

Nº 18 | verano 2023

# El Reumatólogo

# NO TE PIERDAS EL VÍDEO-ARTÍCULO:

Índice de Rodnan en la valoración  
cutánea de la esclerosis sistémica.  
Dra. Patricia Carreira, del Servicio de  
Reumatología del Hospital Universitario  
12 de Octubre de Madrid.



# Sumario

- 4** **INVESTIGACIÓN**  
Bibliografía comentada
- 9** **ARTÍCULOS**  
Terapia biológica en el LES: anifrolumab o belimumab, ¿en base a qué elegir?
- 19** **BLOC DE NOTAS**  
Documentos basados en la evidencia: más allá de las GPC
- 20** **UNIDAD DE INVESTIGACIÓN**  
Un mejor conocimiento de las miopatías inflamatorias, gracias al proyecto Myo-Spain
- 23** **FORMACIÓN**  
La formación sigue su cauce
- 29** **SOCIEDADES**  
La Societat Catalana de Reumatologia celebra sus 75 años
- 31** **NOTICIAS**  
III Marcha Nórdica por la Esclerodermia
- 38** **MÁS ALLÁ DE LA CONSULTA**  
"No somos conscientes de la necesidad que hay"

## Un fin de curso muy fructífero

Con muy buen sabor de boca nos vamos de vacaciones este año tras haber avanzado en varios ámbitos. Uno de los que podemos estar más satisfechos es la mejora de la formación de nuestros socios a través de varias actividades destacando nuestro XLIX Congreso Nacional de la SER, que se caracterizó por su elevada calidad científica en los contenidos y su éxito en sesiones novedosas de gamificación como "ReumaTrivial", "Reumapalabra" y "Escape Reum", así como en las actividades "Fórmate con los Grupos de Trabajo" o las sesiones "pipeline" en las que diferentes laboratorios presentaron sus avances en investigación de nuevas moléculas. Tampoco nos podemos olvidar de otras iniciativas formativas que han tenido lugar en este periodo como EULAR Review 2023, el novedoso Taller de capilaroscopia, el Symposium SER-OARSI o el arranque de la 2ª edición del Curso de especialista universitario en Metodología de la Investigación.

Por otra parte, también estamos muy esperanzados por el mayor peso y representatividad que tendremos en EULAR, con la elección de José Mª Álvaro-Gracia como vicepresidente de sociedades científicas de EULAR; así como por los grandes pasos que estamos dando junto con las asociaciones de pacientes, con las que estamos llevando a cabo de forma conjunta diversas actividades como los webinars formativos, carreras solidarias y acciones de visibilidad en redes sociales, entre otras.

En este número de la revista puedes adentrarte también en el proyecto de investigación Myo-Spain y en otras noticias de las Sociedades Autonómicas de Reumatología, que son un pilar clave para nuestra especialidad.

Para después del periodo estival tenemos planificadas nuevas actividades en investigación, formación, relaciones institucionales, comunicación, etc., en beneficio de nuestros pacientes, de nuestros socios y, en definitiva, de la Reumatología.

**Dra. Sagrario Bustabad Reyes**

Presidenta de la Sociedad Española de Reumatología (SER)

# El Reumatólogo

El Reumatólogo® es una publicación oficial de la Sociedad Española de Reumatología destinada a los profesionales sanitarios, buscando la actualización de los conocimientos sobre las patologías reumáticas.

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

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

**Edita** Sociedad Española de Reumatología. C/ Marqués de Duero, 5 - 1º. 28001 Madrid. Tel: 91 576 77 99. Fax: 91 578 11 33. **Editores** Dra. Olaia Fernández de Berrizbeitia e Dr. Íñigo Rúa-Figueroa Fernández de Larrinoa. **Consejo Asesor** Dres. José Mª Álvaro-Gracia Álvaro, Sagrario Bustabad Reyes, Mª Concepción Castillo Gallego, Marcos Paulino Huertas y Delia Reina Sanz. **Colaboradores** Dres. Lourdes Mateo Soria y Tarek Salman Monte. **Coordinación y redacción** Ana De las Heras Alonso y Sonia Garde García. **Publicidad** Raúl Frutos Hernanz.

elreumatologo@ser.es  
www.ser.es

Asesoría, diseño gráfico y maquetación  
Departamento de Publicaciones

**ATREVI A**

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



**Dr. Tarek Carlos Salman Monte**

Servicio de Reumatología.  
Hospital del Mar (Barcelona).

# Bibliografía COMENTADA

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

## ARTROPATÍAS INFLAMATORIAS

**CITA:** Burmester GR, Cohen SB, Winthrop KL, Nash P, Irvine AD, Deodhar A, Mysler E, Tanaka Y, Liu J, Lacerda AP, Palac H, Shaw T, Mease PJ, Guttman-Yassky E. **Safety profile of upadacitinib over 15 000 patient-years across rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis, ankylosing spondylitis and atopic dermatitis.** RMD Open. 2023;9:e002735. doi: 10.1136/rmdopen-2022-002735. PMID: 36754548; PMCID: PMC9923346.

**RESUMEN:** Upadacitinib es un inhibidor de la quinasa Janus (JAK) con indicación por ficha técnica en adultos con artritis reumatoide (AR), artritis psoriásica (PsA), espondilitis anquilosante (EA), colitis ulcerosa y pacientes adultos y adolescentes con dermatitis atópica (DA). Con el uso de este tipo de moléculas, se ha objetivado mayor incidencia de infecciones oportunistas como el herpes zoster, elevaciones de la creatina cinasa (CPK), eventos cardiovasculares adversos ma-

yores (MACE), eventos tromboembólicos y neoplasias malignas. En este estudio de seguridad se incluyen datos de los ensayos clínicos de upadacitinib 15 mg y upadacitinib 30 mg (solo DA). Se analizaron pacientes con RA, PsA, EA y DA hasta el 30 de junio de 2021. A destacar que algunos estudios de AR y PsA incluyeron adalimumab y metotrexato como comparadores activos. Los eventos adversos emergentes del tratamiento fueron presentados en cada enfermedad como tasas de eventos ajustadas por exposición por cada 100 pacientes/año (E/100 PY). Se incluyen más de 6.000 pacientes y 15.000 pacientes-año de exposición en ensayos de fase IIb/III de AR, PsA, EA y DA. El análisis incluyó a 6991 pacientes (AR n=3209; APs, n=907; EA, n=182; DA, n=2693) que habían recibido al menos una dosis de upadacitinib. Las tasas de cualquier evento adverso fueron iguales entre los diferentes tipos de patología. Las tasas de eventos adversos severos fueron numéricamente superiores en pacientes con AR y APs. Se observaron ta-



**Upadacitinib es generalmente bien tolerado y se han observado diferencias en los perfiles de seguridad”**

sas mayores de eventos adversos típicos asociados al perfil de seguridad de los JAKs, al comparar con los comparadores activos, como el aumento de la tasa de herpes zoster, elevaciones de la creatinina (CPK) y presencia de cáncer de piel no melanoma en los pacientes con AR y PsA. En cuanto a las muertes, las infecciones graves, los eventos cardiovasculares adversos mayores, el tromboembolismo venoso y las neoplasias malignas tuvieron tasas generalmente más bajas en pacientes con EA y AD. Se observaron mayores tasas de acné en pacientes con EA solamente.

**COMENTARIO:** Los resultados de este análisis de seguridad integrado de seis ensayos en AR, dos ensayos en PsA, un ensayo en EA y tres ensayos en DA demuestran que upadacitinib es generalmente bien tolerado y se han observado diferencias en los perfiles de seguridad que probablemente reflejen diferentes características poblacionales de los pacientes con AR, PsA, AS y AD.



## ARTROSIS

**CITA:** Durán-Sotuela A, Fernandez-Moreno M, Suárez-Ulloa V, Vázquez-García J, Relaño S, Hermida-Gómez T, Balboa-Barreiro V, Lourido-Salas L, Calamia V, Fernandez-Puente P, Ruiz-Romero C, Fernández-Tajes J, Vaamonde-García C, de Andrés MC, Oreiro N, Blanco FJ, Rego-Perez I. **A meta-analysis and a functional study support the influence of mtDNA variant m.16519C on the risk of rapid progression of knee osteoarthritis.** Ann Rheum Dis. 2023;ard-2022-223570. doi: 10.1136/ard-2022-223570. Epub ahead of print. PMID: 37024296.

**RESUMEN:** Existe un porcentaje de pacientes con artrosis que sufren una rápida progresión de la enfermedad. Durante los últimos años, el estudio de este fenotipo atrajo la atención de la comunidad científica para tratar de averiguar las causas de su desarrollo e identificar biomarcadores apropiados para seleccionar a estos pacientes para incluirlos en ensayos clínicos. Este meta-análisis demuestra que la variación del ADN mitocondrial (mtDNA) es parte del rompecabezas que predispone a los pacientes con artrosis a sufrir este fenotipo de progresión rápida. El fenotipo de artrosis de rodilla progresivamente progresiva (RPKOA) se definió como pacientes con un KL (Kellgren and Lawrence) basal de 0-1 o 2 que evolucionan a KL  $\geq 3$  o 4, respectivamente, en un periodo de 48 meses. Los pacientes vinieron procedentes de 3 cohortes, una americana y 2 europeas (OAI (N=1095), CHECK (N=373) y PROCOAC (N=326). En concreto, la presencia de la variante mtDNA D-loop m.16519C aumenta el riesgo de padecer este fenotipo al actuar sobre diferentes aspectos del comportamiento celular que se relacionan con la artrosis, apuntando a un estado inflamatorio alterado que podría predisponer a los pacientes a padecer este fenotipo de progresión rápida.

El estudio aporta un nuevo biomarcador genético mitocondrial capaz de clasificar a los pacientes propensos a sufrir este fenotipo, abre la puerta al diseño de terapias mitocondriales para tratar la enfermedad y destaca la importancia de tratar la inflamación para evitar el desarrollo de este fenotipo de progresión rápida. Entre los procesos biológicos más modulados asociados con esta variante, destacan la inflamación y la regulación negativa de los procesos celulares.

**COMENTARIO:** El descubrimiento de biomarcadores que permiten la identificación de pacientes propensos a sufrir una rápida progresión de artrosis de rodilla para poder incluirlos a posterior en los ensayos clínicos, ha sido una de las prioridades de investigación de EULAR y del Applied Public-Private Research enabling OsteoArthritis Clinical Headway. Tras analizar 1794 sujetos, los resultados de este trabajo muestran, por primera vez, que:

- La presencia del mtSNV m.16519C aumenta el riesgo de padecer una progresión rápida de artrosis de rodilla en términos de grado KL.
- El diseño de terapias basadas en el mantenimiento de la función mitocondrial o la edición del mtDNA debe hacerse realidad lo antes posible.
- La predisposición genética a un estado inflamatorio aumentado emerge como un factor de riesgo potencial para el desarrollo de este fenotipo.
- Es necesario la identificación de otros factores de riesgo desconocidos (clínicos y/o genéticos), cuya interacción con esta variante mitocondrial aumenta la predisposición a una rápida progresión de la enfermedad.

## LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

**CITA:** Altabás-González I, Rúa-Figueroa I, Rubiño F, Mouriño Rodríguez C, Hernández-Rodríguez I, Menor Almagro R, Uriarte Isacelaya E, Tomero Muriel E, Salman-Monte TC, Carrión-Barberà I, Galindo M, Rodríguez Almaraz EM, Jiménez N, Inês L, Pego-Reigosa JM. **Does expert opinion match the definition of lupus low disease activity state? Prospective analysis of 500 patients from a Spanish multicentre cohort.** *Rheumatology (Oxford)*. 2023;62:1162-1169. doi: 10.1093/rheumatology/keac462. PMID: 35961050; PMCID: PMC9977118.

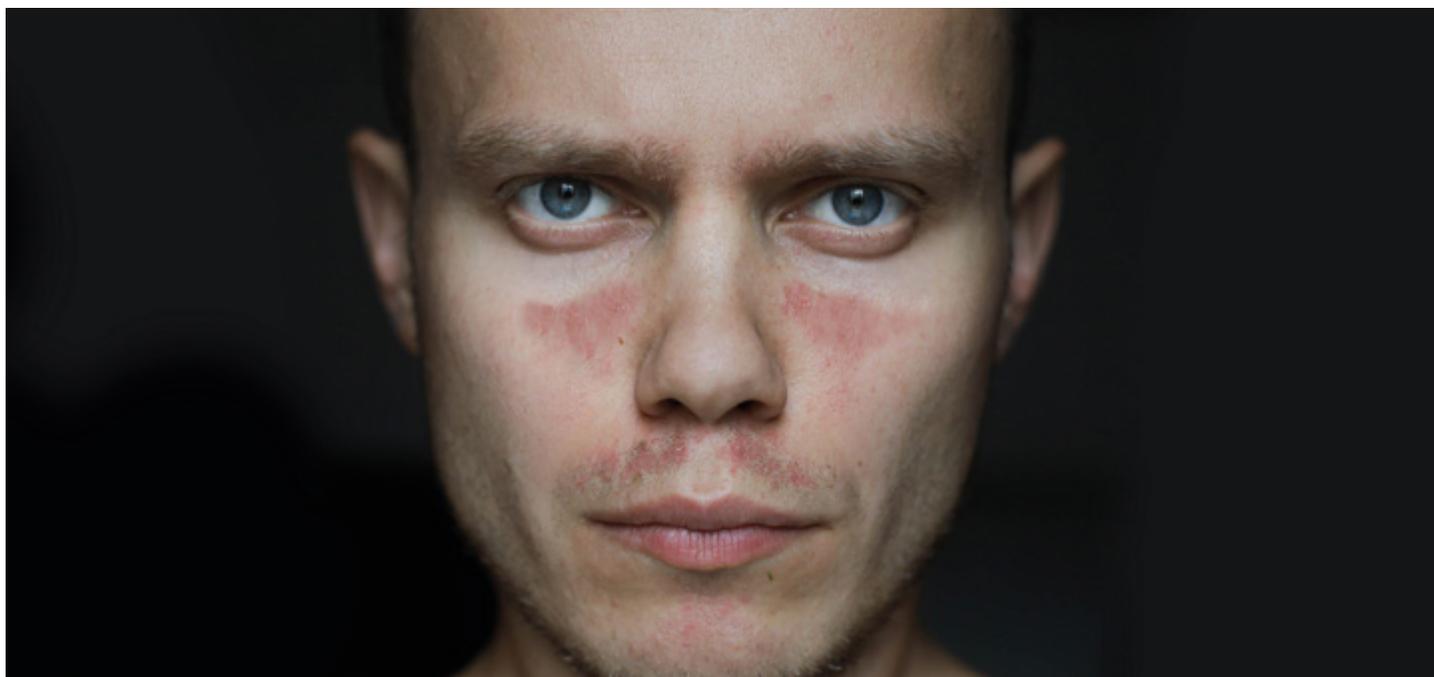
**RESUMEN:** El enfoque T2T (treat to target) en otras condiciones reumáticas como la artritis reumatoide, las espondiloartritis y la artritis psoriásica, están bien establecidos en la práctica clínica. En pacientes con AR ha llevado a un mejor manejo de la enfermedad y prevención de daño en comparación con el seguimiento rutinario de los pacientes. El principal objetivo de la estrategia T2T es definir una meta terapéutica, que sería la remisión clínica, o si esta no es posible, la baja actividad de la enfermedad.

