

— N° 20 | invierno 2023 —

# El Reumatólogo

---

# NO TE PIERDAS EL VÍDEO-ARTÍCULO:

Ecografía de glándula salival en el  
síndrome de Sjögren.

Dr. Juan C. Nieto, reumatólogo del Hospital  
General Universitario Gregorio Marañón (Madrid).



# Sumario

- 4** **INVESTIGACIÓN**  
Bibliografía comentada
- 9** **ARTÍCULOS**  
Diagnóstico por imagen en espondiloartritis: los límites de la RM ("pitfalls")
- 17** **BLOC DE NOTAS**  
Incorporando la perspectiva del paciente en investigación
- 18** **UNIDAD DE INVESTIGACIÓN**  
Por una derivación eficiente de pacientes con AR y EPID
- 20** **FORMACIÓN**  
El Máster SER en EAS sigue su curso
- 28** **SOCIEDADES**  
"Todos para uno y uno para todos"
- 33** **NOTICIAS**  
Ampliamos la campaña Reumafit con materiales frente al dolor lumbar
- 38** **MÁS ALLÁ DE LA CONSULTA**  
Orgullosos de nuestros socios y de lo que aportan para seguir avanzando en Reumatología

## Grandes pasos en 2023 a favor de la especialidad

Finalizamos el año con un sentimiento de orgullo por lo que hemos avanzado en nuestra especialidad. Si tuviéramos que destacar algunos de los hitos conseguidos en este periodo no podríamos olvidarnos de la comparecencia que tuvimos ante la Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados, la celebración del I Simposio de Enfermedades Autoinflamatorias de la SER, la puesta en marcha de un plan de incidencia pública junto con las asociaciones de pacientes del ámbito de las enfermedades autoinmunes sistémicas, y la consolidación de nuestro plan de "Huella ecológica" con iniciativas encaminadas a favorecer la sostenibilidad medioambiental. Además, cabría destacar la creación del "Observatorio de Igualdad" de la SER, una iniciativa que contempla trabajar en la igualdad, no solo en el ámbito profesional detectando y evitando sesgos de género en la Reumatología española, sino también en el área de investigación y manejo de las enfermedades reumáticas.

Podríamos citar también nuevas actividades formativas, el impulso a varios proyectos de investigación, una mayor representatividad en organismos de interés como EULAR, el acercamiento a las sociedades autonómicas de Reumatología con las que se está avanzando de forma conjunta en planes de mejora de la especialidad ante las administraciones públicas como es el caso de la Comunidad de Madrid, Andalucía, Castilla y León y Cataluña, entre otras; el éxito de campañas de sensibilización para mejorar el conocimiento de las enfermedades reumáticas entre la población general y el mayor impacto en el ámbito de las redes sociales gracias a la puesta en marcha de nuevos perfiles en canales como TikTok.

En este número de la revista 'El Reumatólogo' recogemos algunas informaciones que reflejan estas actividades, acompañadas de interesantes revisiones de artículos científicos y de la bibliografía comentada. Además, se refleja la intensificación de la presencia de la SER en actividades dirigidas a pacientes como el Congreso de la Liga Reumatológica Española (LIRE) o la conmemoración del Día Mundial de la Psoriasis y la Artritis Psoriásica, encuentro organizado por Acción Psoriasis.

Dado nuestro carácter de superación e innovación, seguiremos trabajando de forma intensa en 2024 para avanzar aún más, si cabe, en la Reumatología española. ¡Feliz Año Nuevo!

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

# 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.

## SINDROME ANTIFOSFOLIPIDICO

**CITA:** 2023 *ACR/EULAR antiphospholipid syndrome classification criteria*. Barbhaiya M, Zuily S, Naden R, et al. *Ann Rheum Dis* 2023;82:1258–1270.

**RESUMEN:** Se trata de un esfuerzo colaborativo entre EULAR y ACR, multidisciplinar, que se veía como muy necesario, dado que las versiones previas de criterios de clasificación del síndrome antifosfolipídico (SAF) no han estado en manos de las principales sociedades científicas internacionales de reumatología y que la última revisión de los criterios de Sapporo data del año 2006. Además, estos últimos han sido criticados por la falta de estandarización de definiciones esenciales, como la positividad de los anticuerpos antifosfolípidos (AcAPL).

Se implementó la metodología vigente más admitida, el análisis MDA (*multicriteria decision analysis*), tras una selección de un amplio número de ítems de partida, fruto de una revisión sistemática de la literatura y Delphi de expertos. Además, el

artículo incluyó una validación externa, mediante un consenso de adjudicadores independientes.

Como viene siendo la norma en los criterios de enfermedades reumáticas sistémicas más recientes, se incluyó un criterio de entrada, que es la positividad de al menos un test de AcAPL en los tres años previos a la aparición del primer criterio clínico y, al menos, un criterio clínico. Se considera positividad un anticoagulante lúpico (AL) o títulos altos de anticardiolipina o beta2-glicoproteína I, ambos IgG ó IgM.

Estos criterios son ponderados, agrupándose en seis dominios clínicos y dos de laboratorio (tabla 1). Si el paciente reúne al menos 3 puntos entre los criterios clínicos y 3 de laboratorio, puede ser clasificado como un SAF.

En las dos cohortes de validación, que incluyeron 553 casos, los nuevos criterios fueron comparados con los de Sapporo, resultado notoriamente más específicos (99% vs 86%), pero menos sensibles (84% vs 99%) (ambos referidos a la cohorte de

“  
Los nuevos  
criterios de  
clasificación del  
SAF incrementan  
sustancialmente  
su especificidad,  
a costa de  
una menor  
sensibilidad,  
cuando se  
comparan con  
los criterios de  
Sapporo”

validación 2), alcanzando el objetivo que los autores se habían propuesto, en el sentido de desarrollar unos criterios donde primase sobre todo especificidad, de cara a investigación, sacrificando si fuese necesario, la especificidad.

**COMENTARIO:** Como novedades de estos criterios estarían la ponderación de los ítems y su estricta definición, así como el considerar varias de las manifestaciones “no criterio”, como serían la valvulopatía cardíaca, la trombocitopenia o una amplia gama de enfermedad microvascular (Tabla 1). Una fortaleza adicional es la abundante información de todas las fases del proceso aportada en la documentación suplementaria, lo que incrementa la transparencia y pone de manifiesto la robustez metodológica del proyecto.

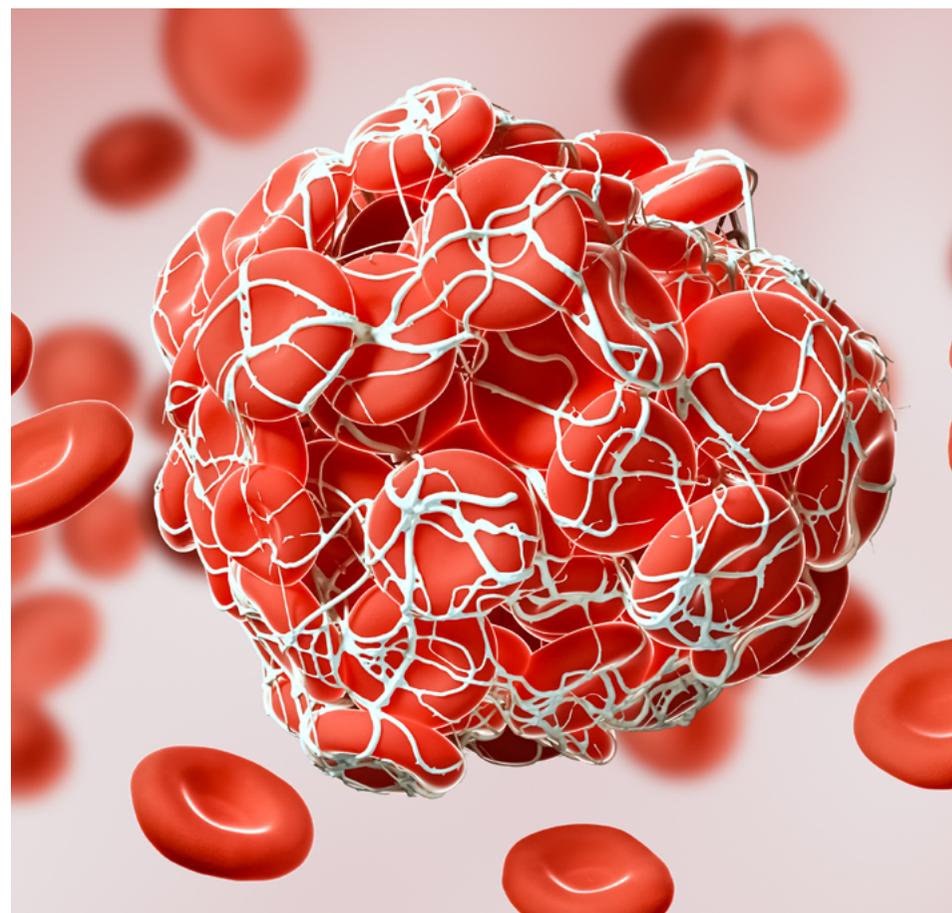
Como limitaciones cabe señalar que, dada su baja sensibilidad, estos criterios pueden ser menos útiles para asistir al clínico en el proceso diagnóstico, que siempre persigue criterios más sensibles y, por tanto, más inclusivos. La ponderación de los criterios de laboratorio resulta un tanto compleja y difícil de retener. Por otra parte, estos criterios no abordan el difícil y controvertido problema clínico de los SAF “seronegativos”.

**Tabla 1: criterios de clasificación del síndrome antifosfolípídico**

Dominios clínicos y criterios	Pondera	Dominios clínicos y criterios	Pondera
<b>D.1 Macrovascular (ETE)</b>		<b>D.2 Macrovascular (TA)</b>	
ETE con perfil de alto riesgo	1	TA con perfil CVD de alto riesgo	2
ETE con perfil de alto riesgo	3	TA sin perfil CVD de alto riesgo	4
<b>D.3 Microvascular</b>		<b>D4. Obstétrico</b>	
Sospecha de una o más:		Muertes pre-fetales (<10 sem) y/o fetal precoz (10 sem -15 sem+ 6 d)	1
• Livedo racemosa	2	Muerte fetal (6 sem-33 sem+6 d)	1
• Vasculopatía livedoide	2	PEC grave (< 34 sem) o PI grave (< 34 sem) con o sin muerte fetal	3
• Nefropatía trombótica (aguda o crónica)	2	PEC grave (< 34 sem) o PI grave (< 34 sem) con o sin muerte fetal	4
• Hemorragia alveolar	2		
Diagnóstico establecido de > 1:			
• Vasculopatía livedoide (AP)	5		



**Como novedades estarían la ponderación de los ítems y su estricta definición, así como el considerar varias de las manifestaciones “no criterio”, como serían la valvulopatía cardíaca, la trombocitopenia o una amplia gama de enfermedad microvascular”**



## SINDROMES AUTOINFLAMATORIOS

**CITA: Spanish cohort of VEXAS syndrome: clinical manifestations, outcome of treatments and novel evidences about UBA1 mosaicism.** Mascaró JM, Rodríguez-Pinto I, Poza G, Mensa-Vilaro A, Fernández-Martín J, Caminal-Montero L et al. Spanish cohort of VEXAS syndrome: clinical manifestations, outcome of treatments and novel evidences about UBA1 mosaicism. *Ann Rheum Dis.* 2023 Dec;82(12):1594-1605.

**RESUMEN:** El síndrome VEXAS (*Vacuoles, E1-enzyme, X linked, Autoinflammatory and Somatic Syndrome*) es un síndrome autoinflamatorio descrito por vez primera muy recientemente, en 2020, asociado a un mosaicismo de variantes genéticas hipo-funcionantes del gen UBA1, restringido a la serie mieloide. Este gen codifica la enzima E-1 activadora de la ubiquitina, necesaria para iniciar la ubiquitinación, una modificación postransduccional que regula la señalización intracelular, la degradación de las proteínas y es clave en la autofagia. El fenotipo clínico se ha ido ampliando a medida que se han comunicado nuevos casos o series de casos, incluyendo varias enfermedades reumáticas sistémicas inmunomediadas.

En este trabajo se describe una serie multicéntrica española de casos de VEXAS, una de las más amplias hasta el momento, centralizada en el departamento de Inmunología del Hospital Clínic de Barcelona y el Instituto de Investigación Biomédica August Pi i Sunyer, que es donde se llevaron a cabo los test genéticos de confirmación diagnóstica. Se identificaron un total de 30 pacientes con la mutación. Todos ellos fueron varones, con una edad media de debut de 67 años (rango de 52 a 86 años). Las manifestaciones más comunes fueron las cutáneas, intermitentes y polimórficas, que aparecieron en el 90% de los casos y las hematológicas, con citopenias variadas. Es de destacar que la macrocitosis estuvo ausente hasta en un 27% de los casos. Por definición, las vacuolas en la médula ósea se constataron en el 100% de los pacientes, ya que es lo que conducía a practicar los test genéticos. También frecuentes fueron la condritis, artritis, manifestaciones

pulmonares y oculares, así como fiebre, entre otras. Analíticamente, destacó el incremento de VSG en virtualmente todos los casos y con frecuencia hiperferritinemia. Con todo, se echa en falta, en este estudio, una mejor caracterización clínica, en términos de si los pacientes cumplían o no criterios de enfermedades reumáticas bien definidas.

Se identifican en este estudio, por primera vez, variantes post-cigóticas del gen UBA1 en tejidos diferentes de los hematopoyéticos. Se describe, en consonancia con lo reportado hasta la fecha, una respuesta favorable de las manifestaciones inflamatorias, que no de las hematológicas, a los glucocorticoides. Como también ha sido descrito, la respuesta a diferentes inmunosupresores y terapias biológicas resultó pobre. Es de resaltar que en 2 pacientes que respondieron al tratamiento dirigido frente al componente hematopoyético (que incluyó un trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos y un agente hipometilante) se observó una marcada disminución o incluso desaparición del alelo mutante.

Dada la creciente descripción de nuevos fenotipos clínicos, el grupo propone “relajar” los criterios para realizar los test genéticos, incluyendo enfermedades autoinflamatorias o inmunomediadas, en presencia de rasgos hematológicos sugerentes, con “tendencia” a la macrocitosis. También proponen no restringir el estudio al grupo etario por encima de 50 años. Sin embargo, resulta una recomendación quizás poco concreta, que podría afectar a un importante número de pacientes de la clínica diaria.

**COMENTARIO:** Probablemente VEXAS sea el síndrome autoinflamatorio más frecuente de debut en edad adulta, estimándose una prevalencia de alelos mutados del gen UBA1 de hasta 1 de cada 4269 varones mayores de 50 años. Este síndrome es un buen ejemplo del creciente reconocimiento de la posibilidad de que diversos procesos autoinflamatorios monogénicos debuten en la edad adulta y subyazcan en algunos casos de enfermedades reumáticas inmunomediadas, bien definidas o no.



**El síndrome VEXAS es un síndrome autoinflamatorio monogénico de debut sobre todo en edad adulta, que puede subyacer a diferentes enfermedades reumáticas inflamatorias inmunomediadas y que se describe cada vez con más frecuencia”**

## ARTROPATIAS INFLAMATORIAS

### CITA: *Influence of Sex on Early Axial Spondyloarthritis: A Six-Year Longitudinal Analysis From a Large National Cohort.*

Krystel Aouad, Anne Tournadre et al. *Arthritis Care & Research* 2023;75: 2107–2116.

**RESUMEN:** Resultados del seguimiento durante 6 años de una cohorte multicéntrica francesa de espondiloartritis axial de inicio (menos de 3 años de enfermedad, naïve a tratamientos de fondo) valorando las diferencias clínicas, de actividad y progresión radiológica entre hombres y mujeres. Los autores recogen ASDAS-PCR, *Bath Ankylosing Spondylitis Patient Global Score* (BAS-G) y PCR cada 6 meses hasta los 3 años y, posteriormente, anual hasta los 6 años, así como sacroilitis radiológica, según criterios modificados de NY basales, a los 2 y 5 años. Para análisis secundarios se recogieron además otros índices como BASDAI, MASES, Ritchie 52, BASFI, HAQ-AS, ASQol y SF 36. La evolución radiológica se midió por mSASSS. De acuerdo con este estudio, al inicio los hombres y mujeres presentan índices similares de actividad por ASDAS PCR, mientras que los *patient reported outcomes* (PROM) son más altos en mujeres, así como el conteo de articulaciones dolorosas y tumefactas y el índice de entesitis. Por su parte, PCR y scores de sacroilitis son más altos en hombres. A lo largo de la evolución, las mujeres presentan índices de actividad más altos por ASDAS PCR y BAS-G. Los niveles de PCR, más altos inicialmente en hombres, fueron similares en el seguimiento entre ambos sexos. Tanto al inicio como a lo largo del seguimiento, los hombres presentaron más proporción de sacroilitis radiográfica (a los 5 años el 28,9% de los hombres y el 13,1% de las mujeres).

