población como el especialista de las enfermedades médicas del aparato locomotor y de los procesos autoinmunes sistémicos, utilizando todos los medios a nuestro alcance, que son muchos.

3) Fomentar y apoyar, tanto económica como técnicamente, la actividad investigadora de los reumatólogos españoles, teniendo muy presente que esta es un área con margen de mejora en la que es fundamental involucrar a la gente joven animándoles a que se formen adecuadamente, incluso en el extranjero. Una sociedad científica sin suficiente actividad investigadora no tiene buen futuro.

4) En cuarto lugar, y también relacionado con el punto anterior, tenemos que conseguir que la Reumatología española tenga una mayor presencia en foros internacionales, principalmente en EULAR.

Estos son los cuatro objetivos fundamentales de mi programa sobre los que se articulan otros muchos aspectos que preocupan a los socios, con los que he tenido la oportunidad de hablar en los últimos meses, como son el funcionamiento de la SER, las relaciones con los pacientes, con las sociedades autonómicas o con la industria, así como la docencia, por señalar algunos de ellos. Todo esto lo desarrollo con más detalle en mi programa definitivo.

### ¿Qué cree que puede aportar a esta sociedad científica?

Fundamentalmente experiencia, ilusión, ganas de trabajar, conocimiento de la especialidad y contactos internacionales, que son fundamentales para conseguir algunos de los objetivos señalados previamente. Como

ya he dicho, tengo un amplio conocimiento de la SER desde hace mucho tiempo. Creo que mi experiencia laboral, tanto dentro como fuera de España me ha permitido ampliar la perspectiva de lo que debe ser un reumatólogo y una sociedad científica en el mundo actual. Quiero rodearme de un grupo de gente sólido, con diferentes perfiles que complementen el mío, dando un papel relevante a reumatólogos jóvenes, y que compartan mi ilusión y ganas de trabajar por nuestra Sociedad.

### ¿A qué retos considera que debe enfrentarse la SER?

He mencionado mi orgullo por lo que ha conseguido la SER a lo largo del tiempo. Pero no podemos dormirnos en los laureles. Estamos en un mundo que cambia rápidamente y eso nos obliga a adaptarnos a esta situación. El primer reto es precisamente tener la suficiente iniciativa, atención y flexibilidad para reconocer los desafíos que puedan ir surgiendo y afrontarlos con eficiencia. Necesitamos garantizar la financiación que permita a la SER desarrollar sus proyectos. Tenemos que hacer frente al empuje de otras especialidades, demostrando que somos los que mejor hacemos las cosas en esos ámbitos. Es fundamental que apoyemos la actividad investigadora de los socios, tanto con recursos para los que hacen investigación en un entorno de financiación menguante, como para aquellos que necesitan apoyo metodológico. Otro reto fundamental es conseguir que los reumatólogos jóvenes entiendan y abracen la necesidad de hacer investigación. También tenemos que analizar y afrontar las consecuencias de que en un futuro relativamente cercano un gran número de reumatólogos entrarán en edad de jubilación.

### ¿Cómo ve el futuro de la Reumatología en nuestro país?

Soy optimista, lo veo muy positivo, pero tenemos que trabajar por él. La Reumatología ha tenido un desarrollo difícilmente imaginable hace 30 años. Los avances científicos han puesto en nuestras manos unos tratamientos que están cambiando la vida de nuestros pacientes. Es previsible que este desarrollo prosiga con nuevos fármacos que continuarán teniendo un impacto favorable en nuestra especialidad. Veremos avances en medicina personalizada. Creo que en algún momento veremos el *boom* de otras enfermedades como la artrosis. No cabe duda de que el desarrollo de las nuevas tecnologías va a tener un impacto importante en la forma de desarrollar nuestra profesión. Por eso, es fundamental que la Reumatología española esté preparada y además contribuya de forma activa a estos cambios.



## ENTREVISTAMOS A...

### **Dra. María Sagrario Bustabad Reyes**

Jefa del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario de Canarias, profesora asociada de Patología del Aparato Locomotor de la Universidad de La Laguna, y presidenta de la Sociedad Canaria de Reumatología (junio 2014–abril 2018)

#### **¿Qué le condujo a presentar su candidatura a futura presidenta de la SER?**

Haber estado durante cuatro años en las juntas directivas de la SER con los doctores Santiago Muñoz y José Vicente Moreno me ha dado la oportunidad de conocer nuestra sociedad 'por dentro', lo que para mí ha sido una de las mejores experiencias profesionales. Me permitió tratar con numerosos compañeros y profundizar en el funcionamiento de la Sociedad y el equipo humano que trabaja para que todo funcione. Todo ello hizo que, cuando finalizó mi actividad en la junta directiva como coordinadora de los programas científicos y, animada por diferentes compañeros, tomara la decisión de presentar mi candidatura para la presidencia de la SER.

Me hace mucha ilusión trabajar para una sociedad científica como la nuestra y poder aportar mi granito de arena con el objetivo de llevar a cabo algunos pequeños cambios que expongo en mi programa y que creo, si los socios así lo consideran con sus votos, pueden colaborar a mejorar, si cabe, nuestra sociedad.

#### **¿Cuáles son los principales objetivos de su programa?**

Tengo que decir que me siento orgullosa del programa que presento al ser el resultado de un trabajo de equipo, porque he incluido propuestas de numerosos socios. Les agradezco a estos compañeros, muchos de ellos que ni conozco personalmente, que hayan querido compartir conmigo, de forma desinteresada, sus sugerencias para contribuir al mejoramiento, en aquellos aspectos que sea necesario, de nuestra Sociedad.

