

Nº 25 | primavera 2025

# El Reumatólogo

# NO TE PIERDAS EL VÍDEO-ARTÍCULO:

Cálculo del CLASI.

Dr. Antonio Guilabert, jefe del Servicio  
de Dermatología del Hospital General de  
Granollers, Barcelona.



# Sumario

|    |  |
|----|--|
| 4  | <b>BIBLIOGRAFÍA COMENTADA</b>  |
| 9  | <b>ARTÍCULOS</b><br>Actualización sobre el síndrome de Vexas   |
| 18 | <b>INVESTIGACIÓN</b><br>Nuevos avances para las espondiloartritis recogidos en la Espoguía                     |
| 20 | <b>PRODUCCIÓN CIENTÍFICA SER</b>   |
| 22 | <b>BLOC DE NOTAS</b><br>Farmacovigilancia: historia, objetivos y rol del investigador                          |
| 23 | <b>FORMACIÓN</b><br>Valencia, protagonista de la formación de la SER   |
| 27 | <b>SOCIEDADES</b><br>Listas de espera, dispersión geográfica y falta de especialistas, entre los retos de AREX |
| 29 | <b>NOTICIAS</b><br>Radiografía de los Grupos de Trabajo de la SER  |
| 38 | <b>TODA UNA VIDA</b><br>Un sabio, sin malicia  |

## Defendiendo los intereses de la especialidad y de los pacientes

**D**urante estos meses, hemos llevado a cabo un intenso trabajo con los gestores y responsables políticos, para que tomen conciencia sobre las necesidades de nuestra especialidad y sobre la oportunidad que representa aumentar las plazas de Reumatología, por la calidad de la asistencia que brindamos a la población. Además, seguimos de la mano de las asociaciones de pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas, a través del proyecto ReumaTalks, para servir de altavoz y tocar a numerosas puertas, siempre con el objetivo de dar visibilidad y ayudar a que se comprendan las necesidades de las personas con enfermedades reumáticas.

En este período nos hemos reunido con el Ministerio de Juventud e infancia, con el de Derechos Sociales, con diversas Consejerías de Sanidad e incluso hemos participado en una comparecencia en el Parlament de Catalunya, defendiendo los intereses de los profesionales de la Reumatología y de los pacientes.

También nos sentimos muy orgullosos con el éxito de convocatoria de nuestra primera Jornada de pacientes con Enfermedades Reumáticas Autoinmunes Sistémicas (ERAS), celebrada en Santander, que reunió a más de 200 asistentes. Una iniciativa enmarcada en el 10º Simposio de EAS de la Sociedad Española de Reumatología y que se compaginó con la campaña de visibilidad "Derribando barreras de las ERAS", muy bien recibida entre la población general y en redes sociales.

Junto a las asociaciones de pacientes hemos llevado a cabo múltiples actividades: Reumachef, el taller de maquillaje para mujeres con enfermedades reumáticas, webinars variados... y seguimos trabajando, con ilusión, de forma conjunta.

En las siguientes páginas, también podrás encontrar interesantes artículos sobre el síndrome de VEXAS, la histología básica en nefritis lúpica o el uso crónico de corticoides en lupus eritematoso sistémico. ¿Sabes que ya está disponible la actualización de la ESPOGUÍA?

¡Nos vemos en nuestro 51º Congreso Nacional de la SER, en Madrid! Una cita ineludible con la ciencia, la innovación y las novedades de nuestra especialidad. Reumatología, ¡vente pa' Madrid!

**Dr. Marcos Paulino**

Presidente de la Sociedad Española de Reumatología

# 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. Leticia del Olmo Pérez y Dr. Íñigo Rúa-Figueroa Fernández de Larrinoa. **Consejo Asesor** Dres. Marcos Paulino Huertas, Susana Romero Yuste, Sagrario Bustabad Reyes, Olaia Fernández de Berrizbeitia y Gema Bonilla Hernán. **Colaboradores** Dres. Natalia Mena Vázquez y Tarek Salman Monte. **Coordinación y redacción** Ana De las Heras Alonso y Sonia Garde García. **Publicidad** Raúl Frutos Hernanz.

elreumatologo@ser.es  
www.ser.es

Asesoría, diseño gráfico y maquetación  
Departamento de Publicaciones

**ATREVI A**

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

**Dr. Tarek Carlos Salman Monte**

Servicio de Reumatología.  
Hospital del Mar (Barcelona).

# Bibliografía COMENTADA

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

## ARTRITIS REUMATOIDE

**CITA:** FPrajzlerová K, Kryštůfková O, Kaspříková N, Růžičková N, Hulejová H, Hánová P, et al. **A predictive model for progression to clinical arthritis in at-risk individuals with arthralgia based on lymphocyte subsets and ACPA.** *Rheumatology (Oxford)*. 2024 Nov 1;63(11):3155-3163. doi: 10.1093/rheumatology/keae383. PMID: 39120892.

### RESUMEN

La presencia de factores de riesgo genéticos y ambientales desencadenan el desarrollo de autoinmunidad sistémica asociada a AR (ej. la producción de autoanticuerpos como ACPA o FR), síntomas articulares sin artritis clínica y, finalmente, artritis. La intervención terapéutica temprana que utiliza la “ventana de oportunidad” mejora los resultados clínicos y reduce el daño articular en pacientes con AR temprana. Existe un interés creciente en detectar las fases más iniciales de la AR identificando a los pacientes con artralgia que preceden a la artritis. EULAR ha dado definiciones de las características de la artralgia, que puede acabar en artritis (duración de síntomas

articulares <1 año, dolor e inflamación en articulaciones MCF, rigidez matutina >60 min, tener un familiar de 1er grado con AR e imposibilidad para cerrar la mano), pero necesitamos encontrar biomarcadores para identificar a estos pacientes con riesgo de desarrollar artritis que quizá valga la pena tratar. El objetivo de este estudio fue proponer un modelo predictivo de progresión a artritis clínica basado en subconjuntos de linfocitos periféricos, ACPA y estado clínico de artralgia clínicamente sospechosa en individuos en riesgo. Se incluyeron 207 individuos en riesgo definidos por la presencia de artralgas y positividad de ACPA o cumplimiento de la definición EULAR para artralgia clínicamente sospechosa. Para la construcción de modelos predictivos, se incluyeron 153 individuos con una duración de los síntomas  $\geq 12$  meses que aún no habían progresado a artritis. Los subconjuntos de linfocitos se evaluaron mediante citometría de flujo (Linfocitos B, T (CD4 y CD8) y linfocitos  $\gamma\delta$ ) y ACPA mediante ELISA. Con una cohorte final de 194 pacientes, con seguimiento de 18 meses de media y síntomas de 14 meses, 153 pacientes no progresan y 41 progresan a AR.

La duración de los síntomas no afectó a las proporciones de subpoblaciones linfocitarias y a los ACPA durante el seguimiento. El porcentaje de células NK era significativamente más elevado en el momento de la manifestación de artritis (10.35% vs 8.69%). En el modelo de regresión lineal, los pacientes con mayor porcentaje de LTCD4, mayor ACPA, y menor porcentaje de LT totales y Natural Killer (NK) tuvieron mayor probabilidad de desarrollar artritis. No se consiguió crear un modelo para los ACPA y las artralgas con riesgo de artritis, no tuvieron valor predictivo.

### COMENTARIO

Un bajo porcentaje de células NK aumenta el riesgo de desarrollar artritis y el porcentaje de células NK aumenta significativamente en el momento de la aparición de artritis. La desproporción de linfocitos con un porcentaje superior de LB y LT CD4+ e inferior de LT CD8 en los pacientes que progresan en comparación con los que no sugiere que juegan un papel en la patogenia del AR. Este es un modelo preliminar que requiere una validación adicional en cohortes de riesgo más grandes.

## UVEÍTIS

**CITA:** Clarke SLN, Maghsoudlou P, Guly CM, Dick AD, Ramanan AV. **The management of adult and paediatric uveitis for rheumatologists.** Nat Rev Rheumatol. 2024 Dec;20(12):795-808. doi: 10.1038/s41584-024-01181-x. Epub 2024 Nov 6. PMID: 39506056.

### RESUMEN

La uveítis aparece en el contexto de muchas entidades reumatológicas (hasta el 30% de los casos) y conlleva un riesgo sustancial para la visión. Puede desarrollarse tanto en las primeras etapas de las enfermedades reumáticas, a veces incluso antes de otras características clínicas, como en etapas posteriores de la enfermedad. Por otro lado, los pacientes con uveítis de etiología no reumática a veces requieren inmunosupresión, una opción de tratamiento que no es fácilmente accesible para los oftalmólogos, y en muchas ocasiones nos consultan. Esta re-

visión está escrita teniendo en cuenta a los reumatólogos, para ayudar en el cuidado de los pacientes con uveítis.

En cuanto a la clasificación (figura 1), cuando la inflamación afecta a un solo sitio, la uveítis se clasifica como uveítis anterior (inflamación de la cámara anterior), uveítis intermedia (inflamación del vítreo) o uveítis posterior (inflamación de la retina o coroides). La inflamación en las tres estructuras anatómicas del tracto uveal (cámara anterior, vítreo y retina o coroides) se clasifica como panuveítis. Los pacientes también pueden tener uveítis restringida a dos compartimentos, como uveítis anterior e intermedia o uveítis intermedia y posterior. Los signos de uveítis varían en función del área afectada del ojo. En la uveítis anterior, los signos incluyen células y erupciones en la cámara anterior, sinequias posteriores

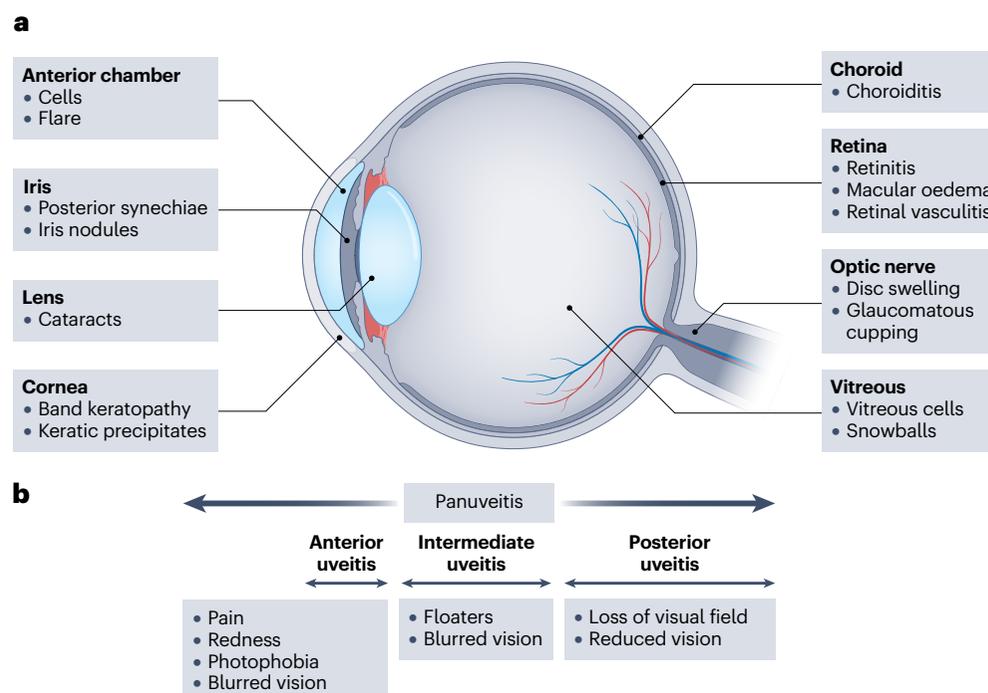
“  
El pronóstico visual en la uveítis depende de la localización anatómica, la duración y la gravedad de la inflamación”

y precipitados queráticos. La uveítis intermedia se presenta con células vítreas y bolas de nieve en el humor vítreo. La uveítis posterior muestra signos como vasculitis retiniana, coroiditis, hinchazón del disco óptico y edema macular. En esta revisión se mencionan todos los FAMES sintéticos útiles para el tratamiento de las uveítis (azatioprina, salazopirina, metotrexato, micofenolato, tacrólimus y ciclosporina) y los FAMES biológicos (sobre todo anti-TNF y algo anti-IL6). Para algunos casos de uveítis en Behçet los inhibidores de la IL-1 podrían ser útiles y también hay alguna evidencia, pero débil, en los fármacos anti-JAK. El pronóstico visual en la uveítis depende de la localización anatómica, la duración y la gravedad de la inflamación.

