

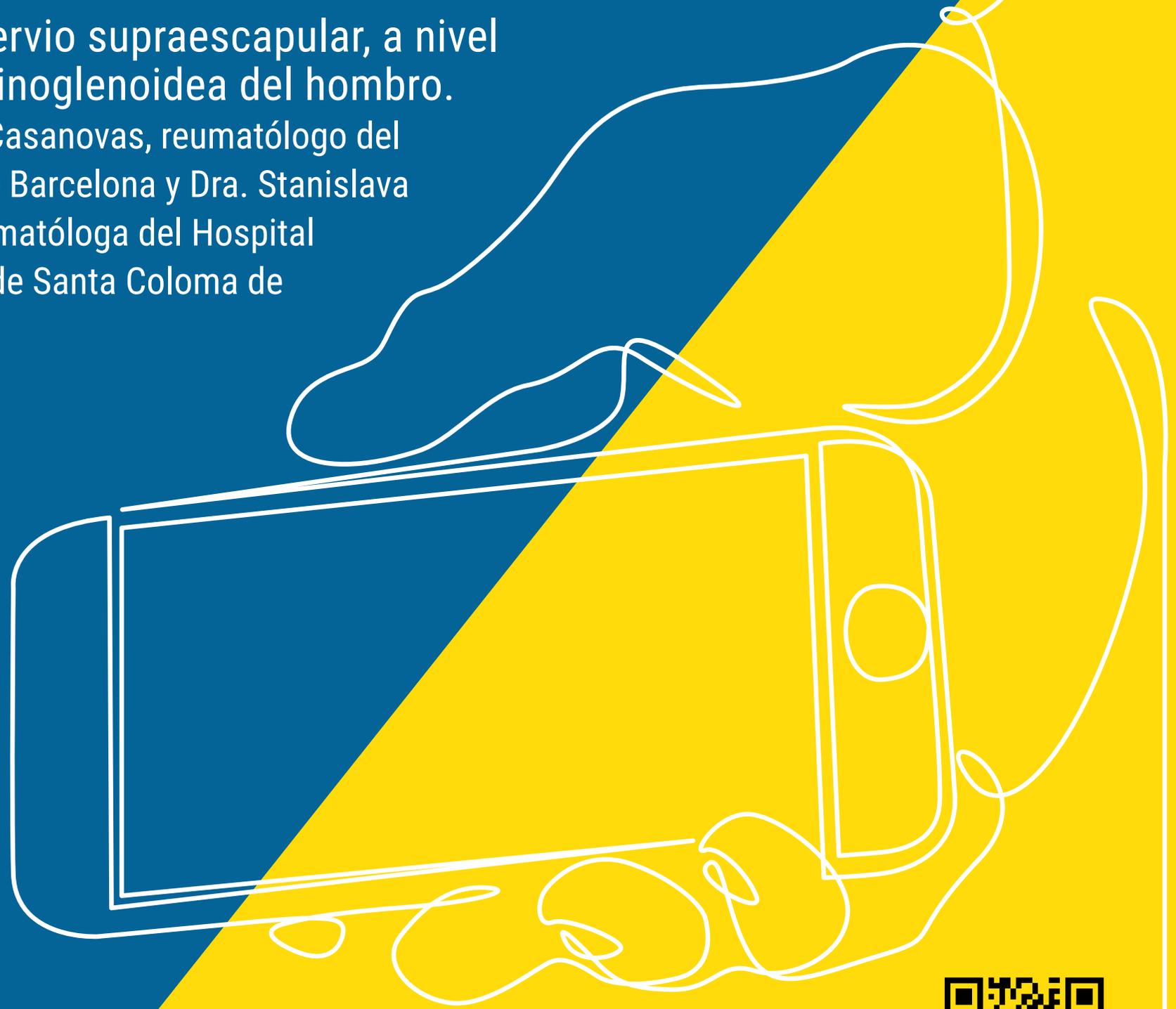
Nº 21 | primavera 2024

# El Reumatólogo

# NO TE PIERDAS EL VÍDEO-ARTÍCULO:

Bloqueo del nervio supraescapular, a nivel de la fosa espinoglenoidea del hombro.

Dr. Emili Gómez-Casanovas, reumatólogo del Hospital Clínic de Barcelona y Dra. Stanislava Mandelikova, reumatóloga del Hospital de l'Esperit Sant de Santa Coloma de Gramanet.



# Sumario

4	<b>BIBLIOGRAFÍA COMENTADA</b>
9	<b>ARTÍCULOS</b> La dieta en la gota
19	<b>BLOC DE NOTAS</b> El origen de los ensayos clínicos
20	<b>INVESTIGACIÓN</b> Un proyecto holístico para avanzar en la remisión de la AR
22	<b>FORMACIÓN</b> Puntos clave del IX Simposio SER de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas
29	<b>SOCIEDADES</b> Consolidación y avance en la Reumatología valenciana
30	<b>NOTICIAS</b> Visibilizamos las enfermedades reumáticas en niños, con la ayuda del ilustrador Javirroyo
38	<b>MÁS ALLÁ DE LA CONSULTA</b> La música, un fenómeno indescifrable

## El proyecto “Legado SER” sigue avanzando

**S**eguimos dando pasos firmes en nuestro proyecto “Legado SER” con el objetivo de defender la especialidad ante las administraciones públicas, proponiéndoles trabajar de forma conjunta para lograr mejoras para la Reumatología. En concreto, se han mantenido en estos primeros meses del año reuniones en Asturias y Baleares, mientras que se avanza en proyectos en otras comunidades como Madrid, Cataluña o Andalucía.

Nos adelantamos a nuestro 50 Congreso Nacional de la SER, que este año tendrá lugar en Maspalomas (Gran Canaria) del 7 al 10 de mayo y te contamos lo que no te puedes perder de nuestra cita anual con la Reumatología.

Si no pudiste asistir al IX Simposio de Enfermedades Autoinmunes de la SER, en este número de la revista recogemos los mensajes más importantes que se pusieron de manifiesto y, además, nos adentramos en la Unidad de Investigación para que nos presente un nuevo proyecto como es Remisión-AR y nos ponga al día de los otros proyectos que están en marcha.

Otras noticias que presentamos porque creemos de interés son los webinar que llevamos a cabo con las asociaciones de pacientes, la publicación de nuevos materiales de nuestra campaña Reumafit y la última iniciativa enmarcada en nuestro compromiso medioambiental, entre otros aspectos.

**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

**ATREVIÁ**

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

**Dr. Tarek Carlos Salman Monte**

Servicio de Reumatología.  
Hospital del Mar (Barcelona).

# Bibliografía COMENTADA

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

## ARTRITIS PSORIÁSICA

**CITA:** Maranini B, Mandrioli S, Ciancio G, Fabbian F, Galiè M, Govoni M. **Temporomandibular joint involvement in psoriatic arthritis: a prospective clinical and ultrasonographic study. Clin Exp Rheumatol.** 2024 Jan;42(1):39-47. doi: 10.55563/clinexprheumatol/pfi2ql. Epub 2023 Aug 3. PMID: 37534684.

**RESUMEN:** La artritis psoriásica (APs) es una enfermedad inflamatoria crónica heterogénea que afecta entre el 0,3% y el 1% de la población y hasta el 30% de las personas con psoriasis. El trastorno de la articulación temporomandibular (ATM) afecta aproximadamente al 5-12% de la población general durante toda la vida, causando dolor crónico e incluso discapacidad si no se trata. Aunque las causas más comunes de la afectación de la ATM son físicas (problemas orofaciales, mala oclusión, desplazamiento discal) y factores psicosociales (como el bruxismo), la patología inflamatoria de la articulación, también es una causa importante. El objetivo de este estudio fue evaluar la prevalencia de trastornos temporoman-

dibulares en una cohorte monocéntrica de pacientes afectados por APs. También investigar la precisión de la ecografía de la ATM para detectar precozmente sus alteraciones, sobre todo en pacientes asintomáticos u oligo asintomáticos y por último explorar la correlación entre índices clinimétricos de APs con la ecografía articular de la ATM y los hallazgos clínicos de dicha articulación. Se incluyeron 142 pacientes con artritis psoriásica entre 2018 y 2021. Hasta 111 pacientes eran totalmente asintomáticos a nivel de la ATM, pero el 58,5% de ellos ya mostró cambios en la ecografía de misma; además, 103 pacientes estaban asintomáticos tras la exploración física del cirujano maxilofacial, sin embargo, el 55,3% ya presentaba signos ecográficos de afectación de la ATM. El análisis univariado de subgrupos con y sin sinovitis de la ATM y con y sin señal Doppler, mostró una prevalencia significativa de afectación entésica periférica en pacientes afectados por trastorno de la ATM (95,7% vs. 4,3%,  $p=0,001$ ; y 72,2% vs. 27,3%,  $p=0,007$ , respectivamente). El análisis de regresión multivariante confirmó los resultados



**La ecografía  
puede detectar  
signos tempranos  
de afectación de  
la ATM, lo que  
garantiza una  
detección precoz  
y un manejo  
adecuado, en una  
articulación que  
por sistema se  
evalúa poco”**

( $p=0,01$  y  $p=0,013$ , respectivamente) (o sea, a mayor afectación de la ATM, mayor entesitis periférica). Los autores concluyen que la afectación entesítica periférica puede representar un factor de riesgo potencial para el desarrollo de sinovitis de la ATM en los pacientes con APs.

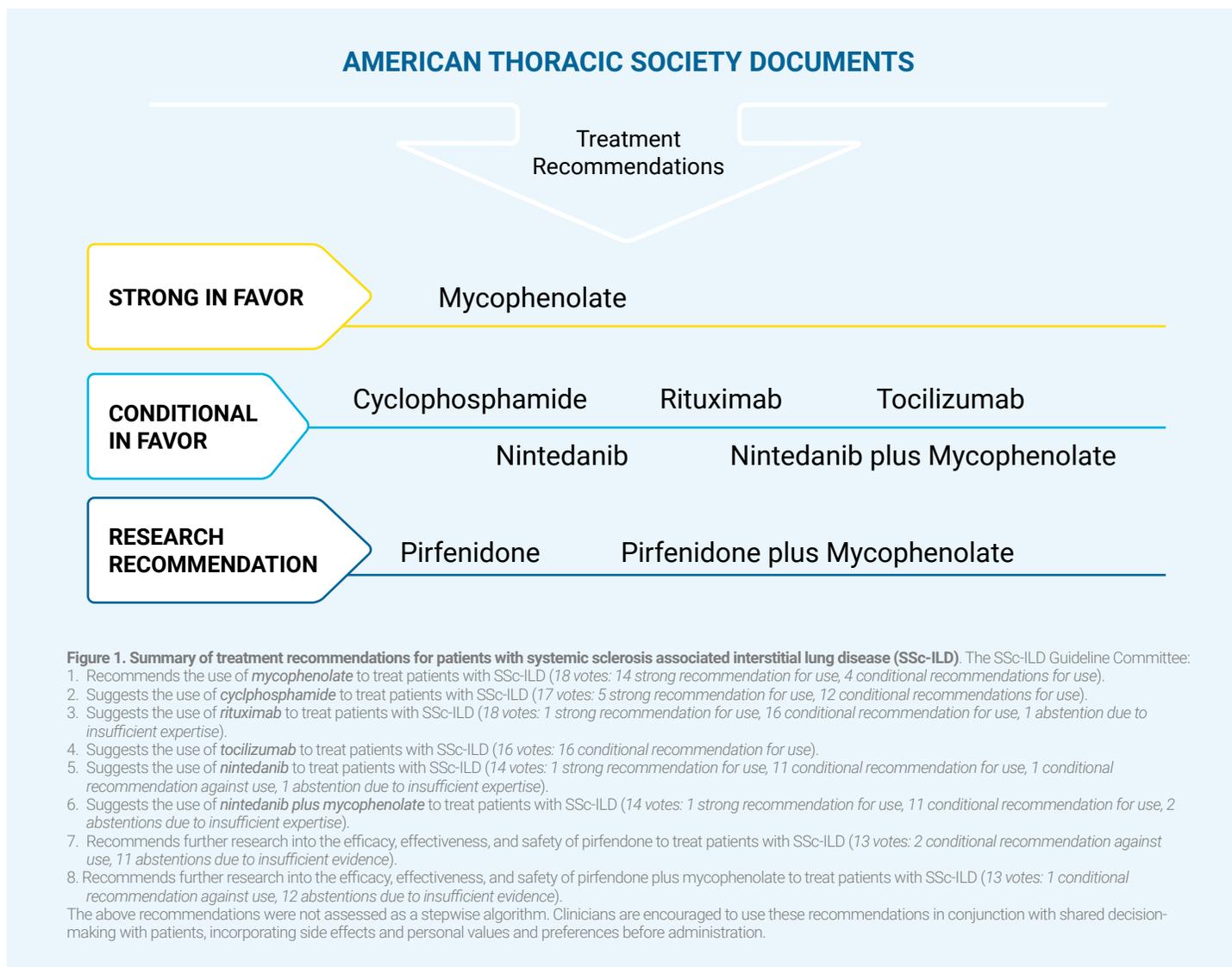
**COMENTARIO:** Dado que el trastorno de la ATM a menudo se desarrolla de forma asintomática, la ecografía puede detectar signos tempranos de afectación de la ATM, lo que garantiza una detección precoz y un manejo adecuado, en una articulación que por sistema se evalúa poco, y que una vez afectada causa mucha disfunción a los pacientes.

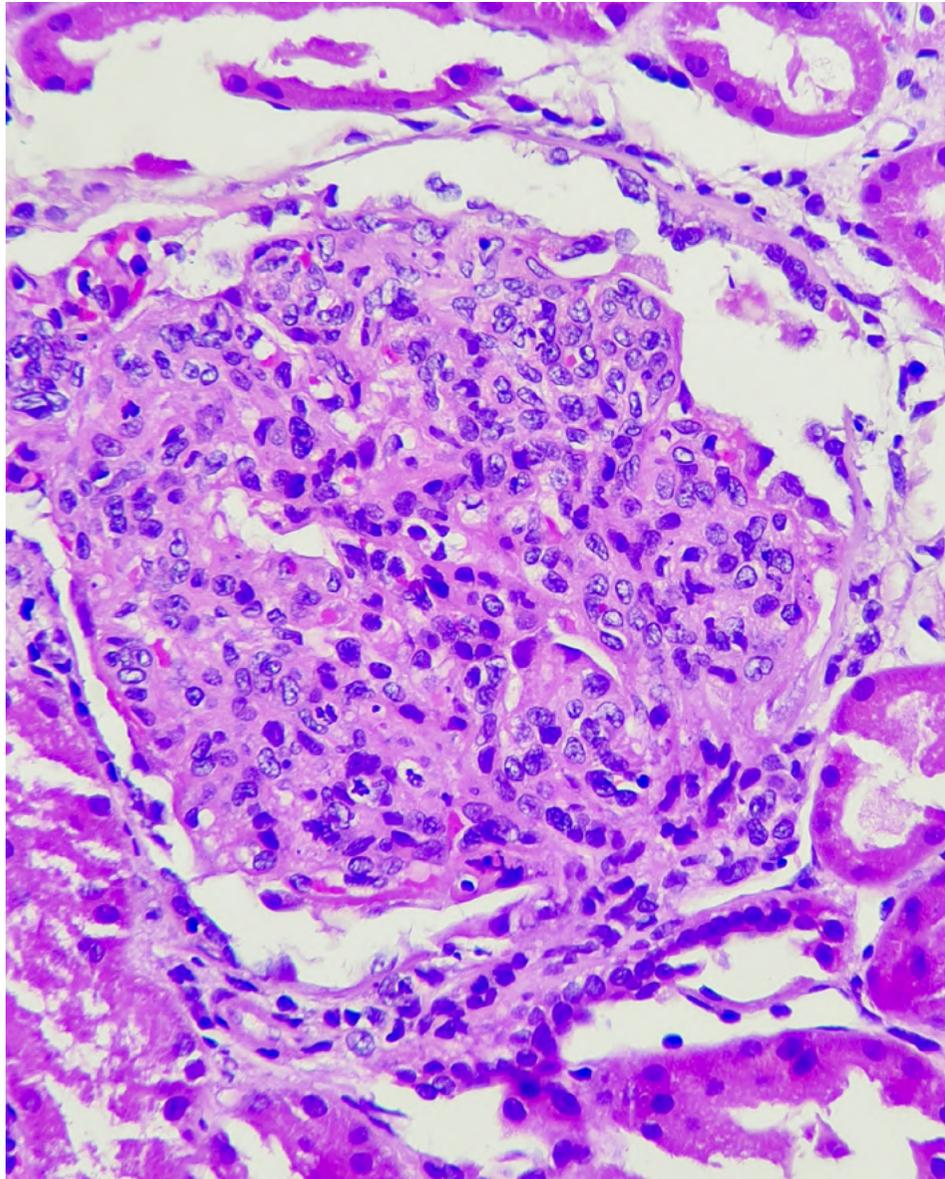
## ESCLEROSIS SISTÉMICA

**CITA:** Raghu G, Montesi SB, Silver RM, Hossain T, Macrea M, Herman D, Barnes H, Adegunsoye A, Azuma A, Chung L, Gardner GC, Highland KB, Hudson M, Kaner RJ, Kolb M, Scholand MB, Steen V, Thomson CC, Volkmann ER, Wigley FM, Burlile D, Kemper KA, Knight SL, Ghazipura M. **Treatment of Systemic Sclerosis-associated Interstitial Lung Disease: Evidence-based Recommendations. An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline.** Am J Respir Crit Care Med. 2024 Jan 15;209(2):137-152. doi: 10.1164/rccm.202306-1113ST. PMID: 37772985; PMCID: PMC10806429

**RESUMEN:** La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) es una causa importante de morbilidad y mortalidad en pacientes con esclerosis sistémica (SSc). Hasta la fecha, las guías de práctica clínica sobre el tratamiento de los pacientes con SSc-EPI se basan principalmente en documentos de consenso. El propósito de esta guía es proporcionar a los médicos recomendaciones para el tratamiento de los pacientes con enfermedad pulmonar intersticial (EPI) asociada con esclerosis sistémica (ES) (pacientes con SSc-EPI) a través de un análisis de la evidencia en la literatura disponible hasta octubre de 2022. Este trabajo pretende evaluar el uso de las diferentes terapias por separado y en combinación con micofenolato, nintedanib y pirfenidona. El resumen de las recomendaciones se presenta en la figura 1. El comité hizo una fuerte recomendación a favor del micofenolato, y recomendaciones condicionales a favor de ciclofosfamida, rituximab, tocilizumab, nintedanib y la combinación de nintedanib más micofenolato. Los resultados fueron los siguientes. Para el tratamiento de pacientes con SSc-EPI, el comité: 1) recomienda el uso de micofenolato; 2) recomienda más investigaciones sobre la seguridad y eficacia de (a) pirfenidona y (b) la combinación de pirfenidona más micofenolato; y 3) sugiere el uso de (a) ciclofosfamida, (b) rituximab, (c) tocilizumab, (d) nintedanib y (e) la combinación de nintedanib más micofenolato.