El principal objetivo de mi programa es ser la presidenta de todos los socios de la SER. Quiero conseguir que nuestra sociedad esté más cerca de los profesionales de la Reumatología y, para ello, lo primero que pretendo hacer es conocer sus necesidades, independientemente de si ejercen la medicina pública y/o privada o si están en hospitales comarcales u hospitales de tercer nivel, de si hacen investigación o si se dedican exclusivamente a la clínica, o si son jóvenes o jubilados.

Además, otros objetivos que considero de gran importancia serían:

- Apoyar a los jóvenes en su formación clínica y favorecer que se adentren en la investigación porque son el futuro de nuestra Sociedad. Es importante una mayor difusión de las actividades que se realizan en JOVREUM (grupo de jóvenes reumatólogos de la SER) y ayudarlos a su integración en EMEUNET (EMerging EUlar NETwork, una red activa de jóvenes reumatólogos e investigadores dentro de EULAR). Aunque a los de más edad nos resulte un poco duro, se tiene que ir produciendo el recambio generacional, hay que ir delegando actividades y responsabilidades en los reumatólogos más jóvenes.
- Apoyar la continuación de la transparencia y fortalecerla. Para ello, hay que empezar por la presidencia de la Sociedad. Creo que sería interesante valorar realizar un cambio en los estatutos en el sentido de que el presidente o la presidenta de la SER no pueda ser portavoz de la industria farmacéutica en simposios satélites o presentaciones

de la industria durante cuatro años, desde que es elegido hasta que termina su presidencia. Es verdad que esto se viene haciendo en los últimos años, pero no estaría de más que, para asegurar que siempre se produzca, se incluya en los estatutos. Así, consolidaremos la transparencia y evitaremos posibles conflictos de intereses.

- Tratar de consolidar a la Reumatología como la especialidad médica de la patología musculoesquelética y de las enfermedades autoinmunes sistémicas.

### ¿Qué cree que puede aportar a esta sociedad científica?

Por supuesto, mi experiencia. Llevo ya bastantes años como reumatóloga y ya casi once años como jefa de Servicio. Tampoco me 'asusta' el trabajo y estoy dispuesta a poner toda mi capacidad al servicio de esta Sociedad que es la de todos los reumatólogos.

Además, tengo una larga experiencia como reumatóloga dedicada íntegramente a la labor asistencial, docente e investigadora, por lo que conozco en profundidad mi especialidad. Los que tratan conmigo saben de mi capacidad de trabajo y de mi empeño en conseguir todo aquello que considero justo. Les aseguro que no me rindo fácilmente.

### ¿A qué retos considera que debe enfrentarse la SER?

La actual estructura organizativa de la SER, muy profesionalizada y constituida por la Unidad de Gestión y la Unidad de Investigación, es un modelo de eficiencia, envidia de otras sociedades científicas y alabada por nuestro principal financiador, la industria farmacéutica.

Pensando en el futuro de nuestra Sociedad, creo que la SER debe de dotarse de mecanismos sólidos que garanticen su independencia y que per-

mitan también un control de la actividad de ambas unidades para no llegar a exceder su capacidad de respuesta.

Más que a retos, considero que la SER es una Sociedad que tendrá que enfrentarse a cambios. Estos estarán fundamentalmente relacionados con asumir la patología musculoesquelética, ya que es la patología reumática más prevalente, que va a permitir la creación de plazas en Reumatología; terminar de consolidar que se reconozca al reumatólogo como el especialista de las enfermedades autoinmunes sistémicas; la aparición de nuevos fármacos, así como una mayor y mejor relación con otras especialidades afines, sociedades autonómicas y asociaciones de pacientes. Todo ello, contribuirá a que tengamos una Sociedad mucho más fuerte y consolidada en el futuro.

### ¿Cómo ve el futuro de la Reumatología en nuestro país?

La Reumatología ha avanzado mucho y a gran velocidad, y este progreso, rápido, también es visible en nuestro país. El futuro de la Reumatología es, sin duda, muy interesante. Nos enfrentamos a cambios importantes: muchas nuevas opciones terapéuticas innovadoras que repercutirán en la actuación sobre algunas enfermedades que en el momento actual son huérfanas, por lo que los reumatólogos tendrán que tener una muy buena base inmunológica. También tendrá que haber una mayor colaboración con otras especialidades afines, habrá que fomentar una mayor relación con las instituciones sanitarias, sociedades autonómicas y una mayor presencia en el ámbito europeo e internacional.

Estoy segura de que, gracias al trabajo de la SER (cuando hablo de la SER, hablo de todos los que la componemos), conseguiremos adaptarnos a esos cambios y nuestra Sociedad se consolidará como una de las mejores sociedades científicas españolas.



Puedes acceder a los programas de ambos candidatos a través de [www.ser.es](http://www.ser.es)

# Éxito en la primera jornada presencial del ‘Máster SER en enfermedades reumáticas mediadas por el sistema inmune’

Más de 90 alumnos afianzaron sus conocimientos adquiridos en la formación ‘online’ con clases magistrales sobre artritis psoriásica y espondiloartritis



Madrid acogió la primera jornada presencial del ‘Máster SER en enfermedades reumáticas mediadas por el sistema inmune’, impulsado por la Sociedad Española de Reumatología (SER) y la Universidad Rey Juan Carlos (URJC), con la colaboración de Novartis.