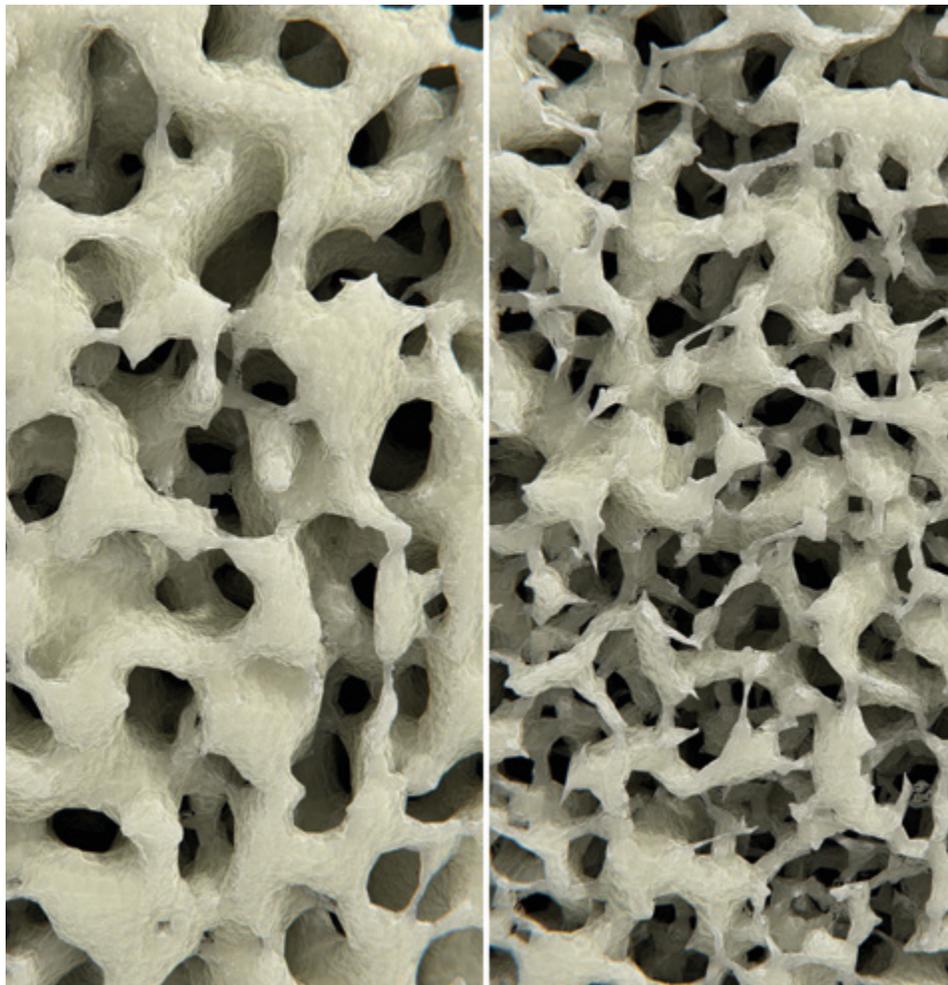
En los últimos años las definiciones de remisión LLDAS [lupus low disease activity state by the Asia-Pacific Lupus Collaboration (APLC)] y DORIS (Definition of Remission in SLE) han surgido con el objetivo de ser implementados como un enfoque T2T en pacientes con LES. El objetivo de este estudio fue aplicar la definición de baja actividad de enfermedad LLDAS dentro de una gran cohorte de pacientes y evaluar la concordancia entre el LLDAS y la evaluación subjetiva de la actividad lúpica por parte del médico. Se realizó un análisis transversal dentro de un estudio multicéntrico prospectivo de pacientes con LES. Se aplicó la definición LLDAS a estos pacientes y se evaluó si había concordancia con el estado clínico según la opinión del médico. Se incluyeron un total de 508 pacientes [92% mujeres; edad media 50,4 años] de los cuales 304 (62,7%) estaban en LLDAS. Según la evaluación del médico, 430 (86,1%) pacientes fueron clasificados como remisión o baja actividad. La concordancia global entre ambas evaluaciones fue del 71,4% (IC 95%: 70,1, 70,5) con una k de Cohen de 0,3 [rango intercuartílico (RIC) 0,22-0,37]. La mayoría de los casos (96,1%) en LLDAS se clasificaron como remi-

sión o baja actividad por el experto. De los pacientes que no cumplieron con la definición LLDAS, 126 (70,4%) fueron clasificados en remisión/baja actividad de la enfermedad. Las principales razones de estas discrepancias fueron la presencia de nuevas manifestaciones en comparación con la visita anterior y una puntuación SLEDAI 2K > 4, basada principalmente en la actividad serológica. El estudio concluye que casi dos tercios de los pacientes con LES cumplían la definición LLDAS. Hubo una buena correlación entre la LLDAS y valoración del médico. Este acuerdo mejora para los pacientes que cumplen los criterios LLDAS. La discordancia entre el LLDAS y la opinión del médico al definir la baja actividad del lupus, la demostración que LLDAS se asoció con mejores resultados y el hecho de que LLDAS es más estricto que la opinión del médico, implica que debemos usar el LLDAS como un objetivo del T2T.

**COMENTARIO:** El LLDAS es un método factible en la estrategia T2T en la práctica clínica en los pacientes con LES ya que es una herramienta más estricta que la opinión del médico para definir la baja actividad del LES.

“  
El LLDAS es un método factible en la estrategia T2T en la práctica clínica en los pacientes con LES ya que es una herramienta más estricta que la opinión del médico para definir la baja actividad del LES”





“  
**La administración de  
 quercetina dirigida al hueso  
 eliminó eficientemente  
 las células senescentes en  
 el esqueleto y mejoró la  
 formación ósea in vivo”**

## OSTEOPOROSIS

**CITA:** Xing X, Tang Q, Zou J, Huang H, Yang J, Gao X, Xu X, Ma S, Li M, Liang C, Tan L, Liao L, Tian W. ***Bone-targeted delivery of senolytics to eliminate senescent cells increases bone formation in senile osteoporosis.*** Acta Biomater. 2023;157:352-366. doi: 10.1016/j.actbio.2022.11.056. Epub 2022 Dec 5. PMID: 36470392.

**RESUMEN:** Un senolítico es un fármaco que combate el envejecimiento celular, aunque por extensión se utiliza para denominar a cualquier compuesto antienvjecimiento. La senescencia celular es el proceso iniciado como respuesta al estrés y daño ocurrido en una célula, y constituye una ruta alternativa de respuesta a la muerte celular programada. Varios estudios demuestran una senescencia agravada en el grupo de células madre mesenquimales de la médula ósea (BMSC) y una disminución de la capacidad de diferenciación osteogénica de las BMSC durante el envejecimiento, lo que conlleva a defectos en la formación ósea del esqueleto envejecido. Recientemente, estudios piloto han demostrado que la eliminación de células senescentes en todo el cuerpo mediante la administración sistemática de agentes senolíticos tiene un efecto terapéutico evidente sobre la osteoporosis. En este trabajo se diseña un sistema de administración de senolíticos dirigido al hueso para el tratamiento de la osteoporosis senil. En este estudio, la quercetina fue seleccionada como el senolítico ideal para eliminar las BMSC senescentes. El tratamiento con quercetina disminuyó de manera eficiente los marcadores de senescencia en modelos de BMSC senescentes. Después del tratamiento con quercetina in vitro, la mitosis celular y el ensayo de tinción de calcificación confirmaron que la proliferación y la osteogénesis de las poblaciones de BMSC senescentes mejoraron. Para mejorar la eficacia

y minimizar el efecto secundario del tratamiento, se construyeron liposomas decorados con péptido de afinidad ósea (DSS) 6 para la administración de quercetina dirigida al hueso. Después de la administración de liposomas que cargaban quercetina en dos modelos de ratones de edad avanzada, el análisis histológico y celular confirmó que el tratamiento con quercetina dirigido al hueso eliminó eficazmente las células senescentes en el hueso, restauró la función de los BMCS y promovió la formación de hueso en modelos de ratones de edad avanzada en comparación con el tratamiento no dirigido. En conjunto, la administración de senolíticos dirigidos al hueso elimina eficazmente las células senescentes para recuperar la masa ósea y la microarquitectura, lo que demuestra un tratamiento eficaz para la osteoporosis senil.

**COMENTARIO:** En este estudio se evalúa a la quercetina como fármaco senolítico ideal para las BMSC senescentes ya que podría eliminarlas de manera efectiva para restaurar las funciones celulares de los modelos de BMSC senescentes in vitro. En el estudio se diseñaron liposomas dirigidos al hueso, para encapsular y administrar senolíticos de manera eficiente al tejido óseo senil. Con base en dos modelos de ratones envejecidos, el estudio confirma que la administración de quercetina dirigida al hueso eliminó eficientemente las células senescentes en el esqueleto y mejoró la formación ósea in vivo, lo que sugiere que la eliminación de las células senescentes del hueso es un tratamiento eficaz para la osteoporosis senil.

## CONECTIVOPATÍAS AUTOINMUNES

**CITA:** Yang HT, Hong XP, Guo JW, Zhong XL, Liao R, Liu CL, Liu LX, Li K, Chen YL, Liu DZ. Clinical Significance of Different Profiles of anti-Ro **Antibodies in Connective Tissue Diseases**. J Immunol Res. 2023;2023:9195157. doi: 10.1155/2023/9195157. PMID: 36741231; PMCID: PMC9891828.

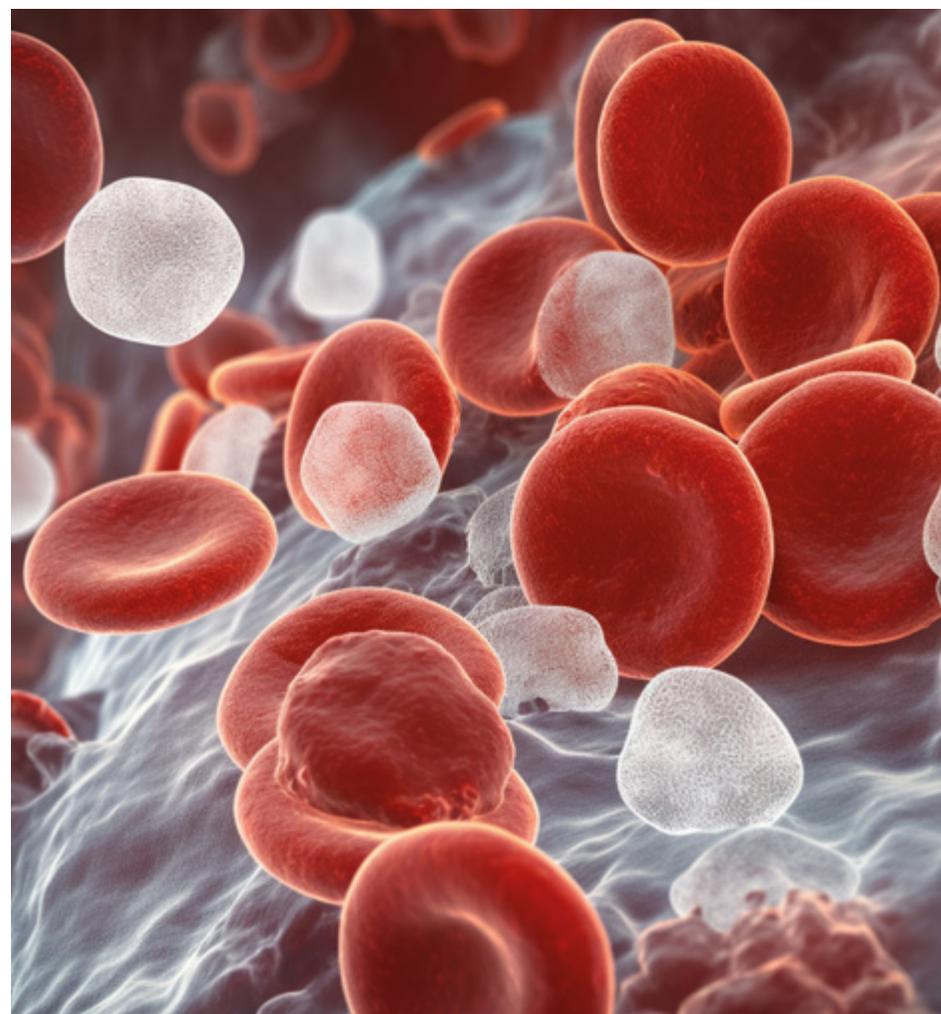
**RESUMEN:** Se han aislado dos proteínas estructuralmente no relacionadas, Ro60 y Ro52, en sueros de pacientes con anticuerpos anti-Ro. El anti Ro es un anticuerpo que se ha identificado en pacientes con síndrome de Sjögren (SS), lupus eritematoso sistémico (LES) y otras conectivopatías autoinmunes, sin embargo, la importancia clínica de los anticuerpos anti-Ro no siempre es consistente entre las diferentes regiones del mundo. El objetivo del estudio fue investigar las características clínicas de los pacientes con anticuerpos anti-Ro, por lo que se incluyeron un total de 1596 pacientes hospitalizados con anti-Ro. Se compararon datos demográficos, clínicos y serológicos entre individuos con diferentes perfiles de anticuerpos anti-Ro: pacientes con anticuerpos anti-Ro52 solos (grupo A), pacientes con anticuerpos anti-Ro60 solos (grupo B) y pacientes con anticuerpos combinados anti-Ro52 y anti-Ro60 (grupo C). De los 1596 pacientes, 1362 (85,3%) eran mujeres, la media la edad fue de 45,5 años, siendo el LES (46,0%) y el SS (19,0%) Las conectivopatías autoinmunes más frecuentes. En el grupo A el anti-Ro52 se asoció a miopatía inflamatoria idiopática (18,8%) y LES (17,6%). Los autoanticuerpos coexistentes de este grupo

fueron significativamente más bajos en comparación con los de los otros dos grupos, mientras que la presencia de anticuerpos anti-Jo1 fue significativamente mayor en comparación con los de los otros dos grupos (3,7% vs 0,6% vs 1,9%,  $p = 0:029$ ). Además, los pacientes con anti-Ro52 aislado (grupo A) tenían más probabilidades de sufrir enfermedad pulmonar intersticial (35,5% frente a 11,3% frente a 13,7%,  $p < 10^{-4}$ ) e hipertensión pulmonar (10,1% vs 5,3% vs 3,6%,  $p = 0:001$ ) en comparación con los otros dos grupos de pacientes. En comparación con los grupos A y B (anticuerpos anti-Ro52 o anti-Ro60 aislados), los pacientes con anticuerpos anti-Ro52 y anti-Ro60 combinados (grupo C) eran más propensos a sufrir xeroftalmía y xerostomía. La hipocomplementemia, hiperglobulinemia y proteinuria fueron particularmente más frecuentes en pacientes con anticuerpos anti-Ro60 aislados (grupo B).

**COMENTARIO:** Los fenotipos de la enfermedad y sus implicaciones clínicas pueden variar significativamente en pacientes con diferentes perfiles de anticuerpos anti-Ro, indicando el potencial valor diagnóstico y pronóstico de los anticuerpos anti-Ro en la práctica clínica. Pacientes con SS que son positivos tanto para anti-Ro60 como para anti-Ro52 son más propensos a sufrir xeroftalmía y xerostomía. En pacientes con anti-Ro-52 aislados, debe sospecharse miositis inflamatoria y neoplasias. Además, hay que prestar más atención a los pacientes con conectivopatías autoinmunes con anticuerpos anti-Ro52 aislados debido a una mayor posibilidad de EPID e HAP.

“

**En pacientes con anti-Ro52 aislados, debe sospecharse miositis inflamatoria y neoplasias”**



# Terapia biológica en el LES: anifrolumab o belimumab, ¿en base a qué elegir?



**Dr. Iñigo Rúa-Figueroa Fernández de Larrinoa**  
Servicio de Reumatología.  
Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín.

**E**l panorama del tratamiento de los pacientes con Lupus eritematoso sistémico (LES) está cambiando tan rápido como radicalmente, con aparición en escena de múltiples opciones terapéuticas que hace pocos años resultaban impensables, así como con la introducción progresiva de estrategias terapéuticas más eficientes, capaces de mejorar desenlaces robustos de la enfermedad.

Ya hace más de 10 años que se aprobó en nuestro país el belimumab (BLM), un anticuerpo monoclonal anti BAFF soluble (previamente Blys), una citocina esencial para la diferenciación y supervivencia del linfocito B auto-reactivo. BLM ha constituido durante la última década la primera y única terapia biológica consolidada y aprobada para el LES, con alto nivel de evidencia en base a nada menos que 7 ensayos clínicos aleatorizados (ECAs) en fase III y un ensayo clínico en fase IV, también aleatorizado versus placebo, éste último diseñado

para evaluar seguridad. BLM muestra eficacia tanto en población adulta como pediátrica y en diversos grupos étnicos y etarios, eficacia versus placebo que se ha replicado también en la formulación subcutánea<sup>1</sup>. Más recientemente, un ECA específico en nefritis lúpica, bien dimensionado, tanto en número de pacientes (más de 400) como en tiempo (2 años de ciego), ha mostrado que BLM incrementa la probabilidad de respuesta renal, reduciendo el riesgo de brote y preservando el filtrado glomerular, cuando se comparó con el tratamiento estándar, con datos más sólidos en lo que concierne a la combinación con micofenolato, y sin problemas relevantes de seguridad atribuible a la combinación<sup>2</sup>. Por otra parte, datos procedentes de un estudio multicéntrico observacional, en “real world”, llevado a cabo en nuestro país, que incluyó 324 pacientes, mostró que con BLM añadido al tratamiento “estándar” se conseguía alcanzar el estado de bajo nivel de actividad (LLDAS) en el 73% de los casos y hasta en un 52% el

“**El panorama del tratamiento de los pacientes con LES está cambiando radicalmente, con aparición en escena de múltiples opciones terapéuticas que hace pocos años resultaban impensables**”

de remisión (DORIS-2021), tras una mediana de seguimiento de 3 años<sup>3</sup>. Conviene señalar aquí que ambos objetivos son objetivos terapéuticos validados y admitidos en la actualidad como los objetivos estándar respecto a actividad y uso de GC, en el esquema terapéutico del LES.