A lo largo del seguimiento las mujeres presentaron más puntuación en los PROM, los conteos de articulaciones dolorosas/tumefactas, así como en el índice de entesitis, pero menos sacroilitis por RMN y menos daño estructural radiológico. No hubo diferencias en el uso de FAMEs o antiTNF entre ambos sexos.

“  
El fenotipo de las  
espondiloartritis  
difiere en función del  
sexo, conduciendo  
a mayor daño  
estructural en los  
varones, a pesar de  
valores más bajos  
en los índices de  
actividad”

Los índices basales más altos de HAQ-AS se asociaron a mayores índices de actividad a lo largo del seguimiento. En ambos sexos se constató una mejoría en la actividad, función y dolor a lo largo del tiempo.

**COMENTARIO:** el estudio confirma que las mujeres presentan más índices de actividad, con valores similares de PCR y menor progresión radiográfica lo que podría explicarse por un aumento de la sensibilización central, que a su vez podría influir en los conteos de articulaciones dolorosas y en el índice de entesitis.

**CITA:** *Stricter treat-to-target in RA does not result in less radiographic progression: a longitudinal analysis in RA BIODAM.* Sofia Ramiro, Robert Landewe et al. *Rheumatology*, 2023; 62: 2989–2997

**RESUMEN:** El estudio se desarrolla en práctica clínica real en la cohorte RA-BIODAM y se incluyen 521 pacientes de artritis reumatoide (AR) de 10 países, que comenzaban o cambiaban de fármacos modificadores de enfermedad por artritis activa. Los pacientes con tratamiento biológico previo fueron excluidos. Se analiza la diferencia en progresión radiográfica, según el índice Sharp-van der Heijde (SvdH) recogido cada 6 meses, de aquellos pacientes en que se aplicó, de forma estricta, intensificación del tratamiento según los principios *treat-to-target* (T2T) respecto a los pacientes en que el cumplimiento fue menos estricto. Se pidió a los reumatólogos que siguieran una estrategia T2T con remisión DAS 44 y se consideró buen cumplimiento si en cada visita, cada 3 meses, se conseguía DAS 44 < 1,6 o se intensificaba el tratamiento. El seguimiento fue de 21 meses y se calculó la proporción de visitas en que se cumplía el T2T para cada paciente, categorizándolos por cuartiles en muy bajo, bajo, alto o muy alto cumplimiento (<40%, entre 40 y 60%, entre 60 y 75% o >75% de las visitas). Para establecer la relación entre el grado de cumplimiento y la progresión radiográfica, en un primer análisis a los 2 años, se utilizaron ecuaciones de estimación generalizadas (GEE). Se analizaron factores que pudieran influir en T2T como edad, sexo, seropositividad, duración de la enfermedad.

La duración media de la enfermedad era de 7 años. El valor basal de SvdH fue de 17 como media y progresó hasta 20,3 a los 2 años. La media de progresión cada 6 meses fue 0,6. Cuando se dividió a los pacientes en cuartiles según su progresión radiográfica, se observó que los pacientes con más progresión eran mayores, tenían una enfermedad de más larga duración, más comorbilidad y más daño radiológico al inicio, sin encontrarse diferencias en otras características clínicas o en los tra-

tamientos recibidos. A lo largo del seguimiento, los pacientes con más progresión también tenían los DAS 44 más altos, sin encontrarse clara relación con cuartiles.

En los 21 meses de seguimiento clínico, se consiguió el T2T en el 59% de todas las visitas. No se consiguió nunca o se consiguió en todas las visitas en el 1% y el 9% de los pacientes respectivamente. A lo largo de los 2 años, no hubo diferencias en la progresión radiográfica entre los distintos cuartiles de cumplimiento de T2T. La media de progresión en muy bajo cumplimiento fue 2,1, bajo 2,8, alto 2,4 y muy alto 1,6. Tampoco se apreciaron diferencias si se ajustaban los cumplimientos a la progresión radiográfica en el mismo intervalo de 6 meses o en el subsiguiente ni cuando se analizó la relación con cumplimiento en primeros meses y progresión radiológica en todo el período de seguimiento.

**COMENTARIO:** Existen varias interpretaciones de estos resultados. Una de ellas es que la intención de aplicar los principios de T2T puede ser suficiente para cumplir objetivos. Puede que ser estrictos en etapas tempranas sea más importante que una vez que se produce el daño radiológico, lo que explicaría los resultados discordantes con TICORA, el único ensayo aleatorizado que ha probado mejoría en la progresión radiológica con T2T. Por otro lado, es posible que el incumplimiento de T2T se deba a DAS44 elevados por número de articulaciones dolorosas y/o elevada actividad global por parte del paciente sin datos objetivos de inflamación. Dado que se ha asociado de forma más robusta la progresión radiológica a número de articulaciones inflamadas y aumento en los reactantes de fase aguda, puede que este incumplimiento formal de T2T no se traduzca en más progresión. Mientras que la estrategia T2T se traduce en buenos desenlaces a nivel de grupo en los ensayos, puede no ser la más adecuada aplicada de forma estricta a nivel individual, si no se tienen en cuenta otros factores que pueden resultar en elevación de índices. Es posible, por otro lado, que la estrategia T2T sea más efectiva cuando se pasa de una situación de actividad alta a otra de baja actividad y menos al partir de una situación de baja o moderada actividad. En cualquier caso, la estrategia T2T es aconsejable en cuanto a monitorización de la actividad de la enfermedad y visitas frecuentes, sin que parezca que un cumplimiento riguroso aporte ventajas frente a uno menos estricto e individualizado.

“  
**La estrategia *treat to target* es proactiva y se propone como óptima en diversas enfermedades reumáticas, con un fuerte sustente racional, pero que requiere más estudios para delimitar su alcance”**

**CITA:** *Risk–Benefit Analysis of Primary Prophylaxis Against Pneumocystis Jirovecii Pneumonia in Patients With Rheumatic Diseases Receiving Rituximab.*

Jun Won Park, Jeffrey R. Curtis et al. *Arthritis & Rheumatology* 2023;75: 2036–2044.

**RESUMEN:** El estudio, multicéntrico y retrospectivo, intenta identificar a los pacientes con enfermedades reumáticas que reciben rituximab (RTX) que se puedan beneficiar de profilaxis para la neumonía por *Pneumocystis Jirovecii* (PJP).

Incluye 881 pacientes en tratamiento con RTX con un período de seguimiento de 663 persona-año. 419 pacientes recibieron tratamiento con trimetoprim-sulfametoxazol (TMP-SMX) y el resto no. Estudiaron la incidencia de PJP en ambos grupos mediante regresión de Cox y establecieron la relación riesgo/beneficio en subgrupos definidos por factores de riesgo. El análisis fue por intención de tratar. Se observaron diferencias basales en ambos grupos. Los pacientes sometidos a profilaxis eran mayores, con más frecuencia tenían vasculitis ANCA-asociada y estaban sometidos a dosis altas de glucocorticoides > 30 mg prednisona/día en el período de inclusión). En el análisis univariable, los factores asociados a PJP fueron la edad, vasculitis ANCA, insuficiencia renal, linfopenia, enfermedad pulmonar intersticial, uso de azatioprina y dosis altas de prednisona. En el análisis multivariable, vasculitis ANCA y altas dosis de glucocorticoides se asociaron a aumento de PJP. La incidencia total fue 1,66 por 100 pacientes-año, inferior a la descrita en pacientes con linfoma, pero alcanzó 7,93 por 100 paciente /año en pacientes que recibieron altas dosis de glucocorticoides, frente al 0,49 de los que no lo recibieron (sólo 1 paciente). Se observaron 4 casos de PJP en pacientes con profilaxis, pero en 3 de ellos se había suspendido prematuramente el tratamiento. La incidencia de PJP disminuyó en los pacientes que recibieron TMP-SMZ, pero el número de pacientes a tratar para evitar un caso sólo fue superior al número de pacientes a tratar para tener un efecto adverso en el caso de los pacientes con uso concomitante de dosis altas de glucocorticoides.

**COMENTARIO:** De acuerdo con los resultados de este estudio, la profilaxis con TMP-SMZ en pacientes con enfermedades reumáticas sometidos a tratamiento con RTX presenta un adecuado perfil riesgo/beneficio solo en aquellos pacientes sometidos a tratamiento concomitante con altas dosis de glucocorticoides.

“  
**No todos los pacientes en tratamiento con rituximab serían candidatos a profilaxis frente pneumocistis jirovecii con cotrimoxazol, siendo, probablemente, la dosis concomitante de glucocorticoides un factor determinante a la hora de establecer la indicación”**

# Diagnóstico por imagen en espondiloartritis: los límites de la RM (“pitfalls”)



**Dr. Pedro Zarco Montejo**

Jefe de la Unidad de Reumatología.  
Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

En los últimos meses, la inteligencia artificial (IA) es tendencia en muchos sectores de la sociedad, y la medicina no es una excepción. A pesar de que ya hace años que se hablaba del tema en ciertos foros, la aparición de ChatGPT ha marcado un punto de inflexión en la difusión de esta tecnología, dejando claro que ha venido para quedarse.

La incorporación de la Resonancia magnética (RM) como herramienta de diagnóstico en las espondiloartritis (EspA) ha revolucionado los sistemas de clasificación, ha facilitado el diagnóstico precoz, la valoración de la actividad y la respuesta al tratamiento convirtiéndola en una técnica imprescindible para el reumatólogo y el radiólogo en la práctica clínica habitual. Sin embargo, su correcta utilización y el conocimiento de sus limitaciones son fundamentales de cara a evitar errores diagnósticos y tratamientos inadecuados.

Estos límites los podríamos agrupar en tres áreas:

- 1 Aplicación adecuada: límites entre diagnóstico y clasificación
- 2 Diagnósticos alternativos: patologías simuladoras
- 3 Nuevos conceptos para mejorar la precisión diagnóstica

## 1. APLICACIÓN ADECUADA: LÍMITE ENTRE DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN

Los criterios ASAS para la espondiloartritis axial (EspAax) se diseñaron en 2009 para servir como criterios de clasificación, incorporando la RM como nueva técnica para la definición de sacroilitis.

El concepto de clasificación se centra en grupos, no en individuos, su objetivo es crear un colectivo homogéneo de pacientes con fines de investigación y que puedan utilizarse para probar nuevas terapias o métodos diagnósticos. A pesar de ello, se ha comprobado que la mayoría de los reumatólogos participantes en el diseño de estos criterios estaban utilizándolos con fines diagnósticos en su entor-

no clínico (1). En un estudio realizado en una cohorte de EspA precoz (SPACE) se demostró que el 17,4% de los pacientes con criterios ASAS de clasificación no tenían un diagnóstico de EspAax (2). El proceso diagnóstico en la práctica clínica se centra en un paciente y se caracteriza por una combinación ponderada de todos los aspectos de la historia clínica, con los resultados positivos y negativos de las pruebas, la exclusión de otros posibles diagnósticos y el resultado final es siempre una probabilidad de que el paciente padezca la enfermedad. Este proceso es a menudo un proceso dinámico de manera que se reevalúa en función de la evolución de los síntomas, las pruebas o la respuesta al tratamiento durante el seguimiento (3).

Las imágenes de la RM, tanto de sacroilíacas como espinales, no pueden valorarse de forma aislada y deben interpretarse en el contexto clínico y de las pruebas de laboratorio: su sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de la EspAax varía dependiendo del nivel de sospecha, de la experiencia del médico que la solicite y la del radiólogo que la informe.

## 2. DIAGNÓSTICOS ALTERNATIVOS: PATOLOGÍAS SIMULADORAS

En un estudio multicéntrico realizado en nuestro país (4) se analizaron todas las solicitudes de estudios RM de sacroilíacas (RM-SI) efectuadas durante un año (N: 1283) y se comprobó que en el 35% de las pruebas realizadas no hubo alte-

“

**La correcta utilización de la RM en la EspA y el conocimiento de sus limitaciones son fundamentales de cara a evitar errores diagnósticos y tratamientos inadecuados”**



**De todas las RM de sacroilíacas solicitadas a nivel hospitalario, el 35% no tuvo alteraciones, el 29% hallazgos sugestivos de EspAax, el 20% cambios degenerativos y el 9,5% otros diagnósticos”**

raciones, el 29% tenían hallazgos sugestivos de EspAax, el 12% de artrosis de sacroilíacas, el 8% discopatía degenerativa L5-S1, el 6,4% EMO que no cumplía criterios ASAS y el 3,1 % otros diagnósticos: anomalías de transición lumbosacra, osteítis condensante del iliaco (OCI), tumores, fracturas, hiperostosis esquelética idiopática difusa (HEDI) o infección. Los pacientes que presentaron con mas frecuencia diagnósticos alternativos a la EspA fueron los de edad más avanzada y las mujeres, la sensibilidad y especificidad de la RM-SI para el diagnóstico de la EspAax mejoraba cuando la solicitud la realizaba un reumatólogo experimentado y cuando la lectura de la RM la realizaba un radiólogo experto en aparato locomotor.

Hay ciertas situaciones en las que la aplicación aislada de los criterios de imagen de sacroilítis por RM nos puede llevar a un error diagnóstico de EspAax y que además se pueden asociar a una presentación clínica similar.

Hay que tener en cuenta que el edema óseo (EMO) de la articulación sacroilíaca objetivado por RM tiene una sensibilidad y especificidad moderadas para el diagnóstico de EspA (50-95% / 47-90%) y varía según el contexto clínico en que se aplique. La definición de una RM positiva en EspAax se ha establecido solo en el rango de edad de 18 a 46 años, por lo que se debe tener cuidado en la extrapolación de estos criterios a personas fuera de este rango de edad debido a la falta de datos.

Dentro del diagnóstico diferencial se incluyen un número importante de patologías, pero las más relevantes son: la sobrecarga mecánica, la artrosis, las anomalías de transición o variantes anatómicas, el postparto, la OCI, la HEDI, las fracturas de estrés de la pelvis, la patología tumoral, la metabólica y la infecciosa.

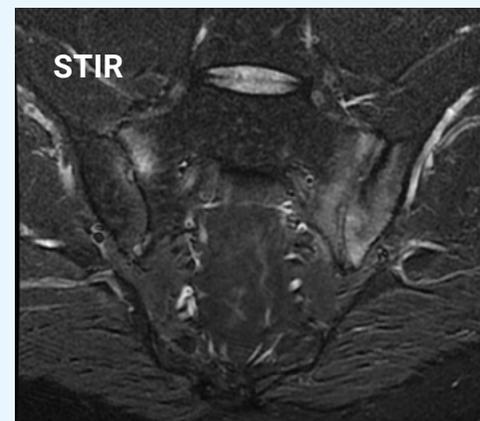
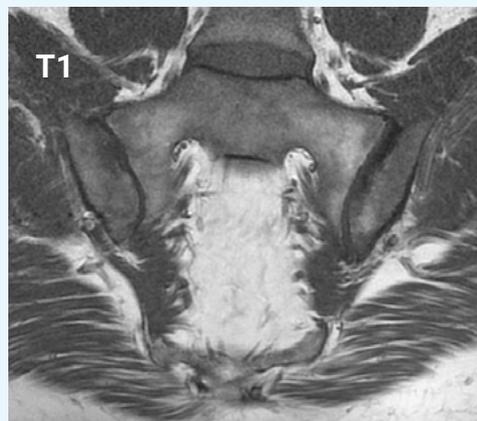
Existen numerosos trabajos que demuestran la presencia de EMO en la sacroilíacas con criterios ASAS de RM positiva en población sana asintomática, deportistas, trabajadores manuales o lumbalgia crónica inespecífica, con porcentajes de prevalencia variables según las series (entre 10 y 40%).

¿Cómo podemos diferenciar las lesiones de EMO asociadas a EspAax de las asociadas a otras patologías? Existen una serie de características muy sugestivas de sacroilítis-RM asociada a EspAax: 1- EMO extenso con afectación de múltiples cuadrantes de las sacroilíacas, 2- EMO profundo homogéneo ( $\geq 1$  cm desde la superficie articular) 3- EMO de alta intensidad. 4- Asociación de erosiones ( $\geq 3$ ) y/o metaplasia grasa extensa.

**Foto1. RM semicoronal de sacroilíacas (T1 y STIR)**

Sacroilítis gotosa bilateral (confirmado por punción biopsia)

Irregularidad y erosiones del hueso subcondral en ambas sacroilíacas más marcada en izquierda (T1). Esclerosis focal de articulación sacroilíaca izquierda en segmento anterosuperior. Importante EMO subcondral en sacroilíaca izquierda y en menor cuantía en sacroilíaca derecha (STIR)



Se ha demostrado que realizar estudios RM-SI en planos semiaxial y semicoronal en lugar de solo semicoronal reduce notablemente la frecuencia de falsos + de EMO registrada en personas sin EspAax en cerca del 50% de los casos, mejorando la especificidad de la prueba (5).