**COMENTARIO:** El documento ha sido elaborado por la Asamblea de la Sociedad Americana Torácica sobre Problemas Clínicos. Los metodólogos realizaron una revisión sistemática de la literatura, prepararon resúmenes de la evidencia de una manera sistemática, seguidos de la metodología de trabajo GRADE. Se efectuaron un total de 8 preguntas PICO. Los autores concluyen que las recomendaciones proporcionadas son una guía de práctica clínica basada en la evidencia para el tratamiento de pacientes con SSc-EPI y están destinados a servir como base para la toma de decisiones conjuntas por parte de los médicos y pacientes.





“  
Los datos de tres años respaldan aún más el uso de voclosporina con MMF y glucocorticoides en dosis bajas para el tratamiento de la nefritis lúpica”

## LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

**CITA:** Saxena A, Ginzler EM, Gibson K, Satirapoj B, Santillán AEZ, Levchenko O, Navarra S, Atsumi T, Yasuda S, Chavez-Perez NN, Arriens C, Parikh SV, Caster DJ, Birardi V, Randhawa S, Lisk L, Huizinga RB, Teng YKO. **Safety and Efficacy of Long-Term Voclosporin Treatment for Lupus Nephritis in the Phase 3 AURORA 2 Clinical Trial.** *Arthritis Rheumatol.* 2024 Jan;76(1):59-67. doi: 10.1002/art.42657. Epub 2023 Sep 15. PMID: 37466424.

**RESUMEN:** La voclosporina es un nuevo inhibidor de la calcineurina (ICN) aprobado en los Estados Unidos y, más recientemente, en Europa, para el tratamiento de pacientes adultos con nefritis lúpica (NL) activa en combinación con otros inmunosupresores. La voclosporina se asocia con un efecto favorable sobre el perfil metabólico lipídico y glucémico, además de tener un predecible perfil farmacocinético (no siendo necesario determinar niveles), en comparación con los otros ICN. El AURORA 1 es un ensayo clínico fase 3, doble ciego, controlado y aleatorizado en donde se compara la eficacia y seguridad de voclosporina frente a placebo. Así en el AURORA 1 se demuestra la superioridad clínica de la voclosporina con micofenolato de mofetilo (MMF) y glucocorticoides a dosis bajas en comparación con MMF y glucocorticoides en dosis bajas solos. El AURORA 2, evalúa la seguridad y tolerabilidad a largo plazo de voclosporina en comparación con placebo en pacientes con NL que reciben 24 meses adicionales de tratamiento después de completar el AURORA 1. Juntos, AURORA 1 y 2 representan el mayor y más largo programa clínico controlado con placebo que evalúa un tratamiento basado en ICN para el tratamiento de la NL y es el único ensayo clínico que incluye tres años de tratamiento continuo de NL en combinación con MMF y glucocorticoides en dosis bajas. Un total de 216 pacientes se enrolaron en AURORA 2. El tratamiento fue bien tolerado y el 86,1% de los pacientes completó el estudio. Se

encontraron efectos adversos en el 86% de los pacientes del grupo voclosporina frente al 80% de los pacientes del grupo control. Así, se halló una disminución de la tasa de filtración glomerular (TFG) e hipertensión, con mayor frecuencia en el grupo voclosporina que el grupo control (10,3% frente a 5,0% y 8,6% frente a 7,0%, respectivamente). La TFG estuvo dentro del rango normal y estable en ambos grupos de tratamiento. La mejoría de la proteinuria persistió durante tres años de tratamiento, lo que llevó a respuestas renales completas más frecuentes en pacientes tratados con voclosporina (50,9% frente a 39,0%; odds ratio 1,74; 95% IC 1,00–3,03). En AURORA 2, los pacientes continuaron con la misma dosis del fármaco del estudio utilizado al final de AURORA 1; la mayoría (78,4% voclosporina; 90,0% control) recibieron 23,7 mg dos veces al día (BID) de voclosporina o el placebo equivalente. Al final de AURORA 2, el 49,1% de la voclosporina y el 64,0% del grupo control recibían 23,7 mg dos veces al día de voclosporina o de placebo equivalente.

**COMENTARIO:** Este análisis confirma la seguridad, tolerabilidad y eficacia de voclosporina, reportados anteriormente en el AURORA 1, sin cambios nuevos o inesperados sobre la seguridad tras 2 años adicionales de tratamiento. Los autores proponen que la rápida respuesta renal lograda con voclosporina en AURORA 1, tiene consecuencias beneficiosas a largo plazo, respaldadas por la función renal estable durante los tres años de periodo de tratamiento. En general, los datos de tres años respaldan aún más el uso de voclosporina con MMF y glucocorticoides en dosis bajas para el tratamiento de la NL.

## COVID, COVID PERSISTENTE Y DOLOR CRÓNICO

**CITA:** Cervia-Hasler C, Brüningk SC, Hoch T, Fan B, Muzio G, Thompson RC, Ceglarek L, Meledin R, Westermann P, Emmenegger M, Taeschler P, Zurbuchen Y, Pons M, Menges D, Ballouz T, Cervia-Hasler S, Adamo S, Merad M, Charney AW, Puhan M, Brodin P, Nilsson J, Aguzzi A, Raeber ME, Messner CB, Beckmann ND, Borgwardt K, Boyman O. **Persistent complement dysregulation with signs of thromboinflammation in active Long Covid.** Science. 2024 Jan 19;383(6680):eadg7942. doi: 10.1126/science.adg7942. Epub 2024 Jan 19. PMID: 38236961.

**RESUMEN:** La infección aguda por SARS-CoV-2 tiene una gran variedad de fenotipos clínicos, desde asintomático hasta potencialmente mortal. Se sabe que alrededor del 20% de los pacientes diagnosticados con COVID-19 y alrededor del 5% de todas las personas infectadas por SARS-CoV-2 no se recuperan del todo de la enfermedad aguda y desarrollan a largo plazo complicaciones, llamadas "Long Covid", en castellano Covid persistente. Estas complicaciones van desde síntomas como la fatiga, malestar post-esfuerzo y deterioro cognitivo, pudiendo simular otras afecciones post-virales como la encefalomielitis miálgica/síndrome de fatiga crónica. Las hipótesis actuales sobre Covid persistente incluyen el daño tisular, los reservorios virales, la autoinmunidad y la inflamación persistente. La respuesta inmune al SARS-CoV-2 se ha estudiado ampliamente y se inicia en el primer contacto con el virus, lo que lleva a una fuerte activación de los sistemas inmunológicos innato y adaptativo. La inmunopatología aguda relacionada con el SARS-CoV-2 se ha asociado con exceso de inflamación, activación del complemento, hipercoagulación y lesión vascular. Los autores realizan un análisis de proteómica multimodal de suero sanguíneo a una cohorte prospectiva que incluía controles sanos, pacientes con Covid persistente y pacientes que se re-

cuperaron completamente de COVID-19 leve o grave. Se realiza análisis de >6500 proteínas en 268 muestras, que revelaron que los pacientes con Covid persistente mostraron un aumento de activación del complemento durante la fase aguda de la enfermedad, que también persistió a los 6 meses de seguimiento. Curiosamente, los niveles de complemento en sangre se normalizaron en pacientes con Covid persistente que se recuperaron antes de su seguimiento a los 6 meses. El sistema del complemento puede ser activado por varios triggers, resultando como producto final la formación del complejo terminal del complemento (TCC), formado por el componente del complemento C5b-9. Estos complejos pueden integrarse en las membranas celulares e inducen a las células a activación o lisis. Los pacientes con Covid persistente mostraron una formación desequilibrada de TCC, marcada por un aumento de complejos C5bC6 solubles y disminución de niveles de formaciones TCC que contienen C7 que pueden incorporarse a las membranas celulares. Esto sugirió que hubo un aumento en la inserción de los TCC en las membranas celulares, en pacientes con Covid persistente contribuyendo al daño tisular. En consecuencia, los pacientes con Covid persistente mostraron marcadores elevados de lesión tisular en sangre y una firma trombo-inflamatoria, caracterizada por marcadores de activación endotelial, como el factor von Willebrand (vWF) y la lisis de las células de la serie roja a nivel plasmático. Los niveles bajos de antitrombina III en los pacientes con Covid persistente estuvieron acompañados de signos de aumento de la escisión por trombina, un impulsor de la formación de TCC. Además, los pacientes con Covid persistente tenían los marcadores de activación plaquetaria y los agregados de monocitos-plaquetas elevados, en el seguimiento a los 6 meses, especialmente en los casos en que el Covid persistente continuó durante 12 meses o más. Estos pacientes también

mostraron signos de activación de la vía clásica del complemento mediada por anticuerpos, como los anticuerpos IgG, anti-CMV (citomegalovirus, también conocido como herpesvirus humano 5) y anti-EBV (virus de Epstein-Barr).

**COMENTARIO:** Estos datos sugieren que el Covid persistente va acompañado de una firma proteica característica. Los autores concluyen que este trabajo ofrece además de una base para nuevas soluciones de diagnóstico, una nueva vía de investigación clínica sobre los moduladores del complemento para pacientes que sufren Covid persistente. Ya para concluir, y esto es una opinión personal, creo que también puede ser una vía de investigación esperanzadora en nuestros pacientes con fibromialgia y/o fatiga crónica, que tanto se necesita.



**El Covid persistente  
va acompañado de  
una firma proteica  
característica”**



“  
Los predictores  
de la afectación  
visual fueron la  
edad avanzada y  
la claudicación  
mandibular”

## VASCULITIS

**CITA:** Molina-Collada J, Domínguez-Álvaro M, Melero-González RB, Fernández-Fernández E, Silva-Díaz M, Valero JA, González I, Martín JS, Narváez J, Calvo I, Mendizábal J, Alcázar LA, Loricera J, Roman AR, Moya P, Cabañas MT, Estrada P, Prado FJ, Castañeda S, Blanco R. **Visual manifestations in giant cell arteritis: identification of risk factors from the ARTESER Registry.** *Rheumatology (Oxford)*. 2024 Jan 20:keae042. doi: 10.1093/rheumatology/keae042. Epub ahead of print. PMID: 38244610.

**RESUMEN:** La arteritis de células gigantes (ACG) es la forma más común de vasculitis en los ancianos. Los síntomas oculares ocurren principalmente al inicio de la enfermedad. La ceguera, que generalmente se debe a la afectación de las ramas oftálmicas de la arteria carótida interna, es una de las complicaciones más temidas. La neuropatía óptica isquémica anterior (NOIA), una afección a menudo irreversible, es la causa más común de ceguera asociada a ACG, aunque la oclusión de la arteria central de la retina, la oclusión de la arteria cilioretiniana y el infarto del lóbulo occipital también pueden causar pérdida permanente de la visión. La incidencia informada de manifestaciones visuales en la ACG varía ampliamente, del 12% al 70%. Considerando lo mencionado, dentro del mayor registro clínico de pacientes con ACG documentado hasta la fecha, los objetivos del presente estudio fueron: a) determinar la prevalencia y las características de los síntomas oculares, y b) identificar factores predictivos de afectación visual. La población de estudio estuvo compuesta por 1.636 pacientes con ACG, de los cuales 599 (36,6%) presentaron manifestaciones visuales. La NOIA fue la complicación ocular más frecuente (n=274 de 599; 45,7%). Un tercio de los pacientes con ACG presentaron manifestaciones visuales en el momento del diagnóstico. La edad avanzada y la claudicación mandibular fueron predictores independientes de manifestaciones visuales, mientras que la PMR, la fiebre, la mayor duración de los síntomas y la VSG alta reducen el riesgo de implicación visual.

**COMENTARIO:** Las manifestaciones visuales son comunes en la ACG. Los predictores de la afectación visual fueron la edad avanzada y la claudicación mandibular. La presencia de PMR, fiebre, más tiempo en la duración de los síntomas y una VSG más alta reducen el riesgo de afectación visual.



# La dieta en la gota



**Dra. Lucía Silva Fernández**

Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

La gota es la causa más frecuente de artritis en el mundo con aproximadamente 41 millones de personas afectadas. La prevalencia varía entre el 1-7% y la incidencia anual está entre 0,5 y 3/1000 (1). La frecuencia de la gota y de sus comorbilidades asociadas está en aumento, sobre todo en países desarrollados y entre las mujeres. Un estudio poblacional reveló que la incidencia anual de la gota se duplicó entre 1989-1992 y 2009-2010 (2). Varios estudios (3-5) han detectado también un incremento en las hospitalizaciones por gota, llegando incluso a superar la tasa de hospitalización por artritis reumatoide (3). El perfil de comorbilidad de los pacientes con gota ha empeorado en los últimos años, con mayor prevalencia de obesidad, hipertensión, diabetes y enfermedad renal (2,6). Todas estas comorbilidades conllevan un riesgo aumentado de muerte prematura. Un análisis realizado en Reino Unido observó un exceso de mortalidad en pacientes con gota en una cohorte estudiada entre 1999-2006. Este exceso persistía en una cohorte más reciente entre 2007-2014 (7).

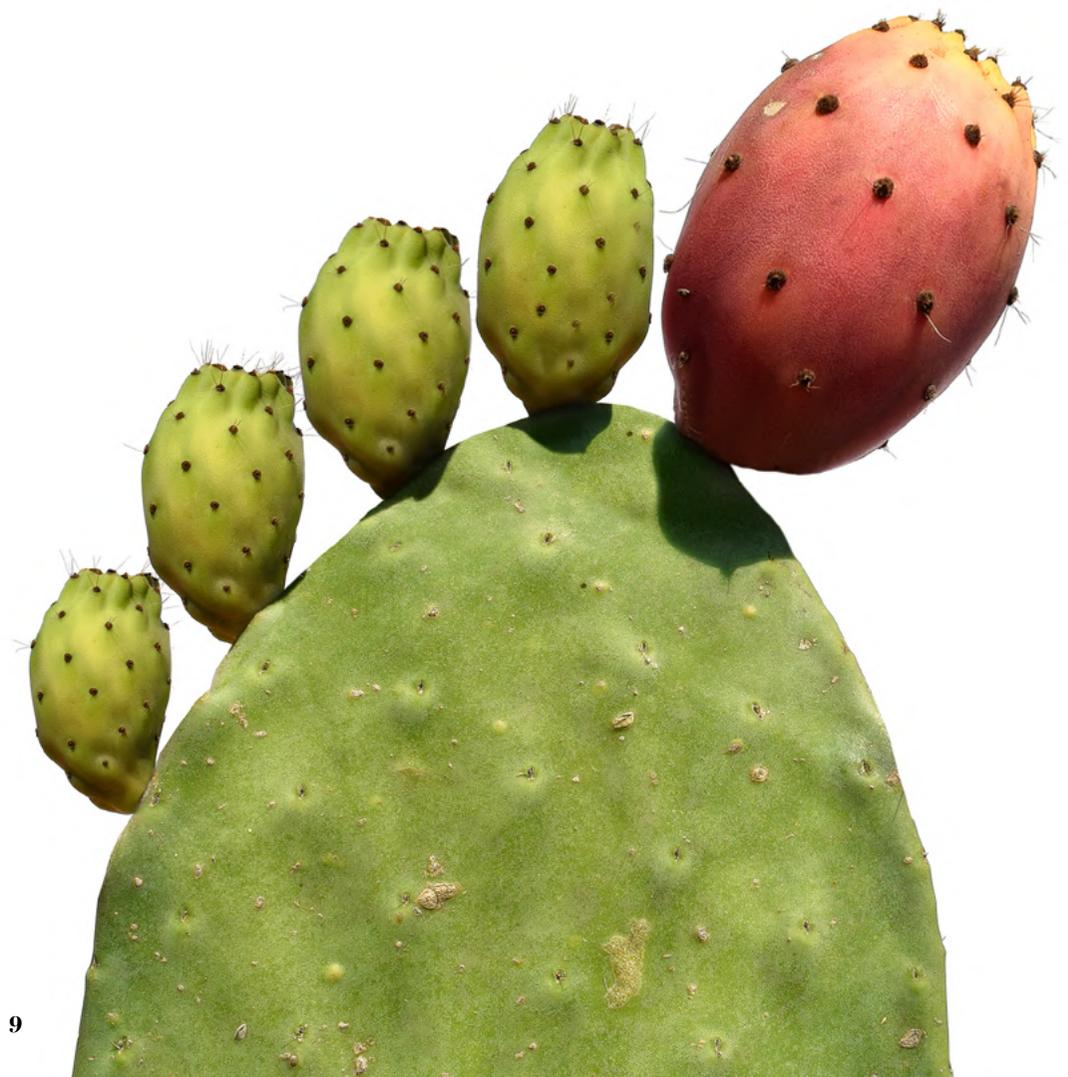
El estilo de vida occidental ha contribuido de manera crítica a esta epidemia de gota. En las últimas décadas, la alimentación en países desarrollados ha empeorado en calidad, con un aumento de la ingesta calórica total, la ingesta de

azúcares refinados y grasas saturadas, a la vez que ha disminuido el ejercicio físico. Todo ello ha desembocado en un aumento drástico de la tasa de obesidad, que está íntimamente ligada a la hiperuricemia y gota (8). La epidemia de obesidad también ha causado un aumento del síndrome metabólico, la hipertensión, la enfermedad renal crónica y la insuficiencia cardíaca, todos ellos factores de riesgo de gota. Por último, algunas de las medicaciones utilizadas para tratar estas comorbilidades, como los diuréticos o las bajas dosis de aspirina, contribuyen también a aumentar la uricemia y el riesgo de gota (9).

A continuación, se presenta la relación de varios alimentos y patrones dietéticos con la presencia de hiperuricemia y gota.

“

**La gota asocia muy frecuentemente comorbilidades cardiovasculares que impactan en la supervivencia de los pacientes”**



## PAPEL DE LOS ALIMENTOS INDIVIDUALMENTE

### Alcohol

Clásicamente, siempre se ha relacionado la ingesta alcohólica con la gota, sin diferenciar entre los diferentes tipos de alcohol. Un estudio que incluyó 14.809 participantes concluyó que los niveles de uricemia aumentaban con la ingesta de cerveza o licor, pero no con el vino (10). En cuanto a los desenlaces clínicos, se ha observado que la ingesta aumentada de alcohol incrementa los ataques de gota sin encontrar diferencias entre los tipos de alcohol (11).