La otra terapia dirigida aprobada y disponible muy recientemente en España, con nivel de evidencia sobre eficacia de clase A, es el anifrolumab (ANF), un anticuerpo monoclonal capaz de bloquear de forma eficiente el receptor para los interferones de tipo I. Este fármaco ha seguido un desarrollo clínico muy parecido al que se ha venido llevando a cabo con BLM, esto es, 2 ensayos clínicos pivotaes, de casi idéntico diseño, (TULIP 1 y TULIP 2), que demuestran que ANF es superior a placebo, también añadido al “standard of care”, en pacientes con LES sin afectación renal relevante, solo que en este caso usando el BICLA en vez de SRI-4 como criterio de respuesta (4). Sin



embargo, no hay evidencia, hasta el momento, de su eficacia en nefritis lúpica, ya que estos pacientes fueron excluidos de los ECAs TULIP 1 y 2, y en el ECA fase II de ANF en nefritis lúpica, el TULIP-LN, no se encontraron diferencias significativas entre ANF y placebo, al menos en el objetivo primario, centrado en la proteinuria. Sin embargo, en el subgrupo de pacientes con el régimen de dosificación “intensificado” (esto es, inducción con 3 dosis de 900 mg seguidas de 300mg al mes) de ANF, si que se apreciaron diferencias, favorables a ANF<sup>5</sup>, lo que ha conducido a promover un ECA en fase III con el propósito de demostrar beneficio en el control de esta grave manifestación de la enfermedad. Así las cosas, la demostrada eficacia de BLM en nefritis lúpica, asociado a la terapia estándar, es un argumento poderoso para inclinarse por BLM en pacientes con nefritis lúpica activa o con alto riesgo de brote grave de nefritis, ya que BLM reduce específicamente esa probabilidad. Emulando lo comentado más arriba para el caso de BLM, análisis pool post-hoc de los ECAs del programa TULIP y el MUSE (fase II), muestran que más pacientes con ANF alcanzaron los estados de LLDAS y Remisión-DORIS comparando con aquellos que recibieron placebo<sup>6,7</sup>.

Ambos agentes biológicos muestran capacidad de “ahorrar” glucocorticoides (GC), reducir el riesgo de brote lúpico y prevenir la progresión de daño orgánico<sup>8,9</sup>, con datos menos robustos a largo plazo con ANF en prevención de daño, probablemente como consecuencia de un menor tiempo en uso. Ambos fármacos serían calificables, por tanto, como “modificadores de enfermedad”<sup>10</sup>, de acuerdo con los criterios propuestos recientemente por el grupo de expertos que defiende ese concepto integrador<sup>11</sup>.

Un valor añadido, muy destacable, de ANF es su rapidez de acción, ya que las diferencias con placebo en los TULIP, favorables a ANF, ya se apreciaban desde las 8 semanas, una característica con-

“  
**La demostrada  
 eficacia de  
 belimumab en  
 nefritis lúpica,  
 asociado a la  
 terapia estándar,  
 es un argumento  
 poderoso para  
 inclinarse por  
 este en pacientes  
 con nefritis lúpica  
 activa o con alto  
 riesgo de brote  
 grave de nefritis”**

sistentemente observada en los ECAs llevados a cabo hasta el momento, a diferencia de lo observado con BLM<sup>12</sup>. Ni que decir tiene que esta particularidad, de confirmarse en los estudios observacionales en práctica clínica real o, idealmente, en ECAs “head to head” BLM versus ANF, podría ser muy útil en determinadas situaciones clínicas, influenciando la elección entre las dos terapias biológicas. Sin embargo, es conveniente señalar que no existen estudios que comparen directamente ambos biológicos. Un análisis post-hoc que comparó, de forma indirecta, los resultados de los ECA pivotaes de belimumab, BLISS-52 y 76 (hasta las 52 semanas) y los TULIP 1 y 2, llevando a cabo un intento de ajuste de las diferencias existentes en las poblaciones incluidas en los ensayos y utilizando las dosificaciones endovenosas aprobadas, esto es, 300mg de ANF vs 10 mg/Kg de BLM,

concluyó que los pacientes tratados con ANF tenían una mayor probabilidad de conseguir una respuesta SRI-4 (OR: 2,61; IC95%: 1.22-5.58) a las 52 semanas. Sin embargo, no se encontraron diferencias en brotes ni en ahorro de GC. Dadas las limitaciones metodológicas del ajuste, sus resultados deberían interpretarse con cautela<sup>13</sup>.

Desafortunadamente, no se dispone en la actualidad de biomarcadores que faciliten la elección entre uno u otro tratamiento biológico que, con excepción de la nefritis lúpica, ocupan un "nicho" similar de pacientes, en el esquema terapéutico actual del LES. La llamada "firma del interferón", que se ha propuesto como elemento decisorio que pudiera hacer inclinar la balanza hacia ANF, en el caso de ser "alta", no se sustenta en la evidencia disponible hasta el momento, siendo los datos publicados no concluyentes. Ambos biológicos (BLM/ANF) tienen un impacto en la expresión génica de genes relacionados con el IFN y en los niveles de la propia citocina, acorde con el papel fisiológico de las citocinas que inhiben. Además, no existe una adecuada estandarización de la medición de la firma del interferón y su estimación en sangre periférica no refleja necesariamente lo que sucede a nivel tisular<sup>14</sup>.

Un aspecto de índole práctico, no despreciable, es la vía de administración. Mientras no dispongamos de nuevas formulaciones de ANF (el ensayo con ANF subcutáneo está en curso en el momento de redactar este artículo), BLM subcutáneo presenta ciertas ventajas potenciales, en términos de opciones de modalidad de administración y costes, aspecto que facilita individualizar la prescripción.

En lo concerniente a seguridad, los datos positivos de BLM a corto y largo plazo son muy sólidos, derivados tanto de los ensayos clínicos y estudios de extensión como de los estudios observacionales a largo plazo, con una experiencia de uso de más de 10 años<sup>15</sup>. Además, un ensayo clínico vs placebo, fase IV, inédito en LES por su diseño, que incluyó un amplio número de pacientes (más de 4.000), el estudio BASE, mostró un excelente nivel de seguridad de BLM, sin incremento de mortalidad ni de infección grave, con un aumento, eso sí, de incidencia de depresión, numéricamente no muy relevante<sup>16</sup>. Aunque no se han definido predictores de este efecto adverso y su mecanismo se desconoce, en pacientes con alto riesgo de sufrir una depresión grave podría ser otro elemento a tener en cuenta, a la hora de elegir la terapia dirigida más garantista. Abundando en el riesgo de infección, un estudio reciente publicado, usando un "propensity score", fuertemente sugiere que, los pacientes tratados con BLM tienen menos riesgo de infección que los tratados con inmunosupresores clásicos por vía oral<sup>17</sup>. Interesantemente, en el registro multicéntrico español previamente mencionado, no se recogió ningún caso de COVID19 grave en los pacientes sometidos a tratamiento activo con BLM durante el seguimiento, que incluyó los peores años (en términos de incidencia y gravedad) de la pandemia COVID19<sup>18</sup>. Esta propiedad debería tenerse en cuenta en la toma de decisiones, en pacientes con antecedente de infección grave o cuya situación de enfermedad o comorbilidad haga prever un riesgo alto de infección.

Los datos que atesora ANF, tanto los procedentes de los ensayos pivotales, como los estudios de extensión a cor-

to plazo, disponibles hasta la fecha, son también alentadores, sin alarmas destacables respecto a efectos adversos graves. Se ha observado, eso sí, un claro aumento de incidencia de reactivación de VHZ, apareciendo en torno al 6-7%, de los pacientes en los ECAs [tasa de incidencia: 5.4 (2.8 to 8.4)], que parece descender progresivamente con los años de seguimiento<sup>19</sup>. Es cierto que hubo pocos casos graves y todos respondieron al tratamiento antiviral, pero necesitamos más datos respecto a la seguridad a largo plazo en vida real, con pacientes menos seleccionados, y no solo en lo que se refiere al herpes zoster, sino también respecto a otras infecciones virales muy prevalentes en el LES, como es el caso del VPH. También debería prestarse atención, sobre todo a largo plazo y con una "n" suficiente de pacientes, a lo concerniente al desarrollo de neoplasias, dados los efectos fisiológicos anti-proliferativos de esta citocina. Este riesgo es del todo hipotético, ya que, afortunadamente, con los datos disponibles hasta la fecha, no hay indicios de un incremento del riesgo de cáncer, al menos a corto plazo. En definitiva, ANF necesita más estudios y a más largo plazo en el ámbito de la seguridad.

En conclusión: disponemos de dos terapias dirigidas, ambas biológicas, eficaces en pacientes con LES, con buen soporte en la evidencia, cuyo posicionamiento preciso en el esquema terapéutico está aún por establecer, si bien ciertos elementos diferenciales que vamos conociendo pueden ayudar a la toma de decisiones. Estas terapias amplían nuestro arsenal terapéutico, incrementando la probabilidad de alcanzar los objetivos terapéuticos y mejorar los desenlaces de los pacientes con LES.



**Un valor añadido,  
muy destacable, de  
anifrolumab es su  
rapidez de acción”**

# Papel del romosozumab en la osteoporosis



**Dr. Laia Gifre Sala**

Servicio de Reumatología.  
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.

## IDENTIFICACIÓN DE LA DIANA TERAPÉUTICA

Romosozumab es un anticuerpo monoclonal dirigido contra la esclerostina. Ésta es una proteína, producto de la transcripción del gen SOST, que se expresa principalmente en osteocitos maduros<sup>1</sup>. Mutaciones en el gen SOST han sido descritas en enfermedades óseas esclerosantes y osteopenizantes, en función del tipo de mutación. Así, en la enfermedad de Van Buchem (con masa ósea aumentada) se ha descrito una mutación del gen SOST que condiciona una disminución de la expresión de esclerostina. Por el contrario, también se han descrito mutaciones de SOST que condicionan sobre-expresión de esclerostina y baja masa ósea. Estos datos permitieron identificar esclerostina como potencial diana terapéutica.

## FISIOPATOLOGÍA: ESCLEROSTINA Y LA VÍA WNT

La esclerostina es un antagonista de la vía Wnt, una vía de señalización intracelular que regula la osteoblastogénesis<sup>1</sup>. La activación de la vía Wnt, por la unión de la proteína Wnt con sus receptores de membrana activa una cascada intracelular que permite el acúmulo de  $\beta$ -catenina en el citoplasma y su trans-

locación al núcleo celular, donde regula la transcripción génica<sup>1</sup>. Por el contrario, en ausencia de la proteína Wnt, la  $\beta$ -catenina es fosforilada y degradada. Romosozumab actúa inhibiendo la esclerostina, por lo que permite la activación de la vía Wnt (con la unión de Wnt con sus receptores de membrana) y la activación de la osteoformación.

## MECANISMO DE ACCIÓN

Romosozumab presenta un efecto dual: osteoformador (aumentando la osteoformación a través de la vía Wnt- $\beta$ -catenina y la activación de las células de revestimiento óseo) y antiresorptivo (inhibiendo la resorción a través del sistema OPG/RANKL/RANK)<sup>2</sup>. En estudios de histomorfometría de pacientes tratadas con romosozumab (estudio FRAME) se ha descrito un aumento de los parámetros de formación ósea junto con un descenso en los parámetros de resorción ósea, y un aumento del volumen óseo y del grosor trabecular comparado con el grupo placebo<sup>2</sup>.

## FARMACODINAMIA Y FARMACOCINÉTICA

Romosozumab es un anticuerpo monoclonal IgG2 humanizado con un mecanismo de acción rápido con una concen-



tración máxima ( $t_{máx}$ ) a los 5 días y una semivida ( $T_{1/2}$ ) de 12.8 días. Su eliminación es por degradación del complejo de romosozumab-esclerostina y por el sistema reticuloendotelial. Su posología es de 210 mg subcutáneo al mes (con 2 plumas de 105mg que se administran de forma consecutiva), durante 12 meses<sup>2</sup>.

#### DESARROLLO DEL FÁRMACO. ESTUDIOS FASE III. EFICACIA

En el estudio FRAME (*Fracture Study in Postmenopausal Women with Osteoporosis*), estudio aleatorizado 1:1, doble ciego, con grupo placebo, se incluyeron 7.180 mujeres posmenopáusicas con una media de edad de 70.9 años<sup>3</sup>. Se excluyeron las pacientes con fractura de fémur y/o fracturas vertebrales múltiples (probablemente porque era un estudio comparado con placebo). Aún así, el 18% presentaban fracturas vertebrales prevalentes y el 21.7% fracturas no vertebrales. A los 12 meses, las pacientes tratadas con romosozumab presentaron un incremento significativo de masa ósea en la columna lumbar (+13.3%), cuello femoral (+5.2%) y fémur total (+6.8%), mientras que el grupo placebo no mostró cambios significativos en la DMO. Los marcadores de remodelado óseo presentaron un patrón distinto a los otros fármacos comercializados con un pico de PINP al mes (+150%), y posterior disminución progresiva hasta los 12 meses, mientras que el CTx presentó un descenso significativo (-50%) a 1 mes y se mantuvo disminuido durante los 12 meses de tratamiento. Además, en tan solo 12 meses de tratamiento se observó una reducción del riesgo (RR) de fractura vertebral (-73%), cadera (-46%), clínica (-36%) y no vertebral (-25%)<sup>3-4</sup>. Posteriormente todos los pacientes iniciaron tratamiento con denosumab (apartado secuencialidad posterior).

El estudio ARCH (*Active-Controlled Fracture Study in Postmenopausal Women with Osteoporosis at High Risk*) es un estudio randomizado 1:1, doble-cego, a recibir romosozumab vs ácido alendrónico, en el que se incluyeron

4.093 mujeres posmenopáusicas con una media de edad de 74 años<sup>5</sup>. El 99% tenía antecedentes de fracturas previas (96% fracturas vertebrales y 8.6% fractura de fémur). A los 12 meses, el grupo de pacientes tratadas con romosozumab presentó mayor incremento de masa ósea en todas las localizaciones: lumbar +13.7% vs +5%; fémur total +6.2% vs +2.8% comparado con ácido alendrónico. Además, las pacientes tratadas con romosozumab presentaron una RR de fracturas vertebrales (-37%), clínicas (-28%) y no vertebrales (-26%,  $p=0.006$ ) aunque estas últimas sin alcanzar la significación estadística comparado con ácido alendrónico (fármaco con eficacia antifracturaria demostrada)<sup>5</sup>. A partir de los 12 meses, todas las pacientes continuaron tratamiento con ácido alendrónico (apartado secuencialidad posterior).

Finalmente, en el estudio STRUCTURE<sup>6</sup>, estudio randomizado, con control activo y grupo paralelo, en el que las pacientes recibieron teriparatida vs. romosozumab durante 12 meses. Se incluyeron 436 pacientes con osteoporosis posmenopáusica, todas ellas con fracturas por fragilidad (100%) y con tratamiento antiosteoporótico previo (88-93% con bisfosfonatos con una duración media de 3.1 años). Las pacientes tratadas con romosozumab presentaron mayor incremento de masa ósea a 12 meses tanto en la columna lumbar (+9.8% vs +5.4%) como en cuello femoral (+3.2% vs -0.2%) y fémur total (+2.9% vs -0.5%) comparado con teriparatida. Aunque la pauta de tratamiento con teriparatida es incompleta (solo 12 meses), romosozumab demostró mayor incremento de DMO a 1 año (respuesta densitométrica) con mayor rapidez (a 1 año). Este estudio también aporta datos sobre la evolución de los compartimentos óseos (cuantificados con TAC de alta resolución en fémur proximal) en el que las pacientes tratadas con romosozumab presentaron cambios significativos en el hueso cortical y trabecular, junto con mejoría de los parámetros de calidad ósea (resistencia ósea estimada por elementos finitos) comparado con 12 meses de teriparatida<sup>6</sup>.