Se trata de un programa académico innovador, que consta de cuatro módulos dedicados al abordaje de las espondiloartritis y la artritis psoriásica, las enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS) y las vasculitis, la artritis reumatoide y metodología de investigación.

En esta jornada presencial, los más de noventa alumnos que asistieron recibieron clases magistrales sobre artritis psoriásica, impartidas por los Dres. Pablo Coto y Rubén Queiro, y sobre espondiloartritis, de las que se hicieron cargo las Dras. Victoria Navarro y Emma Beltrán.

“En cuanto a la sesión dedicada a un mejor conocimiento de la psoriasis y otros síndromes cutáneos articulares, los profesores hemos querido lanzar algunas consideraciones eminentemente prácticas centradas en el diagnóstico diferencial de las lesiones ungueales y psoriasiformes, las conexiones entre reumatólogos y dermatólogos en entidades cutáneas articulares emergentes para el reumatólogo como es la hidradenitis supurativa, y también hemos lanzado propuestas interesantes para que los alumnos que lo deseen empiecen a planificar sus trabajos fin de máster”, explicó el Dr. Rubén Queiro.

“Lo que más destacaría de la jornada es el **gran éxito de asistencia**, que pone de manifiesto el espléndido trabajo de los organizadores”

En opinión de la Dra. Victoria Navarro, “lo que más destacaría de la jornada es el gran éxito de asistencia, que pone de manifiesto el espléndido trabajo realizado por los diferentes organizadores del Máster y el gran compromiso que los compañeros están adquiriendo con este gran proyecto formativo”.

Entre los objetivos de la jornada, sobresale la intención de que los alumnos afiancen los conocimientos y habilidades adquiridos en la parte *online*, de manera que sean aplicables en las consultas para, así, conseguir una atención que beneficie al paciente.

El Máster, de metodología eminentemente *online* y de 24 meses de duración, contará con otras dos sesiones presenciales en las que se abordarán el resto de módulos (una en junio en Sevilla y otra en noviembre en Madrid).



## La planificación del embarazo, fundamental en mujeres con enfermedad reumática

### La Dra. Paloma Vela explica las claves en este curso organizado por la SER

Con frecuencia, las enfermedades reumáticas afectan a las mujeres en edad fértil cuando se plantean la posibilidad de tener hijos. En los últimos años se han producido avances significativos para que estas pacientes puedan tener embarazos exitosos. Pero, para conseguirlo, es imprescindible que la enfermedad reumática esté controlada y se realice una planificación médica y obstétrica del embarazo.

“En estos casos, uno de los principales problemas es la falta de información. Si bien hay situaciones de riesgo, lo más habitual es que el embarazo sea posible con la adecuada supervisión, preparación y vigilancia. En este sentido, la infertilidad no suele ser un problema, pero sí las complicaciones derivadas de un inadecuado manejo pre, durante o post-gestación”, explica la Dra. Paloma Vela, reumatóloga en el Hospital General Universitario de Alicante y co-coordinadora del ‘I Curso de Edad Fértil en EAS y Patología Inflamatoria Crónica’, organizado por la Sociedad Española de Reumatología (SER) con la colaboración de la biofarmacéutica UCB.

La Dra. Vela advierte de la importancia de “ponerse en manos de expertos que ayuden a tener un final exitoso y seguir las indicaciones que estos estimen oportunas, ya



De izda. a dcha.: el Dr. Víctor Martínez, la Dra. María Galindo, el Dr. José Luis Andréu y la Dra. Paloma Vela.

que el abandono de la medicación recomendada es uno de los principales factores responsables del fracaso y de las complicaciones”.

En los últimos años se han producido avances en este campo, especialmente en el conocimiento de los procesos que llevan a la aparición de las complicaciones y en el adecuado manejo. “Además, han aparecido fármacos que han demostrado su utilidad durante el embarazo sin afectar al desarrollo fetal, lo que supone poder disponer de armas potentes en el manejo de estas enfermedades”, subraya.

## Kern Pharma continúa apoyando la formación de los reumatólogos

La división de medicamentos biosimilares de Kern Pharma, Kern Pharma Biologics, ha renovado su acuerdo de colaboración con la Fundación Española de Reumatología (FER) para patrocinar, por segundo año consecutivo, las ‘Becas para Estancias Cortas’. Estas ayudas, a las que pueden optar los residentes de tercer y cuarto año de Reumatología para complementar su formación, consisten en estancias de un máximo de cuatro meses en un hospital fuera de su ciudad de residencia, en España o en el extranjero.

Para Manuel Garrido, director general de Kern Pharma, “el apoyo a estas becas de la FER se enmarca en el compromiso de nuestro laboratorio con la formación de los profesionales sanitarios. Son una oportunidad excepcional para que

los residentes de Reumatología amplíen sus conocimientos e intercambien experiencias con otros servicios. Las Becas para Estancias Cortas les permitirán adquirir habilidades que, más tarde, aplicarán en su labor diaria, lo que redundará en un mejor abordaje de los pacientes”.

Kern Pharma lleva años poniendo en marcha iniciativas para apoyar la formación, especialmente entre los reumatólogos. Entre ellas destacan su plataforma [www.kernpharmabiologics.com](http://www.kernpharmabiologics.com) que divulga contenidos de interés científico para ampliar y compartir conocimientos sobre los biosimilares y el Curso de Experto en Biosimilares, organizado junto a la Universidad de Alcalá y dirigido a esta especialidad.