### COMENTARIO

La uveítis representa hasta el 10% de los problemas visuales a nivel mundial, lo que pone de relieve la necesidad de un reconocimiento y un tratamiento rápido. Los inhibidores del TNF han mejorado significativamente los resultados en la uveítis tanto en adultos como en niños, y la evidencia más sólida corresponde al adalimumab. Una excepción es el etanercept, que empeora la uveítis. La opción biológica de segunda línea para la uveítis son los inhibidores de IL-6, y el tocilizumab intravenoso cuenta con la evidencia de apoyo más sustancial. El trabajo colaborativo entre reumatólogos y oftalmólogos es fundamental para el tratamiento óptimo de la uveítis. Se necesitan más ensayos en uveítis, ya que existe una amplia gama de nuevas moléculas disponibles para enfermedades reumáticas sistémicas que deben explorarse para su uso terapéutico en la uveítis.

Figura 1. Presentación clínica de uveítis.



**Fig. 1 | Clinical presentation in uveitis. a,** Uveitis is an inflammatory condition that can affect various anatomical structures within the uveal tract. The figure highlights specific regions affected in different forms of uveitis. In anterior uveitis, the inflammation primarily involves the anterior chamber, affecting the iris, cornea and lens, leading to features such as cells and flare in the anterior chamber, posterior synechiae, iris nodules, band keratopathy, keratic precipitates and cataracts. Intermediate uveitis targets the vitreous, where vitreous cells and snowballs can be observed. Posterior uveitis primarily affects the choroid, retina and optic nerve, resulting in choroiditis, macular

oedema, retinal vasculitis, disc swelling and glaucomatous cupping. **b,** This section outlines the clinical presentation and symptoms associated with the different types of uveitis. Anterior uveitis is typically characterized by pain, redness, photophobia and blurred vision. Intermediate uveitis manifests with floaters and blurred vision. Posterior uveitis is associated with loss of the visual field and reduced vision. Panuveitis, a more extensive form of uveitis, involves inflammation throughout the uveal tract, and symptoms can overlap across the different forms of uveitis.

“  
En este estudio,  
el objetivo fue  
desarrollar una nueva  
herramienta de  
predicción específica  
del LES, SLECRISK,  
para proporcionar una  
estimación más precisa  
del RCV en el LES”



## LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

**CITA:** Choi MY, Guan H, Yoshida K, Paudel M, Kargere BA, Li D, et al. *Personalizing cardiovascular risk prediction for patients with systemic lupus erythematosus*. Semin Arthritis Rheum. 2024 Aug;67:152468. doi: 10.1016/j.semarthrit.2024.152468. Epub 2024 May 17. PMID: 38788567; PMCID: PMC11214838.

### RESUMEN

La prevalencia de enfermedad coronaria en mujeres con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es de 5 a 6 veces mayor que en la población general. Esto es debido a que hay una arteriosclerosis precoz y acelerada secundaria a: mayor dislipemia, HTA, DM que en la población general, además de la propia disfunción y daño endotelial causado por la homocisteína, pero también por acción directa de algunos autoanticuerpos como el antiRNP y anticardiolipina. Los scores para estimar RCV clásicos infraestiman en el LES, como por ejemplo el SCORE 2 o el Framinham. Urowitz en 2016 hace un Framinham modificado (mFraminham) que consistió en multiplicar cada ítem x2. A posteriori apareció el QRISK3 en donde se incluye a la AR y a los fármacos antipsicóticos, la DM, etc...y ya por último el SLECRE de la cohorte del John Hopkins, que mediante la inclusión de variables muy específicas del LES como el C3, el anticoagulante lúpico, o el SLEDAI hace que estime el RCV a 10 años, por encima que los clásicos. En este estudio, el objetivo fue desarrollar una nueva herramienta de predicción específica del LES, SLECRISK, para proporcionar una estimación más precisa del RCV en el LES. Se evalúan eventos cardiovasculares mayores a 10 años (MACE). Se evaluaron las estadísticas

de ajuste del modelo y el rendimiento (sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo/negativo, estadística) para predecir el riesgo moderado/alto a 10 años ( $\geq 7,5\%$ ) de MACE y se compararon con ACC/AHA, la escala de riesgo de Framingham (FRS) y la escala de riesgo de Framingham modificada (mFRS). Se incluyeron 1243 pacientes con 90 eventos adversos mayores (46 infartos de miocardio, 36 accidentes cerebrovasculares, 19 muertes cardíacas) durante 8946,5 personas-año de seguimiento. Las variables de LES seleccionadas para el nuevo algoritmo de predicción (SLECRISK) fueron la actividad de LES (remisión/leve frente a moderada/grave), la duración de la enfermedad (años), la creatinina (mg/dl), los anticuerpos anti-dsDNA, anti-RNP, anticoagulante lúpico, positividad de anti-Ro y C4 bajo. La sensibilidad para detectar eventos adversos mayores de riesgo moderado/alto ( $\geq 7,5\%$ ) utilizando SLECRISK fue de 0,74 (IC del 95%: 0,65, 0,83), que fue mejor que la sensibilidad del modelo ACC/AHA (0,38 (IC del 95%: 0,28, 0,48). También identificó 3,4 veces más pacientes de riesgo moderado/alto que el ACC/AHA. Los pacientes que tenían un riesgo moderado/alto según SLECRISK pero no según ACC/AHA, tenían más probabilidades de ser mujeres jóvenes con LES grave con escasos factores de RCV tradicionales.

### COMENTARIO

La nueva herramienta SLECRISK es más sensible que el ACC/AHA para predecir el riesgo moderado/alto a 10 años de MACE y puede ser particularmente útil para predecir el riesgo de mujeres jóvenes con LES grave. Se necesitan futuros estudios de validación externa que utilicen cohortes con LES más grave.

## ENFERMEDAD DE STILL

**CITA:** Fautrel B, Mitrovic S, De Matteis A, Bindoli S, Antón J, Belot A et al. **EULAR/PReS recommendations for the diagnosis and management of Still's disease, comprising systemic juvenile idiopathic arthritis and adult-onset Still's disease.** Ann Rheum Dis. 2024 Nov 14;83(12):1614-1627. doi: 10.1136/ard-2024-225851. PMID: 39317417.

### RESUMEN

Estas son las primeras recomendaciones para el diagnóstico y el tratamiento de pacientes con enfermedad de Still en todas las edades. La artritis idiopática juvenil sistémica (sJIA) y la enfermedad de Still del adulto (AOSD) se consideran la misma enfermedad, pero aún falta un enfoque común para el diagnóstico y el tratamiento. Constan de cuatro principios generales, y catorce recomendaciones específicas. Se definieron dos objetivos terapéuticos: enfermedad clínicamente inactiva (CID) y remisión, es decir, CID mantenida durante al menos 6 meses. Comento a continuación las recomendaciones específicas más relevantes, bajo mi punto de vista:

1. Para facilitar el diagnóstico rápido e iniciar el tratamiento temprano, se deben utilizar definiciones operativas para identificar a los pacientes con enfermedad de Still.
  - La fiebre suele aumentar con una temperatura  $\geq 39$  °C (102,2 °F) durante al menos 7 días.
  - El exantema es transitorio y, a menudo, coincide con los picos febriles, afectando preferentemente el tronco. Por lo general, es eritematoso (rosa salmón), pero otros exantemas (p. ej., urticaria) pueden ser compatibles con el diagnóstico.
  - La afectación musculoesquelética suele estar presente con artralgia/mialgia. La artritis manifiesta es un síntoma de apoyo, pero no necesario, para el diagnóstico y puede aparecer más tarde.
  - Los niveles altos de inflamación suelen identificarse por leucocitosis neutrofílica, aumento de la PCR y la ferritina séricas.
2. Una elevación marcada de las proteínas séricas IL-18 y/o S100 (por ejemplo, calprotectina) respalda firmemente el diagnóstico y, por lo tanto, se deben medir si están disponibles.
3. Para alcanzar el objetivo final (remisión sin fármacos), se recomiendan los siguientes objetivos intermedios:
  - En el día 7, resolución de la fiebre y reducción de la PCR en  $>50\%$ ,
  - En la semana 4, sin fiebre, reducción del recuento de articulaciones activas (o inflamadas) en  $>50\%$ , PCR normal y evaluación global del médico y del paciente/padre menor a 20 en una EVA de 0 a 100.
  - En el mes 3, CID con glucocorticoides menor a 0,1 o 0,2 mg/kg/día,
  - En el mes 6, CID sin glucocorticoides.
4. Se debe iniciar un inhibidor de IL-1 o IL-6 lo antes posible cuando se establece el diagnóstico.
5. Se debe lograr el mantenimiento de CID durante 3 a 6 meses sin glucocorticoides antes de iniciar la reducción gradual de bDMARD.

### COMENTARIO

Este esfuerzo establece nuevos objetivos para abordar cuestiones clave con el fin de lograr un tratamiento óptimo del paciente, con un enfoque particular en los pacientes difíciles de tratar, pacientes con síndrome de activación macrofágica (MAS) y enfermedad pulmonar.



“  
La artritis  
idiopática juvenil  
sistémica y la  
enfermedad de  
Still del adulto  
se consideran  
la misma  
enfermedad,  
pero aún falta  
un enfoque  
común para el  
diagnóstico y el  
tratamiento”



**El estudio respalda el uso de semaglutida subcutánea una vez por semana en una dosis de 2,4 mg para el control del peso y el tratamiento del dolor en personas con obesidad y dolor moderado a severo debido a artrosis de rodilla”**

## ARTROSIS

**CITA:** Bliddal H, Bays H, Czernichow S, Uddén Hemmingsson J, Hjelvesæth J, Hoffmann Morville T, Koroleva A, et al. STEP 9 Study Group. **Once-Weekly Semaglutide in Persons with Obesity and Knee Osteoarthritis.** N Engl J Med. 2024 Oct 31;391(17):1573-1583. doi: 10.1056/NEJMoa2403664. PMID: 39476339.

## RESUMEN

La artrosis de rodilla es la más prevalente a día de hoy, causando gran disfuncionalidad a los pacientes. Su relación con la obesidad, surge de una combinación de mayor estrés mecánico en las articulaciones que soportan peso y disfunción metabólica e inflamación inducida por la propia obesidad. Se ha demostrado que la reducción de peso alivia los síntomas de la artrosis de rodilla, incluido el dolor. El efecto de los agonistas del receptor del péptido similar al glucagón-1 sobre la artrosis de rodilla en personas con obesidad no se ha estudiado en profundidad, ni si la reducción de peso asociado a este fármaco mejora el pronóstico, ni si estos fármacos pueden tener un efecto antiinflamatorio condroprotector en la artrosis de rodilla. En este trabajo solo se han estudiado los efectos sobre la reducción de peso, aunque hay investigaciones en marcha para estudiar su posible mecanismo de acción antiinflamatorio en la artrosis de rodilla. Se realizó un ensayo clínico aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo de 68 semanas de duración, en 61 centros de 11 países. Los participantes debían tener diagnóstico de obesidad (IMC;  $\geq 30$ ) y un diagnóstico clínico y radiológico de artrosis de rodilla moderada con dolor al menos moderado. Se asignaron aleatoriamente, en una proporción de 2:1, para recibir semaglutida subcutánea una vez por semana (2,4 mg) o placebo. Los objetivos primarios fueron el cambio porcentual en el peso corporal y el cambio en la puntuación del dolor (WOMAC), desde el inicio hasta la semana 68. El objetivo secundario fue la puntuación de la función física mediante el SF-36, versión 2. Se incluyeron 407 participantes en total. La edad media fue de 56 años, el IMC medio de 40,3 y la puntuación media de dolor en la escala WOMAC de 70,9. El 81,6% de los participantes eran mujeres. El cambio me-

dio en el peso corporal desde el inicio hasta la semana 68 fue de -13,7% con semaglutida y de -3,2% con placebo ( $P < 0,001$ ). El cambio medio en la puntuación de dolor de WOMAC en la semana 68 fue de -41,7 puntos con semaglutida y de -27,5 puntos con placebo ( $P < 0,001$ ). Los participantes del grupo de semaglutida tuvieron una mayor mejora en la puntuación de función física del SF-36 que los del grupo placebo (cambio medio, 12,0 puntos frente a 6,5 puntos;  $P < 0,001$ ). La incidencia de eventos adversos graves fue similar en los dos grupos.