**Es importante plantear la terapia secuencial con romosozumab, más aún considerando que las pacientes candidatas presentan una osteoporosis establecida y muy baja masa ósea”**

#### SEGURIDAD DE ROMOSUZUMAB

Los datos de seguridad observados en el estudio ARCH (romosozumab vs ácido alendrónico)<sup>5</sup> pusieron de manifiesto una mayor incidencia de efectos cardiovasculares severos en pacientes tratados con romosozumab comparado con ácido alendrónico (infarto: 0.8% vs 0.3%; accidente cerebrovascular: 0.8% vs 0.3%; muerte de causa cardiovascular: 0.8% vs 0.6%). Aunque este aumento de riesgo cardiovascular persistía aumentado en el seguimiento del estudio ARCH, cuando todas las pacientes realizaban tratamiento con ácido alendrónico. Sin embargo, estos datos no se observaron en los estudios FRAME ni STRUCTURE. Además, al excluir los pacientes con historia de infarto o accidente vascular cerebral, el exceso de riesgo de acontecimiento adverso cardiovascular disminuyó de forma significativa. Este dato condicionó la limitación de prescripción dictada por la Agencia Europea del Medicamento (EMA), contraindicando su uso en pacientes con antecedentes de infarto o ictus. Sin embargo, es importante señalar que actualmente disponemos de datos de práctica clínica real (Real World Data, RWD) con estrecho control de farmacovigilancia sin otro black box warning añadido.

#### SECUENCIALIDAD TRAS ROMOSUZUMAB

Dado que romosozumab es un anticuerpo monoclonal con una semivida corta (de 12.8 días) y sin retención esquelética, tras completar el tratamiento de 12 meses, en caso de no iniciar una terapia secuencial, se produce una pérdida significativa de masa ósea alcanzando los valores basales a nivel de la cadera en tan solo 1 año<sup>7</sup>. Por ello, es importante plantear la terapia secuencial en los pacientes tratados con romosozumab, más aún considerando que las pacientes candidatas a romosozumab presentan una osteoporosis establecida (con fracturas recientes) y muy baja masa ósea<sup>8</sup>.

“

**Dos metaanálisis coinciden en identificar el mayor incremento de DMO asociado al tratamiento antiosteoporótico con la mayor reducción de fracturas, independientemente del fármaco utilizado”**

Disponemos de datos de secuencialidad posterior con ácido alendrónico (extensión del estudio ARCH), denosumab (extensión del estudio FRAME) y con ácido zoledrónico. Así, tras completar 12 meses de romosozumab, la secuencia con ácido alendrónico y/o con ácido zoledrónico (dosis única) ha demostrado mantener la masa ósea alcanzada<sup>5,7</sup>. Sin embargo, el tratamiento con denosumab tras romosozumab, condiciona un incremento significativo de la DMO tanto en columna como en cadera, equivalente a 7 años de tratamiento con denosumab<sup>4</sup>. Además, disponemos de datos de reducción de fracturas con la secuencia a antiresorptivos. Así, las pacientes tratadas con romosozumab 1 año seguido de ácido alendrónico 1 año presentaron una reducción del riesgo de fracturas vertebrales (-48%), cadera (-38%), clínicas (-27%) y no vertebrales (-19%) comparado con las pacientes tratadas con ácido alendrónico durante 2 años (estudio ARCH).

#### **SECUENCIALIDAD PREVIA A ROMOSUZUMAB.**

El estudio STRUCTURE (romosozumab vs. teriparatida a 12 meses) puso de manifiesto la menor respuesta densitométrica en pacientes previamente tratadas con bisfosfonatos. Así, las pacientes tratadas con romosozumab (con bisfosfonatos previos) consiguieron un menor pico de masa ósea comparado con las pacientes del estudio FRAME (pacientes naïve) tanto en columna lumbar (9.8 vs 13.3%) como en fémur total (2.9 vs 6.8%)<sup>3,6</sup>. De hecho, la menor respuesta densitométrica del tratamiento osteoformador tras bisfosfonatos ya había sido reportada previamente en pacientes tratadas con teriparatida. Además, actualmente disponemos de datos de RWD en los que se valora la respuesta densitométrica de pacientes previamente tratadas con otros fármacos, aunque con pocos pacientes incluidos. Así, los pacientes previamente tratados con bisfosfonatos, denosumab y teriparatida

presentaron un incremento de DMO en columna de 10%, 6% y 11% respectivamente, mientras que los pacientes naïve alcanzaron el +18%<sup>9</sup>. En fémur total, consiguieron un 3.3%, 0.6% y 4.4% de masa ósea respectivamente, mientras que los pacientes naïve alcanzaron el 5.6%<sup>9</sup>. Aunque faltan datos sobre la secuencialidad tras denosumab (ya que los estudios de RWD incluyen pocos pacientes y con corta duración del denosumab), podría ser una opción adicional en casos de respuesta inadecuada a denosumab siempre valorando el riesgo-beneficio y los factores de riesgo asociados con el desarrollo de fracturas vertebrales múltiples tras retirada de denosumab (baja DMO basal, presencia de fracturas vertebrales, mayor duración de denosumab y ausencia de tratamiento previo con bisfosfonatos).

#### **DATOS DISTINTIVOS DE ROMOSUZUMAB. IMPLICACIONES CLÍNICAS**

Romosozumab es un anticuerpo monoclonal con un mecanismo de acción novedoso (con un efecto dual osteoformador y antiresorptivo) y rápido (con el mayor incremento de masa ósea descrito a 1 año, alcanzando el ~13% lumbar y ~7% en cadera), y con una reducción significativa de fracturas también a corto plazo (1 año). Disponemos de estudios comparativos con ácido alendrónico (estudio ARCH) con superioridad densitométrica y en reducción de fracturas, y estudios de secuencialidad posterior (ARCH y FRAME). Además, análisis posteriores han permitido identificar el pico de DMO alcanzado con romosozumab como un marcador subrogado de fracturas. De hecho, hay dos metaanálisis recientemente publicados que coinciden en identificar el mayor incremento de DMO asociado al tratamiento antiosteoporótico con la mayor reducción de fracturas, independientemente del fármaco utilizado.



#### IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE CANDIDATO A INICIAR TRATAMIENTO CON ROMOSUZUMAB. FICHA TÉCNICA Y VISADO DE FINANCIACIÓN

De acuerdo con la ficha técnica, romosozumab está indicado en osteoporosis posmenopáusica grave con un elevado riesgo de fractura. Además, está contraindicado en pacientes con antecedentes de ictus o infarto, en caso de alergia a algún componente o hipocalcemia<sup>2</sup>. De hecho, se recomienda que los pacientes tratados con romosozumab, realicen tratamiento con suplementos de calcio y vitamina D. No existe contraindicación en insuficiencia renal (aunque en pacientes con  $FG < 29 \text{ ml/min/1.73m}^2$  o en hemodiálisis recomiendan controlar la calcemia, por su efecto antiresorptivo). Además, recomiendan valorar el riesgo cardiovascular basado en los factores de riesgo (enfermedad cardiovascular establecida, hipertensión, hiperlipidemia, diabetes *mellitus*, tabaquismo, insuficiencia renal grave, edad) y balancear el riesgo-beneficio y consensuar con el paciente<sup>2</sup>.

Actualmente existe un visado para la prescripción financiada, limitando su indicación a mujeres posmenopáusicas con osteoporosis grave con DMO inferior a -3.0 DE y elevado riesgo de fractura, previamente tratadas con bifosfonatos o con contraindicación a estos, que hayan experimentado una fractura mayor osteoporótica en los últimos 2 años, y sin antecedentes de infarto de miocardio, accidente cerebrovascular o enfermedad arterial coronaria (incluidas revascularizaciones y hospitalización por angina inestable). Además, las pacientes deberían tener un riesgo cardiovascular bajo o moderado según REGICOR ( $< 10\%$ ) o un riesgo bajo o moderado (SCORE  $< 5\%$ )<sup>10</sup>.



**Por la periodicidad del tratamiento y su dispensación en farmacia ambulatoria podría ser una opción terapéutica cómoda para los pacientes”**

#### POSICIONAMIENTO DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Las guías de práctica clínica coinciden en recomendar su prescripción en pacientes con muy alto riesgo de fractura y/o riesgo inminente, aunque éstas fueron publicadas previa a la comercialización del fármaco en España<sup>8</sup>. Por ahora no aportan datos para permitir diferenciar el paciente candidato a teriparatida vs. romosozumab, pero la limitación del visado para la prescripción financiada<sup>10</sup>, por un lado, y las contraindicaciones conocidas de teriparatida, permiten perfilar la paciente candidata a romosozumab. Además, ambos fármacos podrían emplearse de forma secuencial si el paciente lo requiere (por lo que no son excluyentes entre sí).

La presencia de una fractura por fragilidad reciente debería de ser el signo/síntoma guía que permita clasificar al paciente como muy alto riesgo de fractura y plantear el tratamiento osteoformador o dual más adecuado. La implementación de unidades de Fracture Liaison Service permitirán una mejor identificación del paciente candidato a tratamiento osteoformador. En este sentido, el estudio STRUCTURE (romosozumab vs teriparatida a 12 meses) señala una respuesta densitométrica más rápida en pacientes tratados con romosozumab y mejores parámetros de calidad ósea a corto plazo<sup>6</sup>, sin embargo, no tiene suficiente poder estadístico para valorar diferencias en incidencia de fracturas.

#### CONCLUSIONES

Romosozumab es un fármaco con una diana terapéutica novedosa (anti-esclerostina) con acción dual (osteoformadora y antiresortiva), con marcado incremento de DMO a corto plazo junto con reducción significativa de fracturas en tan solo 1 año y comparado con fármacos con eficacia antifracturaria demostrada, con un paciente candidato a iniciar tratamiento muy bien definido (pacientes con riesgo inminente de fracturas) y limitado por el riesgo cardiovascular (autorización de la EMA y visado español). Romosozumab tiene publicados estudios de secuencialidad óptima (previa y postratamiento), incluso con datos de reducción de fracturas (ARCH y FRAME). Además, por la periodicidad del tratamiento (2 administraciones mensuales durante 12 meses) y su dispensación en farmacia ambulatoria podría ser una opción terapéutica cómoda para los pacientes.

# Análisis del dolor de la artrosis mediante técnicas de imagen



**Dr. Jordi Monfort Faure**

Jefe del Servicio de Reumatología.  
Hospital del Mar (Barcelona).

## ALGUNOS DATOS SOBRE LA ARTROSIS

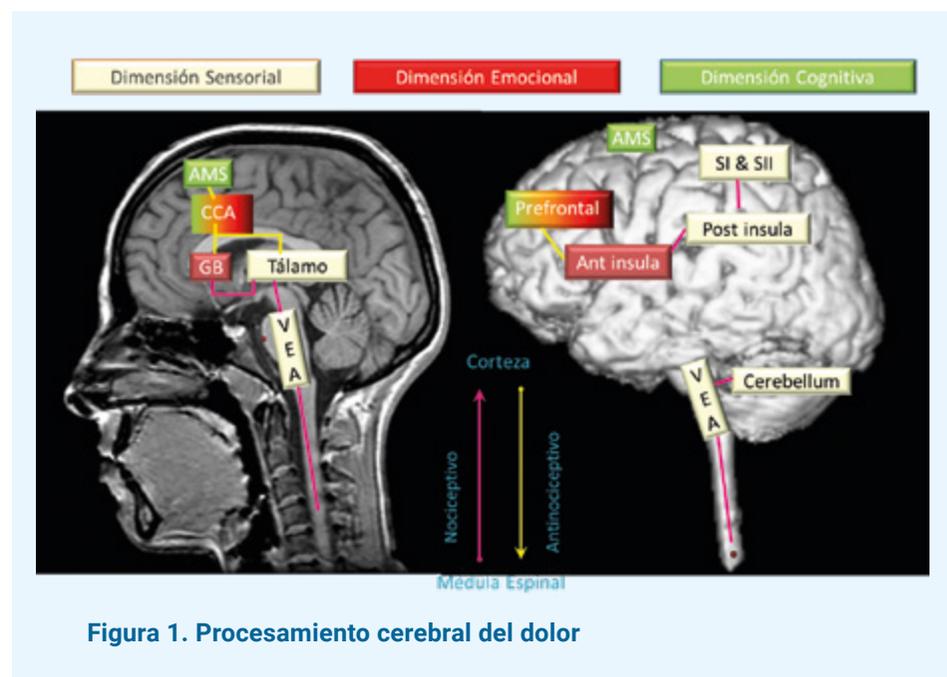
La artrosis es la enfermedad articular más prevalente. Aproximadamente 27 millones de personas en Estados Unidos sufren artrosis sintomática de alguna articulación. En España, el 10'2% de la población total, padece artrosis sintomática de rodilla<sup>1</sup>.

El dolor en la artrosis conduce a la búsqueda de asistencia sanitaria y contribuye a una importante limitación de la capacidad funcional y la calidad de vida de los enfermos que la padecen. La artrosis es, por tanto, un problema socio-sanitario de primera magnitud. El gasto sanitario directo e indirecto asociado a la artrosis, equivale al 0'5-1% del PIB de los países occidentales<sup>2</sup>.

La falta de movilidad debida a la artrosis de rodilla y cadera es una fuente de importante comorbilidad. Así, cuando la artrosis evoluciona, comporta un empeoramiento de la obesidad, la hipertensión, la diabetes mellitus y la dislipemia, que son los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de los principales eventos cardiovasculares como el ictus y el infarto de miocardio.

En las últimas décadas, se han realizado significativos avances en el conocimiento de la enfermedad y sus factores de riesgo. Entre ellos cabría destacar que hoy en día consideramos a la artrosis no como una enfermedad del cartílago sino como una enfermedad de "órgano", donde están implicados todos los tejidos de la articulación. Así, un impacto inicial sobre el cartílago provoca una inflamación de la membrana sinovial, que finalmente repercute sobre el hueso subcondral en forma de edema y esclerosis.

Conocemos también desde hace un tiempo los factores de progresión de la enfermedad, como el edema óseo, la sinovitis y la extrusión meniscal. Sin embargo, para un mejor manejo de la enfermedad, sería necesaria una mejor comprensión de la fisiopatología de la misma y en particular del dolor que ésta origina, una mejor estratificación de los pacientes, así como biomarcadores relacionados con el diagnóstico, la clínica y la respuesta al tratamiento. Conocer mejor estos factores implicaría a buen seguro, mejorar una farmacopea que hoy por hoy es limitada y poco adecuada para el abordaje crónico de la enfermedad.



**Figura 1. Procesamiento cerebral del dolor**

## PROCESAMIENTO CEREBRAL DEL DOLOR

Los humanos identificamos el dolor como una experiencia desagradable e integrada. Sin embargo, la realidad nos demuestra que existen 3 dimensiones relacionadas con el dolor: la dimensión sensorial, la dimensión emocional y la dimensión cognitiva (figura 1), que nuestro cerebro disgrega y procesa en diferentes áreas, configurando lo que llamamos matriz cerebral del dolor.

De la dimensión sensorial, aquella que nos hace vivir el dolor como una experiencia álgica, se encargan áreas como el tálamo, el área somatosensorial primaria y secundaria y la ínsula posterior.

La dimensión emocional, aquella relacionada con los sentimientos y sensaciones que nos provoca el dolor, son responsabilidad de la ínsula anterior y el córtex cingulado anterior.

De la dimensión cognitiva, aquella relacionada con el afrontamiento al dolor, se encargan sobre todo las áreas prefrontales y frontales<sup>3</sup>.