### Cafeína

La ingesta de café tiene una relación inversa dosis-dependiente con la uricemia. Esta relación se mantiene con el café descafeinado. Sin embargo, no se ha encontrado una relación entre la ingesta total de té y cafeína con la uricemia (12). Esta relación del café también se observa con desenlaces clínicos, ya que el riesgo de desarrollar gota es inferior cuantas más tazas de café se beban al día. Se desconoce el mecanismo que subyace en esta asociación (13).

### Productos lácteos

Se ha relacionado la alta ingesta de productos lácteos con un menor riesgo de desarrollar gota y con menores uricemias. Se cree que factores de la grasa de la leche como el GMP o el G600 inhiben la interleuquina 1 $\beta$  y por lo tanto frenan la respuesta inflamatoria a cristales de urato monosódico. Se ha demostrado que la ingesta de leche se asocia a una reducción en los ataques de gota (14).

### Carne roja

La ingesta de carne roja se ha relacionado tanto con niveles elevados de uricemia como con gota clínica en diversos estudios y se confirmó en un metaanálisis publicado en 2018 (15).

“  
La gota es la  
causa más  
frecuente de  
artritis en el  
mundo”

### Vegetales ricos en purinas

Algunos vegetales como los guisantes, las espinacas, los espárragos o los puerros tienen un alto contenido en purinas. Sin embargo, hasta el momento, no se ha observado ningún efecto de los vegetales ricos en purinas en los niveles de uricemia ni en los desenlaces clínicos de gota. La soja, por ejemplo, a pesar de su alto contenido en purinas, no se ha asociado con la gota y parece que está inversamente relacionada con los niveles de uricemia (15).

### Cerezas

Se ha observado que el consumo de cerezas puede reducir a corto plazo los niveles de uricemia y ataques de gota. Se cree que este efecto se puede deber a las propiedades antioxidantes de las cerezas, así como sus efectos sobre el filtrado glomerular y la xantina-oxidasa. No se ha podido evaluar si la cereza tiene algún efecto sobre la gota incidente (16).





## El paciente con gota debería recibir recomendaciones personalizadas”

### Jarabe de maíz rico en fructosa

Su uso en EE.UU. es muy frecuente como edulcorante en bebidas azucaradas y también en postres, cereales de desayuno, yogures y sopas. Se ha observado que puede incrementar la uricemia de forma directa, además de incrementar la resistencia a la insulina, con la consecuente hiperinsulinemia que disminuye la excreción de ácido úrico y vuelve a revertir en la hiperuricemia (17).

### Ácidos grasos omega 3

Los ácidos grasos omega 3 tienen un efecto antiinflamatorio. Se ha observado que su ingesta se relaciona con niveles más bajos de uricemia tanto en individuos sanos como en pacientes con gota. También se ha sugerido que disminuye los ataques de gota, pero todavía no se ha estudiado su relación con la gota incidente (18).

### Marisco

La ingesta de marisco en relación con la gota tiene diferentes efectos a corto y largo plazo. En el corto plazo, puede inducir ataques de gota en individuos predispuestos por su alto contenido en purinas. Sin embargo, a largo plazo, su alto contenido en ácidos grasos omega 3 lo convierten en un alimento recomendable para la prevención de la comorbilidad cardiometabólica. Por tanto, se recomienda limitar la ingesta de marisco si el paciente está experimentando ataques de gota, pero se permite su ingesta una vez se hayan tomado medidas profilácticas para los ataques de gota y la uricemia se haya reducido suficientemente (8).

### Vitamina C

Varios estudios han sugerido el papel uricosúrico de la vitamina C y su relación con los niveles más bajos de uricemia, pero la mayoría se han realizado en individuos sanos, por lo que no hay suficiente evidencia para recomendar la ingesta de vitamina C en pacientes gotosos (18).

## DIETAS

### Dieta baja en purinas

Tradicionalmente se ha recomendado a los pacientes con gota limitar la ingesta de alimentos ricos en purinas. Esto incluye evitar comidas como la carne roja, los crustáceos, las bebidas alcohólicas y el pescado en conserva, entre otros (18). Este tipo de dieta resulta desagradable para los pacientes y es difícil de mantener. Por otro lado, cuando se limita la ingesta de un macronutriente (proteínas), se incrementa por compensación la ingesta de otros componentes de la dieta, como pueden ser los hidratos de carbono y las grasas. Estos cambios pueden exacerbar la resistencia a la insulina, lo que empeora el síndrome metabólico y sus complicaciones en pacientes con gota. Además, no se ha demostrado el beneficio de una dieta baja en purinas a largo plazo (19).

### Dieta mediterránea

La dieta mediterránea consiste en una ingesta alta de grasas monoinsaturadas (aceite de oliva), proteínas vegetales (legumbres), cereales integrales y pescado, y la limitación en la ingesta de alcohol, carne roja, cereales refinados y azúcares. Esta dieta ha demostrado que reduce la morbimortalidad cardiovascular y, si se suplementa con más aceite de oliva y frutos secos, reduce en más de la mitad el riesgo de diabetes tipo 2. Además, resulta más agradable para los pacientes y por tanto tiene mejor adherencia (20). Se ha observado un efecto de la dieta mediterránea en la reducción de los niveles de uricemia, pero hasta la fecha no se han realizado estudios con desenlaces clínicos de gota (21).

### Dieta DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*)

Esta dieta fue inicialmente diseñada para el manejo de la hipertensión. Promueve la ingesta de cereales integrales, fruta, vegetales, lácteos desnatados, legumbres y frutos secos y limita la ingesta de proteínas de origen animal. La dieta DASH ha demostrado mejorar el control de la tensión arterial y del perfil lipídico, así como disminuir el riesgo cardiovascular asociado a la diabetes mellitus tipo 2 y la mortalidad (22). Los resultados del ensayo OmniHeart (23) sugieren que la dieta DASH contribuye a reducir la uricemia en individuos sin gota. Un pequeño estudio piloto que incluyó 43 pacientes con gota mostró que la dieta DASH también contribuye a reducir la uricemia en individuos ya diagnosticados (24). En cuanto al impacto de esta dieta en el riesgo de desarrollar gota, un estudio de cohorte con más de 44.000 individuos mostró que los individuos con mayor adherencia a la dieta tenían un 32% de riesgo menos de desarrollar gota que los que no seguían la dieta (25). Hasta el momento, no se han realizado estudios con desenlaces clínicos de la gota.

## OTROS FACTORES DE ESTILO DE VIDA

Se ha demostrado que la pérdida de peso, ya sea por dieta, actividad física, cirugía bariátrica o una combinación de ellas, tiene un efecto positivo sobre la gota y la comorbilidad cardiovascular. Un metaanálisis sobre el impacto de la cirugía bariátrica en la uricemia, que incluyó 20 estudios con más de 5000 pacientes, demostró que la uricemia disminuye paralelamente a la pérdida de peso, llegando a reducirse en 2,41 mg/dl a los 24 meses de la cirugía (26).

El ejercicio físico, aparte de sus conocidos beneficios cardiovasculares, también tiene efectos directos e indirectos (reduciendo la adiposidad) en la gota y sus comorbilidades. El sedentarismo se ha relacionado con niveles más altos de uricemia y se ha sugerido que los pacientes con gota físicamente activos tienen una menor frecuencia de ataques (8).

El estilo de vida saludable es una pieza fundamental en el control de la gota. Un estudio realizado en el biobanco de Reino Unido que incluyó más de 400000 individuos sin gota, concluyó que un estilo de vida saludable se asocia a un menor riesgo de gota y puede atenuar hasta en un tercio el riesgo genético de desarrollar gota (27).

## CONCLUSIONES

La gota asocia muy frecuentemente comorbilidades cardiovasculares que impactan en la supervivencia de los pacientes. Por ello, el tratamiento de la gota no debe pretender únicamente reducir la uricemia, sino que debe perseguir un mejor control de las comorbilidades. En este sentido, la dieta y otros factores del estilo de vida resultan fundamentales. Los cambios en el estilo de vida pueden constituir el único tratamiento en pacientes con hiperuricemia asintomática o gota con pocas crisis, que no son candidatos a tratamiento farmacológico hipouricemiante. En aquellos que ya reciben medicación, los cambios en el estilo de vida actúan como adyuvante y contribuyen a reducir las comorbilidades y la mortalidad prematura. Por tanto, el paciente con gota debería recibir recomendaciones personalizadas sobre el estilo de vida adaptadas a su situación particular y las comorbilidades que presente.



# ¿Es posible la terapia dual en las espondiloartritis?



**Dra. Rosario García de Vicuña**

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de La Princesa, IIS-Princesa, Madrid.



La terapia dirigida dual (TDD) que combina fármacos biológicos o sintéticos dirigidos no se recomienda habitualmente en la práctica clínica ni en las guías clínicas de las enfermedades inflamatorias mediadas por inmunidad (EIMI), debido a una evidencia todavía escasa, posibles problemas en la de seguridad y alto coste (1).

Sin embargo, en base a la experiencia en enfermedad inflamatoria intestinal (EII), la TDD se ha propuesto como una estrategia factible en pacientes seleccionados con espondiloartritis (EspA) con enfermedad refractaria y no controlada, antecedentes de fallo a múltiples fármacos biológicos o sintéticos dirigidos o ante la coexistencia de síntomas extra-musculoesqueléticos no controlados.

Tras el fracaso o el techo terapéutico alcanzado con el uso de monoterapia, el objetivo de la TDD es mejorar la eficacia clínica mediante un efecto de sinergia, con la inhibición simultánea de dos dianas de la cascada inflamatoria con diferente mecanismo de acción (TNF-alfa, interleuquina 17, interleuquina 23, integrina alfa 4/ beta7), todas con implicación diversa en la patogenia y el desarrollo de diferentes dominios de la enfermedad.

## I. JUSTIFICACIÓN PARA EL USO DE TERAPIA DUAL DIRIGIDA EN ESPONDILOARTRITIS

### 1.1. Racional patogénico

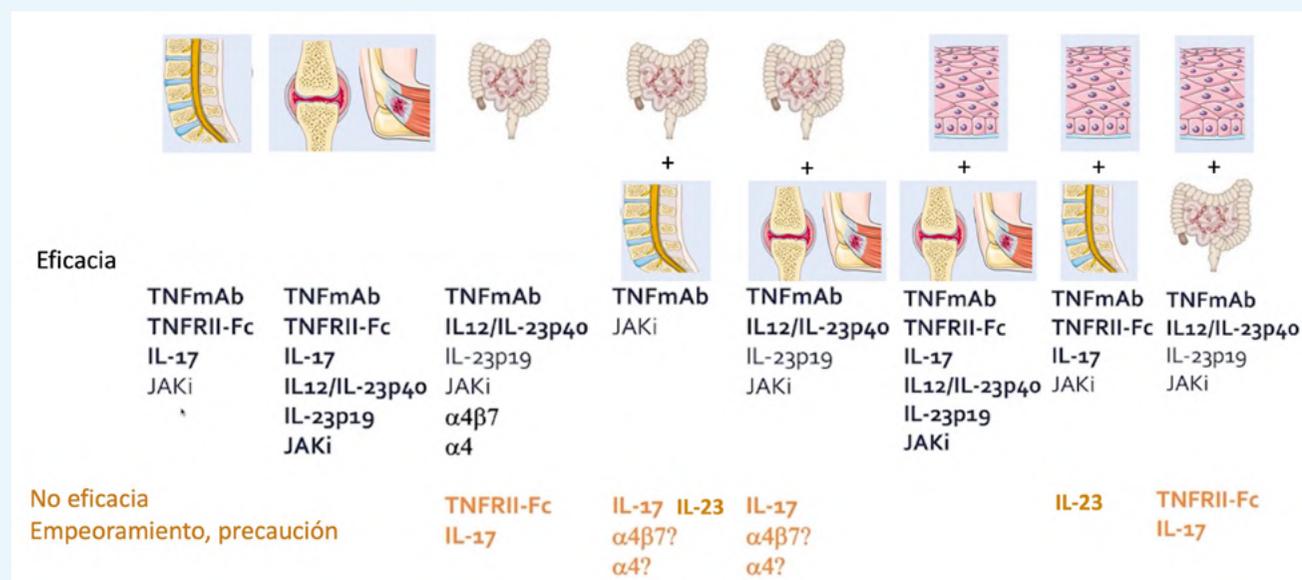
Bajo el término de EspA englobamos un grupo heterogéneo EIMI que se caracterizan por inflamación espinal y de sacroilíacas, artritis periférica o entesitis, pero con una gran diversidad en su espectro clínico en función de los dominios esqueléticos

y extra-musculoesqueléticos afectados. Por sus peculiaridades genéticas y patogénicas, junto a la diversidad de fenotipos en función de los dominios clínicos afectados, se considera la artritis psoriásica (Aps) como una entidad diferenciada dentro de las EspA.

La afectación musculoesquelética (axial o periférica), cutánea, ocular o intestinal pueden coexistir en el mismo paciente, aumentando la carga de enfermedad que impacta negativamente en la calidad de vida y complicando la selección de las estrategias terapéuticas óptimas para cada paciente.

En los últimos 20 años, la mayoría de las terapias biológicas dirigidas se han desarrollado en base a la implicación de citoquinas específicas en el amplio espectro de tejidos afectados en EspA (2, 3). Aunque la inflamación inmunomediada de diferentes órganos puede compartir vías patogénicas mediadas por algunas citoquinas como TNF, otras como IL-17 o IL-23 se involucran de forma diferencial en los procesos homeostáticos y de daño tisular en función del tejido u órgano afecto (4). En los últimos años, numerosas evidencias sustentan la existencia del «eje intestino-articulación», que algunos autores amplían a la piel, en el que factores inmunitarios interactúan con el ambiente y la predisposición genética del huésped (5, 6). La disbiosis intestinal contribuye al aumento de la permeabilidad intestinal, con la consiguiente activación de células inmunes, y la producción de citoquinas (TNF, IL-23 y IL-17), que estimulan la inflamación crónica y la migración de leucocitos del intestino a la articulación a través de receptores específicos de adhesión.

**Figura 1. Terapias dirigidas que han demostrado eficacia en diferentes perfiles clínicos de afectación en espondiloartritis. Basada en Siebert, S et al (7).**



todos los dominios e incluso puede estar desaconsejada por el perfil clínico del paciente con manifestaciones diversas (figura 1).

Otra hipótesis interesante está ganando interés para justificar la combinación de DTT. La pérdida secundaria de respuesta o refractariedad al bloqueo de una determinada citoquina podría deberse a “mecanismos de escape” en la citoquina diana (5). Durante el tratamiento con anti-TNF, se ha demostrado un aumento de IL-23p19, IL-23R e IL-17A en la mucosa de pacientes con EC, así como de células T IL-23R+ intestinales resistentes a la apoptosis, en los pacientes no respondedores. Por tanto, la adición de bloqueantes de IL-23 podría reducir el escape inducido por esta citoquina en pacientes con EC tratados con anti-TNF. De la misma forma, se ha observado un aumento paradójico de la respuesta Th17 en modelos animales y algunos pacientes con artritis reumatoide tras el inicio de tratamiento con anti-TNF (8).

Respecto a estudios preclínicos, la inhibición dual de IL-17 y TNF en modelos murinos de artritis reducen la inflamación y el daño estructural de forma más efectiva que el bloqueo de una sola CK, sugiriendo un efecto sinérgico (9).

### 1.2. Experiencia en enfermedad inflamatoria intestinal: seguridad

En la última década, se han acumulado experiencias exitosas con TDD en pacientes refractarios con EII con un perfil de seguridad aceptable (10-13). En tres revisiones sistemáticas y metanálisis, las tasas combinadas de efectos adversos (EA) severos fueron 9,6 %, 6,5 % y 0 % respectivamente, con un riesgo similar de infecciones entre la TDD y la monoterapia con fármacos biológicos (10-12).

Las combinaciones más comunes en estos estudios incluyen un anti-TNF o tofacitinib (TOF) o anti-IL12/23 con vedolizumab (VED), un antagonista selectivo de la integrina α4/β7, con heterogeneidad de resultados respecto a la combinación más efectiva (11-13). No se informaron EA emergentes.

“**Aparte de la inhibición de citoquinas mediante agentes biológicos específicos, otra alternativa terapéutica es el bloqueo de vías de señalización intracelular por los inhibidores de Janus kinasas**”

Entre los factores inmunitarios implicados, las células de la respuesta inmunitaria tipo 3 (CRI3) y citoquinas del eje IL-17/IL-23 tienen un papel fundamental. En condiciones homeostáticas, las CRI3, presentes mayoritariamente en piel y mucosas, mantienen la integridad de barrera de las superficies epiteliales y una protección microbicida constante, mediante la producción de IL-17 y 22. Esto podría explicar la ausencia de respuesta en la enfermedad de Crohn (EC) o las exacerbaciones y aparición de EII en pacientes con EspA tratados con inhibidores de IL17A (6). La mayoría de las CRI3 productoras de IL-17 (Th17, células inmunes innatas tipo 3, linfocitos T γ/δ) responden a la citoquina reguladora IL-23, ampliamente generada en la piel o intestino inflamados. En Aps, la vía proinflamatoria mediada por IL-17 parece ser dependiente de IL-23, que activa las células productoras de IL-17 presentes en las entesis y conduce al daño articular, mientras que en EspA axial, la producción IL-17A es estimulada directamente por la COX-2 y prostaglandina E en respuesta al estrés mecánico e independiente de IL-23(5). En

este sentido, se ha descrito que, en las entesis espinales de EspA, los linfocitos γ/δ residentes son capaces de producir IL-17, independiente de la expresión del receptor de IL-23, sugiriendo que el la EspA axial IL-23 podría tener un papel en estadios iniciales, pero no en más tardíos de la enfermedad (2, 3). Estas diferencias podrían explicar la deficiente respuesta al bloqueo del IL-23 (tanto por inhibidores de la subunidad p40 como p19 del receptor) en la afectación axial de las EspA (7).

Aparte de la inhibición de citoquinas mediante agentes biológicos específicos, otra alternativa terapéutica es el bloqueo de vías de señalización intracelular por los inhibidores de Janus kinasas (iJAK). En este sentido, varios iJAK han sido aprobados para el tratamiento de EspA axial, psoriasis, Aps y EII (3, 6).

Por tanto, la primera justificación para el bloqueo dual en pacientes refractarios o con afectación multidominio, viene dada por las diferencias en la jerarquía de citoquinas según el tejido y la enfermedad, donde la monoterapia no puede controlar

## 2. EXPERIENCIA DE TERAPIA DUAL DIRIGIDA EN ESPONDILOARTRITIS

Existe escasa información disponible sobre la TDD en EspA no psoriásica y todos los pacientes están incluidos en estudios de EII, donde los datos disponibles sobre la actividad y desenlaces de EspA son generalmente insuficientes.