# Una apuesta clara por la mejora de la formación de los especialistas

## Los cursos de la SER tienen una gran acogida entre los socios

Este año la SER ha llevado a cabo muchos eventos formativos entre los que destacan la quinta edición del Curso de Vasculitis de la Sociedad Española de Reumatología, que ha contado con especialistas de alto nivel para tratar las últimas novedades en torno a este conjunto de enfermedades.

Al igual que en anteriores ediciones, tal y como señala el Dr. Ricardo Blanco, coordinador del curso, “se han revisado aspectos generales de Epidemiología, de Anatomía Patológica, de patogenia de estos síndromes y se ha discutido cada uno de los mismos de forma individualizada, tanto en población adulta como pediátrica, tanto vasculitis de pequeño, mediano y gran vaso”. Para fomentar la interactividad del curso se ha introducido el apartado ‘Tráeme tu caso’, en el que “los alumnos fueron invitados a presentar un caso clínico de relevancia de su hospital de preferencia”.

Por otra parte, se celebró el novedoso curso teórico-práctico de Exploración y Patología del Pie, en el que se trataron temas como la exploración clínica, tipos de pie y alteraciones biomecánicas, entre otros aspectos. La formación tuvo una gran acogida e interés entre los especialistas asistentes.



De izda. a dcha.: La Dra. Francisca Sivera, la Dra. Pilar Aguado, el Dr. José Luis Andréu y el Dr. Antonio Naranjo.

## PROGRAMAS ESPECÍFICOS EN OSTEOPOROSIS

Según una encuesta realizada por la SER, una de las áreas de mejora identificada por el propio reumatólogo es el desarrollo de programas específicos de formación en osteoporosis implicando a diferentes niveles médicos asistenciales, al MIR en Reumatología y al profesional de enfermería. En este sentido, son beneficiosas acciones formativas como el Curso de Osteoporosis y Patología Metabólica Ósea, que ha servido para mejorar el conocimiento en aspectos claves para el reumatólogo como la osteoporosis asociada a la enfermedad inflamatoria articular, o la actualización en patologías metabólicas como Paget u otras raras enfermedades óseas genéticas. Además, se han llevado a cabo talleres para aprender a interpretar técnicas de práctica clínica diaria como la densitometría y la morfometría ósea, ha concluido la Dra. Pilar Aguado, una de las coordinadoras de este curso.



De izda. a dcha.: Dras. Margarita Blanco Hontiyuelo, María Luz González Fernández, Rosario Morales Lozano y M<sup>a</sup> Pilar Macarrón Pérez.



## PRÓXIMAS CITAS CON LA FORMACIÓN



### II CURSO AVANZADO DE EVALUACIÓN DE LA EVIDENCIA

27 y 28 de abril,  
Madrid.

### II CURSO DE METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN



Con la colaboración de **Biogen** y **Grünenthal**.  
8 y 9 de junio,  
Madrid.

### VII CURSO AVANZADO DE PATOLOGÍA OCULAR INFLAMATORIA EN ENFERMEDADES REUMÁTICAS



Con la colaboración de **Janssen**.  
22 y 23 de junio,  
Santander.



### II CURSO DE NEUMOPATÍA INTERSTICIAL

Con la colaboración de **Roche**.  
4 y 5 de mayo, Madrid.

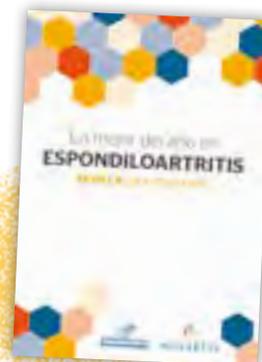
### III CURSO DE MODELOS DE GESTIÓN EFICIENTE

Con la colaboración de **Janssen**.  
8 y 9 de junio, Madrid.



### LO MEJOR DEL AÑO EN ESPONDILOARTRITIS

Con la colaboración de **Novartis**.  
29 y 30 de junio,  
Sevilla.



¿Qué debo saber como reumatólogo sobre...

Autor



► **Dr. Jenaro Graña**

Reumatólogo.  
Hospital Universitario A Coruña.

## Behçet, ¿enfermedad o síndrome?

Sin duda, el síndrome de Behçet (SB) cada vez se reconoce antes, se investiga más y se trata con mayor eficacia a pesar de que su origen sigue siendo incierto. Sin embargo, es difícil disponer de criterios de clasificación universales debido a la variación geográfica, tanto en prevalencia como en gravedad, ya que tiene varios subtipos de presentación clínica.

Como en otros aspectos de la medicina y de la ciencia en general, cuanto más se aprende del SB más difícil se vuelve la tarea de comprenderlo. Por esta y por las razones previas, quizás sea mejor considerar un síndrome y no una enfermedad al conjunto de manifestaciones agrupadas como 'de Behçet'. Sigo aquí al profesor Hasan Yazici, a su hijo Yusuf y a Gülen Hatemi, verdaderos expertos en este tema (1).