Cuando experimentamos un estímulo doloroso, las fibras sensoriales de la zona envían eferencias a la médula espinal; esta información sube hasta el cerebro para propagarse por las siguientes regiones:

1. **Área somatosensorial primaria:** es una área puramente sensitiva, que recoge la información sensorial de la zona del cuerpo que está siendo estimulada;
2. **Área somatosensorial secundaria:** es una área también sensitiva, que empieza a discriminar sobre la intensidad y el tipo del dolor;
3. **Ínsula posterior:** se produce la integración del dolor y su contexto, es decir, qué tipo de dolor experimentamos, cuánto dolor estamos sintiendo y dónde lo sentimos;
4. **Ínsula anterior:** integra la información del dolor con la información visceral y da lugar a las expresiones vegetativas del dolor;
5. **Cíngulo anterior:** es responsable de la respuesta automática en forma de vocalización;
6. **Área premotora:** es la que se encarga de proponer la respuesta motora, responsable de activar la secuencia de lucha o huida;
7. **Corteza prefrontal:** representa la gestión que hacemos o el tipo de afrontamiento que planteamos frente al dolor (figura 2).

1. Área somatosensorial primaria:
2. Área somatosensorial secundaria
3. Ínsula posterior
4. Ínsula anterior
5. Cíngulo anterior
6. Área premotora
7. Corteza prefrontal
8. Tálamo

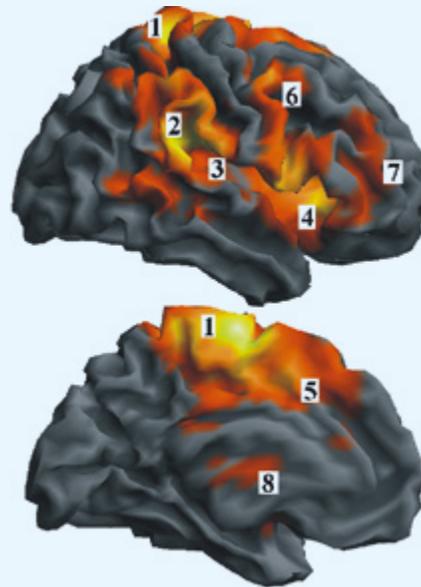


Figura 2. Matriz del dolor

“  
Con la resonancia  
magnética  
funcional se  
puede medir de  
forma objetiva  
la respuesta a  
la estimulación  
dolorosa”

#### ¿PODEMOS MEDIR EL DOLOR DE FORMA OBJETIVA?

Hasta hace pocos años, los reumatólogos solo podíamos medir el dolor mediante cuestionarios, que comportan siempre una cierta carga de subjetividad. Ahora, con el advenimiento de una nueva técnica, la resonancia magnética funcional, podemos medir esta experiencia de forma objetiva mediante la medición de cambios en la microvasculatura cerebral, en respuesta a la estimulación dolorosa.

Utilizamos la técnica BOLD (Blood oxygen-level-dependent, por sus siglas en inglés). Se basa en el siguiente principio: cuando experimentamos dolor, en los primeros milisegundos, se produce un consumo de oxígeno en las áreas responsables del procesamiento del dolor. Ante esta disminución de oxígeno, se produce de forma fisiológica una

vasodilatación y una entrada de sangre oxigenada en el sistema nervioso central (es lo que los neurólogos denominan la reserva funcional de oxígeno). En consecuencia, el retorno venoso está inusualmente hiperoxigenado. Ese aumento de presión de oxígeno en el retorno venoso en cada punto del cerebro es lo que un software convierte en una imagen. Así pues, el dolor se hace visible y cuantificable<sup>4</sup>.

#### EL FENÓMENO DE SENSIBILIZACIÓN CENTRAL DEL DOLOR

De forma simple, podríamos definir la sensibilización central del dolor como aquel fenómeno por el cual, cuando experimentamos un dolor suficientemente intenso durante suficiente cantidad de tiempo, esta experiencia algica se independiza de la noxa inicial, se hace redundante. Es decir, aunque hipotéticamente mejoráramos por completo las circunstancias que provocaron el dolor, este continuaría experimentándose de la misma manera en nuestro sistema nervioso central. Es entonces cuando el dolor se erige en una entidad en sí misma.

Este fenómeno, ya definido y conocido en diferentes patologías, ha sido muy poco estudiado en la artrosis. El tratamiento de este fenómeno de sensibilización central no se basa en la administración de analgésicos convencionales, AINEs ni opioides, sino en antidepresivos y gabapantínicos.

Ante esta afirmación, surgen inmediatamente algunas preguntas.

**¿La mala respuesta a los tratamientos convencionales de la artrosis, podría deberse a un fenómeno de sensibilización central no tratado en esta enfermedad? O más allá incluso, ¿podría una parte del fracaso a prótesis de rodilla y cadera deberse a fenómenos de sensibilización central?**

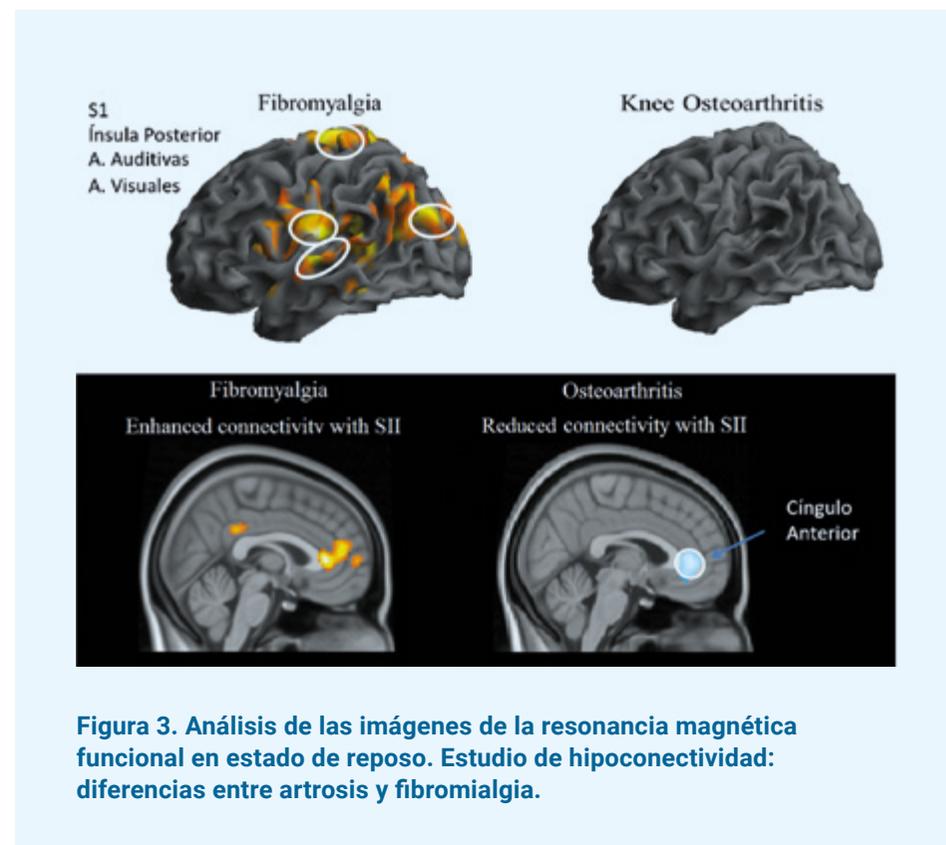
Para resolver esta cuestión, durante los años 2016 y 2017 los servicios de Reumatología y de Neuroimagen del Hospital del Mar llevaron a cabo un estudio que posteriormente se publicó en 2017<sup>5</sup> con el objetivo de analizar el fenómeno de la sensibilización central en la patología artrósica y para ello se utilizó una técnica objetiva como la resonancia magnética funcional.

En este estudio, se incluyeron 60 pacientes con artrosis de rodilla grado 2-3 de Kellgren & Lawrence, 30 de ellos cumplían criterios de sensibilización central al dolor y otros 30 no los cumplían. Estos 60 pacientes artrósicos se enfrentaron a 30 controles sanos que no padecían ningún tipo de artrosis. A todos ellos se les realizaron cuestionarios de dolor, función y dolor relacionado con la sensibilización central. A todos ellos se les practicó una resonancia magnética funcional, midiendo de forma secuencial el dolor en estado de reposo, dolor ante una presión en la interlinea medial de la rodilla de 2'5 kg por centímetro cuadrado, nuevo análisis del dolor en reposo, detección del dolor ante un estímulo sobre la zona pre-tibial de 4 kg por centímetro cuadrado (sensibilización central) y medición del dolor ante la estimulación térmica de 45° C en antebrazo (sensibilización central).

Los resultados mostraron que un 32% de pacientes artrósicos estaban completamente sensibilizados y un 55% tenían cierto grado de sensibilización central. El estímulo idóneo para el estudio de la sensibilización central fue la presión sobre la tibia anterior.

Los resultados más interesantes se obtuvieron en estado de reposo. En este tipo de estudios hablamos no de activación sino de conectividad entre el área somatosensorial secundaria y cada punto del cerebro.

Llegados a este punto, en este estudio se observó una hipoconectividad entre el área somatosensorial secundaria y el cíngulo anterior. Este patrón es propio de la artrosis y completamente distinto de otros síndromes de sensibilización central como la fibromialgia donde la hipoconectividad se observa entre el área somatosensorial secundaria y las áreas auditivas, visuales y vibratorias<sup>6</sup> (figura 3). Podemos decir en definitiva que la resonancia magnética funcional nos muestra un patrón propio de cada enfermedad y que fenómenos más sutiles como la sensibilización central al dolor son abordables mediante la utilización de esta técnica.



**Figura 3. Análisis de las imágenes de la resonancia magnética funcional en estado de reposo. Estudio de hipoconectividad: diferencias entre artrosis y fibromialgia.**



**La resonancia magnética funcional muestra un patrón propio de cada enfermedad y que fenómenos más sutiles como la sensibilización central al dolor son abordables mediante la utilización de esta técnica”**

# Documentos basados en la evidencia: más allá de las GPC

Los documentos basados en la evidencia (DBE) científica son productos generados para ayudar a los pacientes, profesionales sanitarios y otros actores, en la toma de decisiones en el ámbito sanitario. Entre ellos, los DBE más exhaustivos e importantes son las Guías de Práctica Clínica (GPC).

Las GPC tienen la función de reducir la incertidumbre en la toma de decisiones de sus distintos usuarios potenciales y homogeneizar la práctica clínica con recomendaciones y criterios claros. Deben colocar al paciente en el centro, favoreciendo su participación de forma activa e informada en las decisiones que afectan a su salud. Algunas instituciones, como la Sociedad Española de Reumatología, elaboran un tipo especial de documentos basados en la evidencia denominados documentos de recomendaciones. Estos documentos son básicamente GPC breves, con un alcance y objetivos más ajustados, que responden a un número restringido de preguntas (entorno a dos o tres) y que disponen para su elaboración de unos recursos también más limitados. En ocasiones su objetivo es informar a los profesionales sanitarios acerca de temas emergentes sobre los que existe escasa evidencia.

Las GPC son los DBE más conocidos y relevantes, sin embargo, existen otros con importantes funciones, entre los que destacan:

- **Herramientas de Ayuda para la Toma de Decisiones compartidas (HATD).** Dirigidas a pacientes y cuidadores para la participación en las decisiones sobre su salud. Estas herramientas facilitan la elección entre diferentes opciones sobre un problema de salud, permi-

tiéndoles comprender los resultados posibles aplicando las diferentes opciones, y tener en cuenta sus valores personales sobre los posibles riesgos y beneficios.

- **Preguntas clínicas.** Documentos breves elaborados para ayudar al clínico a tomar decisiones en situaciones concretas, a partir de una pregunta bien definida y siguiendo una sistemática preestablecida que incluya la valoración crítica de la evidencia disponible.
- **Procesos asistenciales.** Herramientas de mejora de la calidad, centradas en el cuidado de las personas, que describen de forma secuencial el conjunto de actuaciones necesarias para proporcionar una atención sanitaria segura, efectiva, eficiente y equitativa en una determinada enfermedad o condición clínica. Deben ser elaborados desde una perspectiva multidisciplinar y se basan en el análisis del flujo de actividades mutuamente relacionadas.
- **Protocolos.** Documento para facilitar el trabajo clínico, que mediante una síntesis de información detalla los pasos a seguir ante un problema asistencial específico. Debe estar consensuado entre los profesionales y se adapta al entorno y a los medios disponibles.
- **Vías clínicas.** Instrumentos dirigidos a estructurar las actuaciones ante situaciones clínicas que presentan una evolución predecible. Describe los pasos que deben seguirse, establece las secuencias en el tiempo de cada una de ellas y definen las responsabilidades de los diferentes profesionales que van a intervenir.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Institute of Medicine (US) Committee on Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines. Clinical Practice Guidelines We Can Trust. Graham R, Mancher M, Miller Wolman D, Greenfield S, Steinberg E, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2011. PMID: 24983061.
2. Grupo de trabajo para la actualización del Manual de Elaboración de GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Actualización del Manual Metodológico [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Zaragoza: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS); 2016 [Febrero 2018]. Disponible en: [http://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/manual\\_gpc\\_completo.pdf](http://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/manual_gpc_completo.pdf)
3. Comité Científico de GuíaSalud (noviembre 2018). Definiciones y tipología de OPBES. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/definiciones-tipologia-opbe/>

# Un mejor conocimiento de las miopatías inflamatorias, gracias al proyecto Myo-Spain

La investigadora principal de esta iniciativa, la Dra. Tatiana Cobo, nos avanza la evolución y los primeros resultados de esta actividad que, recuerda, está abierta a explotación secundaria de datos.



## ¿EN QUÉ FASE SE ENCUENTRA ACTUALMENTE EL REGISTRO MYOSPAIN Y CUÁNTOS PACIENTES SE HAN INCLUIDO EN EL MISMO?

Myo-Spain es un proyecto que incluye un registro de pacientes con miopatía inflamatoria idiopática (MII) en seguimiento activo en 30 Servicios de Reumatología de España. El objetivo principal es analizar la evolución y el manejo de una cohorte de pacientes con MII. El diseño es el de un estudio observacional, longitudinal, ambispectivo y multicéntrico. Se han considerado dos grupos de pacientes, según el momento de diagnóstico: los casos incidentes diagnosticados desde hace menos de 12 meses y casos prevalentes más de 12 meses. Al ser una enfermedad rara se decidió un reclutamiento de 24 meses en el que se llevó a cabo la visita basal (9 de junio de 2019 a 14 de junio de 2021). Además, se hace un seguimiento con dos visitas anuales. Actualmente se está realizando la visita de los 2 años y se han incluido 556 pacientes en el registro.

## ¿CUÁLES SON LOS RESULTADOS QUE SE HAN OBTENIDO HASTA LA FECHA?

Se ha publicado un artículo especial en la revista 'Reumatología Clínica' sobre la metodología del proyecto Myo-Spain en el que se incluye el diseño, la población de referencia, la población de estudio, los criterios de inclusión y exclusión, la selección de los centros participantes, el reclutamiento de pacientes, la recogida de datos, las variables y mediciones, el recordatorio de las visitas y el control de calidad de la base de datos. Esta publicación permite referenciar la metodología del proyecto en publicaciones posteriores resultado de las explotaciones del proyecto.

En el año 2021, en el Congreso SER se presentaron los resultados preliminares de la visita basal sobre 364 pacientes. Se trataba de un estudio transversal que permitió describir las características clínicas de la cohorte. Todos los pacientes eran adultos predominando los diagnósticos de síndrome antisin-

“  
En nuestra cohorte las miopatías inflamatorias idiopáticas más frecuentes son el síndrome antisintetasa y la dermatomiositis”

tetasa (SAS) en primer lugar y de dermatomiositis (DM) en segundo lugar. Las manifestaciones de actividad eran más frecuentes en la DM, el SAS y el síndrome de solapamiento, mientras que las de daño y las comorbilidades predominaban en la DM, la miopatía necrotizante inmunomediada (MNIM) y la miositis por cuerpos de inclusión (MCI). La distribución de los anticuerpos específicos de miositis en cada subgrupo diagnóstico se correspondió con lo esperado según las últimas publicaciones. Los pacientes con síndrome de solapamiento tuvieron una valoración de la gravedad del daño superior a otros diagnósticos, y las MCI fueron las MII con mayor debilidad, actividad muscular, daño muscular y discapacidad.