## COMENTARIO

El estudio respalda el uso de semaglutida subcutánea una vez por semana, en una dosis de 2,4 mg, para el control del peso y el tratamiento del dolor en personas con obesidad y dolor moderado a severo debido a artrosis de rodilla, algo bastante coherente ya que conocíamos al fármaco por su gran eficacia en cuanto a pérdida de peso. Las limitaciones de este ensayo incluyen la falta de imágenes en el seguimiento y la falta de evaluación de marcadores metabólicos e inflamatorios; por lo tanto, no se ha podido determinar el efecto de la semaglutida en la fisiopatología de la osteoartritis de rodilla, pero como he mencionado ya, hay investigaciones en marcha al respecto.

# Actualización sobre el síndrome de Vexas



**Dra. Marta López-Gómez**  
Servicio de Reumatología. Hospital de San Joan Despí Moisès Broggi, Barcelona.



**Paula García Escudero**  
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Araba, Vitoria

El síndrome de VEXAS (**V**acuolas, **E**nzima **E**1, ligado al cromosoma **X**, **A**utoinflamatorio, **S**omático) es una patología descrita por primera vez en 2020<sup>1</sup> que ha supuesto un reto diagnóstico-terapéutico en el campo de las enfermedades autoinmunes sistémicas y hematológicas.

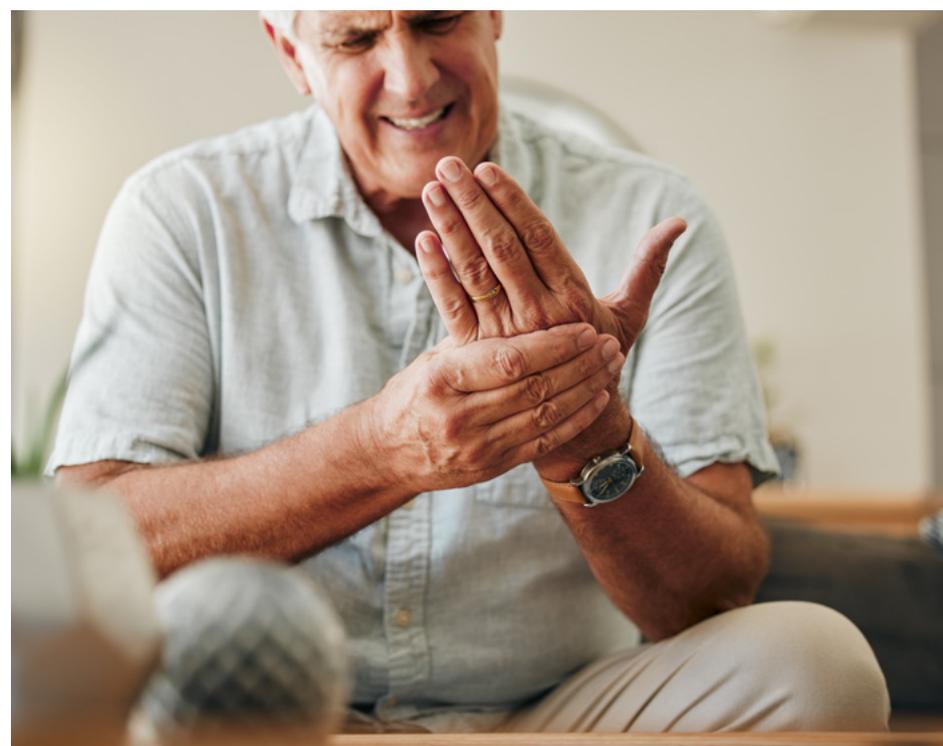
Esta entidad está causada por mutaciones somáticas adquiridas en el gen *UBA1*, localizado en el cromosoma X (Xp11.23), que codifica la enzima activadora de ubiquitina E1, componente crítico en la regulación de la homeostasis proteica mediante el sistema ubiquitina-proteosoma<sup>2</sup>. Las alteraciones en los procesos de ubiquitinación de forma secundaria provocan un incremento del estrés celular y una activación aberrante de las vías del sistema inmunitario innato con hiperproducción de citoquinas (factor de necrosis tumoral  $\alpha$ , interleucinas 1, 6 y 8, y proteínas inducidas por interferón  $\gamma$ )<sup>1,2</sup>, responsables del fenotipo inflamatorio característico de la patología. Estas mutaciones afectan de manera predominante a las células madre hematopoyéticas y a los progenitores mieloides y linfoides en médula ósea<sup>1,2</sup>. En sangre periférica, las células con mutación en *UBA1* se restringen al compartimento mieloides, específicamente a neutrófilos y monocitos,

mientras que los linfocitos B y T maduros permanecen libres de mutaciones, lo que sugiere un proceso de selección negativa en el que los linfocitos mutados no logran sobrevivir en la periferia<sup>1</sup>. Un estudio reciente identificó mutaciones en el gen *UBA1* en muestras de uñas de pacientes. Este hallazgo sugiere que las variantes de *UBA1* no se limitan exclusivamente a los precursores mieloides y eritroides, si no que podrían originarse en etapas tempranas del desarrollo embrionario<sup>3</sup>. Estos descubrimientos amplían nuestra comprensión de la patogénesis del síndrome, planteando la posibilidad de que pueda manifestarse a cualquier edad, aunque hasta ahora solo se ha diagnosticado en adultos.

Desde una perspectiva epidemiológica, la prevalencia del síndrome de VEXAS se ha estimado hasta en 1 por cada 13.591 individuos, lo que supone cifras similares a las objetivadas en los síndromes mielodisplásicos (SMD), y superiores a algunas vasculitis sistémicas<sup>4</sup>. Destaca un claro predominio en varones mayores de 50 años frente a registros anecdóticos en mujeres (9 casos reportados), en las que se requiere, por otra parte, la presencia de monosomía X, ya que *UBA1* no se ve afectado por la inactivación del cromosoma X<sup>5</sup>.



**El síndrome de VEXAS afecta principalmente a varones mayores de 50 años con manifestaciones inflamatorias sistémicas”**



### MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La reciente caracterización del síndrome, junto con sus manifestaciones clínicas heterogéneas (Fig 1.), ha supuesto que muchos pacientes fueran diagnosticados previamente de otras enfermedades reumatológicas, dermatológicas o hematológicas. En la cohorte de los *National Institutes of Health* (NIH) en Estados Unidos y de la Universidad de Leeds, los diagnósticos más frecuentes fueron: policondritis recidivante (52%), síndrome mielodisplásico (31%), síndrome febril de causa no especificada (23%) y síndrome de Sweet (22%).

La fiebre de origen no infeccioso es un síntoma prominente (64-92%), generalmente asociada a elevación de reactantes de fase aguda (RFA), y acompañada de sudoración nocturna o síndrome general (54.5%). Hasta un 34.5% presentan linfadenopatías, siendo más frecuentes a nivel mediastínico.

Las manifestaciones cutáneas son muy prevalentes, afectando a hasta el 84% de los pacientes. Por lo general, se presentan como pápulas y nódulos eritematosos, dolorosos y edematosos, localizados predominantemente en las extremidades y el tronco. Hasta en un 24% de los casos, estas lesiones pueden ser pruriginosas. Desde el punto de vista histológico, se observan patrones característicos de dermatosis neutrofilica y paniculitis septal, lo que pone de manifiesto la complejidad del proceso inflamatorio subyacente<sup>3,6</sup>.

La afectación pulmonar (49.1-72%), que puede oscilar entre leve y severa, es muy heterogénea y varía enormemente en función de las series. Además de síntomas respiratorios inespecíficos como tos y disnea, destaca la presencia de infiltrados inflamatorios en las pruebas de imagen, donde se describen tomográficos de neumonía intersticial no específica o neumonía organizada, entre otros. Otras complicaciones, incluyendo la hemorragia alveolar y necesidad de soporte ventilatorio también están recogidas en la literatura<sup>7</sup>.

La condritis auricular y/o nasal afecta entre el 36% y el 64% de los pacientes, con diferencias significativas en factores como la edad, la prevalencia de fiebre y anemia, así como el compromiso de las vías respiratorias en comparación con la policondritis recidivante

idiopática. Además, hasta un 29% de los pacientes también presenta hipoacusia neurosensorial<sup>8</sup>.

La vasculitis es también muy prevalente, llegando a estar presente hasta en el 20-64% de casos. Aunque pueden comprometerse vasos de cualquier calibre, predomina la variante leucocitoclástica (26-38%). En muchas ocasiones puede confundirse con otras entidades como la vasculitis IgA, crioglobulinémica o Behçet, entre otras.

A nivel articular, el síndrome de VEXAS cursa en forma de artritis (58%) y/o artralgias (28%), con un patrón oligoarticular o poliarticular, no erosivo, que involucra pequeñas y grandes articulaciones.

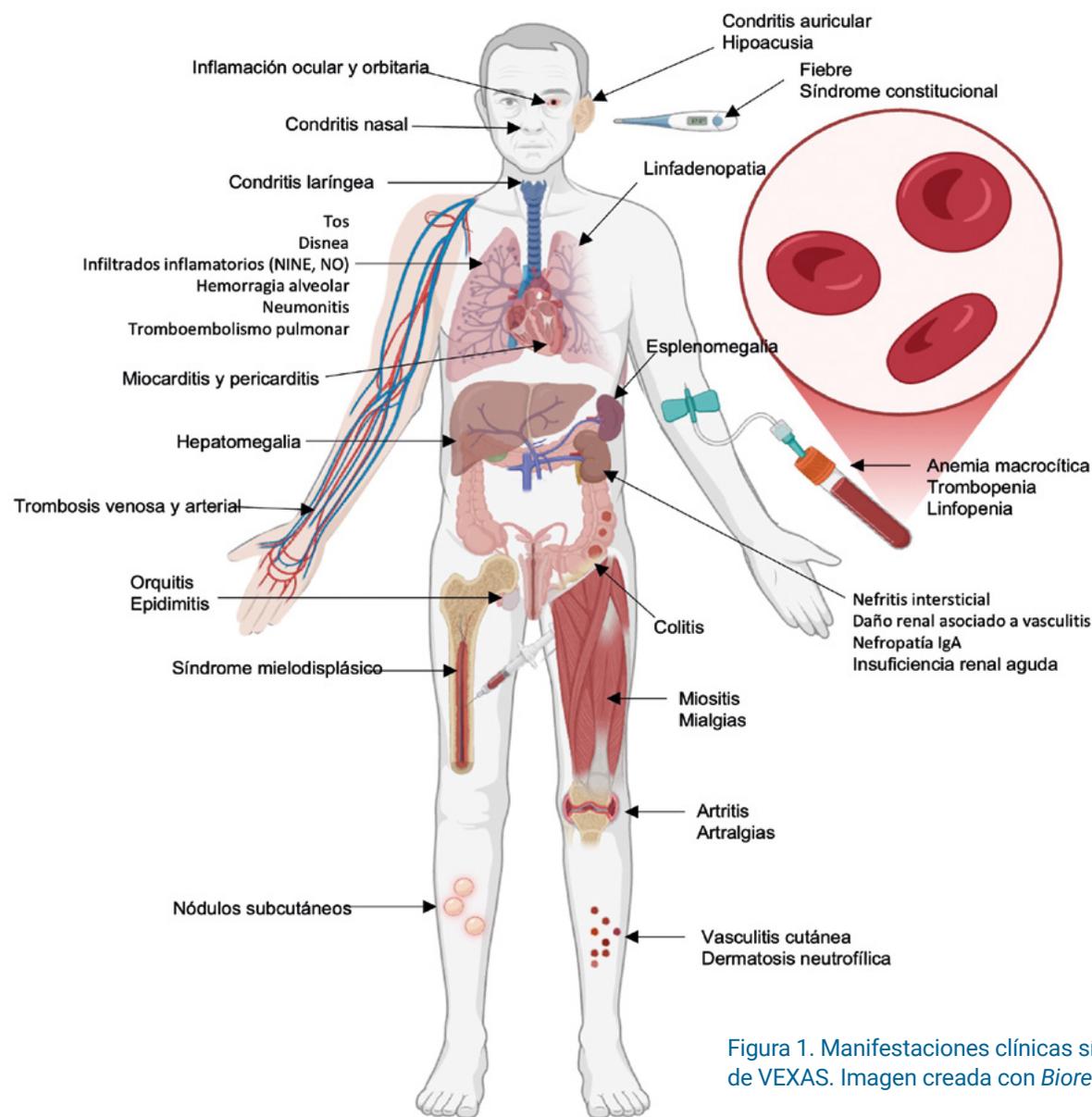


Figura 1. Manifestaciones clínicas síndrome de VEXAS. Imagen creada con *Biorender*.