En los estudios realizados en mujeres se ha comprobado que la prevalencia de EMO en sacroilíacas llega al 60% en el posparto inmediato, reflejando el estrés biomecánico que se produce sobre esta articulación, pero desaparece en la mayoría de los casos a los 6 m del parto (6)

En la OCI la prevalencia de EMO en sacroilíacas es similar a la de las EspAax. Suele afectar a la zona subcondral del iliaco adyacente a la esclerosis y con frecuencia se asocia a edema en el lado sacro de la articulación, que puede ser de alta intensidad. ¿Cómo podemos diferenciar la afectación de sacroilíacas de la OCI de la producida en la EspAax? En la OCI prácticamente todas las lesiones de EMO se localizan en la cara anterior de las sacroilíacas mientras que en la EspAax existe un claro predominio en la parte media de la articulación,

además, las erosiones son infrecuentes en la OCI o son aisladas y de pequeño tamaño, al contrario de lo que ocurre en la EspAax. Es importante tener en cuenta otros aspectos relacionados con la clínica ya que en la OCI la lumbalgia inflamatoria, la presencia de HLAB27 + o la elevación de reactantes de fase aguda son menos frecuentes (7).

Aunque la neoformación ósea a nivel espinal o de SI puede ayudar a mejorar la especificidad diagnóstica en las EspAax, hay que recordar que esta puede ocurrir en otras patologías como la HEDI. En esta patología, al contrario de lo que se creía previamente, puede coexistir la presencia de EMO multifocal a nivel espinal y pueden cumplir en más de la mitad de los casos con la definición ASAS de RM espinal para EspAax. La formación de puentes óseos o la fusión de la articulación SI, especialmente en el 1/3 sup no es rara en la HEDI, por el contrario, las lesiones de EMO y las erosiones en las sacroilíacas son infrecuentes (8), la edad de comienzo, habitualmente más tardía y el predominio de dolor espinal mecánico podrían ayudarnos a orientar el diagnóstico.

El dolor de espalda en pacientes con EspAax puede estar producido no solo por la inflamación axial si no por otras causas frecuentemente asociadas como la espondiloartrosis. Los cambios degenerativos en los pacientes con EspAax se ha visto que pueden estar presentes en una proporción similar al de los pacientes con lumbalgia crónica sin EspA. Las lesiones inflamatorias asociadas a alteraciones degenerativas son especialmente frecuentes en pacientes con escoliosis, anomalías de transición lumbosacra o anomalías congénitas de sacroilíacas.

Las fracturas pélvicas por insuficiencia causan EMO en áreas próximas a las articulaciones sacroilíacas simulando el edema que se observa en una sacroilitis. Este tipo de fracturas son especialmente frecuentes en pacientes con antecedentes de radioterapia previa, en caso de duda la realización de una tomografía computarizada (TC) puede ayudar a identificar las líneas de fractura facilitando el diagnóstico.

La artritis séptica de sacroilíacas puede presentar alteraciones de imagen por RM similares a las de sacroilitis asociada a EspAax, aunque suele ser unilateral, puede presentar aumento de partes blandas y es importante tener en cuenta el contexto clínico, los datos de laboratorio y microbiológicos.

La artritis microcristalina representa otra patología inflamatoria menos frecuente pero que puede presentarse como una sacroilitis RM difícil de diferenciar de la EspAax. En la gota la afectación espinal es más frecuente de lo que previamente se creía siendo el segmento lumbar el más afectado y la articulación sacroilíaca en menor porcentaje, como factores predisponentes se han implicado la larga evolución de la enfermedad, la discoartrosis y el trasplante renal. En cuanto a los hallazgos de imagen encontraremos EMO, irregularidades y erosiones yuxta-articulares a nivel de las sacroilíacas, similares a los de la EspA (Figura -1). El TC de doble energía (TC dual) permite la detec-

ción de edema óseo, que hasta ahora se consideraba un dominio exclusivo de la RM y unas imágenes características en la detección de cristales de urato monosódico.

La patología oncológica también puede plantear dudas en el diagnóstico diferencial, la articulación sacroilíaca es la articulación que más frecuentemente se puede afectar por patología tumoral, definida como afectación ósea a ambos lados de la articulación con destrucción del cartílago. La enfermedad metastásica (especialmente el carcinoma de próstata), el tumor de células gigantes y el condrosarcoma son los tumores más frecuentes que afectan esta articulación. Los síndromes linfoproliferativos también pueden producir alteraciones de señal en los estudio RM con afectación ósea en diferentes localizaciones en la pelvis o a nivel espinal aunque la afectación suele ser más extensa y no limitada al área subcondral.

### **3-NUEVOS CONCEPTOS PARA MEJORAR LA PRECISIÓN DIAGNÓSTICA**

Como ya comentamos la definición ASAS de sacroilitis RM se desarrolló como criterios de clasificación con fines de investigación, pero la presencia de edema óseo en los estudio RM de SI se ha utilizado habitualmente en práctica clínica con fines diagnósticos lo que ha contribuido a sobrediagnosticar la enfermedad. Por este motivo el grupo ASAS ha propuesto recientemente nuevos límites en la definición de la RM para aumentar el valor predictivo positivo (VPP) del diagnóstico de EspAax (9). La lesión en articulación sacroilíaca debe estar claramente presente, en una localización anatómica típica y ser altamente sugestiva de EspA, si es pequeña y aislada debería ser interpretada con cautela y en caso de duda valorar la presencia de lesiones estructurales concomitantes.

Las lesiones inflamatorias se consideraron positivas cuando el EMO afecta la SI en  $\geq 4$  cuadrantes conjuntos o en la misma localización en  $\geq 3$  cortes con-

“  
**La patología degenerativa, las variantes anatómicas, el postparto, la OCI, la HEDI, las fracturas de estrés, la patología tumoral, metabólica e infecciosa son las más relevantes en el diagnóstico diferencial”**

secutivos. Las erosiones deben afectar  $\geq 3$  cuadrantes conjuntos y en las lesiones grasas en  $\geq 5$  cuadrantes, si la erosión es en la misma localización debe afectar  $\geq 2$  cortes consecutivos y las lesiones grasas  $\geq 3$  cortes consecutivos o ser  $> 1$  cm de profundidad. Con estas modificaciones se obtuvo un alto VPP tanto las lesiones activas como estructurales, pero el valor predictivo negativo fue bajo ( $< 50\%$ ), independientemente del tipo de lesión.

Los sistemas de cuantificación de inflamación ósea (canadiense (SPARCC), alemán (Berlin), español (SCAISS)...), todavía de escasa implantación en la práctica clínica habitual, podrían aportar información objetiva relevante para facilitar el diagnóstico.

Como conclusión podemos decir que la RM es una técnica básica en el diagnóstico de la EspA pero es fundamental conocer sus limitaciones: utilizarla como criterio diagnóstico y no de clasificación, conocer las características específicas de la imagen en otras patologías que pueden producir lesiones similares, teniendo en cuenta la importancia de su aplicación en un contexto clínico adecuado, centrado en cada paciente y tener presente que estos criterios continúan redefiniéndose con la intención de mejorar su aplicabilidad diagnóstica en la práctica clínica.

# Treat to target en el lupus

## ¿Estamos más cerca?



**Dra. Irene Altabás González**  
Servicio de Reumatología.  
Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

El manejo del lupus eritematoso sistémico (LES) supone un reto para los profesionales sanitarios por diversos motivos: la propia complejidad de la enfermedad, que cursa con periodos de actividad y brotes; por la heterogeneidad clínica, con formas muy diversas de presentación; las comorbilidades asociadas; la escasez de tratamientos disponibles y la dificultad del manejo de la enfermedad en situaciones especiales como el embarazo, entre otras.

En los últimos años, el reconocimiento y diagnóstico de la enfermedad de forma más precoz ha mejorado en todo el mundo, principalmente debido a la evolución y generación de nuevos criterios de clasificación [1] con sensibilidad y especificidad adecuadas, la mejor formación de los médicos y a la amplia disponibilidad de pruebas de laboratorio de apoyo.

Sin embargo, a pesar de todos estos avances, los estudios más recientes sobre mortalidad en LES indican que no ha habido una mejora en la supervivencia en las últimas dos décadas; que sigue siendo elevada y aparece de forma precoz al comparar con población general de su misma edad y sexo [2,3]. Por tanto, existe una necesidad insatisfecha en este campo y se necesitan nuevas estrategias de

manejo para mejorar estos resultados. Para ello, las principales guías de tratamiento establecen que los objetivos fundamentales de manejo del LES deben ir enfocados a conseguir una mayor supervivencia a largo plazo, prevención del daño orgánico y optimizar la calidad de vida de estos pacientes, mediante el control de la actividad de la enfermedad, minimizando las comorbilidades y la toxicidad de los tratamientos.

En el 2014, se publica por primera vez, la necesidad de una estrategia de tratamiento por objetivos o *treat to target* (T2T) en LES [4]. Este tipo de estrategia, ya se venía aplicando en otros campos de la medicina y de la reumatología aportando mejores resultados en comparación con el manejo convencional [5]. La estrategia T2T consiste en establecer un objetivo terapéutico, implementar medidas hasta alcanzarlo, monitorizar para ver si hemos alcanzado el objetivo, intentar mantener este objetivo en el tiempo e ir ajustando terapia si el objetivo no ha sido alcanzado, teniendo en cuenta siempre el riesgo-beneficio de los tratamientos. El objetivo ideal es la remisión de la enfermedad, pero si esta no fuera posible, se debe ir en busca de la mínima actividad posible. Así, distintos grupos internacionales han definido estos objetivos terapéuticos: remisión en lupus o, en inglés, *Definition Of Remisión In SLE* (DORIS) y el estado de baja actividad o *Lupus Low Disease Activity State* (LLDAS) (Tablas 1 y 2) [6,7]. La definición DORIS ha sido actualizada por última vez en el año 2021 (DORIS-21). Uno de los aspectos más criticados de la definición de LLDAS es la dosis de corticoide empleada (< 7.5mg/día), que para muchos se considera una dosis alta de mantenimiento. Algunos grupos de trabajo ya están proponiendo una

definición modificada de LLDAS con una dosis de prednisona (< 5mg/día) y probablemente sea la que se establezca definitivamente en un futuro cercano. Tal es así, que en el último congreso EULAR-2023 (Milán), se presentaron los primeros datos de las recomendaciones EULAR de manejo y tratamiento del lupus eritematoso sistémico 2023, donde se hace especial hincapié en las dosis de mantenimiento de corticoides, bajando el punto de corte con respecto a las anteriores, a < 5mg/día. Además, se recomienda el uso temprano de inmunosupresores y/o biológicos para tratar de conseguir objetivos terapéuticos de forma precoz.

Las definiciones de DORIS y LLDAS han sido aplicadas en múltiples cohortes con el fin de evaluar su impacto en diferentes aspectos de la enfermedad, demostrando su asociación con menor daño, menos brotes, mejores índices de calidad de vida, menores tasas de hospitalización y mejores desenlaces en el embarazo. Es por ello que se debería tratar de implementar en práctica clínica una estrategia por objetivos en el manejo del LES.

Las tasas de remisión y baja actividad en distintas cohortes internacionales, difieren considerablemente. Las tasas más bajas las encontramos en países americanos, donde la remisión se presenta en torno al 15-20% de los pacientes y la baja actividad en el 16-25% [8]. Por otro lado, las tasas más altas han sido descritas en cohortes europeas donde entre el 45-54% de los pacientes está en remisión y entre el 63-75% en baja actividad.

Estas diferencias tan marcadas podrían explicarse por las diferencias étnicas entre cohortes con formas más severas de

“  
**Los estudios más recientes sobre mortalidad en LES indican que no ha habido una mejora en la supervivencia en las últimas dos décadas”**

enfermedad y menor acceso a medicación en ciertos países.

En nuestro entorno, un estudio reciente, donde se han incluido 508 pacientes con LES de 7 centros de Reumatología españoles ha estimado que un 54,4% de los pacientes se encuentran en remisión DORIS-21 y un 63% en LLDAS, lo que indica cifras similares a las descritas en otras cohortes europeas [9,10]. Además, en este estudio, se pidió a los investigadores que clasificaran la actividad del paciente bajo su criterio subjetivo y, a continuación, se comparó con las definiciones originales de DORIS-21 y LLDAS. Se demostró así que existía un bajo acuerdo entre la definición de LLDAS y la clasificación subjetiva del médico de baja actividad; mientras que el acuerdo entre DORIS-21 y clasificación subjetiva del médico de remisión fue alto. Este estudio destaca que los objetivos de la estrategia por objetivos son alcanzables en práctica clínica en nuestro entorno. Además, los resultados refuerzan la importancia de aplicarlos en nuestra práctica diaria debido a la discordancia que existe con el juicio subjetivo del médico, lo que podría dar lugar a un manejo inadecuado o insuficiente de los pacientes con lupus.

Por otro lado, la cohorte del registro de pacientes con lupus eritematoso sistémico de la Sociedad Española de Reumatología (RELESSER) ha presentado recientemente los datos de remisión DORIS-21 y su comparación con la percepción del paciente en el congreso mundial de lupus en Seúl (mayo 2023). En la visita basal del estudio RELESSER-PROS, 527 pacientes (56%) se encontraban en un estado de remisión según DORIS-21 y 406 pacientes (43.5%) en remisión según la percepción del paciente, evaluada mediante la primera pregunta del cuestionario SLAQ (*Systemic Lupus Activity Questionnaire*): ¿ha tenido un brote en los últimos 3 meses? Los investigadores encontraron que el nivel de acuerdo entre DORIS-21 y percepción del paciente de remisión fue muy bajo. Entre los resultados más interesantes se objetivó que la remisión

medida por DORIS-21 presentaba mejores resultados en índices de calidad de vida que los de la remisión percibida por el paciente.

En la actualidad se está llevando a cabo un ensayo clínico llamado LUPUS-BEST para comparar la estrategia *treat to target* con el manejo convencional. Los pacientes son asignados aleatoriamente a 3 brazos de tratamiento: tratamiento y evaluación estándar; remisión y LLDAS. En los grupos de intervención (remisión y LLDAS), los pacientes que no están en los objetivos definidos pasan a una fase de control estricto semanal con ajustes de tratamiento hasta que se alcance el objetivo definido para ese grupo. Por otro lado, en el grupo de manejo estándar, los pacientes reciben sus controles habituales en consultas de 3 a 6 meses y los ajustes de tratamiento son a criterio del médico. El estudio tiene una duración de 120 semanas, y se evalúa como objetivos principales el cambio en el daño y calidad de vida relacionada con la salud. Los resultados están aún pendientes de publicación.

En resumen, las líneas actuales sobre el manejo del LES se están enfocando hacia un manejo por objetivos. Estos objetivos han sido definidos en los últimos años, y probablemente sufrirán pequeños ajustes en un futuro con el fin de adaptarse mejor al mundo real. Medir la actividad en lupus es importante, ya que nos permite tomar decisiones terapéuticas, de lo contrario, la evaluación subjetiva del médico podría llevar a un manejo inadecuado de estos pacientes. En distintos estudios observacionales se ha demostrado que alcanzar estos objetivos se asocia a mejores resultados en distintos aspectos como menores brotes, menor daño, y menos hospitalizaciones, entre otros. En nuestro medio, más de la mitad de los pacientes se encuentran en remisión y baja actividad de la enfermedad, lo cual está en consonancia con los datos de otros estudios europeos. Sin embargo, se precisan más estudios para conocer si estas cifras se mantienen a lo largo del tiempo.

“  
En distintos estudios observacionales se ha demostrado que alcanzar estos objetivos se asocia a mejores resultados en distintos aspectos como menores brotes, menor daño, y menos hospitalizaciones”

**Tabla 1. Definición de remisión DORIS-2021**

**SLEDAI clínico = 0**

Evaluación Global del Médico (PGA) <0.5 (0-3)

Independientemente de la actividad serológica

Permitido el uso de tratamiento con antimaláricos, dosis bajas de GC (prednisona o equivalente ≤5 mg/día) y/o dosis estables de inmunosupresores incluyendo biológicos.

SLEDAI: Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index; PGA: physician global assessment; GC: glucocorticoides.

**Tabla 2. Definición de baja actividad o Lupus Low Disease Activity State**

**Descriptor de actividad**

- SLEDAI ≤4 sin actividad en órgano mayor (renal, cardiopulmonar, sistema nervioso central, vasculitis o fiebre) y sin anemia hemolítica o actividad gastrointestinal.
- No nuevas manifestaciones clínicas en comparación con la visita anterior.
- PGA ≤1 (escala 0-3).

**Tratamientos**

- Dosis actual de prednisona (o equivalente) ≤ 7,5mg/día.
- Permitido el uso de terapia inmunosupresora o biológicos aprobados a dosis de mantenimiento y bien toleradas, excluyendo terapias en investigación.

SLEDAI: Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index, PGA: Physician Global Assessment.