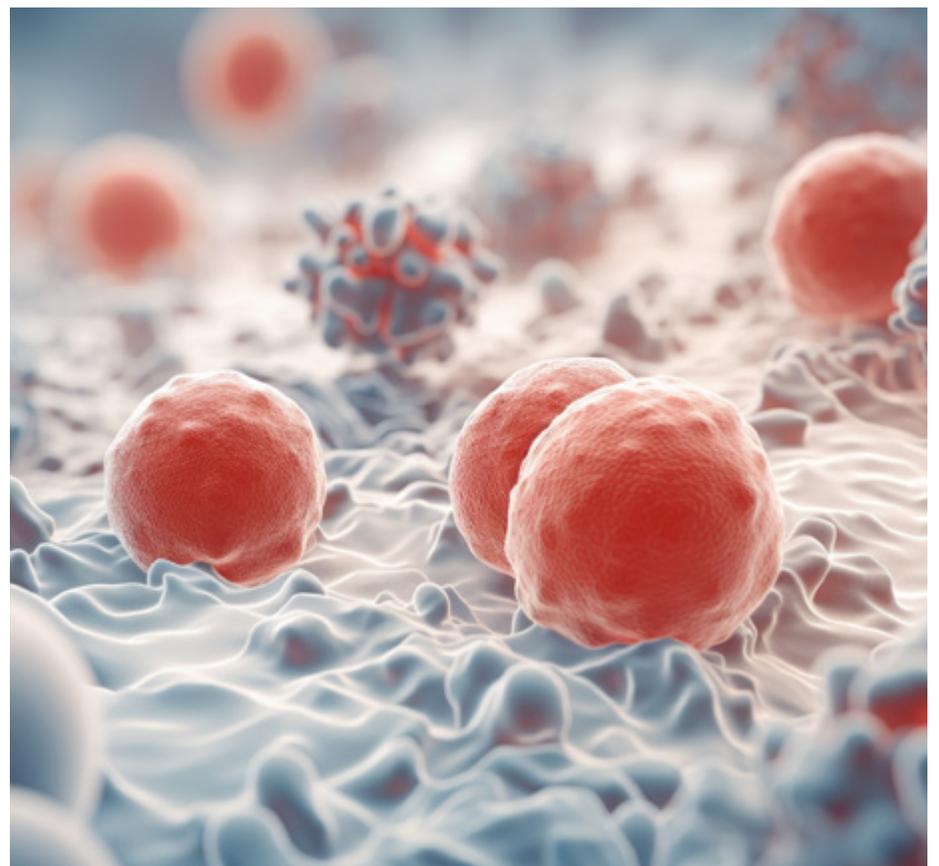
En el año 2022 se presentaron en el congreso SER y EULAR resultados de un estudio transversal de la visita basal de la cohorte completa incluyendo los 556 pacientes. El objetivo fue evaluar medidas principales de actividad en polimiositis (PM) y DM y su asociación con otras medidas de actividad, daño y calidad de vida en diferentes MII, diferenciando entre casos incidentes y prevalentes. Los pacientes con diagnóstico reciente tuvieron mayor actividad y mayor porcentaje de anticuerpos específicos de DM, mientras que los casos prevalentes tuvieron mayor porcentaje de seronegativos. Con más frecuencia se detectó daño en los casos prevalentes, pero en los casos incidentes que había daño su magnitud fue similar a los casos prevalentes. La asociación entre las diferentes medidas de actividad y daño fue superior y de grado moderado en los casos prevalentes. Debido a que en la cohorte Myo-Spain hay un predominio de MII con anticuerpos antisintetasa, se han ampliado estos análisis a este subgrupo y todos estos resultados están actualmente en fase de ser publicados en un artículo original.

En el año 2023 hemos presentado en el Congreso Nacional de la SER resultados de un estudio transversal de la visita basal de la cohorte con el objetivo de conocer si los criterios recientemente publicados basados en anticuerpos específicos tienen mejor precisión que los criterios EULAR/ACR 2017 para clasificar a los pacientes con MII. La precisión diagnóstica de estos últimos criterios fue baja excepto en los pacientes con anti-Jo1. Los criterios basados en anticuerpos específicos mostraron excelente precisión diagnóstica, sensibilidad y especificidad en los pacientes con anticuerpos específicos. Además, no se encontró acuerdo entre ambos criterios de clasificación, ni si quiera en los pacientes con anti-Jo1.

#### ¿QUÉ VALORACIÓN HARÍA DE ESTOS RESULTADOS? ¿ERAN LO ESPERADO O ALGÚN ASPECTO LE HA LLAMADO LA ATENCIÓN?

La distribución de los subgrupos diagnósticos de esta cohorte difiere de cohortes previas ya que cuando se inició el reclutamiento de los pacientes ya teníamos la posibilidad de determinar los anticuerpos específicos de miositis que nos facilitan el diagnóstico. Previamente muchos pacientes eran diagnosticados de polimiositis tratándose de SAS, MNIM o MCI. En la actualidad la polimiositis es un diagnóstico casi de exclusión. Por eso no es de extrañar que en nuestra cohorte las MII más frecuentes sean el SAS y la DM. Además, en muchos Servicios de Reumatología existen consultas multidisciplinarias Reumatología-Neumología con diagnóstico precoz de SAS y DM que debutan con enfermedad pulmonar intersticial. La distribución de las manifestaciones de actividad y daño por subgrupos diagnósticos están dentro de lo esperado. Por otro lado, nos ha parecido de interés conocer el comportamiento de medidas de actividad que están validadas en PM y DM y se

“  
Se ha confirmado  
la necesidad  
de utilizar  
autoanticuerpos  
específicos  
para clasificar  
correctamente a  
nuestros pacientes”



utilizan como criterios de respuesta a tratamiento en diferentes tipos de MII, porque quizás no tienen la misma validez y esto podría tener implicaciones en como medimos la respuesta al tratamiento en otros subgrupos de MII. Respecto a los resultados sobre la utilización de autoanticuerpos específicos para clasificar a las MII son excelentes en nuestra cohorte y habían sido analizados previamente en 2 cohortes con resultados similares.

#### A PARTIR DE AHORA, ¿EN QUÉ OTROS ASPECTOS SE VA A SEGUIR TRABAJANDO EN EL ESTUDIO?

Se debe finalizar la visita 2 del proyecto y su monitorización. Se va a intentar ampliar la extensión del seguimiento porque la aparición de eventos de interés puede precisar más tiempo. Hemos abierto la explotación secundaria de la visita basal en la que pueden participar tanto los investigadores de Myo-Spain como los miembros de la SER que estén interesados, siguiendo la normativa correspondiente.

#### EN GENERAL, ¿QUÉ BENEFICIOS CONSIDERA QUE PUEDE APORTAR ESTA INVESTIGACIÓN EN NUESTRO PAÍS?

Creo que podemos ampliar el conocimiento de las MII y como consecuencia mejorar la atención de nuestros pacientes. Por el momento estamos aprendiendo sobre las características de nuestros pacientes con MII, si las medidas de actividad y daño validadas para PM y DM son útiles para otros subgrupos y hemos confirmado la necesidad de utilizar autoanticuerpos específicos para clasificar correctamente a nuestros pacientes. Sin embargo, las áreas de estudio son amplias y esto es solo el inicio.

Quiero dar las gracias a Federico Díaz González, director de la Unidad de Investigación, a Santiago Muñoz Fernández, a todo el personal de la UI que ha estado y está involucrado en este proyecto, al comité científico del proyecto, a los investigadores, a los pacientes y a José Luis Andreu. Sin todos ellos el proyecto no hubiera salido adelante.



**Belén Miguel Ibáñez**

R2 del Hospital Universitario de Salamanca. Periodo de rotación en la Unidad de Investigación: 1 de abril al 31 de mayo de 2023.

“La Unidad de Investigación proporciona una rotación a tu medida. Una oportunidad para conocer el funcionamiento de la SER y participar en sus proyectos. Una experiencia para desarrollar la curiosidad por investigar y crear tu propia idea. Y, sobre todo, un tiempo para rodearte de personas extraordinarias tanto profesional como personalmente que te acompañan en cada paso y te apoyan en cada iniciativa. Ha superado todas mis expectativas”.

## ¿Conoces el servicio de la SER de traducción de manuscritos?

Desde la Sociedad Española de Reumatología existe un servicio de edición y traducción de manuscritos en inglés, con el fin de promover las publicaciones científicas de nuestros socios. Los interesados deben enviar los manuscritos a la Unidad de Investigación de la SER, mediante el correo [proyectos@ser.es](mailto:proyectos@ser.es), y firmar un compromiso de publicación. Esta iniciativa está patrocinada por Galápagos y hay más información en [este enlace](#).

# La formación sigue su cauce

Llegados al Ecuador del año, cabría destacar una vez más la gran acogida que están teniendo nuestras actividades formativas tanto las ya habituales como otras más novedosas. Un ejemplo de actividad consolidada y que ya se ha convertido en todo “un clásico”, con sus 22 ediciones, es el Curso de Tutores y Residentes de la Sociedad Española de Reumatología (SER), una iniciativa cuyo éxito radica en que se abordan temas transversales de interés para la docencia y entrenamiento profesional de los tutores y residentes, según defiende el Dr. Carlos Marras Fernández-Cid, director de esta edición, que ha contado con la colaboración de GSK. Este año se han tratado temas como el deporte, las dietas, la gestión de emociones y conflictos, el cambio climático o cómo divulgar en ciencias biomédicas. También se han incluido también mesas clásicas en este curso como talleres prácticos de relaciones entre tutores y residentes, novedades de la SER para residentes (el portal de TyR), el caso cerrado entre hospitales de la zona donde se ha celebrado el curso y la ya tradicional competición de Reumatrivial.

Por otra parte, ha habido una firme apuesta por ampliar la actividad formativa con el Taller SER de capilaroscopia, que se ha organizado en el Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi de Barcelona y el Hospital Universitario La Paz de Madrid y bajo la coordinación de los Dres. Sergi Heredia y Laura Nuño, de cada uno de los hospitales. Entre los temas que se han

abordado se incluyen las diferencias entre capilaroscopia normal y capilaroscopia patológica, los síndromes esclerodermiformes y otros síndromes autoinmunes, así como un análisis de imágenes de capilaroscopia, la cuantificación-graduación de imágenes y otras utilidades de la capilaroscopia. Esta iniciativa, que ha contado con la colaboración de Boehringer Ingelheim, era necesaria para mejorar las habilidades y los conocimientos de los especialistas en este ámbito.

Además, también se ha celebrado la III Jornada de Osteoimmunología de SER y la Sociedad Española de Investigación Ósea y del Metabolismo Mineral (SEIOMM), el 9 y 10 de junio en Madrid y con la colaboración de UCB y AMGEN. En este encuentro se habló de obesidad, inflamación y hueso; de inmunidad innata, osteoanabólicos y vitamina D, avances en el diagnóstico por imagen y novedades farmacológicas, entre otros aspectos.

Asimismo, seguimos apostando por la mejora de la formación de los médicos de familia a través del encuentro SER ReumAPtopics, VII Jornada de Reumatología para médicos de Atención Primaria (AP), que tuvo lugar el 17 de junio en Madrid, con la colaboración de Menarini. En esta actividad se abordaron temas como el manejo de las comorbilidades en la artritis reumatoide, el tratamiento reductor de la uricemia, la identificación de la artritis psoriásica y la actualización en osteoporosis y vitamina D.



Durante el I Taller SER de capilaroscopia.



Inauguración de la jornada con los Dres. Guillermo Martínez, presidente de la SEIOMM, y Manuel J. Moreno Ramos, coordinador de la Comisión de Formación de la Junta Directiva de la SER.



Durante un momento del XXII Curso de Tutores y Residentes de la SER.

# EULAR Review 2023, una iniciativa que se consolida

**EULAR**review  
Annual European Congress  
of Rheumatology  
2 - 4 JUN 2023  
MILÁN · ONLINE

Un año más, desde la Sociedad Española de Reumatología, con la colaboración de Galapagos, hemos llevado a cabo EULAR Review 2023, con el objetivo de acercar las novedades más destacadas expuestas durante el Congreso EULAR, que este año se ha celebrado en Milán. Esta iniciativa ha estado coordinada por la Dra. Natalia Mena Vázquez, del Hospital Regional Universitario de Málaga, y los vídeos resúmenes ya están disponibles, divididos por las siguientes temáticas:



**Coordinadora**  
**Dra. Natalia Mena Vázquez**  
Servicio de Reumatología.  
Hospital Universitario Regional de Málaga



**Artritis reumatoide clínica y básica**  
**Dra. María López Lasanta**  
Servicio de Reumatología. Hospital  
Universitari Vall d'Hebron. Barcelona



**Artritis reumatoide tratamiento**  
**Dra. Chamaida Plasencia Rodríguez**  
Servicio de Reumatología.  
Hospital Universitario La Paz, Madrid



**Miscelánea**  
**Dr. Mariano Andrés Collado**  
Servicio de Reumatología. Hospital  
Universitario de Alicante Doctor Balmis



**Espondiloartritis clínica y básica**  
**Dra. Lourdes Ladehesa Pineda**  
Servicio de Reumatología. Hospital  
Universitario Reina Sofía de Córdoba



**Espondiloartritis tratamiento**  
**Dra. Virginia Moreira Navarrete**  
Servicio de Reumatología. Hospital  
Universitario Virgen Macarena, Sevilla



**Enfermedades Autoinmunes  
Sistémicas (LES, Sjögren y  
Esclerodermia)**  
**Dr. José Alfredo Gómez Puerta**  
Servicio de Reumatología. Hospital  
Universitari Clínic de Barcelona



**Enfermedades Autoinmunes Sistémicas  
(Vasculitis, Miopatías y otras  
Conectivopatías)**  
**Dra. Vanesa Calvo del Río**  
Servicio de Reumatología. Hospital  
Universitario Marqués de Valdecilla, Santander



# Ganamos presencia en EULAR

El Dr. José M<sup>a</sup> Álvaro-Gracia Álvaro, presidente emérito de la Sociedad Española de Reumatología (SER) ha sido elegido vicepresidente de Sociedades Científicas de EULAR en el marco del *European Congress of Rheumatology*, celebrado en Milán (Italia).

El Dr. Álvaro-Gracia sustituye en el cargo al anterior vicepresidente de Sociedades Científicas, prof. Zoltan Szekanecz, de Hungría, y pasa a formar parte de la Junta Directiva de EULAR, durante 2 años (con posibilidad de ser renovable por otros 2 años).

En opinión del Dr. Álvaro-Gracia, "es un orgullo" haber sido elegido por votación por parte de los miembros de EULAR y supone "una clara responsabilidad y un gran reto, así como una muy buena oportunidad para que la Reumatología española tenga más presen-

cia en EULAR, una sociedad científica de las más influyentes a nivel internacional". "Confío en contar con el apoyo de la Reumatología española para conseguir estos objetivos", asegura el especialista, también jefe de Servicio de Reumatología del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid).

Con el apoyo de sus miembros, EULAR tiene como objetivo reducir la carga de las enfermedades reumáticas en la sociedad y mejorar el tratamiento, la prevención y la rehabilitación de las enfermedades musculoesqueléticas.



Ya en marcha  
la segunda  
edición del

CURSO  
ESPECIALISTA  
UNIVERSITARIO  
en Metodología de  
la Investigación

2<sup>a</sup>  
EDICIÓN

Sociedad Española de  
Reumatología

Universidad  
Rey Juan Carlos

Con el patrocinio de:  
**abbvie**

# Próximás CITAS FORMATIVAS

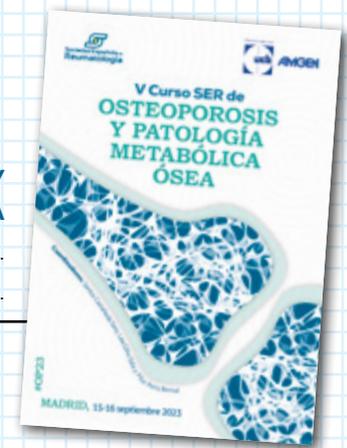


## XII CURSO SER REUMATOPICS

8 y 9 de septiembre, virtual.  
Con la colaboración de **Menarini**.