Las manifestaciones trombóticas son frecuentes (35-44%), principalmente en forma de tromboembolismo venoso no provocado, y suelen aparecer de forma precoz en el transcurso de la enfermedad, presentando una tendencia a la recurrencia, incluso en pacientes bajo tratamiento anticoagulante. Las trombosis arteriales son mucho menos habituales, observándose en menos del 10% de los pacientes.

Respecto a las manifestaciones oftalmológicas, pueden estar presentes en el 40.5% de casos, e incluyen manifestaciones oculares como conjuntivitis, epiescleritis, escleritis o uveítis, y orbitarias, como edema periorbitario.



**Las manifestaciones clínicas son heterogéneas, pudiendo afectar a cualquier órgano, siendo imprescindible la confirmación genética de mutaciones UBA1**

En cuanto a la afectación renal, se trata de una complicación mal filiada pero estudiada cada vez de forma más sistemática en las distintas cohortes. Destacan el daño renal agudo por nefritis intersticial, el daño renal asociado a vasculitis y la nefropatía IgA. De forma menos prevalente también se ha descrito daño cardíaco, y en otros sistemas o aparatos incluyendo el sistema nervioso periférico, tracto gastrointestinal y genitourinario<sup>6</sup>.

Por otra parte, es característica la presencia de anemia macrocítica (96%), trombocitopenia y linfopenia en porcentajes variables, y potencial evolución hacia SMD en 24-63% de los casos<sup>13</sup>.

#### DIAGNÓSTICO

En pacientes con alta sospecha de síndrome de VEXAS es necesario realizar un estudio analítico amplio de despistaje, incluyendo RFA (PCR, VSG, ferritina), cuya elevación se correlaciona directamente con la actividad de la enfermedad<sup>13</sup>, y autoanticuerpos (Acs) incluyendo factor reumatoide, Acs antinucleares o Acs anticitoplasma de neutrófilos, con el fin de descartar otras potenciales entidades como causantes de la sintomatología, si bien todos ellos pueden ser a su vez positivos.

Se recomienda la realización de aspirado de médula ósea, cuyo hallazgo característico lo constituyen las vacuolas citoplasmáticas en precursores mieloides y eritroides<sup>1</sup>, muy sugerentes, aunque no patognomónicas, de la entidad. Éstas se pueden encontrar en otras patologías como sepsis, consumo de alcohol, déficit de cobre, o neoplasia mieloide.

La confirmación definitiva exige la detección de mutaciones somáticas en el gen UBA1, preferiblemente mediante secuenciación de Sanger, y con un umbral de frecuencia alélica superior al 15-20%<sup>7</sup>. Aunque las mutaciones se encuentran fundamentalmente localizadas a nivel del codón 41 en el exón 3 provocando una sustitución de metionina por treonina, valina o leucina (p.M41T, p.M41V,

o p.M41L) por este orden de frecuencia, se han descrito otras variaciones patogénicas a lo largo del gen, por lo que se aconseja el uso de técnicas de análisis que cubran la totalidad del mismo.

Complementariamente, se individualizará la necesidad de estudios órgano-específicos según la sintomatología de cada paciente.

#### TRATAMIENTO

Actualmente, no existen protocolos estandarizados para el manejo del síndrome de VEXAS, y las recomendaciones se basan en estudios retrospectivos y opiniones de expertos. La mayoría de los pacientes requieren glucocorticoides en dosis medias-altas como tratamiento de primera línea, generalmente con buena respuesta. Sin embargo, debido a los conocidos efectos secundarios de estos fármacos y a la dependencia que generan en algunos pacientes, se sugiere combinarlos con fármacos modificadores de la enfermedad sintéticos (FAMES), como el metotrexato, aunque su eficacia en estos casos suele ser limitada o nula. En cuanto a las terapias biológicas y dirigidas, los inhibidores de la interleucina 6 (iIL6), como el tocilizumab, y los inhibidores de Janus quinasas (iJAK), en especial el ruxolitinib, han mostrado resultados prometedores<sup>6,9</sup>. Estos tratamientos permiten obtener respuestas clínicas tempranas y reducir las dosis necesarias de glucocorticoides. Otras dianas, como los anti-TNF- $\alpha$ , carecen de evidencia científica en la actualidad<sup>6-10</sup>.

Los agentes hipometilantes, en concreto azacitidina, parecen tener un papel relevante en erradicación de clones mutados y, por tanto, son útiles en el manejo de síndrome de VEXAS asociado a SMD, mejorando no sólo los síntomas inflamatorios, sino también los requerimientos transfusionales<sup>9,10</sup>. El trasplante de progenitores hematopoyéticos constituye una estrategia potencialmente curativa. Los estudios iniciales parecen mostrar respuestas completas, aunque los seguimientos son limitados en la actualidad,

acarreado una elevada morbimortalidad asociada a la enfermedad injerto contra huésped e infecciones. Su indicación se encuentra restringida a pacientes cortico-dependientes que presenten datos de inflamación activa refractaria o SMD concurrente, siempre que cumplan los requisitos de edad y estado funcional necesarios para llevar a cabo el procedimiento<sup>9,10</sup>.

Otras medidas, incluyendo la profilaxis frente a infecciones oportunistas, estrategias de vacunación adecuadas, anticoagulación, o transfusiones periódicas, deben individualizarse. Dado que los pacientes suelen ser de edad avanzada y requieren glucocorticoides de forma prolongada, se recomienda evaluar el riesgo de osteoporosis<sup>9,10</sup>.

El síndrome de VEXAS tiene un pronóstico variable, siendo una enfermedad progresiva con recaídas frecuentes. Las tasas de mortalidad oscilan entre el 15% y el 50% dependiendo de la cohorte, con una mediana de supervivencia en torno a los 10 años desde el inicio de la sintomatología, siendo las infecciones la principal causa de muerte<sup>9,10</sup>. Factores como la mutación p.M41V y la dependencia transfusional se asocian a peor pronóstico, mientras que la mutación p.M41L, relacionada con cuadros leves a moderados, parece presentar un mejor pronóstico global.

Agradecimientos: Dr. Jaime Calvo Alen y Dra. Elena Aurrecochea.



Dr. Iñigo Rúa-Figueroa  
Fernández de Larrinoa

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.

# Uso crónico de glucocorticoides en pacientes con lupus eritematoso sistémico: ¿definitivamente proscrito?

En las últimas décadas, se han venido acumulando datos sobre los efectos adversos del uso crónico de las dosis bajas de glucocorticoides (GC) en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES), particularmente referentes a su contribución al desarrollo de daño orgánico (1,2), y esta circunstancia no ha dejado de ser resaltada en la literatura. Esta razón, sumada a la disponibilidad de nuevos fármacos con capacidad de “ahorro” de GC (3,4), ha inclinado a las distintas sociedades científicas a aconsejar prescindir, en lo posible, del empleo crónico de GC en sus recomendaciones de manejo del LES (5). Sin embargo, las evidencias que sustentan esa, cada vez más imperiosa, recomendación son limitadas, cuando se trata de dosis diaria igual o por debajo de 5 mg de prednisona (o equivalente) (7).

En relación con el riesgo de brote lúpico al suspender los GC, se dispone de dos ensayos clínicos aleatorizados (ECA) de retirada que lo evalúan. En el ECA de Mathian et al, que incluyó 124 pacientes, seguidos durante 52 semanas, se registraron más brotes, también graves, en el grupo sin GC (6). Sin embargo, en el otro ECA, el estudio PRESS, que contó con 222 pacientes asiáticos seguidos durante 33 meses, no se encontraron diferencias (8). Por otra parte, un metanálisis reciente, que incluyó 17 estudios, mostró un aumento de brotes tras la suspensión de los GC comparado con su continuación [RR 1.38 (95% CI 1.01, 1.89)], pero no de brotes graves [RR 1.77 (95% CI 0.40, 7.83)] (9).

Un cuidadoso *tapering* en pacientes tratados con GC ha sido un paradigma clínico

casi secular, con el propósito de evitar riesgo de brote. El estudio de Katsumata et al, llevado a cabo sobre pacientes clínicamente quiescentes de la cohorte prospectiva Asiático-Pacífica, parece confirmarlo, ya que se observó que una reducción progresiva muy lenta de GC (a razón de 1 mg/día) no se asociaba a más brotes que mantener GC (10). Así mismo, un estudio retrospectivo llevado a cabo también con pacientes clínicamente quiescentes de la cohorte de Toronto, que comparó la retirada lenta de GC (en 9-18 meses) con la continuación a dosis < 5mg, no encontró aumento de brotes tras dos años de seguimiento, ajustando mediante un *propensity score* (11). En este sentido, cabe resaltar que en el ECA de Mathian et al, ya mencionado, la suspensión de GC fue brusca, añadiendo, eso sí, 20 mg de hidrocortisona durante el mes siguiente, y esa “brusquedad” pudo haber contribuido a incrementar la incidencia de brote (8).

Respecto al impacto sobre el daño de continuar con 5mg de prednisona o retirarla, los resultados de los diferentes estudios llevados a cabo hasta la fecha han resultado inconsistentes (9, 10-12). Así, datos recientes procedentes de la fase prospectiva del registro RELESSER, datos que nos incumben especialmente, no muestran que una dosis de 5 mg o menor de prednisona se asocie a mayor daño orgánico que el no uso de GC, tras 4 años de seguimiento (Rúa-Figueroa, remitido para publicación). Resultados muy similares han sido comunicados por investigadores del grupo Asiático-Pacífico, en su cohorte prospectiva de pacientes clínicamente quiescentes y serológicamente activos,

“  
**Hemos aumentado nuestro conocimiento acerca de los efectos adversos de los GC, pero nos falta hacerlo con los potenciales efectos beneficiosos de su uso crónico”**

previamente mencionada (10). Sin embargo, en el estudio Toronto, también ya citado, si encuentran diferencias en daño, con menor progresión en los enfermos que discontinuaron los GC (11). Finalmente, en el metanálisis de Ji et al, también se evaluó la progresión del daño, medida con SDI, y ésta no resultó diferente en ambos grupos: los que suspendieron GC y los que no lo hicieron [RR 0.64 (95% CI 0.38, 1.09)] (9). Una explicación plausible sería que el SDI, la única herramienta validada disponible para medir daño orgánico, no es suficientemente sensible para captar daño orgánico como, por ejemplo, trastornos neuro-cognitivos, infraestimando el daño real.

Por otra parte, algunos estudios encuentran un incremento de incidencia de infecciones graves en pacientes tratados con dosis de 5 mg de prednisona, aunque con esas dosis el incremento sea probablemente modesto (13,14).

Una limitación a la hora de tomar decisiones ponderadas es que no disponemos de estudios que analicen el impacto sobre los PROMS (Patients Reported Outcomes Measures) de suspender o continuar los GC, como en el caso de la astenia (“fatiga” que dicen los anglosajones), cuestión en modo alguno baladí, a la hora de balancear pros y contras.

En cualquier caso, es claro que hemos aumentado nuestro conocimiento acerca de los efectos adversos de los GC, pero nos falta hacer lo propio con los potenciales efectos beneficiosos de su uso crónico. Demonizar a los GC en base a sus efectos adversos, sin considerar lo que pueden ofrecer, comparativamente con otras opciones, no es ciencia: suena más bien a moda. Decía Santiago Ramón y Cajal que no hay cuestiones agotadas, sino personas agotadas en las cuestiones (15). Investiguemos, por tanto, más y mejor sobre esta cuestión, para poder poner en su lugar a un tratamiento que ha aportado tanto en el tratamiento del lupus y, si hay que enterrarlo, enterrémosle con honores.

# Histología básica de la nefritis lúpica para especialistas en Reumatología



**Dr. Justo Sandino Pérez**

Servicio de Nefrología. Instituto de Investigación (imas12). Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.



**Dra. Marina Alonso-Riaño**

Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.



**Dr. Enrique Morales**

Servicio de Nefrología. Instituto de Investigación (imas12). Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

La nefritis lúpica (NL) es una de las manifestaciones más graves del lupus eritematoso sistémico (LES), una enfermedad autoinmune que afecta a múltiples órganos y sistemas. La incidencia de la NL oscila entre el 20 y 60% de pacientes con LES y puede abarcar desde anomalías de laboratorio asintomáticas hasta insuficiencia renal terminal. (1)

La biopsia renal proporciona una visión directa del daño tisular y permite clasificar la NL según los diferentes patrones de afectación, tanto a nivel glomerular como túbulo-intersticial y vascular. En este sentido, podemos encontrar formas proliferativas, que suelen requerir un tratamiento inmunosupresor agresivo, y formas no proliferativas, que suelen tener mejor pronóstico y pueden manejarse con terapias más conservadoras, así como formas mixtas y otros patrones de lesión renal. (2)

La histología renal es indispensable para el manejo de la NL, ya que no sólo confirma el diagnóstico y establece la clasificación adecuada, si no que también personaliza el tratamiento y la información que proporciona mejora los resultados a largo plazo en una enfermedad tan compleja como el LES.