Los criterios del grupo internacional de estudio de la enfermedad de Behçet (ISBD, Lancet 1990) son los más ampliamente utilizados, pero deberían de considerarse dos importantes limitaciones. En primer lugar, cuando se desarrollaron, el 80% de los pacientes participantes procedían de Oriente Medio, donde, por ejemplo, las manifestaciones gastrointestinales son infrecuentes, y en el grupo control se estudiaron principalmente pacientes con conectivopatías y no con enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa. En segundo lugar, los criterios ISBD no tuvieron en cuenta la prevalencia geográfica ni de los síntomas ni del síndrome. Para intentar solucionar estas limitaciones se desarrollaron

unos nuevos criterios, ICBD (2), en los que pudimos participar gracias a la unidad de investigación de la Sociedad Española de Reumatología. Pero, al igual que los ISBD, no tuvieron en cuenta el riesgo individual de cada región geográfica. Para corregir su uso local, el doctor Bahar Sadeghi, en colaboración con el núcleo de investigadores de ICBD, ha desarrollado una aplicación matemática basada en el cociente de verosimilitud positivo asociado que corregiría la posibilidad de tener o no tener SB según el número de criterios reunidos y la procedencia geográfica del paciente. El artículo está todavía en periodo de revisión para su publicación.

### Elementos fuertes

Como todos los síndromes, el SB es un constructo, que, para Yazici, tiene tanto elementos fuertes como débiles. Los primeros serían aquellos que intentan definir al SB como una entidad nosológica distinta, es decir, una condición patológica con etiopatogenia única y hallazgos más o menos únicos que la distinguen de otros procesos. Serían: aftas orales, enfermedad ocular inflamatoria, úlceras genitales, manifestaciones vasculares mayores, especialmente aneurismas pulmonares, y enfermedad neurológica parenquimatosa. Los elementos débiles, por su parte, serían aquellos que apuntan hacia más de un mecanismo patogénico. Y serían: variabilidad geográfica en la expresión de la enfermedad, asociación con la enfermedad de Crohn, distintos subtipos (tipo vascular o tipo acné-artritis-entesisitis) y variabilidad en la respuesta de los

síntomas a distintos fármacos. Probablemente este último argumento tenga un peso propio a la hora de considerar más de un mecanismo etiopatogénico que explique las manifestaciones del constructo. Por ejemplo, la colchicina es útil para la artritis y el eritema nodoso, pero no especialmente efectiva para las úlceras cutáneo-mucosas. Para estas parece más útil la talidomida, pero puede exacerbar el eritema nodoso. También, el etanercept es excelente para tratar las úlceras orales, pero no tiene efecto en la reacción de patergia.

En cualquier caso, los elementos débiles pueden ayudar en el diagnóstico diferencial. Así, el inicio súbito de cefalea grave en un paciente con trombosis de la vena cava inferior por SB debería de alertarnos inmediatamente de la posible presencia de una trombosis del seno dural.

### Respuestas de las células T

Al igual que la mayoría de las enfermedades reumáticas inflamatorias, el SB se consideró una enfermedad autoinmune durante muchos años. Se habían identificado respuestas de las células T a las proteínas de choque calórico del estreptococo y autoanticuerpos contra las células endoteliales, enolasa y antígeno-S retiniano, aunque probablemente sean consecuencia del daño tisular y no su origen. Persiste, sin embargo, el diseño participativo de las respuestas innata y adaptativa aberrantes en las propuestas etiopatogénicas. También llegó a considerarse como una enfermedad autoinflamatoria poligénica, de forma similar a la enfermedad de Crohn. Se encontró actividad proinflamatoria IL-1beta y casos aislados con variantes del gen MEFV de la Fiebre Mediterránea Familiar. Pero, al contrario de estos síndromes, el SB suele iniciarse después de la pubertad, presenta vasculitis franca que

no suele ser un hallazgo habitual en los síndromes autoinflamatorios y la respuesta al bloqueo de IL-1beta no ha tenido un éxito convincente por el momento. No se ha identificado pues un factor patológico común y predominante y es posible que no lo haya; de ahí, la preferencia de 'síndrome' en lugar de 'enfermedad'.

Quizá una búsqueda más definida centrándose en lo que caracteriza al proceso sería más fructífera que la búsqueda sobre similitudes con otros grupos de enfermedades. Sin embargo, se recurre a este último artificio cuando se considera al SB una CMH-I-patía (complejo mayor de histocompatibilidad de clase I).

### Vías inflamatorias

El SB se excluyó del grupo de las espondiloartropatías seronegativas (SpA) en el que también se había incluido inicialmente cuando se demostró la presencia del HLA B\*51 en lugar del B\*27, y la escasa frecuencia de manifestaciones inflamatorias en el esqueleto axial. Sin embargo, parece que algunas vías inflamatorias de las SpA (IL-10, IL-23-IL-17) son también importantes en el SB que, además, tiene un subtipo caracterizado por acné-artritis-entesitis. Por otro lado, el B\*51 es epistático con ERAP1 y los polimorfismos de este se han relacionado con susceptibilidad para las SpA. Dada esta relación de las SpA (EA y APs) y el SB con variantes en genes HLA que codifican CMH-I es interesante destacar que variantes de estos genes tienen carácter promotor (en EA) o protector (en SB), y esta observación ha llevado al concepto de CMH-I-patía. Comparten también la asociación de los alelos HLA con manifestaciones específicas (B\*51 con afectación cutánea y ocular; C\*0602 con gravedad cutánea en APs; B\*27 con entesitis y afectación ocular en EA), así como la respuesta local al estrés (entesis

## El inicio súbito de cefalea grave en un paciente con trombosis de la vena cava inferior por SB debería de alertarnos inmediatamente de la posible presencia de una trombosis del seno dural

en SpA y SB o piel en SB-patergia o APs-Koebner) y, finalmente las respuestas inmunes e inflamatorias de todos ellos comparten elementos tanto de la inmunidad innata como adquirida.