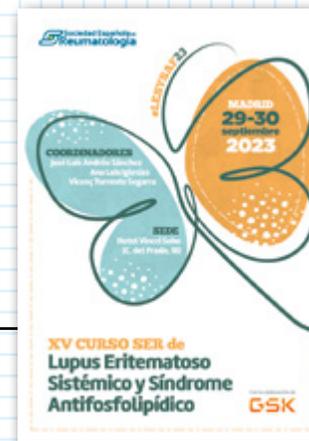
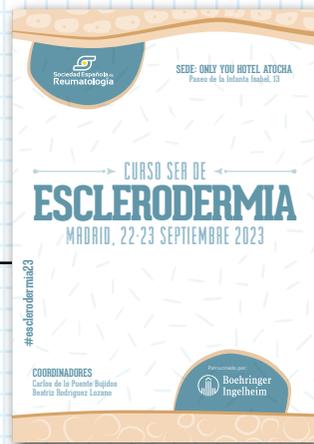
## V CURSO SER DE OSTEOPOROSIS Y PATOLOGÍA METABÓLICA ÓSEA

15 y 16 de septiembre, Madrid.  
Con la colaboración de **UCB**.



## IV CURSO SER DE ESCLERODERMIA

22 y 23 de septiembre, Madrid y virtual.  
Con la colaboración de **Boehringer Ingelheim**.



## XV CURSO SER DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO

29 y 30 de septiembre, Madrid.  
Con la colaboración de: **GSK**.



## CURSO SER LO MEJOR DEL AÑO EN ARTRITIS REUMATOIDE 2023

6 y 7 de octubre, Madrid y retransmitido.  
Con la colaboración de **Pfizer**.

## VII CURSO SER DE ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA EN ENFERMEDADES REUMÁTICAS

27 y 28 de octubre, Madrid.  
Con la colaboración de **Boehringer Ingelheim** y **BMS**.



## X SIMPOSIO DE ESPONDILOARTRITIS

20 y 21 de octubre, Ibiza.

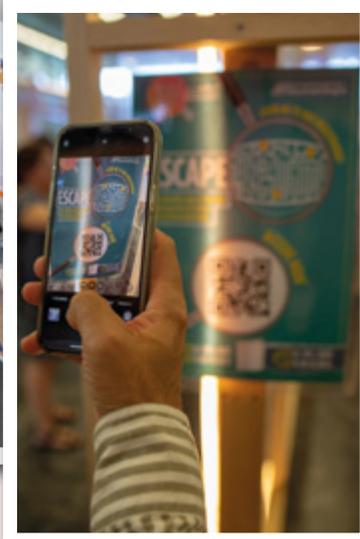


# Un Congreso con un color “muy especial”

Al igual que Sevilla tiene “un color muy especial”, podemos decir que este año también lo ha tenido el XLIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología, en el que del 9 al 12 de mayo se dieron cita más de 1.600 asistentes en la ciudad hispalense.

Ha habido grandes momentos: presencia de autoridades, presentación de avances científicos, competiciones divertidas, reconocimientos emotivos, experiencias compartidas, debates enriquecedores, “networking”, participación de asociaciones de pacientes y de estudiantes de Medicina y mucho más. A continuación, hemos recogido algunas de las imágenes que reflejan estos buenos momentos.





# La Societat Catalana de Reumatologia celebra sus 75 años



**Dr. Hector Corominas**  
Presidente de la SCR

La III Diada Reumatológica, que se celebró el 14 de abril en La Pedrera, no sólo acogió un encuentro formativo en el que primó un alto nivel científico, sino que sirvió también para que la Societat Catalana de Reumatologia (SCR) celebrase el 75 aniversario de su creación. Fue un 1 de abril de 1947, cuando la Academia de Ciencias Médicas de Cataluña y Baleares recibió una solicitud para constituir la Asociación de Reumatología Catalana, por una veintena de reumatólogos.

Desde entonces, la Reumatología en Catalunya ha evolucionado enormemente. De una sociedad embrionaria con sus limitaciones, hemos avanzado hacia una sociedad de una especialidad modernizada, más tecnificada, que colabora estrechamente en comités multidisciplinares con muchas especialidades médicas y quirúrgicas de los hospitales, así como con la Medicina primaria comunitaria. Sin embargo, lo mejor de la Societat Catalana actualmente, es su elevado nivel científico, el potencial de nuestros grupos de trabajo (CapiCAT-MAS, EcoCat, ARCat, PediaCAT, OsCAT, FEMcat, EspoCat, InfeReuCat y, sobre todo, su cohesión interna y satisfacción de sus socios de pertenecer a una sociedad consolidada.

Esta III Diada, ha servido para fortalecer el evento. Los socios estamos muy orgullosos del formato de reunión matinal bimensual en la Acadèmia de Ciències Mèdiques, y la Diada representa un punto de encuentro cada 2 años de todos los socios, no en vano, participaron 240 personas en el en-



cuentro en el emblemático edificio de La Pedrera en Barcelona.

Los 75 años de la Societat Catalana (SCR) nos permiten ver el futuro con optimismo. Sabemos de los problemas de especialistas y los reajustes continuos del modelo económico que sufre la sanidad en general, pero nuestra especialidad es actualmente muy reconocida y respetada. Deseamos que, en el futuro cercano, se creen más plazas de especialistas, exista una mayor implementación de técnicas de diagnóstico practicadas por reumatólogos y podamos seguir siendo especialistas implicados en el modelo sanitario actual que debe dar respuesta a las necesidades de la población, a su progresivo envejecimiento y a la creciente demanda de atención tecnificada con una visión holística tal como hace la Reumatología.

La Diada fue un éxito de asistencia y satisfacción de poder estar allí entre amigos y colegas, que trabajamos con la misma ilusión e inquietud científica.

Porque podamos seguir así muchos años. Felicitats aniversari Societat Catalana de Reumatologia (SCR). Per 75 anys més!



**Felicitats aniversari  
Societat Catalana  
de Reumatologia!"**

# Éxito en la 3ª Carrera de las ENFERMEDADES REUMÁTICAS



Casi 1.000 participantes se dieron cita en la 3ª Carrera de las enfermedades reumáticas, organizada por la Sociedad de Reumatología de la Comunidad de Madrid (SORCOM), que se llevó a cabo el 4 de junio, a través de varias modalidades (carreras de 10 y 5 km, marcha de 2,5 km y carreras infantiles). La recaudación de este año ha sido destinada a la asociación de pacientes Liga Española de Reumatología (LIRE) para uno de sus proyectos con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes.



## La SOCARE actualiza conocimientos en su reunión anual

Previo a la celebración de nuestro Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología, los reumatólogos canarios ya "calentaban motores" y avanzaban en el conocimiento de distintos ámbitos de la especialidad durante su XXIX Reunión de la Sociedad Canaria de Reumatología, que tuvo lugar los días 28 y 29 de abril en Las Palmas de Gran Canaria.

En la mesa de residentes se habló de comorbilidades en artritis reumatoide, infecciones, fracturas por fragilidad, neoplasias y eventos cardiovasculares; mientras que en la mesa de Enfermería los temas protagonistas fueron una guía de actualización para la administración de metotrexato en Atención Primaria o el papel de la Enfermería en las consultas de terapias bioló-

gicas. La conferencia magistral corrió a cargo de la Dra. Soledad Ojeda, que habló de los efectos extraóseos de la vitamina D: más allá del hueso.

Además de la actualización terapéutica en artritis psoriásica, en enfermedades autoinmunes sistémicas y en pacientes con riesgo de fragilidad, también se abordaron aspectos clínicos relacionados con otras enfermedades como Neumología, Oftalmología y Digestivo.

En opinión de la Dra. Beatriz González, presidenta de la SOCARE, "este encuentro ha sido ante todo entrañable; al ser el primero 100% presencial tras la pandemia, nos ha permitido el reencuentro de la mayoría de los socios y, además, hemos compar-

tado este momento con el Dr. Carlos Rodríguez, próximo a jubilarse, que ha sido un referente de inmenso valor para todos nosotros en esta sociedad. Desde el punto de vista científico, cabría destacar la apropiada elección de los temas abordados, que nos ha permitido actualizar conocimientos en diversos campos de la Reumatología, desde el controvertido papel de la vitamina D al carácter multidisciplinar de nuestras patologías".

Además, desde nuestra sociedad científica seguiremos trabajando para mantener el nivel de formación tanto de socios como residentes, potenciaremos iniciativas de los socios y apostaremos por la visibilización de reumatólogos jóvenes, en línea con la estrategia definida por la SER.



# III Marcha Nórdica por la Esclerodermia

Organizada por la Asociación Española de Esclerodermia (AEE) y la Fundación Española de Reumatología (FER), con la colaboración especial de GLS.

Del 26 de mayo al 4 de junio centenares de personas han participado en la 'III Marcha Nórdica virtual y solidaria por la Esclerodermia' y más de cincuenta lo han hecho de manera presencial el pasado 4 de junio en el Parque de la Muntanyeta, de Sant Boi de Llobregat (Barcelona).

Pacientes, familiares, profesionales de Reumatología y ciudadanos de esta localidad barcelonesa han participado en una jornada que ha contado con la colaboración de la instructora de marcha nórdica, Montse Almirall. De esta manera, se han unido al movimiento #Reumafit, para visibilizar la importancia del ejercicio físico en las enfermedades reumáticas, en esta ocasión poniéndose en marcha por la esclerodermia. En este sentido, en la bibliografía científica se pueden encontrar diferentes artículos que recomiendan la marcha nórdica como ejercicio habitual para las personas con esclerodermia.

Esta actividad se ha podido seguir en redes sociales a través del hashtag #EcleroMarcha2023 y la recaudación irá destinada a la investigación de esta enfermedad autoinmune sistémica.

Se puede ver el resumen de esta actividad a través del [siguiente enlace](#).



Dres. Iván Castellví y Ana Laiz se suman a esta iniciativa para visibilizar la esclerodermia, junto con Beatriz García, vicepresidenta de la AEE.



# Avanzamos en la formación de los pacientes

Durante los últimos meses hemos impulsado las actividades con las asociaciones de pacientes prestando una especial atención a los webinars formativos con el objetivo de mejorar su conocimiento en diversos ámbitos ya que consideramos clave que los pacientes estén bien informados con el objetivo de que se impliquen y contribuyan a la mejora de su salud.

Uno de los que ha tenido un gran éxito ha sido el webinar de **"Discapacidad e incapacidad en las enfermedades reumáticas"** en el que dos expertos estuvieron resolviendo múltiples dudas sobre este tema como la explicación del proceso de solicitud de una discapacidad, las diferencias entre ambos términos, factores que se consideran "agravantes",

informes concretos, "check list" sobre el grado de discapacidad y otros muchos temas, de la mano del Dr. José Vicente Moreno Muelas, presidente de Honor de la SER y máster en Valoración del Daño Corporal; junto con Francisco Vega Sureda, abogado laboralista y especialista en Seguridad Social.

En el marco de las actividades organizadas con motivo del Día Mundial del Síndrome Antifosfolípídico (9 de junio), junto con la asociación de pacientes SAF España, llevamos a cabo el webinar "Una puesta al día sobre síndrome antifosfolípídico". En este encuentro participó la Dra. M<sup>a</sup> José Cuadrado, que dio su punto de vista desde la Reumatología y la Dra. Olga Gavín, que ofreció la visión de la Hematología, además de Silvia Aguilera, vicepresidenta de SAF España.

# Nuevos webinars sobre Reumatología Pediátrica

Desde la Fundación Española de Reumatología (FER), a través del Grupo de trabajo ERNASER y la Unidad de Reumatología Pediátrica del Hospital Universitario Vall d'Hebron, se ha puesto en marcha una serie de webinars dirigidos a pacientes y familiares en relación con la Reumatología Pediátrica. La primera de estas actividades será el 23 de septiembre, a partir de las 11h, en la que se abordará qué es la Artritis Idiopática Juvenil (AIJ) y se hará un taller práctico de exploraciones complementarias en Reumatología Pediátrica. La inscripción se puede hacer a través de [este enlace](#).

Esta iniciativa cuenta también con el aval de la Sociedad Española de Reumatología Pediátrica (SERPE), la Societat Catalana de Reumatologia (SCR) y la Asociación Española de Pediatría.

¡Toma nota del primero, aunque habrá otras dos fechas a tener en cuenta (23 de marzo y 8 de junio de 2024)!



# La FER gana el premio “SúperOkPlanetarios” por su compromiso medioambiental

La Asociación OK Planet celebra por primera vez estos galardones. La Fundación Española de Reumatología ha recibido el premio “a la súper responsabilidad ambiental”, por su compromiso con la reducción de la huella ecológica en las actividades que realiza.

En el marco del ‘XLIX Congreso Nacional de la SER’, José Antonio Fernández, vicepresidente ejecutivo y socio fundador de Ok Planet, ha hecho entrega, a la presidenta de la FER, la Dra. Sagrario Bustabad, del Premio “SúperOKPlanetarios a la súper responsabilidad ambiental”. Con este galardón, la asociación sevillana reconoce el compromiso de la Fundación Española de Reuma-

tología con el medioambiente, así como “su sensibilidad ambiental, sin la cual no sería posible el cuidado que prodigamos a la parte del planeta en la que vivimos”.

De acuerdo con el compromiso adquirido por la Sociedad Española de Reumatología con dejar un impacto positivo en todas sus actividades, dentro del proyecto ‘Legado SER’, a través de la Fundación se ha apa-

drinado durante el año 2023 el proyecto de recuperación y mantenimiento del Pinar de la Ranilla, en Sevilla, una zona esencial para cerrar el cinturón verde de la capital andaluza. De esta manera, se trata de revertir el impacto negativo que supone en términos de huella ecológica el desplazamiento de todas las personas que participaron en el Congreso Nacional de la SER, celebrado en Sevilla el pasado mes de mayo.



José Antonio Fernández, vicepresidente ejecutivo y socio fundador de Ok Planet, hace entrega del premio a la Dra. Sagrario Bustabad, presidenta de la FER.

# La Asociación Española de Esclerodermia recibe el premio del reto #ReumaFIT



Con el objetivo de seguir impulsando nuestra campaña #ReumaFit, que busca fomentar la práctica de ejercicio físico entre los pacientes reumáticos y la población general, durante el XLIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología, lanzamos un reto que tuvo una gran aceptación entre los reumatólogos, ya que “pedalearon por una buena causa”. Los especialistas se unieron al reto #ReumaFIT, que consistía en pedalear un

kilómetro, subir una foto a las redes sociales y mencionar a una de las ocho asociaciones de pacientes presentes en el Congreso, de manera que, si entre todos los asistentes se alcanzaban los 125 km, se donarían 1.000 euros a la asociación que más menciones recibiese.

El reto se superó con creces, llegando a los 176 km, y la ganadora fue la Asociación Española de Esclerodermia (AEE). ¡Enhorabuena!



# “Hay un lobo entre nosotros”, nueva campaña para visibilizar el lupus

**Cuenta con el apoyo de GSK y FELUPUS (Federación Española de pacientes de Lupus) y tiene un triple objetivo: visibilizar la enfermedad, concienciar sobre el abordaje temprano y dar soporte a los pacientes.**

Con el objetivo de seguir visibilizando la enfermedad y con motivo del Día Mundial del Lupus, que se celebró el pasado 10 de mayo, contando con el apoyo de la Federación Española de pacientes de Lupus (FELUPUS) y GSK, hemos lanzado la campaña “Hay un lobo entre nosotros”, que tiene como elemento central un cortometraje animado cuyo objetivo es triple: visibilizar el lupus y la nefritis lúpica, una de sus complicaciones más graves y frecuentes, dando voz a las necesidades de las personas que sufren la enfermedad para que se sientan comprendidas y acompañadas, y ayudándolas a conocer más a fondo su enfermedad; concienciar sobre la importancia de que un abordaje a tiempo podría ser beneficioso para las pacientes y, por último, dar soporte a las pacientes

para que estén informadas y que se rodeen de otras pacientes y asociaciones para conectar con su enfermedad.

Asimismo, a través de esta campaña también se consigue llegar a la población general, ya que resulta indispensable que esta tenga el nivel suficiente de conocimiento sobre el lupus, para prestar atención a determinados síntomas y acudir a su médico.

Además, en el marco del XLIX Congreso Nacional de la SER, el 10 de mayo, Día Mundial del Lupus, unos simpáticos lobos recorrieron puntos emblemáticos de Sevilla para hacer visible la campaña entre la población general. Estos lobos también nos acompañaron en el Palacio de Congresos.