## DESCRIPCIÓN BÁSICA DE UN RIÑÓN NORMAL

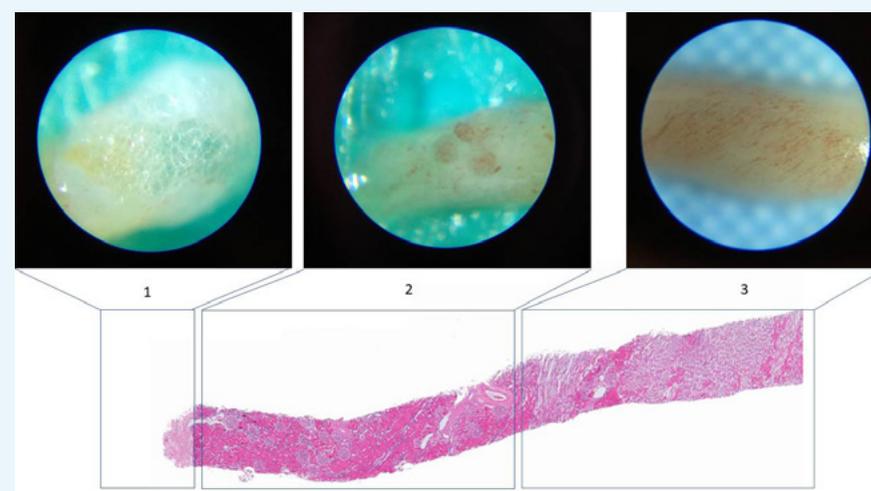
La biopsia renal ha de recibirse en fresco, en una gasa humedecida. El patólogo debe inspeccionar los cilindros macroscópicamente para seleccionar tejido que contenga cortical para las técnicas de microscopía óptica (MO), inmunofluorescencia directa (IFD) y microscopía electrónica (ME), sobre todo por la posibilidad de lesiones no visibles en MO. (Figura 1)

El material procesado para MO debe examinarse utilizando cuatro técnicas básicas: hematoxilina-eosina (HE), PAS, tricrómico de Masson, y plata metenamina; cada una de ellas nos permitirá una mejor apreciación de las distintas estructuras (p.e., plata y PAS las membranas basales, PAS el mesangio, tricrómico de Masson intersticio y vasos).

“

**La histología renal es indispensable para el manejo de la NL, ya que no sólo confirma el diagnóstico, sino que también la información que proporciona mejora los resultados a largo plazo”**

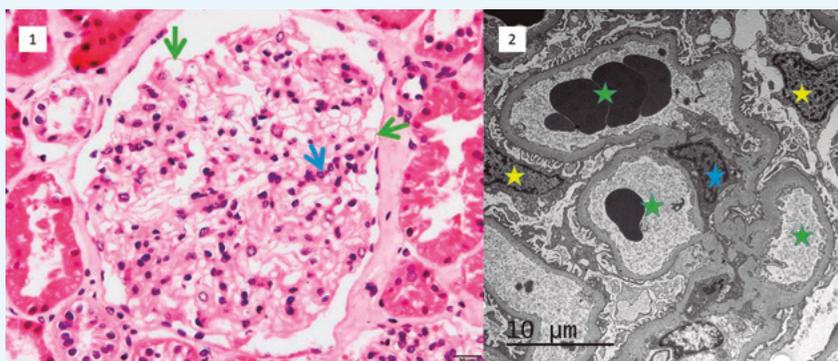
Figura 1.- Imagen panorámica de un cilindro renal, en la que pueden identificarse macroscópicamente (superior, tomada con lupa) e histológicamente (inferior, teñido con HE) los componentes del tejido renal: 1 cápsula, 2 corteza con glomérulos, 3 médula.



En las preparaciones de MO, se han de valorar todos los compartimentos: proporción de cápsula, corteza y médula, glomérulos, túbulos e intersticio y compartimento vascular. A su vez, dentro de los glomérulos, ha de evaluarse la presencia de esclerosis (global o segmentaria), las membranas basales (si son de grosor normal o aumentado, si hay depósitos o irregularidades como espículas o dobles contornos), el mesangio (si es normal, se encuentra expandido o muestra hiper celularidad), las luces capilares (si se encuentran permeables o, por el contrario, hay hiper celularidad endocapilar) y el espacio urinario (si se encuentra libre, o muestra hiper celularidad extracapilar).

El estudio de IFD permitirá determinar la presencia o ausencia de depósitos y su localización en todos los compartimentos de la biopsia renal. Finalmente, la ME permitirá observar con mayor precisión la presencia y localización de los depósitos, o lesiones asociadas como podocitopatía. (Figura 2).

Figura 2.- Imágenes histológicas de un glomérulo sin lesiones (1 HE, 40x; 2 ME, 3000x). En la fotografía de MO se observan luces capilares permeables (flecha verde), con paredes capilares finas sin defectos, y ejes mesangiales normocelulares (flecha azul). En la imagen de ME se identifican tres asas capilares (estrella verde) en torno a un eje mesangial (estrella azul); en la parte externa de las asas capilares (espacio urinario) se encuentran los podocitos (estrella amarilla). No se evidencian depósitos, ni fusión pedicular, ni otras lesiones.



#### HISTOLOGÍA RENAL EN LA NEFRITIS LÚPICA

La biopsia renal en la NL debe presentar un muestreo amplio y contar con la suficiente cantidad de glomérulos, que según la clasificación de 2004 de la ISN/RPS (3) deben ser al menos 10 para una adecuada valoración. Además, debe permitir incluir material para las tres técnicas (MO, IFD, ME).

Es un hallazgo típico en la IFD el patrón llamado “full house”, que quiere decir depósito de 3 tipos de inmunoglobulinas (IgA, IgG e IgM), y depósito de 2 factores de complemento (C3, C1q). El patrón “full-house”, sin embargo, no es patognomónico de la NL, y debe considerarse en conjunto con todos los datos histológicos y clínicos (4). Además, es típica la presencia de depósitos en todos los compartimentos de la biopsia, es decir, glomérulos, túbulo-intersticio y vasos, y dentro de los glomérulos, presencia de depósitos en varias localizaciones simultáneas. (5)

La ME puede mostrarnos lesiones típicas de LES, como inclusiones túbulo-reticulares en las células endoteliales (“huella de interferón”), o depósitos estructurados “en huella dactilar” (curvilíneos concéntricos) (6).

De acuerdo con la clasificación modificada ISN/RNP (7), existen 6 clases de nefritis lúpica (I-VI), dependiendo de la proporción de afectación glomerular, la localización de los depósitos inmunes en el glomérulo, y la presencia de lesiones de actividad o cronicidad. Así, existen clases proliferativas y no proliferativas; las primeras corresponden a aquellas que demuestran proliferación o hiper celularidad endocapilar o extracapilar (semilunas celulares o fibrocelulares), necrosis, depósitos hialinos, presencia de neutrófilos o cariorrexis. Las formas no proliferativas son las que no presentan estas lesiones.



**La biopsia renal en la NL debe presentar un muestreo amplio y contar con la suficiente cantidad de glomérulos, que según la clasificación de 2004 de la ISN/RPS deben ser al menos 10 para una adecuada valoración”**

Figura 3.- Imágenes correspondientes a una nefropatía lúpica clase V: 1 Masson (100x), 2 plata metenamina (100x), 3 IFD con IgG (40x), 4 C4d (100x), 5 ME (20000x), y 6 IFD con IgG (100x). En las imágenes 1, 3, 4 y 6 se observan los depósitos subepiteliales (en la vertiente externa de la membrana basal) que adoptan un patrón pseudolineal granular, levemente arrosariado. La imagen 2 muestra la reacción espiculada de la membrana basal. La imagen 5 muestra depósitos subepiteliales (flecha verde), junto con inclusiones túbulo-reticulares en las células endoteliales (flecha roja).

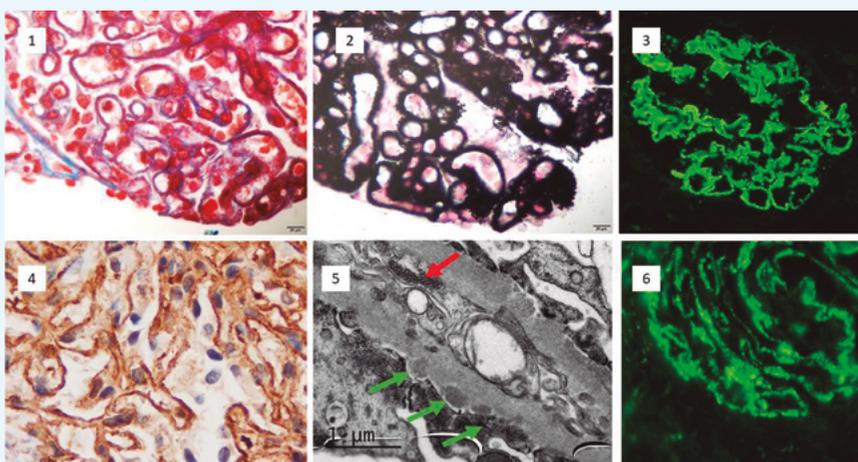
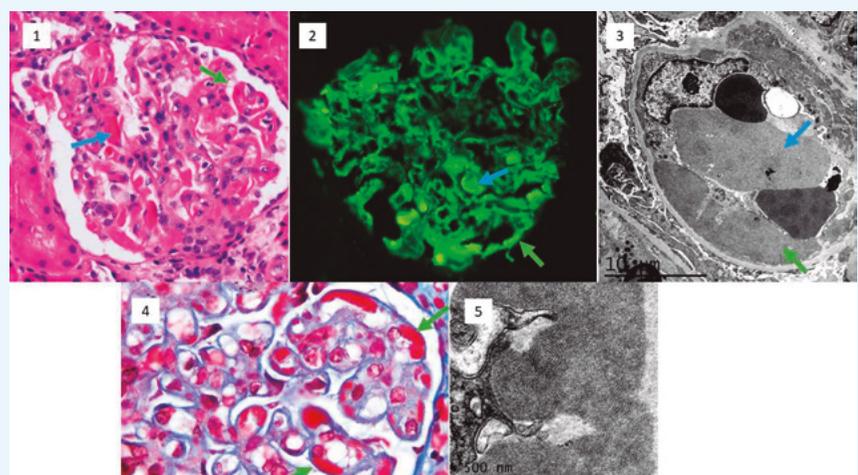


Figura 4.- Las imágenes corresponden con una nefritis lúpica proliferativa, de superior a inferior y de izquierda a derecha: 1 HE (40x), 2 IFD con IgG (40x), 3 ME (5000x), 4 tricrómico de Masson (100x) y 5 ME (20000x). Señalado con flechas verdes se observan las asas de alambre que corresponden con depósitos subendoteliales; en la imagen 1 se identifican como paredes capilares engrosadas e hipereosinófilas, en la imagen 2 corresponden con depósitos gruesos de contornos lisos, en la imagen 3 se observan depósitos electrodensos por debajo de la membrana basal, y en la imagen 4 pueden verse los depósitos teñidos de rojo, mientras que la membrana basal se tiñe de azul. Indicado con flechas azules se observan los pseudotrombos hialinos (mismo aspecto que las asas de alambre, pero endocapilares). La fotografía 5 corresponde con los depósitos "en huella dactilar".



#### Formas no proliferativas

- En la clase I, por definición no se observan lesiones en MO; en IFD y ME pueden observarse depósitos mesangiales de escasa cuantía o tamaño.
- En la clase II puede observarse cierto grado de hiper celularidad mesangial, que se acompaña de depósitos mesangiales en IFD y ME. Los depósitos parietales (por IFD o ME) excluyen tanto la clase I como la II e, independientemente de las lesiones observadas en MO, deben sugerirnos al menos una clase III.
- La clase V corresponde con una nefropatía membranosa, y presenta depósitos en la vertiente subepitelial de la membrana basal, que pueden acompañarse también de depósitos mesangiales. (Figura 3) Típicamente, en la membrana basal, con plata metenamina, se observan pequeños agujeros o proyecciones espiculadas. En la IFD, los depósitos adoptan un patrón pseudolineal que dibuja la pared capilar. En ocasiones, un paciente puede presentar un debut de LES con una NL clase V. En estos casos, existen "pistas" histológicas que nos permiten sospechar que se trata de una NL y no de otras formas de nefropatía membranosa, como un patrón de IFD "full house", subclases de IgG diferentes a IgG4, depósitos extraglomerulares, imágenes típicas en ME (depósitos en "huella dactilar", inclusiones túbulo-reticulares en las células endoteliales, depósitos subepiteliales "penetrantes" en la lámina densa, coexistencia con depósitos mesangiales o subendoteliales) (8) o perfil de inmunohistoquímica típico (PLA2R negativo, EXO1/2 positivo) (9).