Será necesario profundizar en el conocimiento de la relación entre los antígenos del CMH-I, las vías proinflamatorias, las células T (H1, H17, NKs y reguladoras), polarización de citocinas, polimorfismos protectores de ERAP1, microbiota oral ('firma salival') e intestinal y epigenética (genes de metilación o micro-RNAs) para consolidar esta hipótesis de trabajo o, como decía al inicio, complicar más la explicación del origen del SB.

Como se ha dicho, las manifestaciones del SB responden a distintos medicamentos y esto queda reflejado en la reciente guía EULAR para el tratamiento del SB que presentó la doctora Hatemi en 2016 (3) y que se comentó en el curso de actualización del congreso de la SER de Bilbao 2017.

Tabla con las estrategias terapéuticas que utiliza el grupo de Hasan Yacizi en la facultad de Medicina de Cerrahpaşa en Turquía.

PIEL Y MUCOSAS	ARTICULACIONES	UVEÍTIS	TROMBOSIS VENOSA	ANEURISMAS PULMONARES	ANEURISMAS PERIFÉRICOS	SNC	GASTROINTESTINAL
Corticoides tópicos					Cirugía		Derivados de 5ASA orales o tópicos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colchicina (1,5mg/día)</li> <li>• Pildoras de <b>Lactobacilli</b></li> <li>• Azatioprina (2,5mg/k/día)</li> <li>• alfaIFN (3-5 MU 3/7 días/sem)</li> <li>• Etanercept (50mg/sem)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Azatioprina (2,5mg/k/día)</li> <li>• alfaIFN (5 MU/día)</li> <li>• Infiximab (5mg/k) o Adalimumab (40mg/2 sem)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ciclofosfamida (1g/mesx6) seguido de <b>Azatioprina</b> (2,5mg/k/día)</li> <li>• Infiximab (5mg/k)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Azatioprina (2,5mg/k/día)</li> <li>• Infiximab (5mg/k) o Adalimumab (40mg/2 sem)</li> </ul>	
<b>GLUCOCORTICOIDES</b>							

\*Hay experiencia limitada con aIL1 (anakinra, cabakinumab y gevokinumab), ustekinumab (uveítis) y tocilizumab (SNC).



#### TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE BEHÇET

**Debe individualizarse de acuerdo al tipo y severidad de la manifestación, edad y sexo del paciente y duración de la enfermedad.**

**Los pacientes que solo tienen afectación cutánea, mucosa o articular** pueden tratarse con agentes tópicos y colchicina. Aquellos que continúan teniendo lesiones molestas a pesar de estas medidas se les pueden recetar agentes inmunosupresores o inmunomoduladores como azatioprina, IFN $\alpha$ , talidomida, apremilast o agentes anti-TNF.

**En pacientes con afectación ocular, vascular, del sistema nervioso central (SNC) o gastrointestinal**, los agentes inmunosupresores como la azatioprina se usan como tratamientos de primera línea. Los agentes biológicos tales como IFN $\alpha$  o anticuerpos anti-TNF se usan en pacientes refractarios a la inmunosupresión. La ciclofosfamida suele ser la primera opción para el tratamiento inicial de los aneurismas arteriales que amenazan la vida.

**Las lobectomías pulmonares** en casos de aneurismas gigantes de la arteria pulmonar o resección quirúrgica de aneurismas grandes periféricos también se pueden realizar después del tratamiento inmunosupresor.

**Los glucocorticoides** pueden usarse para la supresión rápida de las erupciones inflamatorias para evitar daños en todos los tipos de afectación.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Yazici H, Seyahi E, Hatemi G, Yazici Y. Behçet syndrome: a contemporary view. *Nat Rev Rheumatol*. 2018 Feb;14(2):107-119. doi: 10.1038/nrrheum.2017.208. Epub 2018 Jan 3.

2. Davatchi, F. et al. The International Criteria for Behçet's Disease (ICBD): a collaborative study of 27

countries on the sensitivity and specificity of the new criteria. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol*. 28, 338-347 (2013).

3. Cush, J. New EULAR guidelines on Behçet's. *RheumNow*. <http://rheumnow.com/content/new-eu-larguidelines-beh%C3%A7ets> (2016).

# Entrega de los Premios FER 2017

## Estos galardones reconocen las acciones y aptitudes a favor del conocimiento y la divulgación de la Reumatología

La Sociedad Española de Reumatología (SER), a través de su Fundación, puso en marcha los Premios FER 2017 con el fin de reconocer actitudes, aptitudes y acciones que contribuyan a favorecer el conocimiento, desarrollo y divulgación de la Reumatología, así como historias de esfuerzo y superación personal que sean ejemplo para mejorar la sociedad en que vivimos.

El acto de entrega de los premios tuvo lugar el 23 de febrero durante la celebración del X Simposio de Artritis Reumatoide. El Dr. José Luis Andréu, presidente de la SER y miembro del jurado, entregó los galardones a los ganadores y agradeció a todos aquellos que habían presentado candidaturas. Estos premios tienen además un carácter solidario, ya que, salvo el de Comunicación, el valor económico del galardón se debía destinar a una organización sin ánimo de lucro.