# ¿Es posible el tratamiento dual con terapias dirigidas en la artritis reumatoide refractaria?



**Dra. Lourdes Mateo Soria**

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

## INTRODUCCIÓN

El avance terapéutico que han supuesto los fármacos biológicos y otras terapias dirigidas en las artropatías inflamatorias es incuestionable, pero también lo es el hecho de que en un número importante de pacientes no se alcanza el beneficio deseable. Sin entrar en consideraciones de debate referentes a los conceptos de artritis refractaria o artritis difícil de tratar, la realidad es que menos del 30% de los pacientes con artritis reumatoide (AR) alcanzan la remisión con fármacos inmunosupresores biológicos (FAMEb) o con pequeñas moléculas de terapia dirigida (FAMEtd) como los inhibidores JAK. Si nos centramos en los pacientes en los que el fallo es inequívocamente debido a la actividad inflamatoria de la enfermedad y no a otros factores, la estrategia terapéutica hasta el momento se ha basado en el cambio de un FAMEb/td a otro con igual (cycling) o diferente (switching) mecanismo de acción, en un modelo de ensayo-error escasamente dirigido por algunos biomarcadores o perfiles de pacientes. Pero alcanzado el punto, nada excepcional, de la multirefractariedad,

nos podemos plantear cuáles son las alternativas: ¿proseguir en el cambio de los fármacos actuales?, ¿esperar, con la ya conseguido, a la llegada de nuevos agentes? o ¿utilizar los que ya tenemos de diferente manera?.

El papel de la terapia biológica dual dirigida a diferentes vías inflamatorias se ha convertido en un área de gran interés en el campo de las enfermedades inmunomediadas (EIM). Con cualquiera de los agentes biológicos actuales tenemos un "techo terapéutico", pero además sabemos que cuando se bloquea una vía inflamatoria mediada por un mecanismo concreto, surgen mecanismos de escape que perpetúan el proceso inflamatorio, como se ha apreciado con la inhibición del TNF $\alpha$  y un posterior incremento de los niveles de IL17. Todos estos aspectos hacen, al menos hipotéticamente, atractiva la opción del bloqueo simultáneo o coordinado de diferentes mecanismos de acción.

Los primeros ensayos que plantearon la combinación de agentes biológicos en

“  
El papel de la  
terapia biológica  
dual dirigida a  
diferentes vías  
inflamatorias se  
ha convertido  
en un área de  
gran interés en  
el campo de las  
enfermedades  
inmunomediadas”

pacientes con AR, dirigidos a distintos mediadores de la inflamación, tuvieron resultados poco alentadores, pero en los últimos años, la práctica clínica ha vuelto a poner en la palestra la posibilidad de combinar diferentes terapias dirigidas, en pacientes seleccionados. Hace casi 20 años se realizó el primer ensayo controlado aleatorizado (ECA) en el que se comparaban la eficacia y seguridad del tratamiento con etanercept en combinación con anakinra frente al tratamiento con el anti-TNF en pacientes con AR activa. Desde entonces se han publicado otros cinco ECA, algunos de ellos fase II, además de diversos estudios observacionales retrospectivos. La implantación de los inhibidores JAK ha propiciado también el ensayo de nuevas combinaciones de terapia dual. A continuación se expone cuál es la evidencia derivada de estos estudios en pacientes con AR, sin contemplar el uso coincidente con otros grupos de terapias dirigidas por la coexistencia de otra EIM o de algunas comorbilidades.

## ANTI-TNF COMBINADO CON ANTI-IL1

Aunque algunos modelos animales de artritis sugirieron que el bloqueo concomitante de IL1 y TNF podía tener un efecto sinérgico superior al obtenido con cada uno de los fármacos por separado, el ensayo clínico publicado por Genovese et al (1) mostró que la combinación de etanercept y anakinra no mejoraba la respuesta conseguida con el anti-TNF por sí solo, pero en cambio producía una mayor tasa de eventos adversos. En este ensayo controlado aleatorizado en 244 pa-

cientes con AR con respuesta inadecuada al metotrexato, se comparó un grupo tratado con etanercept y otros dos en los que se combinaba anakinra con etanercept 25 mg/sem o con 50 mg/sem. Las respuestas ACR20, ACR50 y ACR70, no fueron significativamente diferentes entre la inhibición combinada de TNF- $\alpha$ /IL-1 y la inhibición de TNF- $\alpha$ . En cuanto a la seguridad, todas las infecciones graves de este estudio se observaron entre los 182 pacientes asignados a la inhibición combinada de TNF- $\alpha$ /IL-1.

#### ANTI-TNF COMBINADO CON ABATACEPT

La combinación etanercept y abatacept ev (2 mg/Kg) se ensayó en 121 pacientes con AR activa por respuesta insuficiente a etanercept (2). Las tasas de respuestas ACR50 mejoraron discretamente con la adición de abatacept en comparación con la adición de placebo (26% vs 19%), sin diferencias estadísticamente significativas. El incremento en la dosis de abatacept (10 mg/kg) en el estudio de extensión, tampoco produjo ninguna mejora adicional en la actividad de la enfermedad. También en esta combinación, los eventos adversos graves aumentaron sustancialmente en el grupo de abatacept/etanercept (16,5%) en comparación con el grupo de placebo/etanercept (2,8%), particularmente a expensas de infecciones respiratorias, si bien ninguna requirió hospitalización.

#### ANTI-TNF COMBINADO CON RITUXIMAB

A pesar de esos resultados iniciales desalentadores, otros autores comunicaron datos positivos en la combinación de rituximab con un fármaco anti-TNF, tanto en respuesta como en seguridad. En 2009, se publicaron dos series de casos con resultados esperanzadores sobre la combinación de etanercept con rituximab en pacientes con AR, que no habían respondido a ninguno de estos agentes por separado. El primero incluyó a 18 pacientes con AR refractaria a múltiples FAMEs e inhibidores del TNF $\alpha$  que habían cambiado a rituximab (3). Entre ellos, 6 pacientes que no respondieron al ciclo inicial de tratamiento con rituximab, alcanzaron

una moderada actividad de la enfermedad tras la adición de etanercept. Otros dos pacientes con AR que habían sido refractarios tanto a los inhibidores del TNF $\alpha$  como al rituximab pudieron lograr la remisión DAS-28 con la combinación de rituximab/etanercept (4).

Posteriormente, se investigó la terapia combinada de inhibidores del TNF $\alpha$  con rituximab en un ensayo de seguridad controlado y aleatorizado, cuyo criterio principal de valoración fue la infección grave (5). Cincuenta y un pacientes con AR con alta actividad de la enfermedad a pesar del tratamiento con MTX y un anti-TNF (etanercept o adalimumab) fueron aleatorizados a recibir adicionalmente placebo o rituximab (500 mg, días 1 y 15). En la semana 24, se logró una respuesta ACR50 en el 12% de los pacientes del grupo combinado de rituximab/anti-TNF en comparación con el 6% de los pacientes del grupo del anti-TNF. La combinación resultó segura en la mayoría de pacientes y únicamente se registró una infección grave.

En otro estudio abierto (6), se administró rituximab de forma concomitante con diferentes combinaciones de fármacos biológicos/FAMEs a 176 pacientes con AR. Se trataba de pacientes con alta actividad de la enfermedad (DAS-28 medio de 6,2) a pesar del tratamiento que recibían (adalimumab 67 pacientes, etanercept 65 pacientes, abatacept 26 pacientes e infliximab 18 pacientes). Después de un ciclo único de rituximab adicional, el 31% alcanzó una respuesta ACR20 a las 24 semanas y el 62% de los pacientes logró una respuesta EULAR moderada-buena a las 48 semanas. Las tasas generales de eventos adversos con rituximab combinado con otros FAMEs fueron similares a las observadas en los estudios conocidos de seguridad de rituximab. Estos hallazgos son interesantes y sugieren que la depleción de las células B con rituximab podría mejorar la respuesta en la AR con respuesta insuficiente a otros FAMEs, con un balance más favorable en eficacia/seguridad y un efecto aditivo mayor que el de las combinaciones anteriormente ensayadas.

#### ANTI-TNF COMBINADO CON INHIBIDORES DE LA IL17

Durante la última década, se ha demostrado que el eje IL-17 desempeña un papel fundamental en la psoriasis, la artritis psoriásica y la espondiloartritis axial; sin embargo, en la AR, la inhibición de la IL-17 per se no ha mostrado efectiva. Más recientemente se ha ensayado el empleo combinado de fármacos anti-TNF con inhibidores de la IL17, bien con la combinación de dos anticuerpos monoclonales o con la introducción de una inmunoglobulina de doble dominio variable, dirigida al TNF humano y a la IL17A, el rentolumab (ABT-122). Con este nuevo monoclonal, se llevó a cabo un ensayo clínico aleatorizado de fase II en 222 pacientes con AR que estaban activos bajo terapia con MTX (7). Los pacientes fueron asignados al azar para recibir inhibición dual de IL-17A/TNF con remtolumab en tres dosis diferentes o para inhibición única de TNF $\alpha$  con 40 mg de adalimumab cada dos semanas. El criterio de valoración principal fue la respuesta ACR20 en la semana 12, que se logró en el 80% de



los pacientes del grupo de 120 mg/w de remtolumab, en comparación con el 68 % de los pacientes con adalimumab. Los perfiles de seguridad de remtolumab y adalimumab no fueron sustancialmente diferentes, pero se consideró que el beneficio de la asociación era poco significativo y no se prosiguió con el desarrollo de remtolumab para su uso en la AR.

En otro ECA fase IIa (8) se ensayó la asociación de bimekizumab, inhibidor dual de IL-17A e IL-17F, con certolizumab pegol, en 79 pacientes con AR activa con respuesta inadecuada a certolizumab, 52 de los cuales fueron aleatorizados para recibir bimekizumab adicional (dosis de carga de 240 mg, seguido de 120 mg/2 semanas) y 27 pacientes recibieron placebo adicional durante tres meses. En la semana 20 hubo una mayor reducción del DAS28-PCR (objetivo primario), y mejor respuesta ACR50 y ACR70 (objetivos secundarios) en el grupo de tratamiento biológico dual en comparación con el grupo de certolizumab. El 46% de los pacientes asignados al tratamiento combinado alcanzaron la baja actividad o remisión por DAS28-PCR frente al 29% del grupo tratado con certolizumab. En cuanto a la seguridad, hubo una tasa más alta de efectos adversos en el grupo de biológico dual en comparación con el grupo de certolizumab (78,8% vs 59,3%). Aunque estos resultados son alentadores, se necesitarían más estudios para respaldar la inhibición combinada de TNF $\alpha$  /IL-17 en la AR.

#### **INHIBIDORES JAK EN COMBINACIÓN CON FÁRMACOS MONOCLONALES**

Son muy escasas las referencias por el momento con las combinaciones que incorporan los inhibidores JAK, pero está en curso el primer ECA en el que se estudia la combinación de baricitinib con adalimumab (NCT04870203) (9). Se han comunicado casos aislados de buena respuesta clínica en pacientes con AR difícil de tratar, con combinación de baricitinib en un paciente con respuesta insuficiente a abatacept (10) y de tofacitinib junto a adalimumab en otro paciente (11), en ambos casos sin eventos adversos destacables.

Aunque a priori puedan surgir reticencias respecto a la combinación con inhibido-

res JAK por temor al incremento en el riesgo de infecciones graves, la vida media corta de estos agentes en caso de un evento adverso, es favorable en este sentido.

#### **OTROS ESTUDIOS**

Un metanálisis reciente (12) que incluyó los estudios antes mencionados demostró que el uso concomitante de más de un producto biológico se asoció con un mayor riesgo de eventos adversos totales, eventos graves e infecciones. La proporción general de eventos graves fue del 15% con la combinación biológica en comparación con el 6% con el fármaco biológico único, con un OR de 2,51. El riesgo relativo de infección grave (OR 3,46) era particularmente elevado cuando el análisis se restringía a los estudios en los que los biológicos combinados se administraron en dosis completa (OR 5,58), lo que sugiere que dosis más bajas de FAMEb para el tratamiento combinado pueden ayudar a reducir el riesgo excesivo de infecciones graves.

No hay datos respecto a combinación de los inhibidores de IL-6 con otros FAMEb.

#### **OTROS MECANISMOS DUALES EN MODELOS EXPERIMENTALES**

Otras posibles intervenciones terapéuticas basadas en las alteraciones metabólicas de los fibroblastos contemplan la inhibición dual de la glucólisis y la glutaminólisis como terapia sinérgica en la AR. Los estudios en modelos animales sugieren que apuntar a más de una vía metabólica puede ser un enfoque de tratamiento novedoso en enfermedades no cancerosas (13).

Otra línea experimental apunta a la posibilidad de la inhibición simultánea de las quinasas JAK y SYK, pues ambas quinasas median vías complementarias y no redundantes en la AR. En modelos murinos, la inhibición simultánea de JAK + SYK evitó por completo que los ratones desarrollaran artritis (14). Esta estrategia terapéutica también fue muy eficaz para mejorar la artritis ya establecida. La inhibición dual de las quinasas condujo rápidamente a una reducción de los parámetros clínicos e histopatológicos y a la remisión de la enfermedad en más

del 70% de los animales. Por el contrario, la inhibición única de JAK y la terapia anti-TNF (etanercept) pudieron detener la progresión de la enfermedad pero no revertirla. Por tanto, el bloqueo de múltiples señales inmunes con inhibición dual de JAK + SYK representa una estrategia terapéutica razonable a estudiar, en particular en pacientes con respuestas inadecuadas a los tratamientos actuales.

#### **CUESTIONES PENDIENTES**

Es evidente que las incertidumbres y las lagunas son aún numerosas y se requiere de más investigación en este prometedor campo, para definir el papel de la terapia dual. Entre otras cuestiones, cabrá definir el perfil de paciente que podría ser candidato (AR difícil de tratar de <65 años, baja o nula comorbilidad, sin eventos adversos graves previos, dosis bajas de glucocorticoides), las pautas de las combinaciones (continuas, intermitentes, puntuales), las dosis (reducidas o dosis completas), aspectos normativos y de implicación del paciente (información, acuerdo/consentimiento, paciente experto en la gestión del riesgo, participación en la toma de decisiones). Quedan por definir las combinaciones potencialmente más interesantes, pero en base a lo expuesto y hasta el momento, surgen algunas posibilidades: abatacept + inhibidores JAK (perfil de seguridad de abatacept y vida media corta de los inhibidores JAK), anti-TNF+ inhibidores de IL17 (buenos resultados y seguridad en espondiloartritis), rituximab + etanercept (dosis reducidas de rituximab, pautas intermitentes, aceptable perfil de seguridad), abatacept + etanercept (aceptable perfil de seguridad), inhibidores JAK+ anti-TNF (ECA en curso, vida media corta de uno de los fármacos a combinar).

Estas y otras cuestiones deben analizarse con rigor antes de considerar el papel de las terapias duales, pero la realidad de las necesidades no cubiertas en la práctica clínica, nos empuja a no rechazar esta opción.

“  
Se ha ensayado  
el empleo  
combinado  
de fármacos  
anti-TNF con  
inhibidores de la  
IL17, bien con la  
combinación de  
dos anticuerpos  
monoclonales  
o con la  
introducción  
de una  
inmunoglobulina  
de doble dominio  
variable, con  
resultados  
alentadores”

# Incorporando la perspectiva del paciente en investigación

Las medidas de resultado reportadas por el paciente (*Patient-Reported Outcome Measures*, PROMs) son un conjunto de cuestionarios, escalas o índices estandarizados y validados que recogen una evaluación de síntomas o aspectos directamente reportados por el paciente. Esta información puede facilitar la comunicación médico-paciente y la toma de decisiones clínicas más informadas, así como ayudar a mejorar la atención médica y la prestación de servicios sanitarios, al considerar las perspectivas y necesidades de los pacientes.

Los PROMs son herramientas útiles para optimizar el manejo de las enfermedades crónicas, y además permiten evaluar el impacto de una enfermedad y/o tratamiento en la calidad de vida relacionada con la salud del paciente. Por ello, son de gran relevancia para estudiar la salud a nivel poblacional, así como en la investigación de intervenciones sanitarias [7-9].

En los últimos años se ha incrementado su uso en Reumatología, tanto en práctica clínica habitual como en registros de pacientes (estudios observacionales prospectivos). De hecho, existe una iniciativa promovida por el consorcio internacional para las medidas de resultado en salud (International Consortium for Health Outcomes Measurement, ICHOM: <https://www.ichom.org/>), que ha consensuado y desarrollado un conjunto mínimo de PROMs para pacientes con artritis inflamatorias, incluyendo:

- Síntomas (dolor y fatiga)
- Funcionamiento (limitación funcional, impacto en la salud, y productividad en el trabajo y la escuela)
- Carga de la enfermedad (acontecimientos adversos)
- Control de la enfermedad (respuesta al tratamiento y actividad de la enfermedad)

Actualmente, los PROMs ya se recogen en registros de otros países europeos como BSRBR-RA en Reino Unido, RABBIT en Alemania, DANBIO en Dinamarca, NOR-DMARD en Noruega y ROB-FIN en Finlandia. En estos registros, estos cuestionarios pueden aportar información valiosa sobre:

- La efectividad del tratamiento: reducción del dolor, fatiga u otros síntomas, mejoría de la capacidad funcional, mejoría de la calidad de vida, etc.
- La seguridad del tratamiento: comorbilidad o complicaciones del tratamiento.