#### Formas proliferativas

- Las clases III y IV presentan lesiones superponibles tanto en MO como en IFD y ME; sin embargo, la clase III muestra afectación de menos del 50% de los glomérulos (afectación focal), mientras que la clase IV presenta afectación de más del 50% de glomérulos (afectación difusa). Pueden presentar cualquiera de las siguientes lesiones, en proporción variable: hiper celularidad endocapilar, neutrófilos o cariorrexis, necrosis fibrinoide, asas de alambre (depósitos subendoteliales lo bastante grandes como para verse en MO como engrosamientos hialinos de las paredes capilares) o pseudotrombos hialinos y semilunas celulares o fibrocelulares. (Figura 4)
- Pueden existir clases mixtas (III/IV+V), que presenten nefropatía membranosa junto con lesiones proliferativas.

“  
Pueden existir  
clases mixtas  
(III/IV+V),  
que presenten  
nefropatía  
membranosa  
junto con  
lesiones  
proliferativas”

- En las biopsias de NL debe calcularse el índice de actividad (IA) y cronicidad histológica (ICH). (7) El IA tiene un valor máximo de 24 puntos, y el ICH de 12. En el IA ha de evaluarse el porcentaje de afectación glomerular para cada una de las lesiones activas (hipercelularidad endocapilar, neutrófilos o cariorrexis, depósitos hialinos, necrosis fibrinoide, semilunas celulares o fibrocelulares), y el grado de inflamación intersticial, valorando cada una de ellas de 1-3 (1 punto hasta el 25%, 2 puntos 25-50%, 3 puntos más del 50%), y puntuando la necrosis fibrinoide y las semilunas el doble; de esta forma, una biopsia con 30% de semilunas celulares obtendría 4 puntos en el índice de actividad. (Figura 5) Por su parte, para calcular el ICH se evaluará el grado de glomerulosclerosis tanto global como difusa, las semilunas fibrosas, y el grado de fibrosis intersticial y de atrofia tubular, con mismos puntos de corte que en el IA (tabla 1).

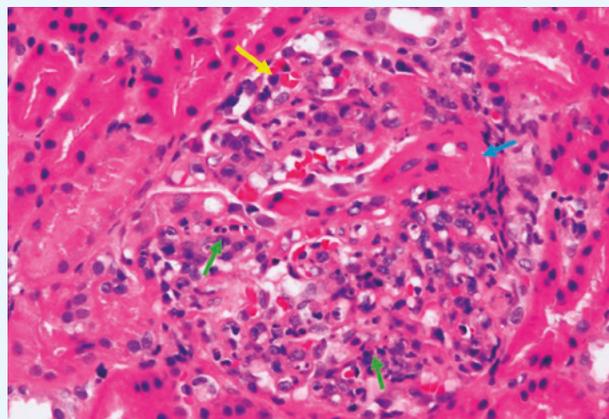
Tabla 1: sistema de puntaje modificado de los Índices de Actividad y Cronicidad para la nefritis lúpica de los Institutos Nacionales de Salud (NIH) de EE. UU.

| Índice de actividad   | Definición <sup>1</sup>  | Puntaje <sup>2</sup> |
|---|--|----------------------|
| Hipercelularidad endocapilar  | Para cada uno de los hallazgos histopatológicos se puntúa:<br>1 si se describe como <25%<br>2 si se describe como 25-50%<br>3 si se describe como >50% | 0-3                  |
| Neutrófilos/cariorrexis   |  | 0-3                  |
| Necrosis fibrinoide   |  | (0-3) x 2            |
| Depósitos hialinos <sup>3</sup>   |  | 0-3                  |
| Semilunas celulares/fibrocelulares  |  | (0-3) x 2            |
| Inflamación intersticial <sup>4</sup>   |  | 0-3                  |
| <b>Total</b>  |  | <b>0-24</b>          |
| Índice de cronicidad  | Definición   | Puntaje              |
| Glomerulosclerosis total <sup>4</sup>   | Para cada uno de los hallazgos histopatológicos se puntúa:<br>1 si se describe como <25%<br>2 si se describe como 25-50%<br>3 si se describe como >50% | 0-3                  |
| Semilunas fibrosas  |  | 0-3                  |
| Atrofia tubular <sup>5</sup>  |  | 0-3                  |
| Fibrosis intersticial <sup>6</sup>  |  | 0-3                  |
| <b>Total</b>  |  | <b>0-12</b>          |
| <b>Otros hallazgos histopatológicos no puntuados</b>  |  |                      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Podocitopatía</li> <li>Glomerulopatía colapsante</li> <li>Lesiones vasculares (arterioesclerosis, depósitos de complejos inmunes por causas no inflamatorias, microangiopatía trombótica, vasculitis)</li> </ul> |  |                      |

Tomado y adaptado de: Bajema IM, Wilhelmus S, Alpers CE, Bruijn JA, Colvin RB, Cook HT, et al. Revision of the International Society of Nephrology/Renal Pathology Society classification for lupus nephritis: clarifications of definitions, and modified National Institutes of Health activity and chronicity index. *Kidney Int* 2018;93:789-96.

- Indica el porcentaje del glomérulo con presencia del hallazgo histológico específico.
- El puntaje puede ser de 0 a 3 y se debe multiplicar por 2 (mayor ponderación), en las alteraciones histopatológicas especificadas en la tabla.
- Puede ser lesiones tipo asa de alambre y/o trombos hialinos.
- Indica el porcentaje del glomérulo con presencia de leucocitos intersticiales.
- Indica el porcentaje de túbulo corticales con atrofia tubular.
- Indica el porcentaje de corteza con fibrosis intersticial.

Figura 5.- Imagen correspondiente a una nefritis lúpica proliferativa (HE, 40x), en la que se observa hipercelularidad endocapilar (flecha amarilla, células en el interior de las luces capilares), presencia de cariorrexis (flechas verdes, corresponden a núcleos fragmentados) y necrosis fibrinoide (flecha azul).



### Otros patrones de lesión

Además de las glomerulopatías ya descritas, pueden existir lesiones podocitarias, vasculares, e intersticiales, que pueden verse asociadas o independientemente de las lesiones glomerulares.

- Las lesiones podocitarias pueden corresponder con cambios mínimos (sin lesiones en la MO) o con glomerulosclerosis focal y segmentaria. En este último caso, es necesario diferenciarlas de las lesiones de cronicidad. Para el diagnóstico de podocitopatía lúpica es esencial el estudio por ME, que mostrará fusión pedicelar difusa (más del 70-80% de la superficie capilar); por el contrario, en las lesiones segmentarias secundarias, se observará fusión pedicelar irregular. Además, deben cumplirse los siguientes criterios diagnósticos: que no se observen lesiones activas de NL, ni depósitos extramesangiales, es decir, clases I o II (10).
- Es necesario examinar cuidadosamente el compartimento vascular en las biopsias de NL. Los vasos pueden demostrar depósitos parietales sin complicaciones, que en la MO se verían con aspecto hialino y en la IFD demostrarían depósito de inmunocomplejos. En otras ocasiones, pueden verse imágenes de vasculitis, en las que haya necrosis de la pared del vaso acompañando (o no) a los depósitos (11). Sumadas a las anteriores, pueden verse lesiones de microangiopatía trombótica (MAT) tanto agudas (trombos de fibrina) como crónicas (arteriolas con "capas de cebolla", trombos organizados...), y con afectación no solo vascular sino también glomerular. En caso de sospecha de MAT, puede recurrirse a la IFD para fibrinógeno, o a la inmunohistoquímica con CD61, para poner de manifiesto los trombos de fibrina.
- Por último, el compartimento túbulo-intersticial puede presentar tanto lesiones activas de inflamación aguda, como lesiones crónicas de fibrosis y atrofia tubular. Asimismo, en el estudio de IFD y ME pueden verse depósitos en las membranas basales tubulares.

### INDICACIONES DE LA BIOPSIA RENAL Y RE-BIOPSIA RENAL EN LUPUS

En los pacientes con LES es sabido que la discordancia entre las manifestaciones clínicas y los hallazgos histológicos es muy frecuente (12), así pues, tanto las guías de la Sociedad Española de Nefrología, las KDIGO, y las guías de la EULAR/ERA-EDTA, recomiendan realizar biopsia renal en pacientes con cualquier signo sugestivo de lesión renal, es decir, presencia de hematuria de origen glomerular, cilindros celulares, proteinuria > 0.5 g/24 horas (o en su defecto, cociente proteínas-creatinina en orina puntual > 500 g/g) o ante cualquier caída no explicada del filtrado glomerular estimado. (13,14)

A su vez, debe considerarse repetir la biopsia renal en casos seleccionados, como empeoramiento de los parámetros de función renal, falta de respuesta al tratamiento inmunosupresor o biológico; o en casos de recaída, para demostrar una posible transición de clase histológica o cambio en los índices de cronicidad y actividad; para proporcionar información pronóstica; y detectar otras patologías. (14)

Actualmente no existe ninguna recomendación concreta acerca de repetir el estudio histológico de forma rutinaria para valorar la respuesta al tratamiento en pacientes con remisiones completas o parciales, y en la gran mayoría de casos se repite la biopsia renal por indicación clínica. En este sentido, algunos grupos abogan por repetir la biopsia renal al año o incluso a los dos años tras el tratamiento de inducción, para valorar la respuesta al tratamiento, y valorar si existen datos de cronicidad. (15)



**En los pacientes con LES se sabe que la discordancia entre las manifestaciones clínicas y los hallazgos histológicos es muy frecuente”**

### TRANSFORMACIÓN HISTOLÓGICA

En los casos en los que se lleva a cabo una segunda biopsia renal, no es infrecuente encontrar cambios en la clase histológica y en los índices de actividad y cronicidad (12), de hecho, tras un brote de NL, se han descrito transiciones de forma histológica en un 40%–76% de los pacientes, típicamente hacia formas proliferativas. (16,17)

En este sentido, un estudio retrospectivo por Molaes y colaboradores donde se evaluó el cambio entre formas histológicas en pacientes con NL sometidos al menos a dos biopsias renales, encontró una gran proporción de pacientes que experimentaron una transición hacia formas más agresivas. Como era esperable, tras la segunda biopsia se modificó la inmunosupresión en la mayoría de los pacientes (77%), encontrando además un

aumento significativo en el porcentaje de glomeruloesclerosis, fibrosis intersticial, atrofia tubular y daño vascular en la segunda biopsia. Estos hallazgos también se asociaron a mayor riesgo de progresión de la enfermedad renal crónica. (18)

Estos datos dejan patente que una proporción grande de pacientes pueden experimentar un cambio de clase histológica durante un brote de NL, conllevando a modificaciones en su esquema de tratamiento, por lo que repetir el estudio histológico en este contexto puede ser de gran valor para evaluar la respuesta al tratamiento.

### MENSAJES CLAVE

1. La nefritis lúpica es una de las manifestaciones más graves del lupus eritematoso sistémico, siendo la biopsia renal imprescindible para su diagnóstico.
2. El estudio histológico permite clasificar las lesiones a nivel renal, aportando información valiosa en cuanto al pronóstico y manejo.
3. Existen patrones tanto proliferativos como no proliferativos, así como otros patrones de lesiones; con pronóstico distinto y múltiples opciones de tratamiento.
4. Repetir la biopsia renal puede aportar información valiosa en cuanto al manejo y pronóstico de la enfermedad, ya que las transformaciones histológicas no son infrecuentes.
5. Existen limitaciones según la clasificación histológica actual (lesiones vasculares, intersticiales), así como en el valor de la IFD y son necesarios estudios que valoren las modificaciones de dichas lesiones.

# Nuevos avances para las espondiloartritis recogidos en la Espoguía



El investigador principal de la actualización de este documento, el Dr. Juan D. Cañete, del Hospital Clínic e IDIBAPS de Barcelona, comenta las principales novedades y las perspectivas en el tratamiento de estas patologías.