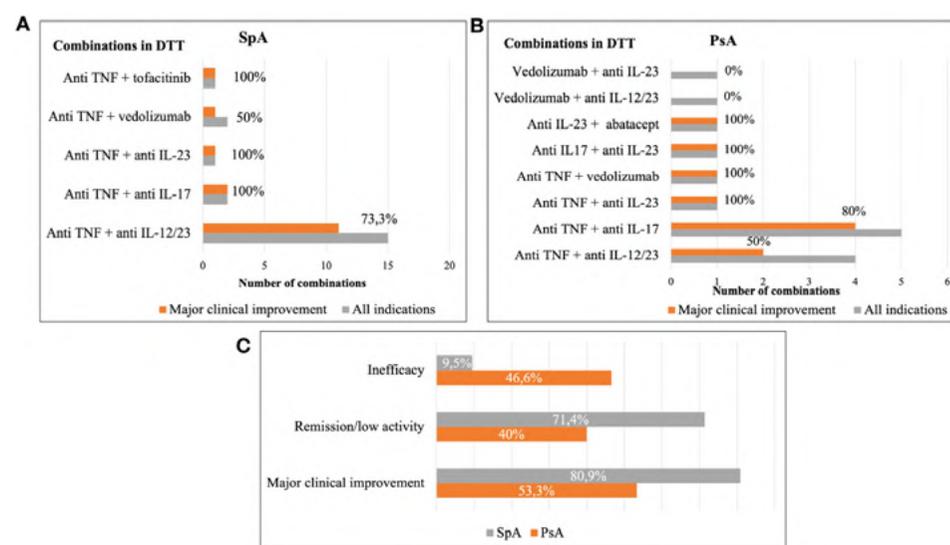
Un reciente estudio observacional multicéntrico europeo en pacientes con EII (14) incluyó 25 pacientes con “espondilitis anquilosante”, pero no especificaba las combinaciones ni los resultados para EspA asociada a EII. Las combinaciones más frecuentes incluyeron anti-TNF más VED, seguidas de anti-TNF o VED más ustekinumab (UST) u otros “inhibidores de IL”. Los resultados se muestran de forma global para las manifestaciones extraintestinales y sugieren que la TDD puede ser una estrategia prometedora, pero llaman la atención sobre el riesgo de infecciones graves u oportunistas, con una tasa no ajustada similar a otros estudios (11, 12)

Pocos estudios, mayoritariamente incluidos en los metaanálisis ya citados, proporcionan datos más precisos sobre las EspA, sin detectar EA graves, aunque en la mayoría los períodos de seguimiento fueron inferiores a un año.

Sólo algunas series que reúnen menos de una veintena de casos han explorado la TDD para el tratamiento de la APs refractaria. La combinación más utilizada fue anti-IL12/23 con anti-TNF que resultó eficaz en más del 80% de los pacientes, pero se detectaron EA en el 50%, la mayoría infecciones con 4 EA graves.

Un nuevo anticuerpo monoclonal bi-específico (ABT-122) dirigido frente a TNF e IL-17A ha demostrado, en pacientes con APs, una tolerabilidad aceptable en comparación con adalimumab en monoterapia durante un ensayo de fase II (15). Los resultados de un ensayo clínico fase III en marcha en APs, combinando golimumab (GOL) y un inhibidor de IL-23p19 podrán aportar información valiosa.

**Figura 2. Efectividad de la terapia dual dirigida. Los resultados se muestran como porcentaje de pacientes que lograron diferentes resultados por tipo de combinaciones, agrupadas por clases de fármacos utilizados en TDT en EspA (A), APs (B) y en la población general (C). Aps: artritis psoriásica; DTT: dual targeted therapy; SpA: Spondyloarthritis.**



Hasta el momento, la serie más extensa de DDT en EspA y APs corresponde a una experiencia multicéntrica española de vida real (16), en un intento de corroborar resultados prometedores de eficacia y seguridad proporcionados por una serie preliminar unicéntrica(17). El estudio observacional multicéntrico, realizado en 14 centros, reunió 39 combinaciones de TDD en 36 pacientes (22 pacientes con EspA y 14 con APs), el 69% con EII concomitante. La indicación más frecuente de TDD fue la presencia de síntomas de musculoesqueléticos. Nuestros pacientes alcanzaron una retención global de la TDD de casi el 70% durante una mediana de exposición de 14,9 [IQR 8-20.2] meses. Se suspendieron el 35% de las combinaciones, un 22% por ineficacia y 7,6% por EAs. Detectamos 4 EA graves en 3 pacientes (10% de las combinaciones, todas incluían anti-TNF), 3 de ellas infecciones, en línea con los resultados publicados en EII

(11, 12) y consistentes con los EA graves descritos previamente para los mismos fármacos en monoterapia.

Se registraron 19 combinaciones DDT diferentes, donde la combinación de clases más común fue anti-TNF más anti-IL12/23 o un anti-IL17. El 69,4% de las combinaciones consiguieron una respuesta clínica mayor (RCM) en algún momento del seguimiento, a pesar de una mediana fármacos biológicos/sintéticos dirigidos previos de 4 [IQR 1-5]. Las tasas de respuesta globales y por clases de dianas combinadas en la TDD, se recogen en la figura 2.

El diseño, la población y el seguimiento limitados, junto a la heterogeneidad de combinaciones, no permiten identificar la combinación óptima, ni excluir efectos adversos raros. En espera de ensayos clínicos bien diseñados, podemos concluir

que la seguridad, la tasa de respuesta y la persistencia sugieren la opción de TDD como una alternativa válida en pacientes con EspA y APs multi-refractarias y multidominio.

En el conjunto de evidencia disponible, la terapia dual se indica en EspA refractarias de larga evolución y con frecuencia asociadas a EII, con un riesgo/beneficio aceptable. VED o UST se utilizan a menudo como terapias de anclaje en la combinación, debido a su selectividad intestinal o perfiles de seguridad favorables.

# El bloqueo de complemento en el tratamiento de las vasculitis asociadas a ANCA



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

Las vasculitis asociadas a ANCA (VAA) son un grupo de vasculitis necrotizantes sistémicas donde predomina la afectación de pequeño vaso y, como indica su nombre, están usualmente asociadas a la presencia de anticuerpos frente al citoplasma del neutrófilo (ANCA). La prevalencia de la VAA se ha estimado en 198 casos/106 habitantes (IC95%: 187–210), de acuerdo con un reciente metanálisis (1). Se trata de una de las enfermedades reumáticas sistémicas más graves, con un exceso de mortalidad estimada a 10 años en torno al 20% (2).

La afectación renal es la manifestación de órgano mayor mas frecuente, apareciendo en la mayoría de los pacientes con granulomatosis con poliangeítis (GPA) o poliangeítis microscópica (PAM). De hecho, casi 4 de cada 5 pacientes presentan deterioro de función renal al diagnóstico (3,4) y hasta 3 de cada 10 desarrollarán enfermedad renal avanzada en los 5 años posteriores (5), a pesar del tratamiento estándar, lo que

incrementa notablemente la mortalidad, ya de por si elevada, de este grupo de vasculitis sistémicas. Considerada la actividad de la enfermedad globalmente, aunque más del 60% de los pacientes con GPA o PAM consiguen una remisión prolongada con el tratamiento estándar, en torno al 25% permanecen en situación de bajo nivel de actividad, y entre un 30 y un 50 % presentaran nuevos brotes de enfermedad, lo que conlleva un incremento del daño orgánico (6,7).

Aunque se les reconoce a los ANCA un papel esencial en la fisiopatología de estas entidades, el paradigma patogénico de las VAA, del que hasta muy recientemente se excluía al complemento, ha cambiado radicalmente en los últimos años (8). Si bien se trata de procesos heterogéneos, en la mayoría de los casos, al menos en su "fase sistémica", la presencia de ANCA es necesaria para el desarrollo de la lesión inflamatoria vascular característica, condición que se ha visto necesaria pero no suficiente. Los ANCA actuarían activando al neutrófilo

“  
**La activación de la vía alternativa del complemento, nuevo paradigma en la patogenia de las vasculitis asociadas a ANCA**”

pero, para ello, éste debería estar previamente "cebado", expresando en superficie los antígenos MPO (mieloperoxidasa) o PR3 (proteínasa 3), posibilitándose así la unión con el auto-anticuerpo correspondiente y la consecuente degranulación y NETosis, proceso que media, en gran parte, la lesión necrotizante del vaso (9). Esto explicaría porque no pocos pacientes con VAA permanecen seropositivos para los ANCA sin manifestar datos de actividad clínica. Y, en ese cebado (o "priming") del neutrófilo, parece esencial la activación de la vía alternativa del complemento, con la generación del C5a, una poderosa anafilotoxina que va a atraer al foco diversas células inmuno-efectoras y, mediante la unión a su receptor, expresado por el neutrófilo, va a provocar su cebado (9). Por otra parte, el propio neutrófilo es capaz, a través por ejemplo de la liberación de properdina durante su NETosis, de activar la vía alternativa del complemento, constituyendo una auténtica asa amplificadora de este proceso patogénico (10,11) (Figura 1).

Los modelos murinos sustentan la importancia del C3 en la patogenia de la VAA, ya que las lesiones glomerulares no se producen en el ratón knockout para C4, tras exponerlo a MPO, pero éstas si se desarrollan, por contra, en el knockout para C3 (12). Además, se acumulan evidencias del valor pronóstico del consumo de C3 en los pacientes con VAA (13,14), proceso que, a día de hoy, no podemos medir con suficiente sensibilidad en la rutina clínica, debido a la no disponibilidad de técnicas apropiadas.

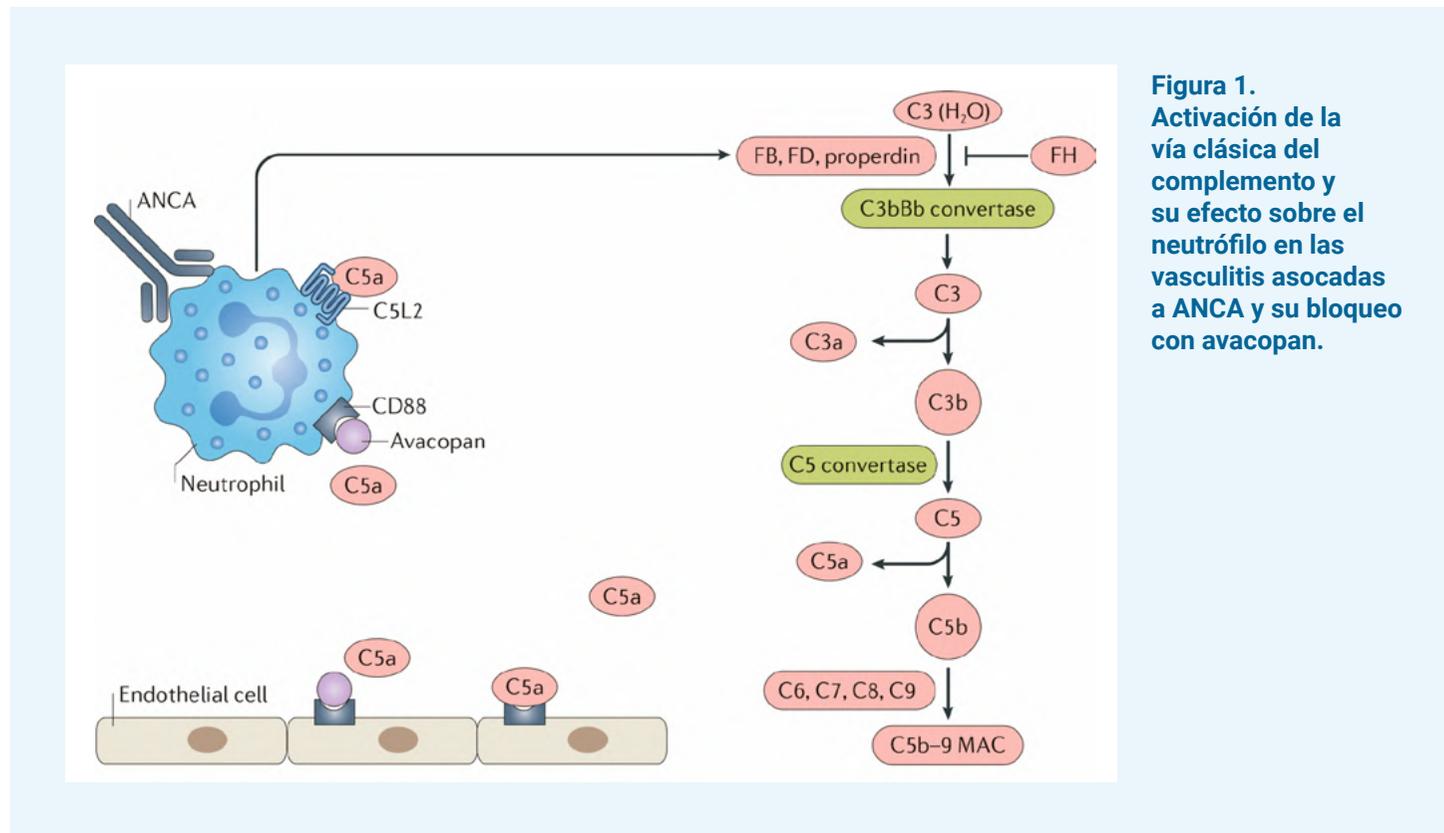
Avacopan es una pequeña molécula de síntesis que es capaz de bloquear, de forma alostérica, el C5aR o CD88, el receptor pro-inflamatorio para la fracción C5a del C5.

La ventaja teórica de este tipo de bloqueo es que hace posible la formación del complejo de ataque, a diferencia de otras modalidades de bloqueo de C5, como el eculizumab o el rabulizumab, monoclonales que, al dirigirse contra la molécula no escindida (esto es, C5), no permiten la activación de la vía final del complemento y, por tanto, interfiere con su función como elemento clave en la defensa frente a las infecciones por gérmenes encapsulados (15).

A raíz de los resultados de los ensayos clínicos aleatorizados (ECA) en fase II ("CLEAR" y "CLASI") (16,17), que fuertemente sugerían la posibilidad de que avacopan, añadido a la terapia inmunosupresora estándar, podría posibilitar el conseguir la remisión de la enfermedad, prescindiendo de los glucocorticoides (GC), se diseñó el ECA en fase III, "ADVOCATE". En este ECA se comparó avacopan (30 mg/12hs) asociado al tratamiento inmunosupresor estándar [(bien ciclofosfamida seguida de azatioprina, o bien rituximab (RTX)] versus prednisona 60 mg con "tapering" hasta suspensión en el plazo de 20 semanas, con los correspondientes placebos para cada brazo, en 330 pacientes con VAA, bien de nuevo diagnóstico o recidivantes. Conviene señalar que se excluyeron pacientes con un filtrado glomerular estimado (FGe) < 15 ml/minuto. En el brazo de avacopan, se consiguió una tasa de remisión comparable con la obtenida en el brazo de prednisona en la semana 26 (72,3% vs 70,1%), pero la tasa de remisión sostenida en la semana 52 resultó superior a placebo (65,7% vs 54,9%, p=0.0066) (18). Un análisis posterior del subgrupo de pacientes tratados con RTX + avacopan (64,8%) mostró aún mejores resultados a favor de avacopan, comparando las tasas de remisión sostenida a las 52 semanas [81/107

(75,7%) vs 60/107 (56,1%) con placebo+RTX] (19). Hay que señalar, como limitación, que los pacientes recibieron solo 1 ciclo de inducción de RTX, sin dosis de mantenimiento. La dosis media diaria de prednisona, cuyo empleo fue permitido como rescate en el brazo de avacopan, fue mayor con placebo (12 mg vs 4 mg) (18). Se registraron menos brotes con avacopan y las diferencias en FGe al final del ensayo fueron favorables al fármaco activo, particularmente en el subgrupo con menor tasa de FGe, con una diferencia estadísticamente significativa de 16.1 ml/min vs 7.7 ml/min en el grupo placebo (20). En términos de seguridad, se encontraron ciertas diferencias en efectos adversos respecto a placebo durante los ECAs, en concreto una mayor incidencia de elevaciones de transaminasas y eventos hepatobiliares en el grupo de tratamiento con

avacopan incluido alguno evento grave, aunque sin desenlace fatal. En el seguimiento post-comercialización, se han comunicado también casos aislados de lesión hepática grave en pacientes siendo tratados con avacopan, todos ellos con inmunosupresión concomitante (21). Esto ha llevado a desaconsejar su uso en pacientes con enfermedad hepática activa no tratada o no-controlada o en situación de cirrosis hepática. Respecto al impacto de este potencial efecto adverso en la necesidad de monitorización, no se ha definido un protocolo estándar, pero parece razonable sugerir controles periódicos de transaminasas y quizás bilirrubina, sobre todo en los primeros meses de tratamiento. Por otro lado, en ADVOCATE, las infecciones fueron numéricamente inferiores en el grupo de avacopan, pero sin alcanzar significación estadística, significación



**Figura 1.** Activación de la vía clásica del complemento y su efecto sobre el neutrófilo en las vasculitis asociadas a ANCA y su bloqueo con avacopan.

“  
**Avacopan**  
 es el primer  
 inhibidor del  
 C5a que ha  
 demostrado  
 eficacia en el  
 tratamiento de  
 las vasculitis  
 asociadas  
 a ANCA”

que si se alcanzó en un análisis post-hoc integrado de los dos ECAS fase II y el ADVOCATE (22), resultando favorables a avacopan. Es interesante resaltar que un subanálisis demuestra menor toxicidad dependiente de GC en el brazo de avacopan en varios dominios, como BMI, tolerancia a la glucosa, metabolismo lipídico o toxicidad cutánea (23). Teniendo en cuenta que, en las VAA, los GC son una importante causa de daño orgánico, estos datos resultan alentadores.

Los resultados de ADVOCATE plantean un giro copernicano en la estrategia terapéutica de las vasculitis ANCA, reduciendo muy sustancialmente las dosis de GC necesarias para inducir remisión

de la enfermedad o prescindiendo, incluso, en algunos casos de los GC diarios, lo cual conlleva reducción no solo del daño orgánico si no también, y no menos importante, del riesgo de infección grave. Recientemente aprobado por EMA, las recomendaciones EULAR y KDIGO, ambas recientemente actualizadas (2023 y 2024, respectivamente), se hacen eco de estos resultados y recomiendan considerar el uso de avacopan en inducción de remisión, con el propósito de reducir la exposición a GC (24,25).