Desde la Fundación Española de Reumatología también queremos apostar por la Medicina y la investigación centrada en el paciente, por ello estamos actualmente trabajando en incorporar los PROMs en BIOBADASER ([biobadaser.ser.es](http://biobadaser.ser.es)), uno de los registros más longevos de la Fundación, reconocido internacionalmente.

## REFERENCIAS

1. Kingsley, C., & Patel, S. (2017). Patient-reported outcome measures and patient-reported experience measures. *Bja Education*, 17(4), 137-144.
2. Williams, K., Sansoni, J., Morris, D., Grootemaat, P., Thompson, C. (2016). Patient-reported outcome measures: literature review. Sydney, Australia: Australian Commission on Safety and Quality in Health Care.
3. Santana, M. J., & Feeny, D. (2014). Framework to assess the effects of using patient-reported outcome measures in chronic care management. *Quality of Life Research*, 23, 1505-1513.
4. Castrejón, I., João, M. Rodríguez-Blázquez, C., Ruiz, M. (2021). Resultados percibidos por los pacientes en Estudios de la Fundación, Evaluación de resultados en salud: valor y sostenibilidad para el sistema nacional de salud (1ª ed., Vol. 96, pp. 55-86). Funcas. Disponible en: <https://www.funcas.es/articulos/resultados-percibidos-por-los-pacientes/>
5. Barber, C. E., Zell, J., Yazdany, J., Davis, A. M., Cappelli, L., Ehrlich-Jones, L., ... & Michaud, K. (2019). 2019 American College of Rheumatology recommended patient-reported functional status assessment measures in rheumatoid arthritis. *Arthritis care & research*, 71(12), 1531-1539.

# Por una derivación eficiente de pacientes con AR y EPID



La investigadora principal del proyecto VAR-EPIDSER, la Dra. Natalia Mena, nos da detalles de este estudio que espera ofrecer una valiosa información en beneficio de los pacientes.



## ¿EN QUÉ FASE SE ENCUENTRA ACTUALMENTE EL PROYECTO VAR-EPIDSER?

El proyecto VAR-EPIDSER es un proyecto de la Sociedad Española de Reumatología que se encuentra actualmente en progreso y que, de manera coordinada con el comité científico, ya se ha realizado una exhaustiva revisión de su metodología. Los centros participantes han sido elegidos tras una convocatoria pública. Para los próximos meses, están programadas reuniones del comité científico y con los centros participantes para dar inicio al proyecto.

## ¿QUÉ OBJETIVOS SE HAN PLANTEADO PARA DICHA INVESTIGACIÓN?

El objetivo principal de este proyecto es evaluar la validez de los criterios de cribado de enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) en pacientes diagnosticados con artritis reumatoide (AR) definidos en el proyecto AR-EPIDSER. Estos crite-

rios se desarrollaron debido a la carencia de pautas uniformes adaptadas al contexto de la atención médica en España. Por ello, el propósito es establecer estándares que faciliten el diagnóstico y la derivación apropiada de estos pacientes entre los Servicios de Neumología y Reumatología.

En este contexto, se busca evaluar la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo de estos criterios de detección en pacientes con AR, a fin de garantizar una detección temprana y una derivación eficiente entre especialidades médicas. Además del objetivo principal, el proyecto también busca determinar la prevalencia de EPID no diagnosticada y EPID en estado subclínico en pacientes con AR en España. Este estudio transversal, que abarcará múltiples centros de investigación, tiene como fin proporcionar una comprensión más profunda de la situación de la enfermedad en la población con artritis reumatoide en el país.

“  
**Este estudio transversal tiene como fin proporcionar una comprensión más profunda de la situación de la EPID en la población con artritis reumatoide en el país”**

## ¿QUÉ PASOS VA A SEGUIR ESTE ESTUDIO?

Los pasos por seguir implicarán en primer lugar contactar con los investigadores antes de comenzar el reclutamiento de los centros participantes. Se les proporcionará la información necesaria y se resolverán las dudas que surjan. Además, se requerirá la colaboración de los Servicios de Radiología y Neumología para llevar a cabo pruebas complementarias en los participantes.

Durante el estudio, se recopilarán diversas características clínicas, pruebas de imagen y pruebas de función respiratoria de los pacientes incluidos. Estos datos se integrarán en una plataforma específica habilitada para este propósito. Se llevarán a cabo reuniones periódicas para mantener actualizado el progreso del proyecto y resolver cualquier duda o problema que pueda surgir en el proceso.

**¿QUÉ RESULTADOS SE ESPERAN?**

Se espera que los resultados de este estudio ofrezcan una valiosa comprensión para mejorar la identificación temprana, el tratamiento y la gestión de la EPID en pacientes con AR, así como para fomentar una colaboración más efectiva entre distintas áreas médicas en beneficio de los pacientes.

Se analizará la eficacia de los criterios de detección para EPID en pacientes AR, evaluando su fiabilidad en la detección temprana y derivación médica. Se determinará la cantidad de pacientes con AR que podrían tener EPID sin diagnóstico y cuántos presentan EPID en una fase inicial sin síntomas evidentes, proporcionando información crucial para estrategias de detección temprana. Por tanto, estos resultados podrían afectar a la práctica clínica al influir en las pautas de detección temprana, la derivación entre especialidades y el tratamiento oportuno de la EPID en pacientes con AR.



**Los resultados podrían afectar a la práctica clínica al influir en las pautas de detección temprana, la derivación entre especialidades y el tratamiento oportuno de la EPID en pacientes con AR”**

**¿POR QUÉ ES IMPORTANTE Y QUÉ APORTA DICHA INVESTIGACIÓN AL ÁMBITO DE LA REUMATOLOGÍA?**

Este proyecto de investigación de ámbito nacional tiene el potencial de describir la situación actual de los pacientes con AR y EPID, así como potenciar la atención médica para pacientes con AR al mejorar la detección temprana de EPID. También, facilita una colaboración más estrecha entre diferentes especialidades médicas que atienden a este grupo de pacientes, e influye en las directrices clínicas para un tratamiento más seguro y efectivo.

**¿QUÉ PAPEL JUEGAN LOS NEUMÓLOGOS Y EL ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR EN ESTE ÁMBITO?**

Los neumólogos desempeñan un papel crucial en la identificación temprana y precisa de la EPID en pacientes con AR. Dada su experiencia en enfermedades pulmonares, pueden detectar signos y síntomas de EPID incluso en etapas iniciales, permitiendo un diagnóstico precoz. Además, llevan a cabo pruebas de función pulmonar, pruebas de imagen y evaluaciones continuas para monitorear la progresión de la EPID en pacientes con AR. Al ser especialistas en enfermedades pulmonares, los neumólogos pueden proporcionar asesoramiento experto y opciones de tratamiento específicas para la EPID.

Las Unidades multidisciplinares que combinan la experiencia de reumatólogos, neumólogos, radiólogos y otros profesionales de la salud permiten un enfoque integral para el cuidado de los pacientes con AR y EPID. Al trabajar en conjunto, estos equipos multidisciplinares logran mejores resultados clínicos para los pacientes.

# Un profundo aprendizaje

**Elena Oliver García**

R3 del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.  
Rotación en la Unidad de Investigación: septiembre y octubre de 2023.



Mi estancia en la Unidad de Investigación de la SER ha supuesto un profundo aprendizaje en esta área y, sobre todo, ha logrado estimular aún más mis inquietudes en este ámbito. A las puertas de finalizar esta rotación me siento excelentemente formada, habiendo además tenido la oportunidad de participar en reuniones científicas que me han aportado también un elevado valor docente a nivel clínico.

Me ha resultado especialmente útil el hecho de que los integrantes de la Unidad tengan en cuenta nuestros intereses científicos para personalizar la formación en función de los mismos. Todos ellos se han mostrado disponibles para resolver mis dudas y prestarme ayuda en todo momento que he necesitado, lo cual ha favorecido mi eficiencia y agilidad a la hora de elaborar proyectos de investigación durante mi rotación. Sin duda, siento una gran lástima de finalizar mi estancia aquí, aunque, por otro lado, no puedo evitar desear volver a mi centro de trabajo para llevar a la práctica todo lo que aquí me han enseñado”.

# El Máster SER en EAS sigue su curso

**E**n el mes de octubre tuvo lugar una de las sesiones presenciales del Máster SER de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas (EAS), una iniciativa estratégica de la Sociedad Española de Reumatología, que cuenta con la colaboración de la Universidad Rey Juan Carlos y con el patrocinio de AstraZeneca. El objetivo principal de esta actividad es promover la adquisición de conocimiento experto mediante una metodología dinámica con la cual el alumnado participa de forma activa en el proceso de enseñanza- aprendizaje.

A pesar de tener un carácter híbrido, esencialmente se está desarrollando de forma on-line, si bien, también se incluyen dos sesiones presenciales. Una de

ellas se desarrolló el 27 y 28 de octubre en la que el Dr. Marcos López, del Servicio de Inmunología del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, impartió una clase magistral; y hubo otra de la mano del Dr. Enrique Morales, del Servicio de Nefrología del Hospital Universitario 12 de Octubre. También se presentaron varios casos y se resolvieron muchas dudas sobre el TFM, entre otras cuestiones.

La dirección académica está a cargo del Dr. Carlos Goicoechea García, del Departamento de Ciencias Básicas de la Salud y catedrático de la Universidad Rey Juan Carlos y del Dr. Joan Miquel Nolla Solé, del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario de Bellvitge y catedrático de la Universidad de Barcelona.



De izda. a dcha., Dr. Joan Miquel Nolla, Dra. Sagrario Bustabad, Dr. Carlos Goicoechea, Dra. María Galindo y Dr. Víctor Martínez.



Foto de grupo de los asistentes a la jornada presencial del Máster SER en EAS.

# Residentes de tercer y cuarto año realizan la prueba ECOE en Reumatología

**E**l pasado mes de noviembre tuvo lugar la prueba ECOE en Reumatología, en modalidad online con supervisión por tutor, en la que se matricularon 74 residentes de tercer y cuarto año. La prueba está formada por 10 estaciones constituidas por casos clínicos recogidos de la práctica de nuestra especialidad. "Cada caso se inicia con un motivo de consulta y de forma secuencial se hacen preguntas para tomar decisiones y se va facilitando información adicional como resultados de exploraciones o pruebas complementarias para facilitarlas". Consiste en reflejar la práctica clínica como si se tratase de varias consultas para resolver los problemas del paciente, con decisión de solicitud de pruebas, circunstancias clínicas que afectan a la medicación, evolución del caso o decidir un plan terapéutico", explica el Dr. Antonio Naranjo, del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín y coordinador del ECOE junto al Dr. Javier De Toro, del Servicio de Reumatología del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.



# ACR: un punto de encuentro de la Reumatología española

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

Los asistentes pudieron compartir experiencias, ideas, proyectos futuros y mucho más. Además, hubo un acto de reconocimiento para todos los que han contribuido un año más en el Programa SER de apoyo a la investigación en ACR 2023, con el objetivo de poder convertir a nuestra sociedad científica en un referente en formación e investigación. Unas ayudas, que este año han podido disfrutar casi **50 galardonados**, que han aportado un gran valor en la mejora de la visibilidad y el avance de la Reumatología española.



# Éxito del **ACR**review 23

#ACR23

**E**n este marco, se volvieron a grabar las novedades presentadas en los distintos campos a través de ACR Review 23, una iniciativa que este año ha contado con la colaboración de AstraZeneca, y ha sido coordinada por el Dr. José María Pego Reigosa, del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

Se pueden visualizar los vídeos a través de este enlace:

## Los revisores de este año han sido:



### Artritis reumatoide clínica y básica

**Dra. Ana Ortiz García**

Hospital Universitario de La Princesa, Madrid



### Artritis reumatoide tratamiento

**Dr. José Francisco García Llorente**

Hospital de Galdakao, Vizcaya



### Espondiloartritis clínica y básica

**Dra. Clementina López Medina**

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba



### Espondiloartritis tratamiento

**Dr. Javier Rueda Gotor**

Hospital Sierrallana, Cantabria



### Enfermedades Autoinmunes Sistémicas: LES, Sjögren y esclerosis sistémica

**Dra. Irene Altabás González**

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo



### Enfermedades Autoinmunes Sistémicas: vasculitis, miopatías y otras conectivopatías

**Dra. Elisa Fernández Fernández**

Hospital Universitario La Paz, Madrid



### Miscelánea

**Dr. Vicenç Torrente Segarra**

Hospital Comarcal de Vilafranca del Penedés, Barcelona

# Orgullosos de nuestra formación continuada

**Finalizamos el año tras haber contribuido a mejorar el conocimiento de nuestros socios gracias a cursos en ámbitos tan diversos como enfermedad pulmonar intersticial difusa, en la práctica privada o en metodologías docentes, entre otros aspectos.**

Una de las iniciativas formativas que tiene una gran acogida es el VII Curso SER de Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa (EPID) en enfermedades reumáticas, que este año ha cumplido su séptima edición y que se ha llevado a con la colaboración de Boehringer Ingelheim y Bristol Myers Squibb (BMS). En este encuentro se abordaron algunas situaciones especiales de pacientes con EPID como mujeres embarazadas o ancianos. Además, se expusieron las novedades terapéuticas en este ámbito, se habló sobre el protocolo de trasplante o el manejo de complicaciones asociadas a la EPID. Además, se impartieron talleres sobre radiografía simple y otras técnicas, TACAR o EPID grave con afectación de difusión y ple-tismografía, entre otras cuestiones.

De este curso, en general, "cabría destacar el carácter multidisciplinar del mismo con ponentes de cinco especialidades diferentes, así como el carácter participativo que ha tenido con los talleres y casos clínicos. Además, se han podido incorporar temas novedosos como el manejo de estos pacientes en UCI", ha destacado el Dr. Calvo, que ha compartido coordinación del curso, junto con las Dras. Paloma García-De la Peña, también de la SER; y la Dra. Raquel Pérez, por parte de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR).

Por otra parte, durante el segundo curso de la 'Escuela de Anatomía de la SER' con la colaboración de Nordic Pharma, se puso de manifiesto que "la mayoría de las enfermedades musculoesqueléticas de alta prevalencia se pueden diagnosticar con una adecuada anamnesis y exploración, junto con las herramientas adecuadas de imagen, entre las que se han producido grandes avances tecnológicos en los últimos años. No obstante, "muchas de estas técnicas son costosas y no en todos los centros se tiene acceso a ellas. De ahí la importancia de este tipo de actividades formativas que ponen en valor las habilidades médicas que los médicos deben tener al margen de las herramientas tecnológicas", han destacado el Dr. Jesús Sanz, uno de los coordinadores de esta iniciativa.

En la V Jornada SER de Reumatología Privada, que ha contado con la colaboración de Pfizer, se hizo un abordaje 360°, de la gran problemática en torno al uso de biológicos en Medicina privada. Se habló de la necesidad de dignificar la práctica de la Medicina y se expusieron con detalle los distintos marcos laborales que rigen en la actualidad la Reumatología privada. En concreto, se hizo un minucioso análisis de las ventajas y los inconvenientes de cada uno de los modelos y se repasaron las diferentes estrategias a emplear en caso de litigio". Este año, por primera vez, se abrió un espacio para el



Dras. Paloma García de la Peña y Raquel Pérez, dos de las coordinadoras del VII Curso SER de EPID.



Dres. José J. Pérez, Javier de Toro y Jesús Sanz, coordinadores de I Escuela de Anatomía de la SER.



Dres. Miguel Ángel Caracuel, Marcos Paulino, Noemí Garrido Puñal y José de la Mata, durante la inauguración de la V Jornada SER de Reumatología Privada.

emprendimiento o “Do it yourself” que está surgiendo con fuerza entre los profesionales de la práctica privada como alternativa al despotismo de las aseguradoras y de los grandes grupos hospitalarios” según el Dr. José De la Mata.

Esta iniciativa supuso una oportunidad para aumentar la formación transversal que impregna el día a día asistencial en el sector privado.

Por último, se desarrolló la V edición de la Escuela de Profesorado de la SER, con la colaboración de Pfizer, donde se trataron temas de gran interés como la inteligencia artificial en el ámbito edu-

cativo, la docencia con perspectiva de género, cómo mejorar la carrera docente en la universidad o experiencias de innovación docente, entre otras cuestiones. Además, se impartió un taller sobre la gestión del tiempo y la organización del aula.