El premio 'Valor del esfuerzo' recayó sobre **Victoria Romero Pazos** por su compromiso en la defensa de los pacientes, su capacidad de trabajo y su actitud siempre positiva. Romero repartió la cuantía económica entre la Liga Reumatológica Española y Gallega.

La periodista **Rosa Gallardo Flores** se alzó con el premio de 'Comunicación' por haber contribuido a dar visibilidad a la Reumatología y a las enfermedades reumáticas a través de varios reportajes publicados en la Agencia EFE Salud.



### Reconocimiento especial para el Dr. Luis Carreño

El Dr. Luis Carreño Pérez recibió el galardón 'Honorífico' como reconocimiento a toda una vida profesional dedicada a mejorar la Reumatología Pediátrica y convertirse en un referente nacional en dicho campo. En su fallo, el jurado destacó que el Dr. Carreño, jefe de Servicio del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid durante más de 30 años, ha sido un importante defensor del tratamiento individualizado, así como un ferviente creyente de la utilidad de la Sociedad Española de Reumatología.

Además de su bagaje profesional, también se ha reconocido su calidad humana en el trato con los pacientes y compañeros. El Dr. Carreño ha destinado el premio a Juegaterapia, fundación que, entre otros proyectos, va a construir un jardín en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón para que los niños hospitalizados puedan jugar.



En el marco del X Simposio de AR, los días 22 y 23 de febrero también se celebró **Reumasalud 2018**, un espacio sanitario que busca concienciar sobre las enfermedades reumáticas musculoesqueléticas y autoinmunes, que son aún grandes desconocidas entre la población general. En concreto, un equipo de reumatólogos ofreció consejos para prevenir estas dolencias o para hacer frente a sus síntomas y atenuar en la medida de lo posible el dolor que provocan si ya se padecen. Asimismo, se pudo comprobar in situ la utilidad de algunas pruebas diagnósticas como ecografías o densitometrías.

## Más de 150 personas visitan Reumasalud en Toledo

En este ámbito, el Dr. José Luis Andréu, presidente de la SER, recuerda que es básico “educar a la población en el sentido de que, ante la aparición de dolor o rigidez en las manos, debería ir a su médico de Atención Primaria para descartar que ese cuadro, aparentemente banal, sea realmente el inicio de una artritis reumatoide, ya que esta enfermedad tratada precozmente es perfectamente controlable”.

Este año Reumasalud 2018 se ubicó en el **Centro Comercial Luz del Tajo (Toledo)** y recibió la visita de más de 150 ciudadanos, en su mayoría mujeres, que fueron atendidos por los especialistas del Hospital Virgen de la Salud de Toledo y del Hospital General de Ciudad Real.



## Reuma Chef, una actividad para jóvenes con enfermedades reumáticas

Para hacer visibles las necesidades tanto en el ámbito médico como en el psicológico/social que tienen los adolescentes con enfermedades reumáticas, desde la Fundación Española de Reumatología se organizó Reuma Chef, una actividad en la que se abordaron diversos temas relacionados con la transición a la vida adulta de estos pacientes.

De este modo, veinte adolescentes de entre 15 y 17 años con estas patologías se pusieron el delantal junto a **Ramón Freixa**, reconocido chef con dos estrellas Michelin, para aprender técnicas de cocina y la importancia de mantener hábitos de vida saludables.

## Apoyo a la campaña ‘El poder de la actitud’

Participamos en una campaña de concienciación sobre la artritis psoriásica, impulsada por Janssen, con el objetivo de dar visibilidad a las enfermedades reumáticas y autoinmunes sistémicas y dotar a los pacientes de las herramientas necesarias para el autocuidado, en el cual la actitud es clave. La imagen de esta iniciativa es el actor **Antonio Resines**, paciente de artritis psoriásica, quien cuenta su experiencia.





## El Dr. Francisco J. Blanco, nombrado Co-Chair para el Congreso ACR

**El reumatólogo del Complejo Hospitalario Universitario A Coruña colaborará en el programa científico de esta cita durante los tres próximos años**

**¿En qué consiste el trabajo de un Co-Chair del programa científico del Congreso de la ACR? ¿Durante cuánto tiempo ejercerá esta tarea?**

Parte del programa científico de la ACR se organiza alrededor de 40 áreas, que son las categorías en las que se incluyen todos los *abstracts* que se envían al congreso de la ACR. Cada una de ellas está coordinada por dos *abstracts* Co-Chairs. Este año, el profesor Pisetsky, Co-Chair del Congreso de la ACR, me ha propuesto serlo del área de 'Osteoarthritis and Joint Biology' para los próximos tres años. En esta área científica se incluye como *descriptors: joint biology and biochemistry; cartilage and chondrocyte biology; and basic human and animal studies on the pathogenesis of osteoarthritis.*

Las tareas asignadas para este puesto son seleccionar a los revisores que evaluarán los *abstracts* presentados a esta área; examinar todos los enviados a esta categoría y distribuirlos entre los revisores; confirmar las puntuaciones que han recibido cada uno de los *abstracts*. También seleccionar los *abstracts* para presentación oral y presentación en póster, así como los moderadores para las sesiones de presentaciones de *abstracts* orales. Asimismo, también forma parte de esta tarea seleccionar tres trabajos

para presentar en la sesión plenaria de la ACR y revisar los *abstracts* enviados como *Late Breaking*.