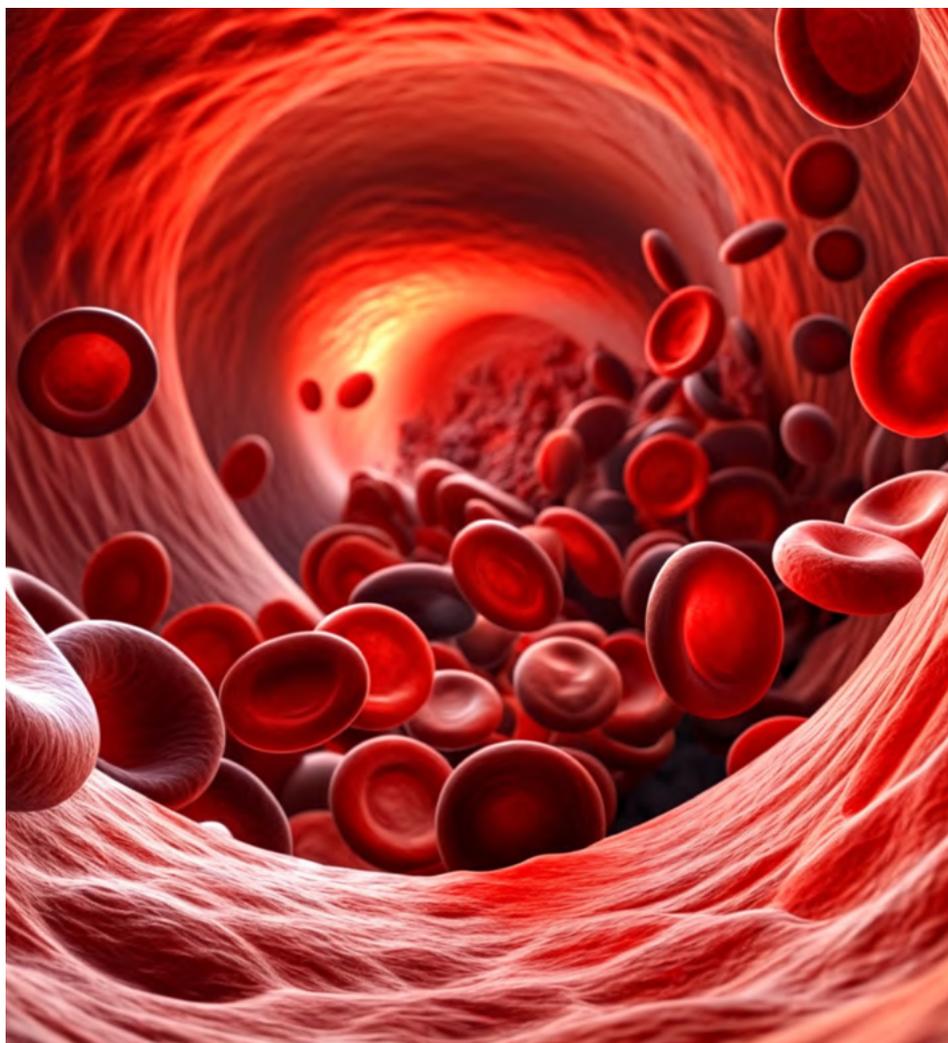
Si bien avacopan reduce la incidencia de nuevos brotes de vasculitis, sugiriendo un papel en el mantenimiento de la remisión, la continuidad de avacopan más

allá de un año no está, hasta el momento, suficientemente sustentada por la evidencia. Aunque, desafortunadamente, no se han llevado a cabo estudios de extensión del ADVOCATE, si que se dispone de cierta información, procedente de estudios en vida real, consistente en pequeñas series de pacientes en los que se ha mantenido el tratamiento con éxito, más allá de 52 semanas, sin efectos adversos relevantes y con un efecto beneficioso en términos de incidencia de brotes de la enfermedad (26)

Utilizando una modelización Markov, un estudio reciente estima que avacopan es una opción coste-efectiva en el tratamiento de inducción de las VAA graves, cuando se compara con GC, desde la perspectiva del SNS español, en un umbral de DAP (disposición a pagar) de 60.000 euros/QALY ganado (27).

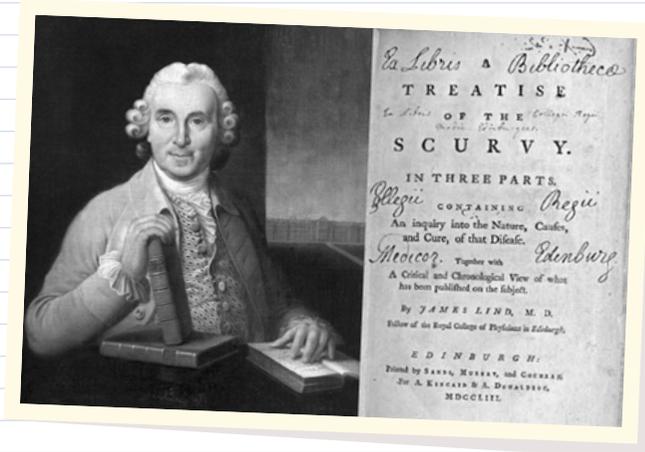
Queda aún mucho que investigar en el área de bloqueo de la activación del sistema de complemento en las VAA, perfilando mejor el paciente candidato a avacopan, así como evaluando el efecto de añadir este fármaco tanto sobre el filtrado glomerular como sobre el daño orgánico global. Así mismo, resta por conocer la estrategia terapéutica óptima, en relación con el uso concomitante de GC. Y, como no, se han de recopilar más datos concernientes a su seguridad (sobre todo hepática), en práctica clínica real. También deberemos avanzar en el desarrollo de esta nueva modalidad terapéutica, apenas iniciado, con nuevas terapias dirigidas frente a la fracción C5a del complemento o su receptor etc.

En conclusión, el bloqueo de C5a mediante avacopan constituye un nuevo paradigma en el tratamiento de las VAA que, añadido al tratamiento inmunosupresor estándar, permite sustituir en gran medida a los GC, contribuyendo a modificar favorablemente el curso de la enfermedad, al reducir la incidencia de brotes, el riesgo de daño renal y la toxicidad asociada al uso de GC.



“  
**Avacopan  
 permite  
 un ahorro  
 sustancial de  
 glucocorticoides  
 y reduce la  
 incidencia  
 de brotes”**

# El origen de los ensayos clínicos



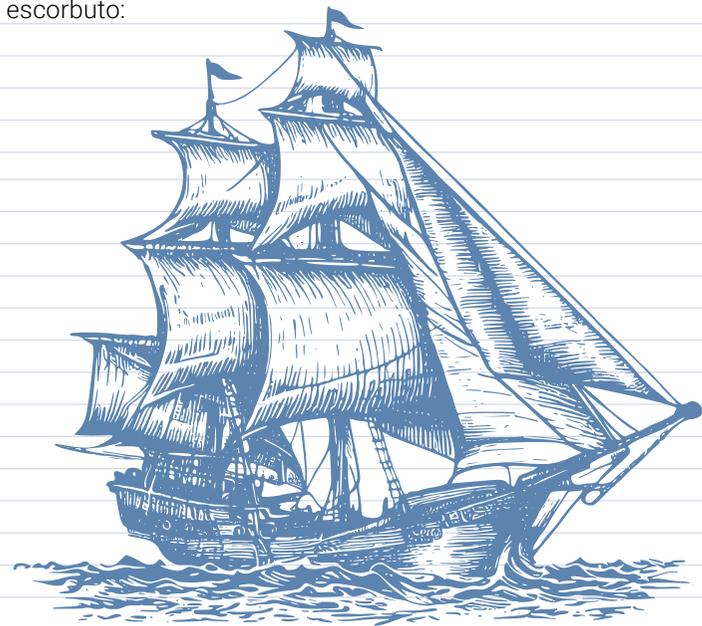
A lo largo de la historia, la selección de remedios para los males que aquejaban a las personas se ha basado tanto en supersticiones, como modas (por ejemplo, purgas, sangrados) o creencias personales basadas en la propia experiencia. El avance en el conocimiento de nuevos productos y formulaciones se hizo, durante siglos, siguiendo el método empírico, es decir, experimentación y observación de resultados, en ausencia de control, o de cualquier tipo de norma o legislación que limitara el alcance de los posibles efectos negativos en los sujetos tratados.

Quizás el primer ejemplo de estudio de investigación controlado fue el desarrollado por el médico de la armada británica James Lind, en el siglo XVIII. Lind embarcó en 1746 y 1747, con travesías de duración de 10 y 11 semanas, respectivamente. En este periodo de tiempo observó cómo el escorbuto acababa con la vida del 71% de los marineros, sobreviviendo solo 80 de los 350 iniciales. Durante la segunda travesía recibió a bordo 12 marineros enfermos con escorbuto, sus casos eran los más similares que se podían encontrar, "todos en general tenían las encías podridas, manchas y lasitud, con debilidad en las rodillas".

Lind planteó el siguiente experimento: dividió a los 12 marineros afectados por el escorbuto en seis parejas, y administró a cinco de ellas los tratamientos ya establecidos para el escorbuto:

- Sidra
- Aceite de vitriolo diluido
- Vinagre
- Agua de mar
- Nuez moscada con ajo y mostaza
- A la sexta pareja le administró limones y naranjas.

Estos últimos marineros tratados con cítricos mejoraron rápidamente del escorbuto, mientras que el resto no lo hacía. Las conclusiones de su estudio fueron claras. El personal a bordo con limitación de fruta fresca en su dieta era el que enfermaba de escorbuto. A pesar de la evidencia de este experimento, estos hallazgos no fueron reconocidos hasta cuarenta años después. El motivo era la creencia de que el aire "puro y seco" era suficiente para tratar el escorbuto, creencia que no se basaba en ningún dato empírico, y que desdeñó la evidencia aportada por Lind en su experimento.



## REFERENCIAS

Lind J. (1753). A treatise of the scurvy. In three parts. Containing an inquiry into the nature, causes and cure, of that disease. Together with a critical and chronological view of what has been published on the subject. Edinburgh: Printed by Sands, Murray and Cochran for A Kincaid and A Donaldson. <https://www.jameslindlibrary.org/lind-j-1753/>

# Un proyecto holístico para avanzar en la remisión de la AR



El Dr. Alejandro Balsa, investigador principal del proyecto “Remisión-AR”, Impacto de la inclusión de la valoración global del dolor y la capacidad funcional en la definición de remisión y su mantenimiento en artritis reumatoide, comenta la importancia de esta investigación, que cuenta con el patrocinio de AbbVie.



## ¿CÓMO SURGIÓ ESTE PROYECTO RELACIONADO CON LA REMISIÓN EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE?

El concepto de remisión en artritis reumatoide (AR) se define por criterios validados propuestos por EULAR y ACR, desarrollados en pacientes en ensayos clínicos y propuestos para que puedan ser usados en la práctica clínica. En la práctica clínica se ha propuesto que la remisión se debe clasificar por el SDAI. Este criterio se basa casi exclusivamente en la actividad inflamatoria de la enfermedad y sólo incluye una medida derivada del paciente, que es la valoración global de la enfermedad.

Sin embargo, el SDAI para valorar remisión es muy restrictivo, ya que cuando los pacientes lo cumplen están casi seguro en remisión y, sin embargo, se ha demostrado que hay pacientes que no cumplen y sí que están en remisión. La

variable que es más restrictiva dentro del SDAI para clasificar a los pacientes en remisión, es la de la valoración global del paciente, y su peso es tan grande, que recientemente se ha aumentado el límite para poder clasificar la remisión.

De ahí surgió el proyecto SUMAR cuyo objetivo fue introducir en esa definición de remisión variables derivadas del paciente. No sólo teniendo en cuenta la parte de inflamación de la enfermedad, sino integrando también en ese concepto de remisión la situación del paciente.

## ¿QUÉ SE BUSCA CON ESTA NUEVA INVESTIGACIÓN DE LA SER, DE CARÁCTER LONGITUDINAL?

En la definición de la remisión del proyecto SUMAR se incluye el dolor y la discapacidad, dos variables muy influidas por la duración de la enfermedad y por el daño estructural. Por eso se han hecho dos supuestos. Uno para pacientes

“  
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”

sin daño estructural importante y otro para pacientes con daño estructural relevante. En los casos de artritis reumatoide de reciente comienzo y sin daño estructural, se ha propuesto en la definición SUMAR, que tanto el dolor como la discapacidad se aproximen a cero, es decir, a la normalidad total. Mientras, en aquellos pacientes en los cuales ya hay daño estructural y existe una discapacidad o dolor basal, que es difícil que vuelva a cero, se ha introducido el concepto de “no progresión” de esas alteraciones. Además, otro de los conceptos que incluye SUMAR es el tiempo en remisión. Una remisión puntual no es suficiente para asegurar la buena evolución del paciente, sino que hay que buscar una remisión mantenida en el tiempo y es lo que se quiere validar con esta nueva investigación de la SER, si el incluir variables derivadas del paciente es capaz de ser un factor pronóstico de mayor duración de la remisión.

En concreto, lo que no llega a proponer SUMAR son los puntos de corte para clasificar la remisión del dolor y la discapacidad. En este proyecto se va a intentar validar si incluir las dos variables derivadas directamente del paciente, además de los índices de inflamación, que utiliza-

mos ya para la remisión, se comportan mejor. Por otra parte, se va a intentar ver si somos capaces de poner un límite, de dar unos criterios y cuantificar esas variables para incluirlas en el concepto de remisión de la enfermedad.

#### ¿CUÁL ES LA METODOLOGÍA Y PROCESO DE ESTA INVESTIGACIÓN?

Se trata de un proyecto complejo en el que se va a utilizar como "patrón oro de remisión" una ecografía extensa, por eso todas las Unidades de Reumatología que participan (10) tienen un ecografista experimentado en hacer estudios en pacientes con AR.

Este proyecto observacional longitudinal y multicéntrico tiene una duración de 2 años. Va a incluir una muestra de 200 pacientes que estén en remisión clínica en los últimos 6 meses, según criterio del reumatólogo, sin necesidad de que cumplan o no los criterios de la ACR/EU-

LAR y se les va a hacer un seguimiento de forma prospectiva. El seguimiento durará 24 meses y constará de una visita basal y diversas visitas realizadas a los 3, 6, 12, 18 y 24 meses. Quedarán excluidos los pacientes en clase funcional III o superior y pacientes con discapacidad funcional o dolor crónico por causa diferente de la AR.

En abril será la fase de los comités de ética (contratos con los hospitales) y se espera organizar en junio la reunión de investigadores para explicar el protocolo y a partir de ese momento empezar a incluir a los pacientes (200 pacientes, a 2 años).

#### EN DEFINITIVA, ¿QUÉ VALORACIÓN HARÍA DE ESTE TRABAJO?

Como se ha visto, este estudio tiene un objetivo muy claro centrado en intentar incluir en el concepto de remisión, que se basa principalmente en la actividad

“  
Uno de los retos es lograr la remisión mantenida y que eso se traduzca en que la calidad de vida de los pacientes sea prácticamente normal”

inflamatoria, unas variables derivadas del paciente, para tener no sólo un aspecto centrado en la actividad de la enfermedad, sino también la situación del paciente. Se trata de un concepto más holístico, ya que va más allá de que la enfermedad esté prácticamente curada. Hasta el momento, estas variables no están incluidas.

Se va a estimar la proporción de pacientes que mantienen la remisión en ese tiempo e identificar factores predictores del mantenimiento de la misma.

A día de hoy, gracias a los tratamientos y nuevas estrategias hemos conseguido aumentar de forma significativa la remisión de los pacientes. No obstante, sigue habiendo retos a los que debemos enfrentarnos como lograr la remisión mantenida y que eso se traduzca en que la calidad de vida de los pacientes sea prácticamente normal.

## Experiencias en la Unidad de Investigación de la SER



#### 📄 Noelia Cabaleiro Rañia

R3, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

“ Mi valoración de la rotación en la Unidad de Investigación ha sido muy positiva. Durante mi estancia he podido afianzar conceptos y poner en práctica aspectos básicos para la actividad investigadora (revisión bibliográfica, lectura crítica de artículos, diseño de estudios...). Además, me ha permitido familiarizarme con las funciones de dicha Unidad y conocer los servicios de apoyo a la investigación que se ofrecen a los socios”.

#### 📄 Lina El Kadaoui El Ouriachi

R2, Hospital Universitario de Donostia

“ Me ha parecido una rotación muy útil y productiva. He aprendido a hacer una buena búsqueda bibliográfica usando plataformas de búsqueda científica como Pubmed; así como a plantear una pregunta 'PICO' y cómo realizar una lectura crítica, entre otras cuestiones. En general, me parece una rotación necesaria para nuestra formación ya que servirá también para la práctica clínica diaria. Estoy muy satisfecha con la rotación y lo recomendaría sin duda”.

# Puntos clave del IX Simposio SER de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas



**El Dr. Jorge Juan Fragó Gil, del Servicio de Reumatología del Hospital General Universitario de Valencia, resume las principales conclusiones de este encuentro que tuvo lugar en Bilbao el 16 y 17 de febrero.**

**E**scribo estas líneas a la vuelta de este extraordinario Simposio de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas (EAS) que, de nuevo, vuelve a organizar de forma impecable nuestra sociedad, la SER. En esta novena edición, reunirnos por las enfermedades autoinmunes nos ha llevado a la ciudad de Bilbao en su renovado espacio Euskalduna, demostrando el compromiso de la Reumatología española al pasar la celebración de este evento a una periodicidad anual.

En la primera jornada de viernes, comenzamos con la mesa de vasculitis donde de la mano del Dr. Íñigo Hernández se pusieron en valor las aportaciones que han surgido del proyecto colaborativo que supone ARTESER destacándose su potente valor epidemiológico siendo el primer estudio de este tipo en España. Por su parte, la Dra. Olga Maiz expuso la evidencia en torno al tratamiento de mantenimiento en las vasculitis ANCA, siendo rituximab el fármaco con mayor evidencia en GPA/PAM y revisándose el rol de rituximab y mepolizumab en GEPA. La mesa se cerró con un repaso magistral por parte de la Dra. Vanesa Calvo hablando las manifestaciones cutáneas desgranado por el tamaño del vaso y las diferentes entidades. A continuación, se

dirigió el foco a las miopatías, concretamente a un campo nuevo del conocimiento y relacionado con el tratamiento con checkpoint inhibitors. La trayectoria clínica e investigadora al respecto del Dr. Ernesto Trallero permitió que la audiencia pudiera tener claro que estamos ante un nuevo fenotipo de miopatía donde la afectación respiratoria y cardíaca pueden llegar a ser letales siendo, por tanto, la colaboración con Oncología crucial para su detección precoz. Se sucedió de otro campo más clásico, pero no por ello menos controvertido, correspondiéndole a la Dra. Anahy Brandy exponer a la audiencia los elementos diferenciales de la escleromiositis en una ponencia cuyo título se preguntaba si eran una realidad o por el contrario una entidad ficticia. La respuesta de la ponente fue tan contundente como documentada, destacando el predominio de la clínica muscular, una mayor afectación de calidad de vida y una inmunología propia (anti-PM/scl y anti-Ku). La mesa se cerró con la mirada puesta hacia el futuro, exponiendo la Dra. Diana Prieto sobre las nuevas terapias en miopatías que muy probablemente vendrán de la mano de la inhibición intracelular mediante iJAK y terapias biológicas anti interferón tipo 1, bloqueo del FcRn y las CAR-T.