El “broche de oro” de este año lo ha puesto el III Curso SER de Artrosis, con la colaboración de Grünenthal, donde se abordaron las dianas terapéuticas emergentes, éxitos y fracasos en ensayos clínicos, microbiota y deporte en artrosis, obesidad articular como factor patogénico en la artrosis y medidas de daño estructural, entre otras cuestiones.

# La revista Reumatología Clínica sigue avanzando, con el apoyo de GSK

Uno de los hitos más importantes para nuestra especialidad ha sido la consecución del Factor de Impacto (FI) para nuestra revista ‘Reumatología Clínica’ logrando, tras muchos años de esfuerzo, un mayor reconocimiento de la importancia de esta publicación, órgano de expresión científica de la Sociedad Española de Reumatología y el Colegio Mexicano de Reumatología desde mayo de 2005.

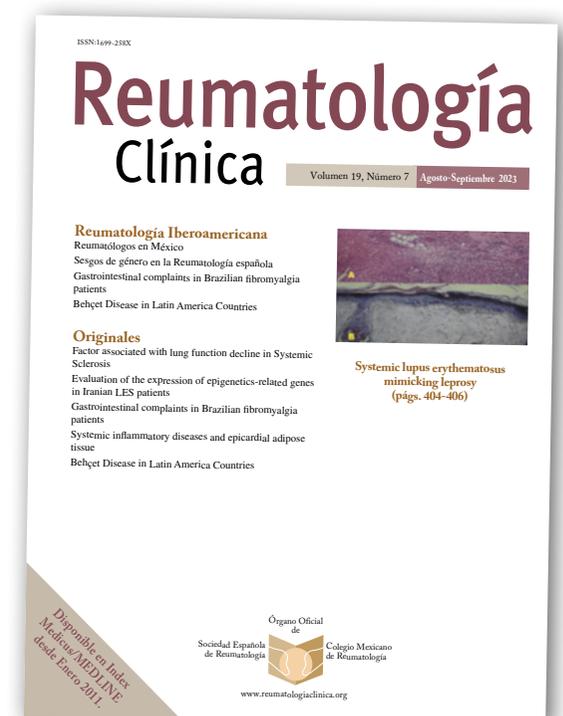
Esta revista incluye editoriales, revisiones, artículos originales de investigadores, casos clínicos y reportajes de experiencias médicas de contenido sanitario o social. Los estudios publicados son principalmente clínicos y epidemiológicos, pero también de investigación básica.

Para el responsable de la Comisión de Publicaciones de la SER, el Dr. Iván Castellví. “Esta revista es de gran valor no únicamente para los socios de la SER, sino también para todos los médicos, ya que se publican artículos de gran interés a través de sus diferentes secciones. En todos estos años se

ha ido consolidando, pero resulta fundamental seguir impulsándola por lo que estamos muy agradecidos del apoyo que está prestando este año GSK, al haber hecho una apuesta decidida por mejorar el acceso y formación en Reumatología”. Además, resalta que esta publicación sigue evolucionando y se va adaptando a los tiempos por lo que, en la línea con nuestro compromiso medioambiental, ya se encuentra únicamente en formato digital.

Por su parte, Eva Mora Estopa, Specialty Business Unit Director GSK, ha asegurado: “Desde GSK nos sentimos muy orgullosos de apoyar a la SER en este tipo de iniciativas de tanto valor”.

Actualmente, se editan 10 números ordinarios y un número extraordinario con los trabajos aceptados para el Congreso de la SER. Está incluida en Excerpta Medica, Biosis, Current Opinion in Rheumatology y Embase (Editorial Elsevier e incluida en Medline).



Contenido patrocinado por GSK.

# Mensajes para llevar a casa del I Simposio de Enfermedades Autoinflamatorias



**El Dr. Iván Ferraz, reumatólogo del Hospital Universitario de Canarias, en Tenerife, resume las principales conclusiones de este evento.**

Por primera vez, la Sociedad Española de Reumatología ha celebrado un Simposio destinado al estudio de enfermedades autoinflamatorias. Esta novedosa iniciativa ha tenido lugar en Tenerife durante los días 1 y 2 de diciembre con gran éxito de asistentes.

La primera mesa versó sobre generalidades relativas a la definición y clasificación de las enfermedades autoinflamatorias, cuándo sospecharlas, y sobre la asociación entre inmunodeficiencias y autoinflamación. La Dra. Labrador resaltó la dificultad del diagnóstico clínico y la falta de consenso en lo que se refiere a una clasificación de estas enfermedades. Estas potenciales clasificaciones deberían tener en cuenta el aspecto clínico, genético y molecular de estos trastornos. Por otro lado, el Dr. Aróstegui recordó que no existen criterios consensuados para definir qué es una enfermedad autoinflamatoria, pero que la presencia de episodios de manifestaciones inflamatorias estériles durante más de 6 meses y reactantes de fase aguda elevados podría alertar sobre la presencia de estas. Por último, el Dr. Rodríguez Gallego resaltó la importante asociación entre inmunodeficiencia y autoinflamación.

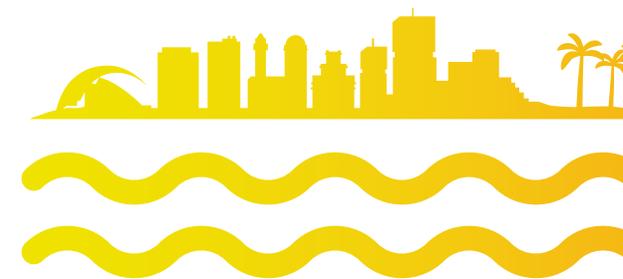
Posteriormente, los Dres. Pelegrín Vivancos, Vidal Alcorisa y Millán Salvador ahondaron en diferentes aspectos relacionados

con la patogenia de las enfermedades autoinflamatorias incluyendo al inflamasona y la genética de estos trastornos. Los estudios genéticos son la principal herramienta diagnóstica y se precisa de un mayor conocimiento de las bases genéticas de estos trastornos. Las enfermedades mediadas por IL-1 fueron abordadas por los Dres. Calvo Penadés, Iglesias Jiménez y Andrés Collado. Estos hicieron hincapié en la relativa alta prevalencia en nuestro entorno de la fiebre mediterránea familiar. Se enfatizó la importancia de otros síndromes hereditarios de fiebre periódica como las criopirinopatías, que producen fiebre, exantema urticariforme, conjuntivitis y manifestaciones musculoesqueléticas; el síndrome TRAPS (síndrome periódico asociado al receptor 1 del factor de necrosis tumoral) que se acompaña de fiebre prolongada, artralgias, dolor abdominal y torácico, exantema y edema periorbitario; y el HIDS (síndrome de hiperinmunoglobulinemia D) que se manifiesta con fiebre de más corta duración, adenopatías y aftosis. En estos trastornos, la sospecha clínica es de vital importancia para un diagnóstico y tratamiento precoz. No deben olvidarse también otras formas minor autoinflamatorias tales como el reumatismo palindrómico, hidrartrosis intermitente y la pericarditis recurrente idiopática. En la identificación de estas formas limitadas de procesos autoinflamatorios, tal y como

comentó el Dr. Andrés Collado, resulta crucial la observación clínica, siendo preciso tener en cuenta el papel de la colchicina y las terapias anti-IL1 en su manejo.

La conferencia magistral, a cargo del Dr. Calvo Alén, se tituló "Lupus Eritematoso Sistémico: de lo autoinflamatorio a lo autoinmune". Se puso de manifiesto que, a pesar de las obvias diferencias entre autoinflamación y autoinmunidad, podría entenderse que existe un espectro continuo entre ambos procesos.

Las manifestaciones clínicas y diagnóstico de las interferonopatías fueron revisadas por el Dr. Clemente Garulo. Estas incluyen manifestaciones clínicas tales como la vasculitis necrotizante, enfermedad intersticial pulmonar, paniculitis, artritis y fenómenos trombóticos. Se repasaron las formas más frecuentes que se correspon-



den con el síndrome CANDLE (dermatosis neutrofílica atípica crónica con lipodistrofia y temperatura elevada), el síndrome SAVI (vasculopatía asociada a la proteína STING de inicio en la infancia) y el síndrome de Aicardi-Goutières. El objetivo terapéutico en estas enfermedades, tal y como expuso la Dra. Murias Loza, es el control de la inflamación y evitar el desarrollo de daño orgánico fundamentalmente mediante el uso de glucocorticoides e inhibidores-JAK.

El complemento en las vasculitis asociadas a ANCA (VAA) y su repercusión en el manejo terapéutico constituyó la siguiente sesión impartida por el Dr. Rúa-Figueroa. El papel de las vías clásicas y alternativas del complemento en la patogenia de las vasculitis sistémicas ha cobrado interés en los últimos años. En este sentido, avacopan

y vilobelimab, inhibidores de C5a, han demostrado eficacia en el tratamiento de estas enfermedades, más consistentemente en el caso de avacopan, que es el fármaco con más desarrollo clínico y evidencia en las VAA. Estos inhibidores del complemento, incluyendo al eculizumab, también parecen ser eficaces en patologías tales como nefropatía IgA, vasculitis hipocomplementémica, microangiopatía trombótica de que aparece en algunos pacientes con nefritis lúpica y en el síndrome antifosfolípido.

Las enfermedades granulomatosas autoinflamatorias constituyeron el siguiente tema de revisión. La Dra. García González resumió las diferentes formas clínicas de la sarcoidosis recordando cómo se expresan los diferentes dominios pulmonar, cutáneo, ocular, cardíaco y neurológico en esta en-

fermedad también conocida como la 'gran simuladora'. Posteriormente la Dra. Enríquez Merayo disertó sobre las enfermedades granulomatosas autoinflamatorias. De estas, el síndrome de Blau es la más prevalente.

La segunda jornada se inició con una actualización de la enfermedad de Still, que corrió a cargo de la Dra. Prieto Peña. Se recaló la posibilidad de un curso crónico, monocíclico y policíclico de la enfermedad y de que generalmente esta se manifiesta en dos fenotipos sistémico o articular. Es importante realizar un diagnóstico diferencial (criterios de Yamaguchi) cauteloso y el score de Pouchot puede ser útil para detectar pacientes con alto riesgo de desarrollo de complicaciones sistémicas graves. Debe tenerse en cuenta la posibilidad de estas complicaciones dentro de las cuales, por su relativa frecuencia y gravedad, es de destacar el síndrome de activación macrofágica. A continuación, la Dra. Alina Boteanu nos recordó cómo sospechar y abordar el síndrome VEXAS (vacuolas, enzima E-1, ligado a X, autoinflamatorio, somático). Es fundamental sospecharlo en varones de media edad con anemia y tendencia a citopenia, presencia de dermatitis neutrofílica, artritis o policondritis y elevación de reactantes de fase agua. El Dr. Martín Varrillas profundizó sobre otras patologías del espectro autoinflamatorio tales como la osteomielitis crónica multifocal recurrente, síndrome SAPHO (sinovitis, acné, pustulosis, hiperostosis y osteítis) y enfermedad de Behçet.

Las manifestaciones órgano-específicas cutáneas, neurológicas y oculares de las enfermedades autoinflamatorias fueron revisadas, respectivamente, por los Dres. Torrelo Fernández, Camacho Lobillo y Francisco Hernández. Dado las manifestaciones sistémicas, multiorgánicas y pleomórficas de estos trastornos, se precisa de valoración por equipos multidisciplinares familiarizados con estas patologías.

Un punto angular en este tipo de trastornos es la monitorización de su actividad y la elección correcta de tratamiento. Los Dres.

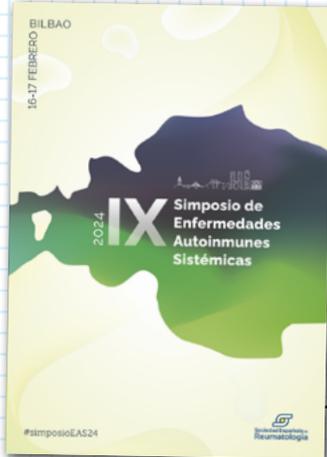


Ivorra Cortés, Moreno Ruzafa y Campos Esteban revisaron estos aspectos. Describir predictores de mal pronóstico, ya sean genéticos, clínicos en forma de scores o mediante la presencia de biomarcadores serológicos, es fundamental y se deberá progresar en el futuro en estas áreas. Igualmente, aunque la aparición de nuevas terapias para estos pacientes ha supuesto un gran avance en la última década (entre otros, los fármacos anti IL-1 y los inhibidores de las JAK), se precisa de mayor investigación, llevando a cabo ensayos clínicos con el fin de ampliar el horizonte terapéutico de estas patologías que son poco prevalentes. Estas deberán incluir medicina de precisión basada en terapia génica incluyendo la edición del genoma, moduladores del inflammasoma, terapia de células T con receptores quiméricos de antígenos (CAR-T) y células dendríticas tolerogénicas.

Esperaremos, con mucho interés, futuras ediciones de este simposio que nos permita seguir profundizando en este tipo de enfermedades. Que sea el primero de muchos.

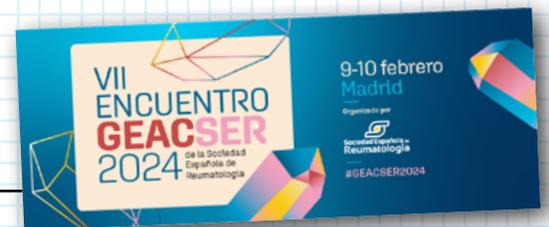
“  
A pesar de las obvias  
diferencias entre  
autoinflamación y  
autoinmunidad, podría  
entenderse que existe  
un espectro continuo  
entre ambos procesos”

# Próximás CITAS FORMATIVAS



## IX SIMPOSIO SER DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS (EAS)

16 y 17 de febrero, Bilbao.

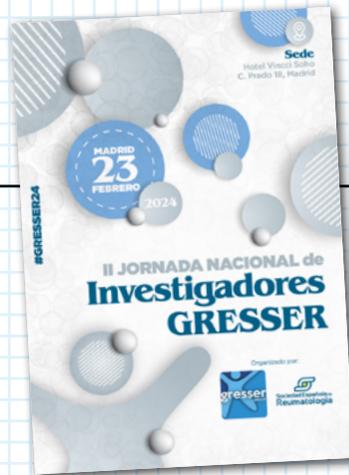


## VII ENCUENTRO GEACSER

9 y 10 de febrero, Madrid.

## II JORNADA NACIONAL DE INVESTIGADORES GRESSER

23 de febrero, Madrid.



## IV CURSO SER DE PATOLOGÍA OCULAR INFLAMATORIA

1 y 2 de marzo, Madrid.

Con la colaboración de **UCB**.

## II REUNIÓN SER DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN REUMATOLOGÍA

8 y 9 de marzo, Alcalá de Henares, Madrid.

Con la colaboración de **JANSSEN**.



## ENCUENTRO SER-AEDV

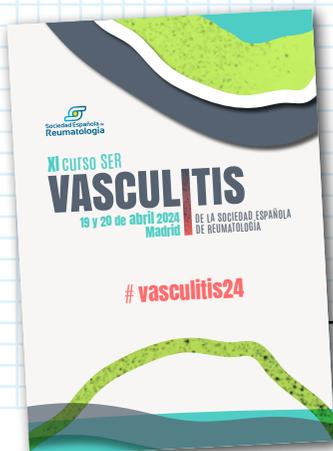
5 y 6 de abril, Madrid.



## 23 CURSO TUTORES Y RESIDENTES

12 y 13 de abril, Valencia

Con la colaboración de **JANSSEN**.



## CURSO SER DE VASCULITIS

19 y 20 de abril, Madrid

Con la colaboración de **GSK** y **VIFOR**.

# “Todos para uno y uno para todos”



Desde la SER trabajamos de forma general para el desarrollo y progreso de nuestra especialidad, y para ello necesitamos ir de la mano de las Sociedades Autonómicas de Reumatología mejorar las condiciones de los especialistas de las diversas comunidades autónomas no sólo a través de encuentros formativos, como reflejaremos a continuación, sino también a través de otras iniciativas como ayudas, becas, proyectos de investigación y actividades con asociaciones de pacientes, entre otras.

Desde la SER hemos hecho una apuesta firme para trabajar de forma conjunta y estructurada con las Sociedades Autonómicas en la defensa de la especialidad ante las administraciones públicas, con el objetivo de mejorar las condiciones de los reumatólogos y la atención de los pacientes reumáticos, en función de las necesidades y particularidades de cada zona de la geografía española. Para ello estamos analizando los rasgos, características e idiosincrasias de cada autonomía de cara a poder plantear estrategias conjuntas y trabajar unidos por una mejor Reumatología en el futuro, en el marco de nuestro plan estratégico “Legado de la SER”.

Por su parte, las Sociedades Autonómicas de Reumatología siguen avanzando en el ámbito formativo y en los últimos meses se han llevado a cabo varios encuentros.