# Taller con pacientes en Bilbao

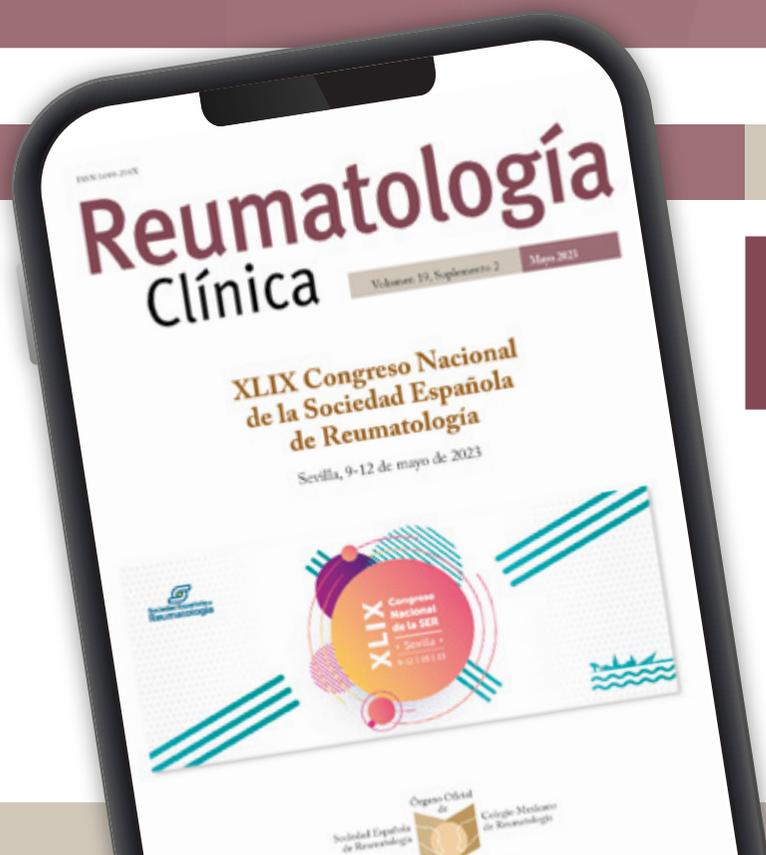
El 29 de mayo celebramos un Taller de Cuidado de la Piel para mujeres con enfermedades reumáticas, con la colaboración de Clarins.

Muchas enfermedades reumáticas, especialmente las inmunomediadas, llevan asociadas manifestaciones cutáneas de forma muy frecuentes a lo largo de la evolución de la enfermedad, pudiendo ser muy variadas y afectando sobre todo a las personas con artritis psoriásica, lupus eritematoso sistémico, esclerodermia, dermatomiositis y vasculitis, entre otras.

En este sentido, y con el objetivo de fomentar el autocuidado y reforzar la autoestima de las mujeres con enfermedades reumáticas que pueden sufrir manifestaciones en la piel, desde la Fundación Española de Reumatología,

gracias a la colaboración de Clarins, hemos llevado a cabo en Bilbao un taller de cuidado de la piel para mujeres con enfermedades reumáticas, que ha tenido una gran acogida, no sólo en Bilbao, ya que también ha participado un grupo de mujeres desde San Sebastián, de la Asociación Guipuzcoana de Afectados por enfermedades reumáticas (AGAER).

En esta jornada también hemos contado con las Dras. M<sup>a</sup>Luz García Vivar, jefa del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario de Basurto, y Olaia Fernández Berrizbeitia, coordinadora de la Comisión de Comunicación y Relaciones con Pacientes de la SER.



La revista

# Reumatología Clínica

Sociedad Española de  
Reumatología

Con el patrocinio de:

GSK

# Un “as” en el ámbito de la artrosis a nivel internacional



Durante la rueda de prensa del Simposio SER-OARSI con la Dra. Cristina Ruiz-Romero, del Grupo de investigación en Reumatología Proteomics Unit del Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña; Julio E. Abalde, rector de la Universidad de A Coruña; Dr. Francisco J. Blanco, presidente del Comité Científico del Simposio SER-OARSI; Dr. Gunil, presidente de OARSI y Dr. José Antonio Pinto, patrono de la Fundación Española de Reumatología.

El Dr. Francisco J Blanco acaba de ser reconocido por la SER por su liderazgo en Reumatología y por su labor en el ámbito de la artrosis y nos cuenta cómo decidió dedicarse a esta área de la especialidad y destaca la importancia del último evento formativo junto con OARSI.

## ¿QUÉ TEMAS DESTACARÍA DE LOS TRATADOS DURANTE EL SYMPOSIUM SER-OARSI, QUE SE HA CELEBRADO EN A CORUÑA?

El objetivo principal de este Symposium SER-OARSI era realizar una revisión de la situación actual de la Medicina de precisión en la artrosis y ver si se puede empezar a utilizar en esta patología. La última sesión del encuentro fue muy interesante ya que se discutieron dos posturas totalmente opuestas una en la que se ve que ya es el momento de utilizar la Medicina de precisión en artrosis y otro que se posicionó en contra.

## ¿CÓMO VALORARÍA LA INVESTIGACIÓN ESPAÑOLA EN ARTROSIS A NIVEL INTERNACIONAL?

En España todavía somos pocos grupos los que trabajamos e investigamos en osteoartritis (OA), pero los que lo hacemos, realizamos una investigación que no tiene nada que envidiar a otros grupos internacionales. Entre todos, la Sociedad Española de Reumatología y los investigadores, debemos estimular a los jóvenes investigadores para que lo hagan en OA.

## ES UN EXPERTO RECONOCIDO MUNDIALMENTE EN EL ÁMBITO DE LA ARTROSIS, ¿QUÉ LE ATRAJO DE ESTE CAMPO DE LA REUMATOLOGÍA FRENTE A OTROS?

Cuando finalicé la residencia, en el año 1992, mi intención fue investigar en los mecanismos de destrucción de la articulación. Esto lo podría hacer en varias enfermedades, en la artritis reumatoide, artritis psoriásica o en la artrosis. Me decidí por ésta última porque los mecanismos eran menos conocidos, es decir, había mucho más por investigar que en las otras enfermedades y también porque la OA es la enfermedad reumatológica más prevalente. Es decir, confluían dos aspectos que me llamaron la atención, la enfermedad más frecuente, que afecta a una cantidad grande de pacientes y, sin embargo, en la que había menos actividad investigadora. A esto se le unía algo que también la hacía más atractiva, es una patología asociada al envejecimiento, y este factor claramente iba a ser y es una de las líneas de investigación del futuro.



**En los últimos 10 años se ha avanzado en el descubrimiento de biomarcadores de diagnóstico y pronóstico de la artrosis, así como en nuevas dianas terapéuticas”**

### ¿PODRÍA RESUMIR CÓMO HA AVANZADO LA INVESTIGACIÓN EN ARTROSIS DESDE SUS COMIENZOS HASTA LA FECHA?

Cuando empecé la investigación se centraba en los mecanismos moleculares de la degradación del cartílago articular. Durante los siguientes 20 años se avanzó muchísimo en esta línea de trabajo mejorando de forma sustancial el conocimiento de la patogénesis de la OA. En los últimos 10 años, gracias estos avances a nivel molecular, se ha empezado a avanzar en el descubrimiento de biomarcadores de diagnóstico y pronóstico de la artrosis, así como en nuevas dianas terapéuticas para frenar la destrucción de la articulación.

### ¿CUÁLES SON LAS VÍAS DEL FUTURO QUE PUEDEN SER SIGNIFICATIVAS PARA LA OA?

Claramente el futuro de la artrosis está precisamente en el tema principal que se ha tratado en este Symposium SER-OARSI: empezar a aplicar la Medicina personalizada de precisión en los pacientes con OA.

### DURANTE EL ÚLTIMO CONGRESO NACIONAL DE LA SER, CELEBRADO EN SEVILLA, SE LE HA HECHO UN RECONOCIMIENTO ESPECIAL POR SU DEDICACIÓN, LIDERAZGO Y PROFESIONALIDAD EN REUMATOLOGÍA; ASÍ COMO POR EL COMPROMISO INSTITUCIONAL QUE HA TENIDO A LO LARGO DE SU TRAYECTORIA CON LA SER. ¿QUÉ VALORACIÓN HARÍA DE ESTE RECONOCIMIENTO?

Todos los reconocimientos que uno recibe son siempre muy gratificantes y estimuladores. En este caso, el reconocimiento tiene algo especial y es que está concedido por la SER, es decir, por los compañeros de profesión y esto para mí tiene un valor enorme. Si, además, vemos la motivación para concederlo, me quedo sin palabras, yo no podría añadir nada más.

Aunque el reconocimiento va dirigido a mi persona, el trabajo que se ha realizado durante todos estos años no se podría haber hecho sin el apoyo de muchos compañeros, colaboradores, instituciones etc., y me gustaría resaltar en esta ocasión al Grupo de Investigación en Reumatología del INIBIC, al Servicio de Reumatología del CHUAC y a la Universidad de A Coruña.

Para la artrosis/osteoartritis este reconocimiento también tiene gran importancia. En estos tiempos donde las enfermedades autoinmunes, las conectivopatías, las enfermedades inmunomediadas y las terapias biológicas son las áreas científicas que están más "de moda", reconocer el trabajo que se realiza en la artrosis/osteoartritis concede a esta patología la recompensa y visibilidad que se merece y espero que sirva también para animar a los jóvenes reumatólogos a adentrarse en este fascinante área de la Reumatología.

Finalizo sugiriendo a la SER que instaure este tipo de reconocimientos, la SER es una sociedad científica que cuenta con excelentes profesionales y que muchos de ellos merecen también este tipo de mención por las múltiples actividades que han realizado durante estos años.

“  
Reconocer el trabajo que se realiza en la artrosis/osteoartritis concede a esta patología la recompensa y visibilidad que se merece y espero que anime a los jóvenes reumatólogos a adentrarse en este área”



# “No somos conscientes de la necesidad que hay”

**Hablamos con la Dra. Susana Gerechter, reumatóloga en el Hospital Universitario Ruber Juan Bravo (Madrid), sobre su experiencia como voluntaria en un Dispensario de Madrid.**

**E**n el céntrico barrio de Cuatro Caminos (Madrid) se encuentra el Dispensario Benéfico de San Antonio, que depende de la Parroquia-Santuario San Antonio de los Hermanos Franciscanos Capuchinos y está gestionado por las hermanas Sor Olvido y Sor Guadalupe. Ellas coordinan a los profesionales de la salud que prestan sus servicios de forma altruista.

Aquí nadie pregunta por el credo de nadie. Lo único que se pretende es ayudar a las personas que no tienen acceso a la asistencia sanitaria gratuita o que no tienen recursos suficientes para pagar la medicación o hacerse cargo de gastos derivados de sus problemas de salud. “Lo que más se ve es gente que no tiene papeles o gente que teniendo papeles, el fármaco que les mandan en la Seguridad Social, no pueden pagarlo. Aunque parezca mentira hay muchas personas en esta situación. Muchas personas que huyen de sus países y pasan un periodo de tiempo en un vacío asistencial, hasta que se resuelve su situación legal”, nos cuenta la Dra. Susana Gerechter. Esta reumatóloga ejerce únicamente en la privada, en el Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Ruber Juan Bravo (Madrid), pero una tarde al mes la dedica a trabajar en el Dispensario. Es la única reumatóloga entre un equipo de más de 25 profesionales de la salud, todos ellos médicos titulados o jubilados, ya

que no se permite que la atención a los pacientes la hagan residentes.

“Yo conocí este proyecto en el foro de reumatólogos de Madrid hace 5 años y desde entonces vengo una tarde al mes. Lo que más me gustó es que todo lleva un rigor absoluto. Las Hermanas se encargan de organizar y dar las citas, se registra todo lo que se hace, se cuidan las historias clínicas, se controla la farmacia..., es decir, todo funciona con una pulcritud absoluta y acorde con la legalidad, como sucedería en cualquier centro de asistencia sanitaria privado de nuestro país”, explica Susana.

De hecho, el Dispensario cuenta con acuerdos para poder realizar análisis y pruebas diagnósticas en algunos centros privados y con sus propios recursos: los humanos, con más de 25 profesionales de especialidades distintas como Oftalmología, Ginecología, Reumatología, Psiquiatría y Medicina Interna; y los técnicos, con su propio ecógrafo, mesa de ginecología y aparatos oftalmológicos, entre otros. “Además, las Hermanas son enfermeras, por lo que aparte de organizar todas las gestiones y ocuparse del dispensario de medicamentos, también realizan la labor asistencial de Enfermería. Incluso tienen electroterapia, onda corta y ponen inyecciones”, nos detalla la Dra. Gerechter.



La farmacia del Dispensario está hecha con donaciones de la industria o de personas que fallecen y sus familiares donan los medicamentos que están sin abrir. "Ellas hacen una revisión y cogen lo que está perfectamente cerrado. Todo pasa por un médico y se apunta todo lo que se da para que no haya tráfico con las recetas. Se apunta el día que se da y se cuenta cuántos envases se dan. Es muy riguroso", insiste Susana.

Hablando con esta reumatóloga, que trabaja en la privada y dedica su tiempo a ayudar de esta manera altruista se ve claramente que la Reumatología es una especialidad que está en todas esferas. "Aquí no sólo llegan personas que carecen de recursos económico y educativos, también vienen personas que han tenido que huir de sus países. Por ejemplo, cada vez veo más enfermedad reumática en personas que vienen de Venezuela. Tenemos un lupus y acabo de diagnosticar una espondiloartritis que le he puesto tratamiento y está mucho mejor. En este caso era un chico de 19 años que no tenía papeles, le atendimos durante 6 meses aquí, le puse antiinflamatorios y salazopirina, pero necesitaba un biológico. Afortunadamente, regularizó su situación y entró en el Sistema Sanitario", nos cuenta la reumatóloga.

Susana insiste en que "no somos conscientes de, a pesar del Sistema Sanitario que tenemos, la cantidad de gente que se queda fuera y la necesidad que existe. Normalmente pongo muchas infiltraciones, pero también me he encontrado con casos más dramáticos. Una de las veces que ocurrieron fugas masivas hacia EE.UU. y les disparaban en la frontera, llegó un chico latinoamericano al que habían disparado y curado como podían. Al llegar al aeropuerto de Madrid la herida se le abrió y lo trajeron aquí. Ese día estaba yo y tuve que atenderle. Esa mujer que acabas de ver en silla de ruedas, también sufrió un disparo en la frontera, pero en su caso llegan-

do en patera en el paso del Estrecho. La atiendo porque sufre una enfermedad reumática", repasa Susana.

La Dra. Gerechter también se acuerda de un chico argentino que llegó al Dispensario sin saber a dónde ir y con un dolor horrible. "No se podía mover, le habían hecho una resonancia en su país y en ella tenía una sinovitis brutal y le dijeron que no sabían lo que tenía. Entonces le hice análisis y tenía la PCR por las nubes. Con una HLA27 positivo, la placa y una sacroileitis de grado IV. Sólo con esas tres cosas le pusimos tratamiento. Al no tener papeles en el hospital tenía que pagar y no hubiera podido asumir ese coste".

Cuando habla de los casos que ha visto o de su trabajo en el Dispensario a la Dra. Gerechter se le dibuja una sonrisa de satisfacción. "Al principio puede parecer que asumes un compromiso muy grande, pero en realidad

sólo es cuestión de organizarse y ver qué tiempo puedes dedicar. A mí me gustaría que viniera otro reumatólogo porque yo vengo un día al mes, pero habría capacidad cada 15 días porque la necesidad asistencial es alta".

Si alguien quiere ayudar tiene que tener un compromiso fijo, pero no es necesario que sea de muchas horas o días, puede ser, por ejemplo, medio día al mes, como hace la Dra. Susana Gerechter, quien después de enseñarnos las instalaciones, al despedirnos de ella, nos insiste: "Aquí estamos todos encantados. Yo llevo 5 años y no cuenta, al contrario, si en algún momento no puedes venir, lo echas de menos".

“

**Al principio puede parecer que asumes un compromiso muy grande, pero en realidad sólo es cuestión de organizarse”**





# Tu confianza nos mueve a dar un paso adelante en reumatología

Si el presente es prometedor, lo que nos  
depara el futuro lo es aún más.

Llevar casi  
20 años contando con  
la confianza de  
los profesionales  
sanitarios en  
reumatología es algo  
que nos motiva cada  
día.

Pero nuestra misión va  
más allá: queremos  
elevantar los estándares  
de cuidado, impulsar  
la especialidad a  
través de la innovación  
y tener un impacto  
positivo.

#LoQueNosMueve  
#UnPasoAdelante

abbvie