“  
**A este encuentro  
asistieron más de  
300 especialistas,  
interesados en  
mejorar sus  
conocimientos en  
EAS”**



De izda. a derecha: Dra. Sagrario Bustabad Reyes, presidenta de la Sociedad Española de Reumatología; la Dra. M<sup>a</sup> Luz García Vivar, del Comité organizador local del IX Simposio SER de EAS y la Dra. Nuria Vegas Revenga, presidenta de la Sociedad de Reumatología de Euskadi.

El síndrome de Sjögren es una entidad frecuente en la práctica clínica de la Reumatología y quedó representado con una mesa en la que el Dr. Antonio Juan comenzó señalando los aspectos más relevantes de la evaluación renal de los pacientes siendo la nefritis tubulointersticial la entidad más frecuente. Por su parte, el Dr. Simón Sánchez trabajó el concepto del Sjögren seronegativo, muy probablemente infradiagnosticado, dándonos las claves para su correcta detección y caracterización, destacándose la necesidad de la biopsia en su diagnóstico. Finalmente, la Dra. Sara Manrique nos recordó el peligroso binomio que supone el Sjögren primario con crioglobulinas positivas (presentes hasta en el 16% de pacientes), especialmente por el riesgo que implica del desarrollo de linfomas. No podía llegar en mejor momento la conferencia magistral que impartió la Dra. Anna Sureda, con voz acreditada por la experiencia en un campo más que novedoso, las terapias con células CAR-T.

La tarde de la primera jornada comenzó con el Dr. Jenaro Graña revisando las recientes recomendaciones SER sobre el tratamiento del síndrome de Behçet. Por su parte, la Dra. Blanca Hernández planteó cómo el género influye en la evolución y pronóstico de las enfermedades autoinmunes. Cerró la primera mesa titulada "Hot Topics" el Dr. José Luis Andréu, con una ponencia estimulante sobre cómo el especialista en Reumatología puede y debe liderar la asistencia de los pacientes con enfermedades autoinmunes. Tras una pequeña pausa para tomar aire y café, comenzó la última mesa del día sobre el síndrome antifosfolípido, en la que la Dra. Esther Ruiz explicó con detalle los nuevos criterios de clasificación y cómo éstos van a permitir una investigación de mayor calidad que nos permita sacar conclusiones prácticas para manejar a nuestros pacientes. La Dra. Esther Rodríguez tuvo el encargo de exponer cómo debe de ser el manejo del embarazo en estas pacientes, recordando la comple-

jididad y el impacto de las decisiones que se deben de tomar en dicho contexto. El cierre de la primera jornada vino de la mano de la Dra. Irene Cecchi exponiendo los escenarios más controvertidos en el manejo del paciente con positividad para anticuerpos antifosfolípido.

Amaneció la jornada de sábado con la mesa de Lupus Eritematoso Sistémico (LES), en la que se revisaron las nuevas recomendaciones EULAR para su tratamiento con uno de sus autores, el Dr. José María Pego, resaltando la necesidad de ahorro de glucocorticoides, el uso precoz de inmunomoduladores y la consideración de terapia combinada en nefritis lúpica. El Dr. Íñigo Rúa-Figueroa fue invitado a debatir sobre las evidencias que pudieran existir para apoyar el uso de anifrolumab frente a belimumab, resaltando que dada la ausencia de estudios que comparen a ambos fármacos de forma directa, es poco prudente hablar ex cátedra al respecto, sí destacando

tal y como se indica en las guías EULAR, que se cuenta con una mayor experiencia con belimumab. Fue más que interesante cerrar la mesa con el Dr. Rodrigo Aguirre sobre un tema de máximo interés, el neurolupus, resaltándose la complejidad de su evaluación, especialmente en los casos leves/moderados y de la escasa experiencia en manifestaciones graves con los nuevos tratamientos dada su exclusión de los ensayos clínicos.

La esclerosis sistémica fue, a continuación, revisada de forma exhaustiva, comenzando por el Dr. Francesco del Galdo, presidente de EUSTAR, comentando las nuevas recomendaciones EULAR para su manejo. El Dr. Juan José Alegre revisó la afectación renal, poniendo el foco en la detección y tratamiento precoz de la crisis renal esclerodérmica. Cerró la mesa con la vista puesta en el futuro, la Dra. Cristiana Siero, comentando las nuevas terapias que se encuentran actualmente en investigación. La última mesa del simposio la inició el Dr. Carlos Marras explicando cuándo debemos sospechar amiloidosis secundaria, afortunadamente cada vez más infrecuente pero que no debemos pasar por alto. El Dr. Francisco Rubiño comentó el rol que debemos asumir como especialistas en Reumatología en el manejo de la hemorragia alveolar difusa que requiere de un amplio diagnóstico diferencial, enfoque multidisciplinar y tratamiento precoz. Finalizó la Dra. Adela Gallego revisando las alternativas al tratamiento con glucocorticoides en la enfermedad por IgG4, siendo metotrexato y rituximab los que más evidencia tienen, así como los prometedores ensayos clínicos en curso.

En definitiva, todo un estímulo para seguir atendiendo a nuestros pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas de la mejor manera posible, centrados en el paciente, con decisiones basadas en la evidencia científica y proyectando al paciente hacia el futuro con las mejores garantías.

# Avance, ciencia e innovación, claves del **50 Congreso** **Nacional de la SER**



El Dr. Antonio Naranjo, presidente del Comité Organizador Local del encuentro, que tendrá lugar del 7 al 10 de mayo en Maspalomas (Gran Canaria), avanza algunos detalles sobre esta reunión científica, que supondrá un paso más en la mejora de la Reumatología.

## SE CUMPLEN 50 AÑOS DESDE EL COMIENZO DE LA ORGANIZACIÓN DE ESTOS ENCUENTROS. ¿CÓMO HAN IDO EVOLUCIONADO ESTOS EVENTOS DE REFERENCIA DE LA SER?

El primer congreso científico de la SER se celebró en 1956, en Málaga. Hasta el año 1998 las reuniones se llevaban a cabo cada dos años. Si bien, cabría destacar que el desarrollo de la especialidad ha sido espectacular con el sistema MIR y, desde el año 2000, con la implementación de convenios más institucionales con la industria farmacéutica y la puesta en marcha de la Unidad de Investigación de la SER.

Aunque se han ido añadiendo distintas secciones a lo largo de los años, el congreso abarca aspectos relacionados con la práctica clínica, novedades diagnósticas y terapéuticas, docencia y gestión clínica. Un apartado relevante es el de las comunicaciones y posters, reflejo de la investigación clínica y experimental de la Reumatología española. De hecho, este año se ha igualado el récord en el número de abstracts remitidos (con 636 trabajos presentados), demostrando así el compromiso de todos los que han participado.

## ¿HAY ALGUNA NOVEDAD RESPECTO A AÑOS ANTERIORES?

En este 50 Congreso Nacional de la SER se consolida la incorporación de apartados como "Tráeme tu caso", Fórmate con... algún Grupo de Trabajo de la SER" y los juegos de gamificación "Reumapalabra" y "Reumatrivial", los cuales se han incorporado en recientes congresos y tienen una muy buena valoración por los socios. Todas las actividades, en el fondo, potencian la interacción de reumatólogos de distintos ámbitos, facilitando y estimulando los trabajos multicéntricos. También destacar la participación de enfermeras expertas en Reumatología, con una mesa específica para estos profesionales tan importantes en nuestra especialidad.

## ENTRE TANTO CONTENIDO CIENTÍFICO DEL PROGRAMA SERÁ DIFÍCIL DECANTARSE. ¿PERO QUÉ TEMAS O ACTIVIDADES RESALTARÍA?

En este congreso podemos encontrar en ciertos tramos horarios hasta 6 actividades simultáneas, especialmente al mediodía. Entre mesas redondas, talleres, tertulias, etcétera, el socio dispondrá de multitud de opciones para elegir. Aunque depende de cada uno, los

temas de mayor interés suelen ser aquellos relacionados con las enfermedades inflamatorias (artritis, lupus, vasculitis o microcristalinas), la artrosis, la enfermedad metabólica ósea, las técnicas de laboratorio y de imagen; así como los reumatismos en la infancia.

## COMO PRESIDENTE DEL COMITÉ ORGANIZADOR LOCAL DEL 50 CONGRESO NACIONAL, ¿QUÉ VALORACIÓN HARÍA DEL MISMO?

Es un orgullo y un honor acoger este congreso nacional, el nº 50 de la Sociedad Española de Reumatología (SER), que fue solicitado por el Dr. Carlos Rodríguez Lozano, el anterior jefe de Servicio del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Nuestra sociedad científica tiene una estructura consolidada y se está trabajando intensamente para que todo funcione a la perfección. Al mismo tiempo, el comité científico del congreso ha trabajado de forma concienzuda para que el contenido científico esté a la altura que merecen los socios.



### EN POCAS PALABRAS, ¿QUÉ SE VAN A ENCONTRAR LOS ASISTENTES?

Un entorno ya familiar del Congreso Nacional de la SER desde la primera toma de contacto con la secretaría técnica, hasta la disposición de las salas, la zona de posters y la zona de exposición comercial. En este sentido, el palacio de congresos de Maspalomas tiene una capacidad y disposición adecuada para la celebración de dicho evento.

### ADEMÁS DE CIENCIA, ¿QUÉ NOS DEPARA MASPALOMAS, EN GRAN CANARIA?

Resulta difícil invitarles a Gran Canaria sin hacer mención a su riqueza natural, social y cultural, fruto de nuestra situación geográfica camino de las Américas. Las Palmas de Gran Canaria es una ciudad moderna con un interesante patrimonio. En la sede donde tendrá lugar el Congreso, Maspalomas, se sitúa uno de los núcleos turísticos con más solera de nuestro país por su clima y sus playas. Estamos en una tierra acogedora que cuenta con instalaciones hoteleras y de congresos de primer nivel.

El palacio de congresos se encuentra en la zona de ampliación de Meloneras donde han surgido multitud de hoteles en los últimos 20 años. Así, disponemos de variedad de alojamientos y restaurantes por la zona, destacando que la mayoría de los asistentes a la reunión anual podrán desplazarse a pie hasta la sede del encuentro.

### LO QUE QUIERA AÑADIR...

La dotación de reumatólogos en la isla de Gran Canaria y en las islas Canarias se sitúa en el promedio nacional. No obstante, quiero resaltar que no existe homogeneidad entre áreas sanitarias, de tal manera que, en unas zonas, la ratio es de un reumatólogo por 30 mil habitantes y en otras un reumatólogo por cada 70 mil habitantes. Unas cifras que hay que tener en cuenta.

## ¿QUÉ NOS ENCONTRAREMOS?

### Jornada de Actualización, 7 de mayo

- Avances en el diagnóstico y evaluación del síndrome de Sjögren
- Inmunodeficiencias primarias: todo lo que necesitas saber...
- Síndrome de SHAPO: un reto diagnóstico
- Neuropatía de fibra fina: como diagnosticarla sin morir en el intento
- Psoriasis e hiperuricemia: implicaciones diagnósticas y pronósticas de una vieja asociación
- El manejo de la obesidad hoy: mitos y perlas
- Infecciones osteoarticulares: ¿qué hay de nuevo?
- Síndrome autoinmune inducido por adyuvantes (ASIA): ¿el fin de la controversia?

## La gamificación, también presente este año

**6** CAFÉS CON EL EXPERTO

**6** CÓMO TRATAR

**20** MESAS REDONDAS

**4** MESAS COMPARTIDAS

**5** TALLERES

**4** TERTULIAS

**16** REUNIONES GRUPOS TRABAJO E INTERÉS

**6** FÓRMATE CON...

**3** TRÁEME TU CASO

**2** REUMATRIVIAL

**1** REUMAPALABRA

**6** SESIONES PIPELINE (AbbVie, AstraZeneca, Jonhson & Jonhson, Lilly, Novartis y Roche)

Programa de actividades del congreso:

- Miércoles 8 de mayo 10.05-11.05 h:** Comenzando a investigar, una sesión para diurnos. **JOVREUM** (Marta Carrillo-Casas, Neelofar Durrani-Sobani).
- Miércoles 8 de mayo 11.35-14.35 h:** La tecnología reumatológica como potencial herramienta de diagnóstico cuantitativo: nuevas posibilidades en investigación. **ECOSER** (Cristina Galera-Arce).
- Jueves 9 de mayo 08.00-09.00 h:** Remisión en artritis idiopática juvenil? **ERNA-SER** (Juan Carlos Wade-García).
- Jueves 9 de mayo 10.05-11.05 h:** El camino para aplicar la medicina personalizada de precisión en la artrosis. **ARTROSER** (Francisco Javier Navarro-Calle).
- Jueves 9 de mayo 12.00-13.00 h:** Taller de exploración articular. **GTESER** (Marta Carrillo-Casas).
- Viernes 10 de mayo 08.00-09.00 h:** El ABC de la lectura crítica para una medicina basada en la evidencia. **RBE** (Marta Esteban-Rodríguez-Morales).

**Reumapalabra**

Un divertido juego en el que podrás demostrar cuánto sabes de Reumatología.

Participa

9 de mayo 15.30-16.30 h

**ReumaTrivial**

¡ANIMA A TU HOSPITAL Y PARTICIPA EN ESTE JUEGO DINÁMICO!

Los grupos competirán para conseguir sus "quesitos" en las siguientes categorías:

- ARTERITIS REUMATOIDE
- ESPONDILOARTRITIS
- VASCULITIS
- MISCELÁNEA
- ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS
- ENFERMEDADES METABÓLICAS ÓSEAS

8 de mayo 15.30-16.30 h

6

10 de mayo 10.05-11.05 h

**TRÁEME TU CASO**

Interesante foro de discusión de casos complejos. ¿Queremos conocer tu opinión?

8 de mayo 15.30-16.30 h: **MDS** (Francisco Trujano-Angulo)

9 de mayo 10.05-11.05 h: **COMBINACIÓN DE TERAPIAS BIOLÓGICAS Y SINTÉTICAS DIRIGIDAS** (Francisco Trujano-Angulo)

10 de mayo 15.30-16.30 h: **OSTEOPOROSIS COMPLEJA** (Cristina Galera-Arce)

# Los reumatólogos, muy aplicados en la formación

**Proseguimos con las distintas actividades formativas que organizamos año tras año y que van consolidándose. Hasta el momento, aspectos como las artritis microcristalinas, las espondiloartritis y la uveítis han logrado un gran interés.**

Este año el pistoletazo de salida en las actividades formativas lo dio el VII encuentro GEACSER, que una vez más fue muestra del interés de los reumatólogos jóvenes por la gota y otras enfermedades producidas por microcristales. Durante esta formación se llevaron a cabo talleres de microscopía, ecografía y de casos complejos con el objetivo de dotar a los asistentes de una orientación práctica fundamental para el manejo de la patología microcristalina. Por último, se cerró el curso con una interesante mesa redonda que incluyó la participación de pacientes, médicos de familia y reumatólogos donde se expusieron propuestas para mejorar la atención de los afectados con gota.

Como especialidad invitada, esta vez estuvo Atención Primaria, ya que es fundamental que los médicos generales también conozcan el abordaje de esta patología al ser la "puerta de entrada de los pacientes" y que en muchos casos deben derivar al especialista, por lo que la colaboración debe ser fundamental y debe potenciarse, según puso de manifiesto uno de los coordinadores del encuentro, el Dr. César Díaz.

Durante la II jornada de GRESSER -que contó con la colaboración de AbbVie, Amgen, Fresenius Kabi, Johnson & Johnson, Lilly, MSD, Novartis, Pfizer y UCB- se proporcionó un escenario dinámico fusionan-

do la dedicación científica junto al trabajo en equipo, con el objetivo compartido de avanzar en la comprensión, diagnóstico y tratamiento de las espondiloartritis.

Esta jornada, además, brindó la oportunidad a los investigadores de compartir sus descubrimientos, datos experimentales y resultados de estudios clínicos, contribuyendo así al cuerpo de conocimientos existente y proporcionando información crucial para mejorar la atención a pacientes con espondiloartritis axial y artritis psoriásica.

En uno de los apartados se explicaron todos los proyectos en los que se está trabajando desde el grupo GRESSER que abarcan diversos ámbitos como la identificación de biomarcadores tanto a nivel de riesgo cardiovascular en espondiloartritis axial, como biomarcadores de respuesta a terapias biológicas en artritis psoriásica o el análisis de los motivos del retraso diagnóstico, entre otros.

Asimismo, tuvo lugar el IV Curso SER de Patología Ocular Inflamatoria, con la colaboración de UCB, en el que se pusieron de manifiesto generalidades de las uveítis, superficie ocular, uveítis anterior y no anterior desde el punto de vista de la Reumatología y de la Oftalmología, uveítis pediátricas, las recomendaciones de la SER y nuevas dianas terapéuticas, entre otros aspectos.



De izda. a derecha: Dr. César Díaz (coordinador del VII encuentro GEACSER), Dr. Francisco Aramburu y Dr. Alejandro Gómez (asesores del Grupo de trabajo), junto con el Dr. Alejandro Prada (coordinador).



Foto de grupo de asistentes y profesorado de la II jornada de GRESSER.

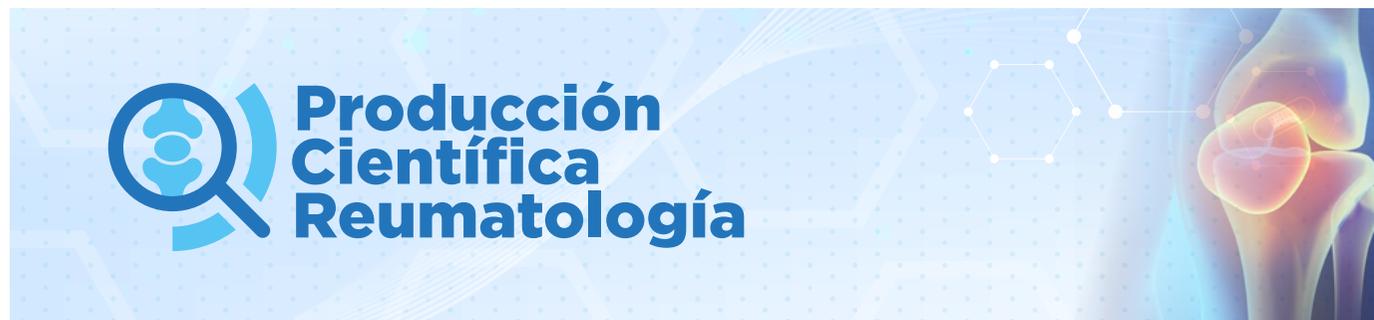


De izda. a derecha: Virginia Nistal, presidenta de la Asociación AUVVA; Dra. Olga Maiz y Dr. Raúl Veroz, coordinadores del IV Curso SER de Patología Ocular Inflamatoria.