## La SOCALRE se acerca a las administraciones públicas para mejorar la especialidad

Durante el XXIII Congreso de la Sociedad Castellano-Leonesa de Reumatología (SOCALRE) se abordaron charlas de gran interés científico incluyendo ámbitos como metabolismo óseo, enfermedades autoinmunes, espondiloartritis o imagen, además del tradicional caso clínico cerrado. Como novedad se trató el avance y creación de forma reglada de la consulta de Enfermería reumatológica, que se presentó desde el Hospital de Palencia, favorecido desde la Consejería de Sanidad y dentro de los objetivos del Plan de salud vigente.

Por su parte, la Dra. Ana I. Carrión, presidenta de la SOCALRE, ha destacado algunos avances que se están llevando a cabo desde su sociedad científica como “el desarrollo de una página web y el cam-

bio de los Estatutos debido a la presencia de residentes que se forman en los hospitales de Castilla y León. Además, se ha iniciado la creación de grupos de trabajo como el de tratamientos biológicos y dirigidos para intentar unificar criterios de las distintas áreas de salud que mejoren la equidad de acceso a los tratamientos en la Comunidad. Se ha intentado desarrollar un grupo de trabajo relacionado con la adecuación de la historia clínica electrónica a la actividad diaria y se ha establecido el de medios e información”.

Asimismo, -ha añadido- se ha conseguido un claro acercamiento con la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León, gracias a la ayuda de la SER, con la que ya ha habido varias reuniones con el objetivo de impulsar la especialidad a través de

nuevas contrataciones; así como mejorar el trabajo de derivación precoz entre Atención Primaria y Reumatología, entre otras cuestiones. También se ha propuesto participar en el nuevo Plan de Salud de la región y se ha conseguido la contratación de un especialista en Reumatología en el Hospital de Valladolid.

Entre los retos principales a los que se enfrentan desde la SOCALRE, la Dra. Turrión ha señalado que “muchos son comunes a otras sociedades autonómicas: la cronicidad, el intrusismo de otras especialidades mejor dotadas de efectivos que dificulta lograr un adecuado número de reumatólogos, la informatización y manejo de la historia clínica, la sostenibilidad del sistema sanitario, el envejecimiento de plantillas y la no existencia de relevo generacional a corto plazo”.

“  
El  
envejecimiento  
de las plantillas  
y la no existencia  
de relevo  
generacional  
a corto plazo,  
uno de los  
principales  
retos”



## Trabajando para situar a la Reumatología gallega en el lugar que le corresponde

“El 52 Congreso Galego de Reumatoloxía (27-28 de octubre) ha sido el resultado del esfuerzo colectivo de una sociedad científica, la SOGARE, que, a través de las distintas generaciones, ha sido capaz de aunar un espacio académico para aprender, transmitir información actualizada de interés y rigurosa, ofrecer oportunidades de relación y compartir conocimientos, todo ello en un entorno familiar y de amistad”, ha explicado el Dr. Carlos García Porrúa, presidente de la SOGARE.

En esta reunión se abordaron desde las enfermedades metabólicas como la osteoporosis haciendo hincapié en las últimas novedades diagnósticas y terapéuticas, hasta las diferentes enfermedades inmunomediadas como el lupus, la artritis psoriásica y las miopatías inflamatorias. Un apartado destacado lo ocupó la sección de comunicaciones orales y la defensa del caso cerrado.

Al igual que en los años previos, se incorporó la jornada para pacientes, humanizando el campo médico y poniendo énfasis en las necesidades y experiencias reales de los pacientes, más allá de la ciencia y la tecnología. Este año tuvieron lugar dos mesas de debate sobre adicciones y autocuidado. También en esta jornada se compartió la primera edición del “Manual para docentes: Enfermedades Reumatológicas”, de acceso gratuito en [sogare.gal](http://sogare.gal).

El Servicio Galego de Salud ha definido la Estrategia Sergas 2020 como la hoja de ruta de los próximos 5 años para el proceso de transformación y modernización cara a los nuevos retos del siglo XXI. Una de las líneas estratégicas incorporada ha sido la mejora de la atención a pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias. “Esto nos ha ayudado en la implementación de modelos asistenciales de diagnóstico y abordaje precoz de las enfermedades reumáticas inflamatorias”, según el presidente de SOGARE.

Además, ha informado el Dr. García Porrúa: “actualmente se está trabajando en la elaboración de la nueva estrategia SERGAS y la Reumatología gallega debe seguir formando parte de sus líneas estratégicas. Sin duda la incorporación de las Unidades multidisciplinares de Fractura o *Fracture Liaison Services* (FLS), con la figura del reumatólogo coordinador, permitirán realizar una correcta prevención secundaria de las nuevas fracturas en todos los hospitales gallegos”. Así, es prioritario adecuar las infraestructuras, el número de profesionales y el tiempo de consulta en función de las necesidades para una asistencia de calidad para los pacientes.

“Queda mucho por hacer, y tenemos que seguir trabajando en ello, para tratar de situar a la Reumatología gallega en el lugar que le corresponde como referencia de la patología inmunomediada y del metabolismo óseo”, ha concluido.

“

Se está trabajando en la nueva estrategia SERGAS y la Reumatología gallega debe seguir formando parte de sus líneas estratégicas”





## Unidades asistenciales de Euskadi “modélicas” en eficiencia terapéutica

Durante este periodo también tuvo lugar la reunión de la Sociedad Reumatológica de Euskadi (SRE) con el objetivo de fomentar tanto la mejora del conocimiento como la relación profesional y personal entre sus miembros, así como la posibilidad de contribuir al *networking* para nuevas actividades colaborativas. En este encuentro se abordaron las nuevas técnicas de imagen en patología musculoesquelética, la perspectiva del especialista de Neumología en la enfermedad pulmonar intersticial, la patología musculoesquelética inducida por inmunoterapia oncológica o el concurso de casos clínicos.

En opinión del Dr. Fernando Pérez Ruiz, presidente saliente de la SRE, “la incorporación a nuestra sociedad de un valor importante como Jaime Calvo Alén como jefe del Servicio Asistencial de Reumatología de la OSI Araba y la incorporación de esta la OSI a la acreditación docente en Reumatología ha supuesto un nuevo avance, que se ha añadido a la importante actividad asistencial y clínica realizada por otras unidades asistenciales. En los últimos años la OSI Bilbao-Basurto se ha incorporado muy activamente al grupo de estudio de GRESSER, entre otros, y al Instituto de Investigación Biomédica Bio-Bizkaia (IIBM-BB), con una cartera de colaboraciones investigadoras más que reseñable. Por su parte, la OSI EE-Cruces mantiene su estatus de grupo de investigación de excelencia en IIBM-BB, siendo considerado en su campo más específico (gota) el primer grupo publicador en Europa y el quinto del mundo en la última década”.

No obstante, ha insistido en la necesidad de seguir trabajando frente a las amena-

zas que rodean a la especialidad en dicha comunidad como “el riesgo de extrahospitalización, que debe ser balanceado con el valor añadido de los reumatólogos como consultores para otras Unidades hospitalarias en pacientes ingresados”.

En opinión del Dr. Pérez Ruiz, “las Unidades asistenciales de Reumatología de Euskadi son referencia modélica para otras unidades asistenciales en cuanto a eficiencia terapéutica (intercambio de medicamentos referencia a biosimilares y ajuste de medicamentos a dosis mínimas eficaces, favorecimiento de estrategias basadas en valor/medidas de salud, por ejemplo) y de eficiencia diagnóstica (óptima utilización de los recursos)”.



**Las Unidades asistenciales de Reumatología de Euskadi son un modelo en eficiencia terapéutica y diagnóstica”**

**AREX**  
Asociación Reumatológica Extremeña

## Más Unidades de acreditación docente en Extremadura



El IV congreso bianual de la Asociación Reumatológica Extremeña (AREX) tuvo lugar los días 17 y 18 de noviembre en Cáceres, con asistencia de la mayoría de los reumatólogos de dicha comunidad. Esta jornada destacó por la variedad de temas, pero sobre todo por la actualización terapéutica en las distintas enfermedades, tales como el lupus, la artritis psoriásica y la osteoporosis, con la finalidad de complementar la formación de los especialistas y permitir un amplio manejo de las mismas. “En el momento actual hay, por suerte, un *boom* de terapias novedosas que debemos conocer”, ha insistido la Dra. M<sup>a</sup> del Puerto Moreno Gil, presidenta de la AREX, quién ha recalcado que “ha sido un reto personal llevar a cabo un evento de estas características que, al mismo tiempo, ha sido una oportunidad para mantener la continuidad del modelo establecido en esta comunidad”.

“Desde AREX continuamos promoviendo el desarrollo de nuestra especialidad, promocionando y mejorando la visión del reumatólogo. Actualmente, además de este congreso bianual, se organizan cursos de formación y actualización, jornadas y reuniones multidisciplinarias”, según la Dra. Del Puerto. Además, -ha apostillado- “para una mayor y mejor accesibilidad, en los últimos años se ha aumentado el número de reumatólogos, con más Unidades de acreditación docente para la formación de nuestros residentes”.



## Un rejuvenecimiento generacional de la Sociedad Murciana de Reumatología



**D**urante el XI Congreso de la Sociedad Murciana de Reumatología (SMR), que tuvo lugar el 17 y 18 de noviembre en Cartagena, se trataron diversos temas de actualidad, divididos en 5 mesas. “Considero que ha sido un éxito de afluencia entre los miembros de la Sociedad Murciana de Reumatología y las ponencias han sido de un alto nivel científico (impartidas tanto por ponentes locales, como de otras comunidades)”, ha resaltado el Dr. Juan Moreno Morales, presidente de la entidad.

A modo de resumen de las temáticas del encuentro, ha hecho mención a las actualizaciones de tratamiento de presente y futuro en lupus y a los marcadores de esclerosis sistémica. Se ha hablado de espondiloartritis y su manejo en situaciones especiales, así como del papel de los JAK-i. Además, la artritis reumatoide ha estado representada en una mesa, en la

que como novedad se han puesto en evidencia las vías inflamatorias que comparte con la depresión. “Hemos tratado la enfermedad intersticial pulmonar desde el punto de vista del reumatólogo y del neumólogo; la terapia secuencial en osteoporosis, con la avenida de las nuevas moléculas; y los horizontes de la artrosis también han tenido su espacio. Para finalizar se abordó la relación existente entre cambio climático y enfermedades reumáticas y se constituyeron interesantes foros de debate, que trascendieron las salas del auditorio”.

En opinión del Dr. Moreno, “la Sociedad Murciana de Reumatología vive un rejuvenecimiento generacional, al que hay que dar protagonismo y visibilidad. Es nuestra intención llegar a todos los pacientes, en todos los rincones de nuestra región, para lo que hemos iniciado el trabajo ‘codo con codo’ con las autoridades sanitarias para poder alcanzar este objetivo”.



## La SAR, muy activa en la cooperación con las administraciones públicas

**A**ndalucía es una de las comunidades en las que más se ha avanzado respecto al plan de incidencia en las administraciones públicas puesto en marcha desde la Sociedad Española de Reumatología (SER), ya que se firmó un protocolo general de actuación entre el Servicio Andaluz de Salud (SAS) y la SER para el establecimiento de las condiciones de cooperación mediante la participación activa de los profesionales de Reumatología en el sistema sanitario público de Andalucía, concediendo prioridad máxima a la orientación en resultados en Salud, la seguridad de los pacientes y la evidencia científica.

En este mismo ámbito, el Dr. Francisco Gabriel Jiménez, ha indicado que se mantuvo una reunión “muy fructífera” con Jorge del Diego, director general de la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica del SAS, con el cual se acordó empezar a trabajar en diferentes aspectos con el objetivo de la prevención y promoción de las enfermedades reumáticas en Andalucía, incluida la vacunación para los pacientes con enfermedades inmunomediadas.

Asimismo, el Dr. José Pérez Venegas, director del Plan Andaluz de Enfermedades Reumáticas y Musculoesquelé-

ticas (PAERME), trasladó la disposición de la Sociedad Andaluza de Reumatología (SAR) y la SER para colaborar con el portal web “Mi Guía de Salud” y con la Red Local de Acción en Salud.

Estos avances han coincidido con la celebración del 28º Congreso Sociedad Andaluza de Reumatología, que ha tenido lugar en Sevilla del 23 al 25 de noviembre, y en que se hizo una actualización detallada en las guías de práctica clínica en el manejo de la artritis psoriásica, la vasculitis, las espondiloartritis, el lupus eritematoso sistémico y la osteoporosis. También se abordó la afectación digestiva de la esclerosis sistémica, las nuevas técnicas de Medicina Nuclear en el diagnóstico de enfermedades reumáticas, evidencias en el tratamiento secuencial de la osteoporosis, las herramientas digitales en la práctica clínica y los resultados en salud desde distintos puntos de vista, entre otras cuestiones.

En opinión del Dr. Francisco Gabriel Jiménez, presidente de la SAR, “este congreso ha sido una excelente oportunidad no sólo para compartir avances diagnósticos o terapéuticos, sino un lugar de auténtico encuentro entre reumatólogos, personal de Enfermería y aquellos que constituyen el fundamento de nuestra vocación, los pacientes”.





## SORCOM avanza en la defensa de los especialistas en la CAM

Como en años anteriores, el XXVII Congreso de la Sociedad Madrileña de Reumatología (SORCOM) ha tenido un gran éxito y ha servido para mejorar el conocimiento de los asistentes en áreas temáticas de gran interés como las idas y venidas de los glucocorticoides en el tratamiento de la artritis reumatoide, el uso de la elastografía en el síndrome de Sjögren, la inmunología reproductiva del primer trimestre del embarazo, las nuevas formas de monitorización o gracias a la conferencia magistral que tuvo lugar bajo el título: "Sarcopenia y enfermedades reumatológicas".

También ha habido un espacio para analizar cómo serán en el futuro algunas enfermedades reumáticas muy prevalentes como la artrosis, la osteoporosis y las artritis microcristalinas, y este año la especialidad invitada fue Cardiología, ya que se ha demostrado que hay varios puntos de encuentro entre ambas especialidades. Además, se hizo entrega de las tradicionales becas y premios, al igual que se expusieron las comunicaciones orales seleccionadas.

En opinión de la Dra. María Galindo, presidenta de la SORCOM, "esta reunión pone punto final a una larga serie de iniciativas que esta sociedad científica ha desarrollado a lo largo de este año. Una actividad formativa que recoge actividades consolidadas como por ejemplo el encuentro de tutores y residentes o el taller de metrología, entre otros, y las sesiones interhospitalarias. Cabe destacar la actividad que se ha realizado

este año en la sede del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid sobre la caída en personas de edad avanzada en colaboración con las sociedades autonómicas de Geriátrica, Traumatología, Rehabilitación y Medicina de Familia. Este congreso ha supuesto, además, el final de etapa de la actual presidencia y Junta Directiva (JD) de SORCOM, pues a partir de este momento, la Dra. Cristina Lajas ha iniciado su andadura como presidenta de SORCOM, junto con la nueva Junta Directiva, a los que aprovecho para desearles la mejor experiencia posible".

Además, la Dra. Galindo informa que, junto con la Sociedad Española de Reumatología, se ha empezado a trabajar en un plan con el objetivo de abordar los desafíos específicos de la especialidad en la Comunidad de Madrid, fortaleciendo así las capacidades profesionales para brindar una atención de calidad. En concreto, desde la SORCOM se está revisando la Estrategia de Dolor y la de Seguridad del Paciente, para ver en qué puntos de la ejecución puede intervenir Reumatología y aportar alguna mejora y, por otra parte, se ha comenzado a elaborar los contenidos de un curso sobre lupus para la Escuela Madrileña de Salud.



# Ampliamos la campaña Reumafit con materiales frente al dolor lumbar

**E**l dolor lumbar es muy frecuente, ya que se estima que el 80% de las personas sentirán dolor de espalda en algún momento de su vida, y un tercio de las personas que tienen un episodio de dolor lumbar y se han recuperado tendrán un nuevo episodio en el transcurso de un año. Dado su elevado impacto, desde la Sociedad Española de Reumatología hemos elaborado nuevos materiales con contenido específico para personas que sufren dolor lumbar, dentro de la campaña 'Reumafit' cuyo objetivo principal es poner de manifiesto la importancia de realizar actividad física y ejercicio en los pacientes con enfermedades reumáticas.

En concreto, uno de los apartados del documento se centra en rebatir falsas creencias como la necesidad de hacer reposo prolongado y evitar los movimientos de la columna al tener dolor lumbar; porque "lo que se ha demostrado es que evitar el reposo en cama e intentar volver lo antes posible a la actividad facilita la recuperación", explica la Dra. Raquel Almodóvar, reumatóloga del Hospital Universitario Fundación Alcorcón (Madrid) y una de las coordinadoras de esta iniciativa.