## ¿HA HABIDO UN CAMBIO SIGNIFICATIVO EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS?

Desde la última actualización de la ESPOGUÍA, se han aprobado nuevos fármacos con indicación para espondiloartritis axial –axSpA– y/o artritis psoriásica –APs– (inhibidores de IL-17 A y F, de JAK y de IL-23p19) y han aparecido estudios comparativos (*head to head*) entre inhibidores de IL-17 A y de TNF y nuevos datos sobre la seguridad de estos fármacos. Otros aspectos novedosos son la relevancia que ha adquirido el diagnóstico precoz de la APs, su fase preclínica y la prevención de la transición de la psoriasis a la APs; diversos estudios observacionales retrospectivos sugieren que la terapia biológica podría prevenir o retrasar dicha transición.

## ¿QUÉ NOVEDADES INCLUYE LA ACTUALIZACIÓN DE LA ESPOGUÍA EN RELACIÓN CON LA VERSIÓN ANTERIOR?

Entre los aspectos más relevantes, se han realizado nuevas recomendaciones

sobre el cambio de tratamiento tras fallo o intolerancia a inhibidores de TNF en axSpA y en APs, en función de las manifestaciones extra-musculoesqueléticas de la enfermedad (psoriasis, uveítis o enfermedad inflamatoria intestinal) y de las comorbilidades del paciente (riesgo cardiovascular, obesidad, etc.). Se ha actualizado la recomendación sobre la decisión de reducir o retirar el tratamiento en pacientes en remisión de la enfermedad; también se ha replanteado el papel del metotrexato en el tratamiento de la entesitis de la APs y se recoge el debate sobre si la axSpA y la axAPs son o no la misma enfermedad.

## ¿ALGUNA RECOMENDACIÓN EN ESPECIAL HA SORPRENDIDO?

Creo que la conclusión más sorprendente es que necesitamos nuevos estudios que aporten la suficiente evidencia para hacer recomendaciones más robustas sobre factores pronósticos, biomarcadores de respuesta a las distintas terapias dirigidas, estudios comparando axSpA con axAPs. Estas y otras necesidades no cubiertas se recogen en la agenda de investigación de la Espoguía 2024.

“  
Necesitamos estudios que aporten la suficiente evidencia para hacer recomendaciones más robustas sobre factores pronósticos, biomarcadores de respuesta a las distintas terapias dirigidas, estudios comparando axSpA con axAPs”

### ¿QUÉ PAPEL HAN TENIDO LOS PACIENTES EN ESTE DOCUMENTO Y POR QUÉ?

Desde la primeras Recomendaciones EULAR para el tratamiento Farmacológico de la artritis psoriásica (2009), en las que participé como panelista, la presencia de pacientes en el panel de expertos, con voz y voto, se ha hecho cada vez más necesaria, puesto que aportan su experiencia y ayudan a tener una visión global de las consecuencias físicas y psicológicas de la enfermedad. El paciente y el médico son aliados contra la enfermedad y tienen que trabajar conjuntamente para conseguir los mejores resultados para el paciente.

Dos pacientes, una con Espax, en representación de la Coordinadora Española de Asociaciones de Espondiloartritis (CEADE), y otro con APs, en representación de Acción Psoriasis, han formado parte del equipo de expertos que ha desarrollado las recomendaciones, con participación plena y emitiendo su opinión en todas las etapas del desarrollo del documento. Sus aportaciones han sido muy valiosas.



**La ESPOGUÍA ha sido aceptada para su inclusión en el Catálogo de GuiaSalud de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud”**

### A SU JUICIO, ¿QUÉ VALORACIÓN HARÍA DE ESTE DOCUMENTO?

La nueva GPC 2024 es fruto del trabajo de un gran número de profesionales sanitarios, de toda España, implicados en el manejo de los pacientes con axSpA o APs y tiene como objetivo proporcionar a los usuarios una orientación actualizada sobre los mejores enfoques para el tratamiento de estas enfermedades, así como una evaluación de su eficacia. Como promotora de estas directrices, la Sociedad Española de Reumatología aspira a ayudar a los profesionales sanitarios a lograr una toma de decisiones eficaz, segura y coordinada sobre las intervenciones terapéuticas para la axAspA y la APs, centrada en los pacientes con estas afecciones.

Creo que se ha conseguido un documento completo, claro y necesario para los profesionales sanitarios, pacientes y sus familiares, y organismos relacionados con la atención sanitaria.

### ¿HACIA DÓNDE VA EL FUTURO DEL TRATAMIENTO EN ESTAS PATOLOGÍAS?

El futuro del tratamiento apunta directamente a la Medicina personalizada, esto significa administrar al paciente el tratamiento adecuado para su enfermedad y el estado de la misma. Esto representa un gran desafío, puesto que las espondiloartritis, incluida la artritis psoriásica, son muy heterogéneas en su presentación, afectan a diversos tejidos (entesis, sinovial, hueso, piel, etc.) y también suele haber heterogeneidad patogénica entre ellos. Por lo tanto, tenemos que realizar estudios del tejido con técnicas de análisis multiómico (análisis del transcriptoma de célula única, transcriptómica espacial, etc.) que identifiquen las dianas terapéuticas en los diferentes tejidos afectados para así seleccionar las terapias que pueden neutralizar dichas dianas (células, moléculas) en los distintos pacientes.

## Información de utilidad para pacientes

Como es habitual, junto con estos documentos también se han actualizado las guías de información para pacientes, con contenido de interés sobre síntomas, manifestaciones, causas, así como sobre el abordaje terapéutico y consejos sobre hábitos de vida saludables.

# PRODUCCIÓN CIENTÍFICA SER



## IP: Dr. Ricardo Blanco

Estrada P, Domínguez-Álvaro M, Melero-González RB, de Miguel E, Silva-Díaz M, Valero JA, et al. **18F-FDG-PET/CT Scan for Detection of Large Vessel Involvement in Giant Cell Arteritis: Arteser Spanish Registry.** J Clin Med. 2024;13(20).

Interesante trabajo del registro ARTESER en donde se evalúan las diferencias entre pacientes con resultados positivos y negativos tras la exploración con PET/TC con 18F-FDG. Así de los 1.675 pacientes, a 377 se les había realizado un PET/TC. Los autores concluyen que los pacientes más jóvenes mostraron una mayor probabilidad de presentar vasculitis de gran vaso detectada por PET/TC con 18F-FDG. El momento del examen y la dosis acumulada de GC influyeron en la probabilidad de un resultado positivo, siendo más probable la detección de inflamación en las pruebas realizadas de manera más precoz durante el seguimiento.

Narváez J, Domínguez M, Agirregoikoa EG, Mendizábal J, Abasolo L, Lluch J, et al. **Sustained Drug-Free Remission in Giant Cell Arteritis.** Rheumatology (Oxford, England). 2024.

Este es otro trabajo del registro ARTESER que evalúa la frecuencia y el momento de la remisión sostenida sin medicación (SDFR) en pacientes con ACG y trata de identificar posibles factores predictivos de este resultado. Los autores concluyen que, en un plazo de 3 a 4 años desde el diagnóstico, solo una cuarta parte de los pacientes con ACG alcanzaron con éxito la SDFR. Una vez que se alcanzó la SDFR, la probabilidad de experimentar una recurrencia fue baja. Las recaídas y la necesidad de bolos de glucocorticoides fueron predictores de la necesidad de glucocorticoides a largo plazo.

Molina-Collada J, Domínguez-Álvaro M, Melero-González RB, de Miguel E, Silva-Díaz M, Valero Jaimes JA, et al. **Mortality in patients with giant cell arteritis in Spain: results from the ARTESER registry.** Arthritis research & therapy. 2025;27(1):4.

Este es un tercer trabajo del registro ARTESER donde el objetivo fue comparar las tasas de mortalidad entre pacientes con ACG y la población general en España, e identificar factores asociados que influyen en la mortalidad. La tasa de mortalidad acumulada global ajustada por edad y sexo a cinco años en la ACG es similar a la de la población general. La edad avanzada y el sexo masculino parecen estar asociados con un mayor riesgo de mortalidad, mientras que la cefalea y los niveles elevados de hemoglobina podrían servir como factores protectores.



## IP: Dra. Isabel Castrejón

Ahmadzay ZF, Heberg J, Jørgensen JB, Ørnberg LM, Østergaard M, Møller-Bisgaard S, et al. **Recording of non-musculoskeletal manifestations, comorbidities and safety outcomes in European spondyloarthritis registries: a survey.** Rheumatology Advances in Practice. 2024;8(4).

Este trabajo multicéntrico internacional intenta evaluar las comorbilidades, las manifestaciones no osteomusculares y la seguridad de pacientes con artritis psoriásica y espondiloartritis axial en 17 registros europeos. La mayoría de los registros constataron afecciones dentro de las siguientes áreas de enfermedad: enfermedades no metabólicas (número de registros, n=15-16), enfermedades cardiovasculares (n=10-14), enfermedades gastrointestinales (n=12-13), infecciones (n=10-13) y muerte (n=14). Los países nórdicos tenían capacidad para vincular datos y, en general, tenían un registro limitado de afecciones, mientras que otros países tenían prácticas de registro exhaustivas.

Pons M, Georgiadis S, Østergaard M, Ahmadzay ZF, Glinborg B, Heberg J, et al. **Four-year secukinumab treatment outcomes in European real-world patients with axial spondyloarthritis and psoriatic arthritis.** Joint bone spine. 2025;92(3):105824.

Este trabajo evalúa la eficacia de secukinumab en vida real en pacientes con artritis psoriásica y espondiloartritis axial en 13 registros europeos. La permanencia de secukinumab a 4 años fue aproximadamente del 50% tanto en la espondiloartritis axial como en artritis psoriásica. Los pacientes sin tratamiento previo con biológicos/DMARD dirigidos (b/tsDMARD) tuvieron tasas de retención (permanencia), remisión y LDA más altas que los pacientes con exposición previa a b/tsDMARD.

# PRODUCCIÓN CIENTÍFICA SER



## IP: Dra. Tatiana Cobo

Cobo-Ibáñez T, Castellví I, Pros A, Domínguez-Álvarez M, Nuño-Nuño L, Martínez-Barrio J, et al. **Disease activity in patients with idiopathic inflammatory myopathy according to time since diagnosis and positivity to antisynthetase autoantibodies: data from the Myo-Spain registry.** Arthritis research & therapy. 2025;27(1):5.

El registro de miopatías inflamatorias de la SER, MyoSpain, que ha completado 2 años de seguimiento prospectivo, está empezando a dar ya sus frutos. En el artículo se abordan las diferencias en las mediciones de actividad y daño entre casos incidentes (N= 136) y prevalentes (N= 418). Mientras todas las mediciones de actividad fueron más altas en casos incidentes, interesantemente no se encontraron diferencias en las mediciones de daño. Se hace una contribución a la validación de las principales medidas de actividad en subtipos de miositis diferentes de polimiositis o dermatomiositis, como es el caso del síndrome antisintetasa.



## IP: Dres. Iñigo Rúa-Figueroa y José M<sup>a</sup> Pego Reigosa

García-Villanueva MJ, Garrote-Corral S, Pego-Reigosa JM, Jiménez Otero N, Uriarte Isazelaia E, Olivé Marqué A et al. **Diffuse alveolar hemorrhage in patients with systemic lupus erythematosus: data from the Spanish society of rheumatology Lupus Register (RELESSER).** Rheumatol Int. 2024 Nov;44(11):2445-2455.

En este trabajo de RELESSER se lleva a cabo un estudio de casos y controles de pacientes con hemorragia alveolar difusa asociada al LES, que aconteció en 37 de 4.024 pacientes (0,9%). En hasta un tercio de los pacientes puede aparecer al inicio de la enfermedad. Algunos factores, como el tabaquismo, los antecedentes de nefritis, el tratamiento con ciclofosfamida o la infección concomitante, son más prevalentes en los pacientes con un pronóstico desfavorable.



## IP: Dres. José Luis Andréu y Mónica Fernández

Rusinovich Lovgach O, Plaza Z, Fernández Castro M, Rosas J, Martínez-Taboada V, Olivé A, et al. **Mortality in patients with Sjögren Disease: A Prospective Cohort Study Identifying Key Predictors.** The Journal of rheumatology. 2025.

En este estudio, los investigadores de SjögrenSER analizan la mortalidad de esta cohorte multicéntrica de 314 pacientes. Encuentran una ratio de mortalidad estandarizada de 1.7, siendo las principales causas las infecciones, las neoplasias y la enfermedad cardiovascular. Asimismo, identifican varios factores predictores de mortalidad, como edad avanzada, hipocomplementemia C4, VSG elevada, insuficiencia cardíaca y afectación pulmonar.