# Nuevo portal de Producción Científica de Reumatología

Con la colaboración de

ALFASIGMA 



Desde la Sociedad Española de Reumatología lanzamos un nuevo recurso que pretende facilitar a los socios información sobre la producción científica liderada por investigadores de Servicios y Unidades de Reumatología de España.

Mediante un sencillo buscador, que genera un archivo Excel, se puede visualizar y acceder a los artículos de ciencia básica, clínica y epidemiológica que se han producido durante los últimos 10 años (hasta junio del 2023), cuyo primer y/o último autor pertenezca a un Servicio y Unidad de Reumatología de nuestro país.

El principal objetivo de este recurso es hacer sencilla la identificación de los Servicios y Centros con actividad investigadora relevante en áreas concretas de nuestra especialidad.

## ¿Cómo acceder?

A través de la página web de la SER ([www.ser.es](http://www.ser.es)), identificarse en el portal del socio introduciendo sus credenciales y entrar en botón de Producción Científica Reumatología o directamente accediendo a través de [este enlace](#).

## ¿Cómo funciona?

Este portal es de manejo extremadamente sencillo. Está diseñado para realizar búsquedas simples seleccionando los artículos por ciencia básica, clínica o epidemiológica al que se le asocia un buscador de palabras claves. Genera unos listados de artículos científicos, seleccionados por la palabra clave introducida, que se han producido durante los últimos 10 años, cuyo primer y/o último autor pertenezca a un Servicio o Unidad de Reumatología de nuestro país (hasta junio del 2023).

Más información en [biblioteca@ser.es](mailto:biblioteca@ser.es)

 Sociedad Española de Reumatología

AHORA, LA REUMATOLOGÍA...

¡TAMBIÉN SE ESCUCHA!

ACCEDE A NUESTROS NUEVOS  
PODCAST AQUÍ

 iVoox

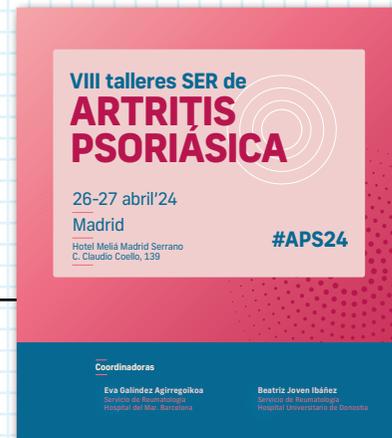
 Spotify



# Próximás CITAS FORMATIVAS



**OARS I REVIEW**  
19 al 21 abril.



**VIII TALLERES SER DE ARTRITIS PSORIÁSICA**  
26 y 27 de abril, Madrid.  
Con la colaboración de **Johnson and Johnson**.

**II CURSO SER DE REUMATOLOGÍA EMERGENTE**  
31 de mayo y 1 de junio, Madrid.  
Con la colaboración de **Gebro y GSK**.



**V LO MEJOR DEL AÑO EN REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA**  
24 y 25 de mayo, virtual.  
Inscripción libre.



**EULAR REVIEW 2024**  
13 al 15 de junio. Con la colaboración de **Alfasigma**.

# Consolidación y avance en la Reumatología valenciana



La nueva presidenta de la Sociedad Valenciana de Reumatología, la Dra. Pilar Bernabeu, afronta esta nueva etapa con “ilusión” y adquiriendo un compromiso con la Reumatología en dicha comunidad.

## COMO NUEVA PRESIDENTA DE LA SVR, ¿QUÉ PRINCIPALES OBJETIVOS SE HA MARCADO PARA ESTE PERIODO?

Considero que debemos seguir avanzando para consolidar y, por supuesto, mejorar aquellos aspectos en los que hemos alcanzado un alto nivel como son la investigación y la formación.

## ¿EN QUÉ LÍNEAS O ÁMBITOS PRINCIPALES ESTÁN TRABAJANDO EN SU SOCIEDAD CIENTÍFICA?

Estamos trabajando en la difusión del conocimiento de nuestra especialidad y del papel del reumatólogo como especialista de referencia en el manejo de la patología médica del aparato locomotor y de las enfermedades inmunomediadas, un aspecto al que le damos una especial importancia.

Además, fomentaremos las reuniones científicas y formativas para todos los socios y especialmente para los residentes; y buscaremos implementar la atención multidisciplinar buscando puntos de encuentro con otras especialidades como Dermatología, Digestivo, Neumología, Nefrología o Traumatología, entre otras.

Un pilar fundamental y estratégico es el grupo de enfermeras, muy consolidado en la sociedad autonómica y referente a nivel nacional. En este sentido, nos planteamos seguir trabajando en equi-

po para mejorar la atención integral al paciente reumático; así como fomentar la relación con las asociaciones de pacientes.

## ¿A QUÉ RETOS SE ENFRENTA DICHA SOCIEDAD CIENTÍFICA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA?

Gracias al manejo de pacientes cada vez más complejos, se va visibilizando nuestra especialidad y somos más necesarios e imprescindibles. En esta línea, debemos seguir insistiendo en ser los referentes en el manejo de todas las enfermedades que engloba nuestra especialidad.

Además, tenemos áreas de salud deficitarias, con problemas para cubrir las plazas, son áreas de difícil cobertura, por lo que habría que buscar fórmulas para mejorar esta situación y un reto importante al que nos enfrentamos es conseguir que los socios más jóvenes se impliquen en el futuro liderazgo de nuestra sociedad científica.

“

Un reto importante al que nos enfrentamos es conseguir que los socios más jóvenes se impliquen en el futuro liderazgo de nuestra sociedad científica.”

**SVR** SOCIEDAD VALENCIANA  
REUMATOLOGIA

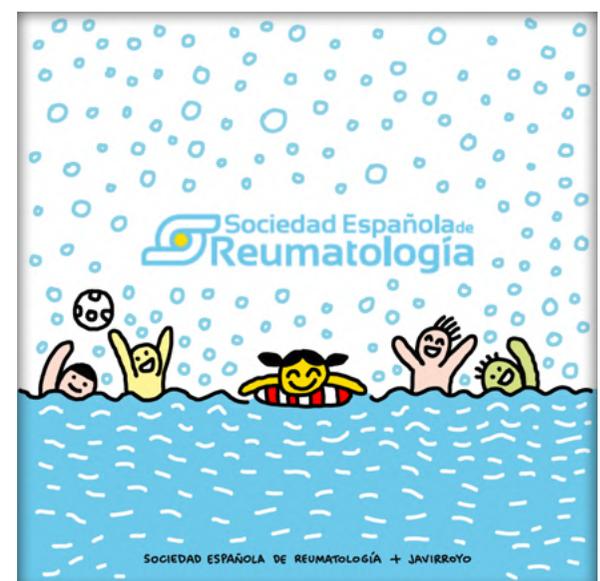
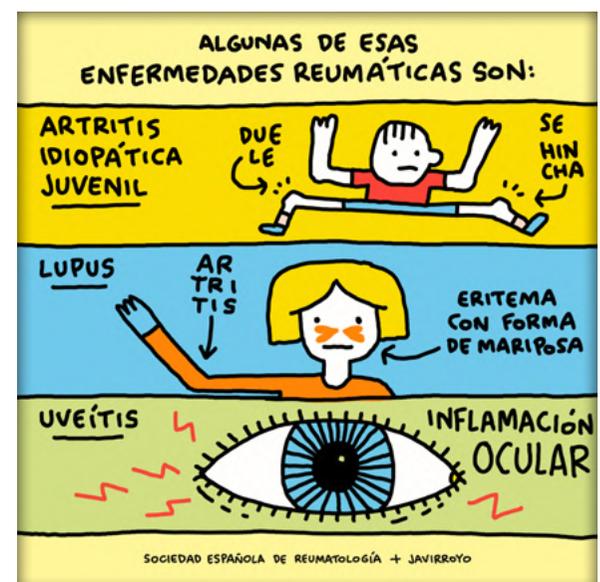
# Visibilizamos las enfermedades reumáticas en niños, con la ayuda del ilustrador Javirroyo

Con el fin de romper el mito que tradicionalmente asocia a las enfermedades reumáticas con las personas mayores, en esta ocasión hemos lanzado una nueva campaña de concienciación para recordar que estas patologías también afectan a los niños y jóvenes. De este modo, con la colaboración del ilustrador Javirroyo hemos diseñado unas pulseras con ilustraciones que se han creado para romper el estigma asociado a la edad, y que tienen un fin solidario, ya que la recaudación obtenida con las mismas se destinará al campamento de verano para niños con enfermedades reumáticas.

“Para mí es una gran suerte haber podido colaborar con la SER para visibilizar que muchas enfermedades reumáticas aparecen en la infancia y ayudar a normalizar la vida cotidiana de los niños, niñas y adolescentes que viven su día a día con ellas”, asegura el reconocido ilustrador.

“Afortunadamente, cuando la enfermedad se deriva a tiempo a los Servicios de Reumatología, donde es diagnosticada, y se pone el tratamiento adecuado, los niños/as que las sufren pueden llevar una vida normal en la que será muy importante tener unos hábitos saludables como realizar ejercicio físico de forma frecuente, llevar una dieta equilibrada, etc., y mantener la adherencia al tratamiento, destaca la presidenta de la Sociedad Española de Reumatología, la Dra. Sagrario Bustabad.

En esta misma línea, aprovechando la celebración del Día Mundial de las Enfermedades Reumáticas en la Juventud, desde la SER también hemos llevado a cabo una campaña de sensibilización a través de las redes sociales con la ayuda de especialistas, afectados con este tipo de enfermedades y familiares.



# La ilusión de una enamorada de la Reumatología



La Dra. Susana Romero, jefa del Servicio de Reumatología del Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra y candidata a futura presidenta electa de la SER, nos ofrece su visión sobre los retos y el futuro de la Reumatología.

experiencia en la gestión de sociedades científicas que considero sería útil para este nuevo reto.

## ¿CUÁLES SON LOS PRINCIPALES OBJETIVOS QUE SE HA PLANTEADO PARA SU PERIODO AL FRENTE DE ESTA SOCIEDAD CIENTÍFICA?

Potenciar la especialidad en los ámbitos científico, de investigación y docencia y trabajar firmemente para ponerla en valor con un apoyo absoluto a los socios y reivindicando el derecho de nuestros pacientes con enfermedades reumáticas a ser atendidos en los términos de excelencia que como especialistas en Reumatología podemos ofrecerles. En este sentido, me gustaría potenciar también nuestra presencia en órganos de evaluación y gestión y trabajar con las administraciones públicas para conseguir incluir a la Reumatología en los planes y estrategias de salud colaborando en este sentido con las sociedades autonómicas para conseguir este fin en todos los ámbitos.

## ¿A QUÉ RETOS CONSIDERA QUE DEBE ENFRENTARSE LA SER?

Uno de los retos es conseguir el ratio adecuado de reumatólogos y favorecer los medios para que no existan áreas geográficas desprovistas de nuestra

asistencia, ello pasa por una adecuada planificación de las necesidades y persistir en la solicitud de aumento de plazas MIR que permita cubrir las carencias.

Asistiremos en unos años a un recambio generacional en el que conjugar la fuerza y la visión de los jóvenes y la perspectiva de los que tienen ya una trayectoria será sin duda enriquecedor.

Además, la modernización tecnológica de la sociedad permitirá un escenario también innovador para la Reumatología que me gustaría trabajar sin dejar de cultivar el humanismo que nuestros pacientes requieren en el día a día.

## ¿CÓMO VE EL FUTURO DE LA REUMATOLOGÍA EN NUESTRO PAÍS? UN MENSAJE PARA LOS SOCIOS...

Entre todos y todas tenemos que construirlo, con profesionalidad y compromiso, y hemos de aunar los talentos de todos y cada uno de los socios para poner la especialidad en valor.

Creo que tenemos un reto por delante y una oportunidad de llevar a nuestra Sociedad al lugar que merece y dedicaré a ello la ilusión de una enamorada de la Reumatología.

“

**Potenciar la especialidad en los ámbitos científico, de investigación y docencia y trabajar firmemente para ponerla en valor con un apoyo absoluto a los socios, entre los principales objetivos”**

## ¿QUÉ LE CONDUJO A PRESENTAR SU CANDIDATURA A FUTURA PRESIDENTA DE LA SER?

La voluntad de servicio a mi Sociedad y el deseo de poner mi granito de arena para que las cosas sigan funcionando tan bien como hasta ahora, pero afrontando de manera firme los retos del futuro.

## ¿QUÉ CREE QUE PUEDE APORTAR A ESTA SOCIEDAD CIENTÍFICA?

Lo primero de todo, mi ilusión y mis ganas de trabajar poniendo a disposición de la SER mi experiencia asistencial, pero también la adquirida en el ámbito de la gestión, de la evaluación ética de la investigación, de la evaluación de tecnologías sanitarias y también de la participación en planes de salud. Por otra parte, he tenido el honor de ser tesorera, vicepresidenta y presidenta de la Sociedad Gallega de Reumatología y vicepresidenta de la SER lo cual me ha aportado

# LEGADO SER: nos movemos por la mejora de la especialidad

Como sabes, desde la Sociedad Española de Reumatología, dentro del proyecto 'Legado SER', hemos puesto en marcha un plan de incidencia pública para acercarnos a todas las organizaciones con las que podamos colaborar para mejorar la situación de la Reumatología en España y la atención a los pacientes, utilizando de manera eficaz los recursos sanitarios y velando por la estabilidad y continuidad del Sistema Público de Salud.

También queremos seguir trabajando y cultivando nuestra relación con las asociaciones de pacientes. Al igual que estar a la vanguardia de los temas de actualidad, que van alineados con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) recogidos en la Agenda 2030, con los que estamos comprometidos, como el objetivo 5 de igualdad y género, desde el que velamos con el Observatorio de Igualdad de la SER.

En este sentido, hemos mantenido diferentes reuniones en los últimos meses.

“  
**Estamos comprometidos con el tema de la igualdad y género, desde el que velamos por el Observatorio de Igualdad de la SER**”



Los representantes de las asociaciones de pacientes presentes en el IX Simposio de Enfermedades Autoinmunes, junto a Sagrario Bustabad, presidenta de la SER, M<sup>a</sup> Luz García Vivar, miembro del Comité Organizador Local, Nuria Vegas, presidenta de la Sociedad Reumatológica de Euskadi, Marcos Paulino, presidente electo de la SER y Susana Romero, vicepresidenta de la SER.



Sagrario Bustabad, presidenta de la SER, participa en el encuentro 'Mujeres de la Sanidad' con Fátima Matute, consejera de Sanidad de la Comunidad de Madrid.



Rosario García-Vicuña, miembro del Comité de Igualdad del Observatorio de Igualdad de la SER, participa en el encuentro 'Mujeres de la Sanidad' con Manuela García, consejera de Sanidad del Gobierno Balear.



Por invitación del Ministerio de Sanidad, la Dra. Sagrario Bustabad participa en la reunión sobre el uso del cannabis terapéutico, junto a otras sociedades científicas, el Secretario de Estado de Sanidad, Javier Padilla, y la directora de la Agencia Española del Medicamento, M<sup>a</sup> Jesús Lamas.



Carmen Ordás y Rubén Queiro, secretaria y presidente de la Sociedad Asturiana de Reumatología, Aquilino Alonso, gerente del Servicio de Salud del Principado de Asturias, Sagrario Bustabad, presidenta de la SER, y Alejandra Fueyo, directora de Atención Sanitaria del Servicio de Salud del Principado de Asturias.



Antonio Juan, presidente de la Sociedad Balear de Reumatología, Rocío Amezága, subdirectora de Atención Hospitalaria y Salud Mental de Gobierno Balear, Manuela García, consejera de Salud de Baleares, y Sagrario Bustabad, presidenta de la SER.



De izda. a derecha: Dr. Ruben Queiro, presidente de la SARE, Dra. Carmen Ordás, secretaria de la SARE, Concepción Saavedra, consejera de Salud de Asturias y Dra. Sagrario Bustabad, presidenta de la SER.



De izda. a derecha: Dr. Hèctor Corominas, presidente de la Societat Catalana de Reumatologia y Jordi Albert i Caballero, portavoz del Grupo Parlamentario de ERC en la Comisión de Salud.

# La realidad virtual gana terreno en las consultas

El proyecto “Manejo clínico de una persona con monoartritis: entorno con realidad virtual inmersiva” ha sido galardonado en la tercera edición de los Premios Ennova Health 2023 en la categoría de *Telesalud* y *e-learnig*. En concreto, se presenta un simulador interactivo mediante realidad virtual inmersiva, en la que el participante vivirá la experiencia de practicar el manejo clínico y la toma de decisiones ante una persona que presenta una monoartritis en una consulta médica.

La simulación clínica con tecnologías ha surgido como una poderosa herramienta en el campo de las ciencias de la salud, revolucionando la forma en que los futuros profesionales se preparan para enfrentar los desafíos del mundo real.

Los simuladores tecnológicos permiten a los profesionales de la salud practicar y mejorar sus habilidades en artrocentesis sin poner en riesgo la salud del paciente. Los errores en un entorno virtual no tienen consecuencias físicas, lo que proporciona un entorno seguro para aprender y perfeccionar la técnica.

Esta iniciativa ha sido desarrollada en el Servicio de Reumatología del Hospital Universitario A Coruña, en colaboración con los hospitales universitario de Salamanca, Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante y el Departamento de Anatomía Humana de Facultad de Medicina de Universidad de Salamanca, con el desarrollo tecnológico de ARSOFT del Parque Científico Universidad de Salamanca.

## [Más información.](#)



Mostrando imagen de material de almacenamiento y transporte del líquido sinovial



Los profesores Juan Antonio Juanes, Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca, y Javier de Toro, Servicio de Reumatología del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, Experimentando con el uso de las gafas de realidad virtual.



# Dra. Victoria Navarro, presidenta electa de ASAS



“Es un gran honor poder compartir con todos mi recién nombramiento como presidenta electa de ASAS (*Assessment of SpondyloArthritis international Society*). Sin duda, un reto y oportunidad profesional que tomo con un enorme entusiasmo.