**¿Ha colaborado previamente con la ACR?**

Soy socio de la ACR en la categoría de Miembro Internacional desde 1994 y mi colaboración ha sido variada durante los últimos cinco años. He sido revisor de *abstracts* y moderador de los *abstracts* para las *concurrent sessions* en los años 2016-2017, en la misma categoría de la que ahora soy Co-Chair y he sido invitado por la ACR para dar una conferencia titulada 'Osteoarthritis and Proteomics' en el año 2013.

**¿Cómo ha recibido esta noticia?**

Este reconocimiento me hace mucha ilusión, ya que llevo asistiendo con regularidad al congreso de la ACR desde 1992 en Atlanta. Fue en mi último año de residencia y lo recuerdo como si fuese ayer. Es un congreso en el que me encuentro muy cómodo, en el que disfruto y en el que siempre aprendo algo. Me sirve para cargar las pilas y estimularme para seguir trabajando otro año más. Durante todo este tiempo, he participado presentando pósteres, comparencias orales, como invitado para dar conferencias, como moderador de mesas, revisor de *abstracts* y ahora como Co-Chair.

## Premio a un proyecto para la detección precoz de la artritis psoriásica

Un proyecto para mejorar la detección precoz de pacientes con artritis psoriásica recibe uno de los Premios a la Innovación en el Ámbito Sanitario, impulsados por la 'Cátedra Celgene de Innovación en Salud' de la Universidad de Alcalá.

En el ámbito de la Reumatología, el galardón ha sido para el programa informático elaborado con un algoritmo de búsqueda repetida de palabras o grupos de palabras en la información de los partes de derivación desde Atención Primaria a Reumatología, que facilita la detección automática de pacientes con sospecha de artritis psoriásica. Este programa, puesto en marcha por el equipo del Dr. Javier Bachiller Corral, junto con



las Dras. Mónica Vázquez y la Cristina Sobrino, ya está implantado en el Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Ramón y Cajal.

En la misma categoría de Reumatología, quedó como finalista la Dra. Elena Lorenzo, de la Estructura Organizativa de Xestión Integrada (EOXI) de Vigo con el proyecto 'Proceso asistencial integrado basado en la e-consulta. Implantación global desde Atención Primaria hasta Reumatología'.



## EMEUNET, una red interesante para los jóvenes reumatólogos

**Diego Benavent, residente de Reumatología del Hospital Universitario La Paz de Madrid, habla en esta entrevista de los objetivos, ventajas y otros aspectos de esta red**



### ¿En qué consiste EMEUNET?

EMEUNET (EMerging EULAR NETWORK) es una red activa y dinámica de jóvenes reumatólogos e investigadores creada dentro de EULAR. Se fundó en 2009 y desde entonces no ha parado de crecer, tanto en miembros como en actividad. En la actualidad, cuenta con alrededor de 1.800 miembros procedentes de toda Europa. La organización de todas las acciones de EMEUNET se lleva a cabo por un grupo de trabajo, que hoy en día está formado por algo más de 47 reumatólogos e investigadores jóvenes de 21 países, que son elegidos mediante un competitivo proceso de forma anual.

### ¿Cuáles son sus objetivos?

Promover la educación de calidad en Reumatología, fomentar la investigación, extender colaboraciones e integrarse en actividades de EULAR. De este modo, se ofrecen oportunidades de gran interés a los jóvenes que han comenzado su actividad de forma reciente.

### ¿Qué papel juega España dentro de este organismo?

Ya somos más de 140 miembros que estamos aprovechando los diferentes recursos que se ofrecen. Este número ha ido creciendo notablemente, pues, si en 2012 rodeaban la treintena, a principios del año 2017 éramos alrededor de 100 miembros en nuestro país. Además, varios españoles han formado parte de forma activa y muy notable en los grupos de trabajo en estos años.

**EMEUNET es una red activa y dinámica de jóvenes reumatólogos e investigadores creada dentro de EULAR**

En la actualidad, tenemos representación mediante Javier Rodríguez-Carrio como líder de uno de los subgrupos de trabajo.

### ¿Qué ventajas ofrece EMEUNET a sus asociados?

Son muchas, tanto a nivel formativo como para promover la investigación. Respecto a la formación, en el sitio web se muestran recursos como las últimas actualizaciones en las principales patologías reumatológicas, los cursos EULAR más relevantes (sobre temas variados como epidemiología, inmunología, ecografía, etc.), o un calendario con los eventos más importantes a nivel europeo. Mediante los *newsletter* periódicos podemos tener conocimiento de lo más relevante dentro del mundo de la Reumatología. Gracias a la lista de correos a la que tienen acceso los miembros, se puede contactar con especialistas en distintas áreas de la Reumatología para establecer colaboraciones. También se ofrecen oportunidades de trabajo y becas muy interesantes en varias partes de Europa.

### ¿Podría avanzar en qué están trabajando de cara al Congreso EULAR de 2018?

Son varios los eventos que se organizarán en el Congreso EULAR. Entre otros, se realiza la organización de los *mentor-mentee meetings*, que se trata de reuniones informales entre miembros de EMEUNET y expertos en el campo de la Reumatología para hablar de opciones de investigación, desarrollo profesional, cursos, etc. Mediante la organización del *ambassador program for first time attendees* y el puesto informativo de EMEUNET dentro del congreso EULAR, los miembros pueden integrarse en actividades con jóvenes reumatólogos desde la primera vez que asistan al congreso. Se llevarán a cabo números especiales de *newsletters*, para destacar lo más relevante del congreso.