En este documento se explica la clasificación de los tipos de lumbalgia y su tratamiento recomendado en función de la causa, "ya que el tipo de ejercicio se debe individualizar en cada caso", recalca la especialista.

## RECOMENDACIONES PARA DOLOR LUMBAR POR FRACTURA VERTEBRAL OSTEOPORÓTICA

En la fase inicial, debido a la limitación por el dolor, puede ser necesario permanecer en reposo los primeros días hasta que el dolor permita realizar pequeños paseos que se irán incrementado según la tolerancia, porque el ejercicio realizado de forma regular, como caminar, es útil para mantener la densidad de los huesos. Una vez superado el periodo de dolor intenso, se les debe proponer un programa que combine ejercicios de fortalecimiento y de equilibrio, con la finalidad de mejorar la fuerza muscular y disminuir el riesgo de nuevas caídas. Dos ejercicios sencillos para comenzar son el ejercicio de báscula pélvica tumbado en el suelo y el ejercicio de elevación del tronco tumbado. Estos programas específicos de ejercicios pueden ayudar a reducir también las necesidades de analgésicos.

## DOLOR LUMBAR INESPECÍFICO: HAY QUE EVITAR EL REPOSO

En el documento, los expertos insisten en defender que el dolor lumbar persistente rara vez se debe a un daño importante de los tejidos, la resonancia magnética sólo es útil en una minoría de personas con dolor lumbar, tener dolor lumbar con algunos movimientos no significa que se esté dañando la espalda, la edad tampoco es la causa de que el dolor lumbar persista en el tiempo, de igual forma que la causa del

dolor lumbar persistente no son las malas posturas y las infiltraciones o inyecciones en la columna o la cirugía habitualmente no curan el dolor de espalda.

Desde hace años se sabe que recomendar al paciente con dolor lumbar que intente mantenerse activo es mejor que aconsejarle realizar reposo prolongado, por ello se debe evitar el reposo en cama e intentar volver lo antes posible a la actividad, ya que facilita la recuperación. "La actividad física tiene un efecto beneficioso sobre todos los tejidos del organismo y, especialmente, en los que forman el aparato locomotor. Se ha demostrado que la actividad física y el ejercicio son un aspecto esencial para la prevención y el tratamiento del dolor lumbar. Efectuar ejercicio físico de tipo aeróbico o cardiovascular (caminar, correr, nadar...) de forma habitual, así como realizar ejercicios específicos para fortalecer los músculos de la cadera y del tronco, disminuye el riesgo de tener dolor lumbar (posee un efecto preventivo)", detalla la Dra. Almodóvar.

Además de la Dra. Almodóvar, también forman parte de la coordinación de esta iniciativa, los Dres. Mariano T. Flórez y Fernando García, rehabilitadores del Hospital Universitario Fundación Alcorcón (Madrid); Montserrat Romera, reumatóloga y profesora de la Universitat Internacional de Catalunya (Barcelona) y Pedro Zarco, reumatólogo del Hospital Universitario Fundación Alcorcón (Madrid).

Reumafit cuenta, además, con material multimedia elaborado para los pacientes, que se ha realizado con ayuda de varias asociaciones de pacientes para que el contenido cubriera sus necesidades más esenciales.

Para saber más de la campaña y acceder al contenido: [www.reumafit.com](http://www.reumafit.com)



# Entregamos el Premio FER de Comunicación



La periodista Eva Carnero, recogió el Premio FER de Comunicación 2023, por el reportaje publicado en 'Alimente' de El Confidencial, bajo el título: **"Las enfermedades reumáticas no son sólo cosa de adultos"**, en el marco del X Simposio de Espondiloartritis de la SER, que se celebró los días 20 y 21 de octubre en Ibiza.

Con estos galardones, desde la SER se busca reconocer la contribución que hacen los profesionales de la información, a través de los medios de comunicación,

en dar visibilidad a la Reumatología y las enfermedades reumáticas, ayudando a mejorar el conocimiento de estas patologías en la población general.

A la hora de evaluar los trabajos presentados el jurado tuvo en cuenta la importancia del mensaje, la claridad del mismo, la veracidad y las fuentes consultadas, así como la creatividad e importancia para la especialidad. Finalmente, dicha candidatura obtuvo la mayor puntuación teniendo en cuenta los parámetros citados.

# Firme a puesta por apoyar a los estudiantes

En línea con uno de nuestros objetivos estratégicos, seguimos manteniendo nuestro apoyo a los estudiantes y hemos participado en el XLI Congreso Nacional de Estudiantes de Medicina de la Universidad Miguel Hernández (CNEM), que tuvo lugar del 25 al 27 de octubre en Alicante. En concreto, lo hicimos a través un Simposio de Reumatología, en el que se abordaron las siguientes ponencias: "Conociendo la Reumatología", impartida por el Dr. José Antonio Bernal, del Servicio de Reumatología del Hospital de la Marina Baixa; "Biológicos/terapias avanzadas en Reumatología", expuesto por la Dra. Neus Quilis, del Servicio de Reumatología del Hospital de Vinalopó y "La Reumatología a través del MIR", por la Dra. Yaiza García, del Servicio de Reumatología del Hospital General Universitario de Elda.

También, como es habitual en estos encuentros, organizamos un taller de infiltraciones, que obtuvo un gran interés.



# Nuevo taller de cuidado de la piel

**G**ran acogida del taller de cuidado de la piel para mujeres con enfermedades reumáticas que organizamos en Barcelona, el 22 de noviembre. Esta actividad, que llevamos a cabo con la colaboración de Clarins, es muy beneficiosa para las pacientes puesto que en cada taller se les enseña qué productos o qué cuidados pueden ser más beneficiosos para ellas y tienen la posibilidad de resolver sus dudas y preguntar a los formadores o a las reumatólogas que participan. Además, les sirve para compartir experiencias y que conozcan a otras personas con afectaciones similares. Es general, las participantes disfrutaron mucho porque se sale de lo convencional y de la clínica.



**Sociedad Española de Reumatología**

**AHORA, LA REUMATOLOGÍA...  
¡TAMBIÉN SE ESCUCHA!**

**ACCEDER A NUESTROS NUEVOS  
PODCAST AQUÍ**

**Ivoox** **Spotify**

# Protagonistas en las actividades de las asociaciones de pacientes

El Congreso de LIRE, el de la Asociación Española de Sjögren y una jornada de Acción Psoriasis han sido algunos de los encuentros en los que hemos estado muy presentes.

En los últimos meses no sólo hemos intensificado las actividades que llevamos a cabo de forma conjunta con las asociaciones de pacientes, sino que hemos sido también partícipes y, en algunos casos, protagonistas de sus propias actividades como ha sido el caso de la celebración del 'Día Mundial de la Psoriasis y la Artritis Psoriásica', ya que participamos en una jornada de debate y reflexión, organizada por Acción Psoriasis, en la que también se conmemoró el 30 aniversario de la creación de dicha asociación.

La presidenta de la Sociedad Española de Reumatología, la Dra. Sagrario Bustabad, participó en una mesa en la que puso de manifiesto la necesidad de mejorar el diagnóstico precoz de la artritis psoriásica (APS) puesto que se ha demostrado que "mejora la respuesta a los tratamientos y, por tanto, el pronóstico de los pacientes". Además, en su intervención expuso la sintomatología más común en los pacientes con APS y destacó un avance relevante en este campo: el mejor conocimiento de la artritis psoriásica como enfermedad inflamatoria crónica con repercusiones sistémicas y un mayor riesgo cardiovascular. "De esta manera, hemos aprendido que necesitamos manejar a nuestros pacientes de una forma multidisciplinar. Ello ha conllevado a la creación en diferentes hospitales del territorio nacional de Unidades multidisciplinarias entre reumatólogos,

dermatólogos y otros especialistas implicados, con la finalidad de mejorar el diagnóstico y ofrecer una atención global y de calidad a nuestros pacientes".

Además, durante su intervención también hizo referencia a la importancia de tener pacientes bien informados, pero advirtió sobre los riesgos de recurrir al "Doctor Google" que no siempre redirige a contenidos contrastados científicamente, por lo que recordó la utilidad de páginas web como [www.inforeuma.com](http://www.inforeuma.com).

Por otra parte, la presidenta de la SER también participó en el Congreso de la Liga Reumatológica Española (LIRE) 2024, en el que también conmemoraban sus 50 años de asociación. El lema del encuentro fue "Hacia un nuevo modelo de atención a los pacientes con enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas". Fue un evento en el que se repasó el presente y futuro de la investigación sobre estas enfermedades y se abordaron algunos de los problemas más importantes a los que hoy en día se enfrentan los pacientes y sus familias. En una de sus exposiciones la Dra. Bustabad indicó que, en las últimas décadas, los profesionales están orientando las actividades hacia el ciudadano como eje del sistema sanitario y "la experiencia del paciente es un elemento cada vez más central en la gestión del servicio sanitario". "Contar con pacientes y la consulta a pacientes con enfermedades



La Presidenta de la SER, la Dra. Sagrario Bustabad, participando en una de las mesas del Día Mundial de la Psoriasis y la Artritis Psoriásica.

reumáticas nos permite construir una dimensión social de estas enfermedades, interpretando la realidad de los procesos sociales de los pacientes y su comportamiento ante los problemas de salud. Podremos disponer de información sobre las creencias y los comportamientos que se producen cuando los pacientes se enfrentan a los síntomas o información para determinar qué variables afectan a la búsqueda de ayuda médica que ofrecen nuestros reumatólogos, así como información clave sobre la relación y la comunicación médico-paciente y sobre el acceso y el uso de los servicios sanitarios. De esta forma nuestros documentos que elaboramos desde la SER estarán centrados en los aspectos relevantes para los pacientes".

## EL REUMATÓLOGO | N° 20 | invierno 2023

En otra de las mesas en las que intervino se abordó el tema de la falta de visibilidad de este tipo de enfermedades y la escasa atención que le prestan los medios de comunicación. También insistió en que “estas patologías están íntimamente ligadas a los determinantes sociales de la salud, especialmente marcadas por el envejecimiento, el género, el entorno social y el ámbito territorial, produciéndose situaciones de inequidad en los accesos a servicios sanitarios que cuenten con especialistas de Reumatología que puedan tratar de forma adecuada a las personas con enfermedades reumáticas musculoesqueléticas y autoinmunes sistémicas”. Finalmente, destacó todas las campañas de comunicación y sensibilización que se están llevando a cabo desde la SER para mejorar el conocimiento de estas patologías.

Por otra parte, también hemos colaborado con el VI Congreso Nacional para pacientes con Sjögren, organizado por la Asociación Española de Sjögren (AES),

que tuvo lugar en Madrid los días 24 y 25 de noviembre y en formato virtual. En la inauguración la Dra. Paloma García de la Peña, secretaria de la SER, resaltó la importancia de lograr una mayor concienciación sobre esta enfermedad, que tiene una tasa de prevalencia del 0,33% de la población adulta en España, lo que supone cerca de 120.000 afectados en este país, según el estudio EPISER.

Además, durante el encuentro se reivindicó la necesidad de contar con un mayor número de reumatólogos y de enfermeras especializadas que ayuden a mejorar la atención de los pacientes con enfermedades autoinmunes para que los seguimientos sean más frecuentes y se controle la adherencia a los tratamientos; así como una mayor inversión en investigación. En este sentido, desde la SER se está llevando a cabo un proyecto de investigación para analizar la evolución del síndrome de Sjögren primario y los factores asociados a un peor pronóstico (SjögrenSER-Pros).



La Dra. Sagrario Bustabad, junto con otros participantes en una de las mesas de debate del Congreso de LIRE.



Jenny Inga, presidenta de la Asociación Española de Sjögren.



Dres. Gema Bonilla, Paloma García de la Peña, Sheila Melchor y Juan Mulero en el VI Congreso Nacional de pacientes con Sjögren.

# Orgullosos de nuestros socios y de lo que aportan para seguir avanzando en Reumatología

## Eliseo Pascual, Fernando Pérez y Mariano Andrés, galardonados por su importante labor en gota

El G-CAN (*Gout and Crystal Arthritis Network*) grupo internacional independiente que promueve la investigación en artritis inducidas por cristales, liderado por los profesores Robert Terkeltaub (Universidad de California, San Diego) y Hyon Choi (Universidad de Harvard) han reconocido la labor de tres reumatólogos españoles.

Entre los reconocimientos que realiza G-CAN, proponen un *Master Award* por la trayectoria profesional de investigadores dedicados específicamente a este

campo. Este año 2023 han reconocido la labor del prof. emérito Frederique Lioté, de la Universidad de París, al prof. emérito Eliseo Pascual (Universidad Miguel Hernández de Alicante) y al prof. asociado Fernando Pérez Ruiz (de la Universidad del País Vasco/EHU) y primer publicador europeo en gota y quinto mundial en la última década. Ambos especialistas han contribuido enormemente con sus investigaciones al avance en el campo de la gota, en diversos ámbitos.



El Dr. Mariano Andrés, junto con el profesor Robert Terkeltaub, de la Universidad de California (San Diego, EE.UU.) y presidente actual del consorcio G-CAN.

Por su parte, el Dr. Mariano Andrés también fue reconocido por el mismo organismo de referencia internacional en artritis por microcristales por su "carrera emergente" con el premio *Emerging Career Investigator Award*.

## Marta Medrano, nueva profesora permanente de la Universidad de Zaragoza



La Dra. Marta Medrano San Ildefonso, jefa de Sección de Reumatología de Enfermedades Inflamatorias Inmunomediadas del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, superó con brillantez las pruebas correspondientes al concurso público de adjudicación de una plaza de profesora permanente (profesora permanente laboral) de la Universidad de Zaragoza.

"Es una oportunidad que una profesora permanente reumatóloga coordine la asignatura de Reumatología en la Facultad de Medicina de Zaragoza, poniendo en valor nuestra especialidad, buscando la excelencia docente y la innovación. Soy una convencida de que la calidad en la docencia pregrado, así como la capacidad para transmitir entusiasmo y vocación por la especialidad de Reumatología son una garantía para mantener el interés por formarse como reumatólogos a las nuevas generaciones; y eso quienes mejor podemos hacerlo somos los reumatólogos impartiendo la docencia de nuestra especialidad", ha comentado la Dra. Medrano.

## Javier Bachiller, premiado por *The Journal of Rheumatology*

El Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Ramón y Cajal (Madrid) ha recibido el premio “2023 Duncan A. Gordon Award”, que concede la prestigiosa revista *The Journal of Rheumatology*, en el marco de la celebración del Congreso anual del *American College of Rheumatology* (ACR), por el artículo publicado bajo el título **“Risk of Severe COVID-19 Infection in Patients With Inflammatory Rheumatic Diseases”**, sobre el riesgo de infección por COVID-19 en pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias. Este premio se otorga anualmente al artículo publicado en la revista, con mayor impacto, originalidad y capacidad para mejorar la práctica clínica.

La revista reconoce al grupo de reumatólogos firmantes, encabezado por el Dr. Javier Bachiller, como uno de los primeros grupos en investigar y publicar resultados en los que se describen los riesgos de COVID grave asociados a los pacientes con enfermedades reumáticas y los tratamientos utilizados.

El Dr. Javier Bachiller señala a los sistemas de registros de pacientes como un elemento fundamental en el desarrollo del trabajo premiado. “Estos registros, que mantenemos actualizados permanentemente con todos nuestros pacientes y sus tratamientos nos permitieron establecer los riesgos y comunicarlos de una forma rápida”, ha explicado el especialista, quien también ha querido recordar a sus compañeros de trabajo: “Yo soy el primer firmante, pero esto fue un trabajo colaborativo de todo el Servicio de Reumatología del Hospital Ramón y Cajal durante los primeros cuatro meses de la pandemia del 2020. Se trata de un premio del que nos sentimos muy orgullosos, porque sus resultados, en aquel momento ayudaron a conocer cómo podían verse afectados los pacientes con enfermedades reumáticas autoinmunes e inflamatorias y poder estudiar su situación de vulnerabilidad ante los tratamientos que recibían”.



## Leticia León recibe la distinción ARP President's Choice en el congreso del ACR

“Nuestro póster sobre autoestima e imagen corporal en niños y adolescentes con patología reumática ha recibido una distinción ARP *President's Choice* en el congreso del ACR en San Diego. Este reconocimiento se concede a aquellos trabajos que destacan por su interés, por lo que nos anima a seguir investigando en este campo. Estamos muy agradecidos por haber conseguido una de las becas de la SER para presentar el trabajo en persona, como parte de un póster tour”, según ha recalcado Leticia León, del Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid.



Una Década de Impacto.



Un Sinfín de Posibilidades.

En AbbVie, desde hace 10 años, nos mueve la pasión para buscar respuestas a los grandes retos de la reumatología.

Con nuestra experiencia, trabajamos para resolver las necesidades no cubiertas. De la mano de científicos y expertos, juntos nos esforzamos por **crear un mundo de posibilidades para miles de personas con una enfermedad reumatológica.**