Desde aquí, agradezco todo el apoyo que ha hecho posible esta experiencia profesional apasionante. En un momento así, es difícil no acordarse de toda la ayuda recibida para mi formación tanto en práctica clínica como en investigación en centros de excelencia (incluyendo becas de la SER, SAR, SORCOM y ASAS), el apoyo constante de todos los compañeros, incluyendo aquellos del día a día (en el Hospital

Virgen Macarena en los comienzos, el Charité-Benjamin Franklin en el rotatorio externo de la residencia, el Leiden University Medical Center en el doctorado y el Hospital La Paz en los últimos diez años), todos los reumatólogos (especialmente los “espondiloartrólogos” de GRESSER y ASAS), los compañeros de la industria farmacéutica, los miembros de las asociaciones de pacientes (en especial CEADE y ASIF), y por supuesto, a toda la “familia” y gran equipo de la SER. Y desde aquí, también quiero dar especialmente las gracias a mi mentor, el Dr. Federico Navarro, quién siempre ha sabido transmitirme la gran pasión por nuestra especialidad, la Reumatología, y la capacidad para continuar aprendiendo y disfrutando constantemente de esta profesión, siempre compartiendo todas las experiencias con todos aquellos que nos rodean.

Estoy muy contenta de tomar el relevo para continuar liderando la misión de ASAS a partir de enero de 2025, trabajando en los futuros avances que permitan mejorar la calidad de vida de las personas con espondiloartritis. Pero también estoy muy contenta porque estoy segura de que esta gran experiencia será beneficiosa para toda la Reumatología española (especialmente las nuevas generaciones) y nuestra sociedad científica, a la cual estoy muy orgullosa de pertenecer”.



## Los jóvenes se ponen de nuevo el delantal

Por primera vez organizamos la actividad Reumachef en Barcelona, dirigida a jóvenes con enfermedades reumáticas de entre 14 y 18 años en Barcelona. Los asistentes, con el delantal puesto, participaron en un taller culinario, al mismo tiempo que resolvieron dudas acerca de su enfermedad de la mano de la Dra. Andrea Zacarías, reumatóloga del Hospital Sant Joan de Deu, junto con Carolina Estepa, enfermera del mismo hospital.

También llevamos a cabo esta actividad en Málaga, donde los participantes cocinaron un menú saludable y escucharon consejos de la mano de Gisela Díaz-Cordovés, reumatóloga del Hospital Regional Universitario de Málaga.



# Una apuesta firme por mejorar el conocimiento de los pacientes

Lograr pacientes formados y bien informados para mejorar la corresponsabilidad en la evolución de su enfermedad es uno de nuestros objetivos. Por ello, pusimos en marcha los webinars para pacientes que están logrando una muy buena acogida y que abarcan diferentes ámbitos relacionados con las enfermedades reumáticas. En concreto, el 20 de febrero organizamos una de estas iniciativas con colaboración de las enfermeras, Amelia Carbonell y Nieves Martínez (del Grupo GTESER) en el que se expusieron claves para sentirse bien, la importancia del control cardiovascular y otros aspectos en los que pueden incidir las personas con enfermedades reumáticas, en beneficio de su salud.

Además, junto con la Asociación Española de Enfermos de Sarcoidosis (ANES) organizamos un webinar para pacientes, bajo el título: "La sarcoidosis, más allá de los pulmones. Una visión multidisciplinar", en el que participaron los Dres. Beatriz Lozano (reumatóloga), Pedro Rocha (oftalmólogo) y Montserrat González (neuróloga), junto con una representante de ANES.

También hemos seguido con los webinar para pacientes y familias: "Los desayunos de Reumatología Pediátrica", una iniciativa puesta en marcha junto con el grupo ERNA-SER en el cual se abordó el lupus eritematoso juvenil y mitos de la alimentación para pacientes con enfermedades reumáticas en la edad pediátrica, de la mano de las Dras. Laia Martínez y Mireia López.

Otro webinar que hemos organizado es el de "Enfermedades reumáticas en la infancia y la uveítis", con la colaboración de la Asociación de Uveítis-AUVEA, y la Sociedad Española de Inflamación Ocular (SEIO) en el que participó la Dra. Estefanía Pardo y la Dra. Esther Carreño.

**20 de Febrero de 17 a 18h**  
Webinar para pacientes  
Un abordaje integral de las enfermedades reumáticas desde el punto de vista de la Enfermería

¿Cómo podría sentirme mejor?  
Amelia Carbonell Jordá  
Enfermera especializada en Reumatología

Y ahora que estoy bien, ¿qué más puedo hacer?  
Nieves Martínez Alberola  
Enfermera del Hospital General Universitario de Elda, Alicante

Colaboran: Spigarem, AUVEA, OaEi, Anadei, 30 acción, AECOR, GEADE, IHC, Lupus, SAF, ADELES, ANES, ERNA-SER.

Webinar **La sarcoidosis, más allá de los pulmones**  
Una visión multidisciplinar  
5 de marzo

Participantes:  
• Elena Compadre  
Asociación Nacional de Enfermos de Sarcoidosis (ANES).  
• Dra. Beatriz Rodríguez Lozano  
Reumatóloga. Hospital Universitario de Canarias, Tenerife.  
• Dr. Pedro Rocha Cabrera  
Oftalmólogo. Hospital San Juan de Dios, Tenerife.  
• Dra. Montserrat González Platas  
Neuróloga. Hospital Universitario Dr. Josep Trueta/Santa Caterina, Girona.

Fundación Española de Reumatología, ANES

WEBINAR PARA PACIENTES Y FAMILIAS  
LOS DESAYUNOS DE REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA  
de 11:00 a 11:20 h **23 de marzo 2024** de 11:30 a 11:50 h

CÓMO EXPLICAR A MIS FAMILIARES Y AMIGOS QUÉ ES EL LUPUS ERMATEMATOSO JUVENIL  
Ponente: Dra. Laia Martínez

MITOS Y LEYENDAS DE LA ALIMENTACIÓN PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS EN LA EDAD PEDIÁTRICA  
Ponente: Dra. Mireia López

Moderadora: Dra. Estefanía Moreno  
Inscripción: <https://bit.ly/3FVddV6>

ORGANIZAN: Unidad de Reumatología Pediátrica, Servicio de Reumatología, UVEA, Fundación Española de Reumatología. CON EL AVAL DE: SCR, SEIO, ADELES, PEP.

Aforo limitado  
Todo la información sobre la jornada en: [www.adelesgipuzkoa.org](http://www.adelesgipuzkoa.org)

**Lupus: del principio al fin**  
27 de abril de 2024 De 10:30 a 13:00h  
Colegio de Médicos de Guipúzcoa  
Paseo de Francia 12  
San Sebastián

Inscripciones: [info@adelesgipuzkoa.org](mailto:info@adelesgipuzkoa.org) hasta el 15/04/2024  
Indicar alergias alimentarias

Qualitix, Sociedad Reumatológica de Euzkadi, Adeles, Fundación Española de Reumatología, COMGI.

Desde la Fundación Española de Reumatología, junto con la Asociación de personas afectadas por lupus en Guipuzkoa (Adeles Guipuzcoa), la Sociedad Reumatológica de Euskadi, el Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Donostia y el Colegio de Médicos de Guipuzkoa hemos organizado una jornada para pacientes bajo el título «Lupus: del principio a fin», que tendrá lugar el próximo 27 de abril. En concreto, se hablará del sistema inmune en el lupus, de la importancia de la salud digestiva en la enfermedad y del papel de la Farmacia Hospitalaria, entre otros aspectos.

Webinar **Enfermedades reumáticas en la infancia y uveítis**  
21 de marzo  
19 horas

Organizado por: AUVEA, SEIO, Fundación Española de Reumatología.

Virginia Nistal Martínez  
Paciente de AIJ y uveítis desde la infancia. Presidenta de la Asociación de Uveítis - AUVEA

Dra. Ester Carreño Salas  
Oftalmóloga especialista en uveítis del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Vicepresidenta de la Sociedad Española de Inflamación Ocular (SEIO).

Dra. Estefanía Pardo Campo  
Reumatóloga. Unidad de Reumatología Pediátrica y de Transición. Hospital Universitario Central de Asturias.

# Mejoramos el conocimiento del síndrome de Behçet

Desde la Sociedad Española de Reumatología y en el marco de nuestra campaña 'Ponle nombre al reuma' hemos lanzado un nuevo vídeo de divulgación sobre el síndrome de Behçet con el objetivo de incrementar el conocimiento sobre esta patología sistémica autoinmune, incluida entre las vasculitis. Se trata de una enfermedad poco frecuente, que suele debutar entre los 20 y 40 años, y su prevalencia en España se cifra entre 5 y 10 casos por 100.000 habitantes.

Esta patología provoca unas lesiones características en la piel y las mucosas. Además, con frecuencia, ocasiona alteraciones en los ojos (uveítis) y en las articulaciones; y más rara vez causa inflamación intesti-

nal, trombosis de venas, dilataciones arteriales e inflamación del sistema nervioso.

Su evolución suele ser intermitente, con períodos de remisión y de exacerbación, pudiendo causar diferentes grados de discapacidad y disminuyendo la calidad de vida de los afectados. No obstante, más del 60% de pacientes no desarrolla manifestaciones graves a lo largo de la enfermedad.

Para esta iniciativa hemos contado con la colaboración de los Dres. Jenaro Graña, reumatólogo del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña y Clara Moriano, reumatóloga del Complejo Asistencial Universitario de León, así como con la Asociación Española de la Enfermedad de Behçet.

## La SER y el Ayuntamiento de Bilbao, comprometidos con el medioambiente

Con motivo de la celebración del IX Simposio de Enfermedades Autoinmunes que organizamos en Bilbao, más de 350 especialistas se trasladaron hasta dicha ciudad. Dado el compromiso que la Sociedad Española de Reumatología tiene con el medioambiente ha querido revertir el impacto negativo que esto supuso en el mismo por uno positivo, a través de la plantación de ejemplares de *Quercus robur* en el parque Etxebarria, en colaboración con el Ayuntamiento de Bilbao. Esta iniciativa se enmarca en el concepto de "Huella Ecológica" que estamos defendiendo desde nuestra entidad.



Dra. Nuria Vegas, presidenta de la Sociedad Reumatológica de Euskadi; Kepa Odriozola, concejal de Servicios y Calidad del Ayuntamiento de Bilbao y Nora Abete, teniente alcalde y concejala del área de Movilidad y Sostenibilidad del Ayuntamiento de Bilbao.



# La música, un fenómeno indescifrable

**Alejandro Gómez, adjunto en el Hospital Vall d'Hebron de Barcelona, toca el violín desde muy pequeño, participa en un grupo de cuartetos de cuerda que toca en diferentes eventos y está descubriendo el canto. Este reumatólogo, que no renuncia a su pasión, nos acerca a su afición que le facilita la vida.**

## ¿CÓMO EMPEZÓ SU AFICIÓN A LA MÚSICA Y CÓMO HA IDO EVOLUCIONANDO A LO LARGO DE LOS AÑOS?

Empecé a recibir clases de música siendo muy pequeño. Mis padres encontraron una academia que empezaba a dar clases de música desde edades muy tempranas con el método Suzuki, ahora bastante de moda. Creo que no buscaban un instrumento en concreto, pero les gustó la idea del violín. Empecé con 4 años, y recuerdo que las primeras clases consistían en aprender a mantener la postura con una caja de cartón. Poco a poco fuimos aprendiendo piezas fáciles y tocando en grupo. Para mí era un juego más que otra cosa. Poco a poco, iba siendo más necesario estudiar en casa y dedicar tiempo a practicar y algunos compañeros lo fueron dejando.

El descubrimiento de la música de cámara y sobre todo del cuarteto de cuerda fue un hito importante en mi vida. En un momento dado sucedieron dos cosas: la primera fue poder elegir la pieza que de cámara que tocaría en el siguiente curso

de verano. Mi profesor me dejó unos CDs del cuarteto Alban Berg con la integral de los cuartetos de Beethoven. Me dijo que escogiera entre los primeros, pero yo no pude parar de escucharlos todos varias veces. La otra fue comenzar a tocar con la orquesta luventas, y empezar a tocar repertorio para orquesta sinfónica. Para mí se abrió un mundo nuevo (empezamos con la Sinfonía del Nuevo Mundo, de Dvorak). A partir de ahí empecé a hacer recopilaciones con las obras que tocaríamos durante el año, y eso me hizo indagar en las demás obras de los compositores que interpretábamos, y de ahí me fue llevando a otros. Empecé a consumir mucha música, tenía horas y horas bajadas de internet e iba por las tiendas comprando todos los CDs rebajados o que iban a descatalogar. Fue una etapa muy bonita y que recuerdo con mucho cariño. Con la mayoría de edad me acerqué al mundo de la profesionalidad en la música. En ese momento tuve que decidir, y llegué a la conclusión de que la música iba a tener un papel importante en mi vida pero que no sería mi profesión. Siempre había tenido la idea de

“

**Lo que más me gusta de la música es la sensación de conectarme de forma inmediata con realidades que pueden estar muy alejadas en todos los aspectos”**

estudiar Medicina y pensé que, en todo caso, iríamos viendo.

Durante los primeros años de carrera tuve probablemente mi momento de mayor actividad musical, tenía un grupo de cámara con dos amigos, pianista y cellista también aficionados, seguía tocando en la Orquesta Luventas y además formé parte de la Orquesta Joven de la Comunidad de Madrid. Sin embargo, según fui avanzando en la carrera, tuve que empezar a renunciar poco a poco a todas estas actividades. Aun así, en cuarto de Medicina decidí presentarme al último año de grado profesional y obtuve el título en la especialidad de violín. También estudio mucho solo en casa, me gusta hacerlo y en ocasiones me sirve de terapia cuando tengo un mal día o necesito hacer un pequeño parón.

Además, comencé a recibir clases de canto hace unos 5 años, en principio para poder cantar en los eventos del cuarteto si era necesario. Gracias a esto he podido acceder a participar con coros de distintos tipos y a cantar en sitios privilegiados.

**EN LA ACTUALIDAD, ¿FORMA PARTE DE ALGÚN GRUPO U ORQUESTA?**

Formo parte del grupo Nonamé, es un grupo de 50 músicos profesionales que forma sobre todo cuartetos de cuerda para tocar en diferentes eventos, principalmente bodas. Además, recientemente tuve la oportunidad de participar como concertino con la Orquesta Médica Ibérica, una orquesta creada por iniciativa de un psiquiatra portugués, también violinista y director de orquesta.

En el canto, he formado parte recientemente del Coro Italiano en España y de la Schola Gregoriana de Madrid, en Madrid, y del Cor de Ponent, en Barcelona.

**DE LAS MÚLTIPLES ACTUACIONES EN LAS QUE HA PARTICIPADO, ¿DESTACARÍA ALGUNA EN CONCRETO?**

Con las diferentes orquestas he tocado en varias ocasiones en el Auditorio Nacional, l'Auditori de Barcelona o el auditorio de Zaragoza. He participado también en actuaciones fuera de la música clásica, incluyendo flamenco o Rock, espectáculos en teatros o el Palacio de los Deportes de Madrid. Con la orquesta Joven de la Comunidad de Madrid participamos en el primer Rock in Río de Madrid, y después de nuestra actuación empezaba Shakira.

**EN DEFINITIVA, ¿QUÉ LE APORTA LA MÚSICA EN SU DÍA A DÍA?**

La música en mi vida tiene un papel fundamental, y siempre va a tenerlo. Siempre me ayuda, esté bien o mal de ánimo, y aunque no pueda dedicarle el tiempo que me gustaría a practicar, en todo momento estoy escuchando algo. Es cierto que los últimos años mi práctica del instrumento se reduce más al ámbito privado e individual, pero he aprendido a disfrutar de eso sin necesidad de que haya un concierto a la vista. Además, después de todo este tiempo, tengo un amplio círculo de amigos músicos que me permite estar en contacto con muchas actividades.

Para mí la música es un fenómeno indescribible. Lo que más me gusta de ella es la sensación de conectarme de forma inmediata con realidades que pueden estar muy alejadas en todos los aspectos.

**¿QUÉ OPINA DE LA MUSICOTERAPIA? ¿LO CONSIDERA TAMBIÉN COMO UN RECURSO TERAPÉUTICO?**

No tengo conocimientos de musicoterapia, pero estoy absolutamente convencido de sus beneficios y de su aplicación tanto en salud, para el desarrollo y bienestar, como en la enfermedad, y de hecho existen muchos estudios que lo avalan. La música, tanto escucharla como hacerla, ayuda a canalizar diferentes estados de ánimo, y esos estados de ánimo tienen un impacto indudable en el transcurso de una enfermedad, aunque eso sea muy difícil de medir. En lo que respecta a nuestro campo, he visto que existen diversos estudios sobre los efectos de la musicoterapia en el dolor, e incluso algunos sobre enfermedades reumáticas, con un impacto inmediato, por ejemplo, en índices de ansiedad. Sería estupendo tener recursos en un futuro para explorar este campo en la Reumatología.

**¿ES DIFÍCIL COMPAGINAR ESTA AFICIÓN O "PASIÓN" CON LA MEDICINA? ¿SE HA PLANTEADO EN ALGUNA OCASIÓN DEJAR LA REUMATOLOGÍA Y DEDICARSE POR COMPLETO A LA MÚSICA?**

En un momento de mi vida tuve dudas sobre qué elegir, y elegí dedicarme a la Medicina, aunque en realidad me quedé con ambas cosas de alguna manera. Tener la música como afición y poder dedicarle el tiempo que quiero y cuando quiero me parece una suerte y un acierto. Dicho esto, "dejo" la Reumatología de vez en cuando y busco recursos, como coger días de vacaciones para ir a los encuentros de orquestas o a viajes para dar conciertos, para tener momentos en los que me centro únicamente en la música. Por eso, para mí es difícil compaginar la Medicina con una actividad concertística muy activa, pero en el día a día la música no solo no me dificulta, sino que me facilita la vida.

**¿ALGÚN RETO O SUEÑO POR CUMPLIR EN EL ÁMBITO DE LA MÚSICA?**

Me gustaría conseguir formar un cuarteto de cuerda estable con el que disfrutar de los ensayos y de vez en cuando poder organizar conciertos para amigos o quien quiera venir.

**LO QUE QUIERA AÑADIR...**

Conozco varios reumatólogos que además son grandes músicos o artistas en general. Creo que sería una buena idea ponernos en contacto y ver qué puede salir de ahí. Si a alguien le apetece estaré encantado de que compartamos ideas.



“  
Existen  
diversos  
estudios sobre  
los efectos de la  
musicoterapia  
en el dolor  
e incluso  
algunos sobre  
enfermedades  
reumáticas”



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.**