## Unidad de Investigación

Seoane-Mato D, Sánchez-Alonso F, Guerra-Rodríguez M, González-Dávila E, Díaz-González F. **Análisis bibliométrico de la producción científica de los servicios de reumatología en España en el período 2013-2022.** Reumatología clínica. 2025;21(1).

Original y necesario estudio bibliométrico sobre la producción científica de los Servicios de Reumatología Españoles, mostrando un claro aumento de la misma en la década de 2013 a 2022. El número total de publicaciones fue de 2.321, con una tasa de crecimiento anual en el periodo analizado del 4,1%. El índice H del conjunto de los servicios de reumatología españoles fue 69, Por enfermedades, destacó la producción científica en artritis reumatoide, espondiloartritis.

# Farmacovigilancia: historia, objetivos y rol del investigador

Varios acontecimientos pusieron de manifiesto la necesidad de contar con un programa internacional para monitorizar la seguridad de los medicamentos.

En los años treinta con el envenenamiento en niños posterior al uso de sulfanilamidas que utilizaban como solvente el dietilenglicol, la asociación del dietilestilbestrol y el adenocarcinoma en los años sesenta, el practolol y su relación con el síndrome de Steven Johnson, y sobre todo el evento histórico ocurrido con la talidomida y su asociación a casos de focomelia a principios de los años sesenta impulsó el nacimiento de la Farmacovigilancia a nivel mundial.

El suceso de la talidomida llevó a que se empezara a exigir a las compañías farmacéuticas una mayor evaluación de la seguridad del medicamento antes de su comercialización, tanto en animales de laboratorio, como a través de ensayos clínicos controlados para demostrar la eficacia y seguridad de estos nuevos medicamentos.

El **objetivo** de la Farmacovigilancia es que todo medicamento se use con la máxima seguridad posible. Para cumplir dicho objetivo, la Farmacovigilancia estudia el uso y los efectos de los medicamentos en las poblaciones, genera una señal o alerta sobre una posible reacción adversa a un medicamento, investiga dicha señal poniendo en marcha, cuando es preciso, nuevos estudios para cuantificar el riesgo y establecer la relación de causalidad y, tras evaluar toda la información disponible, toma las medidas necesarias e informa del riesgo y de las medidas adoptadas a los profesionales sanitarios y a los pacientes con el fin de prevenirlo.

La Farmacovigilancia comienza a desarrollarse antes de la autorización de un medicamento y continúa durante toda la vida del medicamento. Siguiendo la definición estándar, se considera un acontecimiento adverso grave, aquel acontecimiento no deseado que ocurre a cualquier dosis de la medicación en estudio y puede:

- ✓ Causar el fallecimiento del paciente.
- ✓ Amenazar la vida del paciente.
- ✓ Producir una discapacidad permanente o continua.
- ✓ Causar una hospitalización o prolongarla.
- ✓ Dar lugar a una anomalía o malformación congénita.
- ✓ Cualquier evento adverso considerado medicamento importante.

En el ámbito de los ensayos clínicos, los acontecimientos adversos tienen que ser recogidos, tanto los graves como los no graves, sean relacionados o no con el tratamiento en estudio, en el cuaderno de recogida de datos.

El **investigador** tiene un papel clave en la Farmacovigilancia, ya que debe registrar y documentar con precisión los acontecimientos adversos o los resultados de laboratorio anómalos que el protocolo considere cruciales para la evaluación de seguridad. Además, es responsable de notificarlos al promotor dentro de los plazos establecidos y, cuando sea necesario, proporcionar información adicional para la evaluación de la causalidad.

También debe garantizar que los pacientes estén debidamente informados sobre la importancia de reportar cualquier efecto adverso y mantener una comunicación fluida con el promotor y el comité ético. La colaboración activa del investigador es fundamental para cumplir las normativas, garantizar la seguridad de los participantes y contribuir al éxito del ensayo clínico.

# Valencia, protagonista de la formación de la SER

Como muestra de apoyo a los damnificados por la DANA, este año desde la Sociedad Española de Reumatología hemos trasladado la sede de algunos de nuestros cursos a Valencia. De este modo, la primera actividad formativa que llevamos a cabo en dicha ciudad, el 7 y 8 de febrero, fue el 'V Curso SER de Patología Ocular Inflamatoria', que contó con la colaboración de UCB en el marco de una campaña conjunta bajo el lema "Creciendo juntos en la Reumatología". Además de introducir a los asistentes en la uveítis con conceptos básicos, se comentaron las últimas novedades. "En todos los apartados se ofreció la visión del especialista en Oftalmología y en Reumatología terminando con un caso clínico práctico como ejemplo del tema expuesto. Como clase magistral se habló de los avances en la inmunopatología de las uveítis", según el Dr. Raúl Veroz, reumatólogo del Hospital de Mérida y coordinador de esta iniciativa, junto a la Dra. Olga Maiz.

Por otra parte, la III Reunión SER de Análisis y planificación estratégica en Reumatología se llevó a cabo de forma presencial

el 7 y 8 de marzo en Pontevedra, gracias a la colaboración de Johnson & Johnson. En este encuentro, se abordaron temas como la gestión de plazas, la relación entre las agencias reguladoras y la Reumatología o el presente y futuro de la Inteligencia Artificial en la especialidad. Además, se discutió sobre las ventajas e inconvenientes de la superespecialización.

En este periodo se celebró la 'III Jornada de investigadores del Grupo para el estudio de las espondiloartritis de la Sociedad Española de Reumatología (GRESSER)', el 14 de marzo en Madrid. Esta jornada contó con la colaboración de: AbbVie, Biogen, Johnson & Johnson, Lilly, Novartis y UCB.

También en Valencia tuvo lugar el curso SER 'Lo mejor del año en artritis reumatoide', el 20 y 21 de marzo, con la colaboración de AbbVie. Se trata de un curso de actualización y últimas publicaciones en el que se habló de avances en osteoimmunología, estrategia de prevención de infecciones, osteoporosis en artritis reumatoide, perspectiva de género y sobre el cambio en los patrones de mortalidad, entre otros temas.



Grupo de asistentes a la III Jornada de investigadores GRESSER



La Dra. Olga Maiz, que compartió la coordinación del curso con el Dr. Raúl Veroz.



Fotografía de la inauguración en la que participó Miguel Anxo Fernández Lores, alcalde de Pontevedra; junto con el Dr. Marcos Paulino, presidente de la Sociedad Española de Reumatología, y los Dres. José Andrés Román Ivorra, Susana Romero y Delia Reina, coordinadores de la III Reunión SER de Planificación Estratégica en Reumatología.

# Mensajes para llevar a casa del

# 10

## SIMPOSIO DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS

SANTANDER 21-22/02/25



**Dra. Judit Font Urgelles**  
Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona.

**Este encuentro ha logrado un récord de asistencia, reuniendo a más de 400 especialistas en la ciudad de Santander y más de un centenar *online*.**

La jornada inaugural comenzó con la conferencia magistral del Dr. Laurent Arnaud, quien abordó con gran rigor la importancia de identificar y tratar la fatiga en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES). Destacó su origen multifactorial y subrayó el papel esencial de la actividad física en su manejo.

Seguidamente, el Dr. Iñigo Rúa-Figueroa presentó la actualización de las recomendaciones de la Sociedad Española de Reumatología (SER) sobre el uso de terapias biológicas en LES, con la participación de expertos en Nefrología y Dermatología, así como de un paciente experto. Se resaltó la inclusión de evidencias que contemplan el embarazo. Por su parte, la Dra. M<sup>a</sup> Jesús García expuso las nuevas terapias emergentes, con un especial énfasis en la depleción de células B y en las posibilidades terapéuticas de CAR-T. La mesa concluyó con la intervención de la Dra. Susana Gómez, quien compartió su experiencia personal con anifrolumab en el tratamiento de manifestaciones cutáneas graves y refractarias.



Acto de inauguración (izq a dcha): Dr. Ricardo Blanco, vicepresidente de la SER y presidente del Comité Organizador Local del Simposio, Excmo. D. César Pascual, consejero de Salud del Gobierno de Cantabria; Dr. Marcos Paulino, presidente de la SER y Dña. Zulema Gancedo, concejala de Servicios Sociales, Familia, Salud, Autonomía Personal e Igualdad.

En la sesión dedicada al abordaje multidisciplinar con Neurología, el Dr. Eugenio de Miguel realizó un recorrido por las pruebas de neuroimagen aplicadas a diversas enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS). A continuación, la Dra. Ana Rodríguez abordó la afectación del sistema nervioso periférico, subrayando la relevancia de la anamnesis y la exploración física. La mesa finalizó con la intervención del Dr. Rodrigo Aguirre, quien expuso los desafíos del diagnóstico diferencial entre afectaciones neurológicas por EAS y enfermedades desmielinizantes primarias del sistema nervioso central.

La siguiente mesa multidisciplinar, en colaboración con Ginecología, contó con la participación del Dr. Víctor M. Martínez, quien analizó la salud reproductiva y la fertilidad, destacando la influencia determinante de la edad en la infertilidad de nuestros pacientes. La Dra. Paloma García de la Peña expuso el papel de las citoquinas en la vida sexual de los pacientes con EAS y resaltó la importancia de abordar y ayudar en este aspecto en la consulta. Por su parte, la Dra. Nuria Martínez presentó las evidencias actuales sobre el uso de fármacos durante el embarazo y sugirió que el metotrexato podría retirar-

se con tan solo cuatro semanas de antelación. También recalcó la importancia de la planificación del embarazo.

Después del almuerzo, la mesa de Hematología comenzó con las Dras. María Puente y Marta de la Rubia, quienes revisaron el papel del trasplante de médula ósea en EAS. Posteriormente, la Dra. Cortés expuso los avances en terapias con células CAR-T, presentando datos preliminares de ensayos clínicos actuales y su experiencia propia con resultados bastante prometedores, aunque con poco seguimiento, y recalcó la importancia de seguir investigando. Concluyó la Dra. M<sup>a</sup> Esther Ruiz abordando el síndrome de activación macrofágica, resaltando la gravedad del cuadro y el papel clave de la ferritina como marcador de mortalidad y predictor de rebrotes.

En la sesión de uveítis, el Dr. Ricardo Blanco y el Dr. David Díaz revisaron las estrategias terapéuticas actuales, enfatizando la ineficacia de etanercept y los inhibidores de IL-17A.

La jornada finalizó con una mesa multidisciplinaria sobre Nefrología, en la que la Dra. María Galindo y el Dr. Enrique Morales, que cumplen 10 años de su consulta conjunta, destacaron los beneficios del manejo coordinado. La Dra. Sara Manrique presentó una actualización sobre el tratamiento de la nefritis lúpica refractaria y el papel de la rebiopsia, subrayando la ausencia de una definición consensuada para esta condición. Por su parte, el Dr. Luis F. Quintana cerró la sesión abordando la nefritis tubulointerstial.

El sábado comenzó con la ponencia del Dr. Víctor Manuel Mora sobre la hipertensión pulmonar en esclerosis sistémica (ES), destacando la importancia de la prueba de esfuerzo con consumo de oxígeno. La Dra. Miriam Retuerto actualizó el conocimiento sobre miopatías inflamatorias, presentando nuevos autoanticuerpos y opciones terapéuticas emergentes como anifrolumab y los inhibidores de JAK. Finalmente, el Dr. Guillermo González revisó las técnicas diagnósticas para la afectación intestinal en ES.



Dres. Marcos Paulino y Ricardo Blanco en la presentación del Simposio a la prensa.

Después de la pausa café, en la mesa del síndrome de Sjögren, participó el Dr. Héctor Corominas, quien fue invitado a debatir la utilidad de las distintas pruebas diagnósticas disponibles y reafirmó la utilidad de la ecografía glandular en el diagnóstico. El Dr. José Miguel Sequí profundizó en el arsenal terapéutico disponible y exploró nuevas dianas terapéuticas, destacando ianalumab, nipocalimab y anifrolumab. La sesión concluyó con mi intervención (Dra. Judit Font) presentando el papel de la microbiota y la metaboloma en la etiopatogenia de la enfermedad.

El Simposio finalizó con la mesa de vasculitis. En ella, el Dr. Javier Loricera revisó la evidencia actual sobre inhibidores de JAK en arteritis de células gigantes; mientras que el Dr. Francisco Jesús Rubiño abordó el papel de la IL-5 y el eosinófilo en las vasculitis. Finalmente, la Dra. Elena Guillén expuso el potencial del complemento como biomarcador y el uso de avacopan en vasculitis ANCA positivas, concluyendo así un evento de gran relevancia científica y clínica.

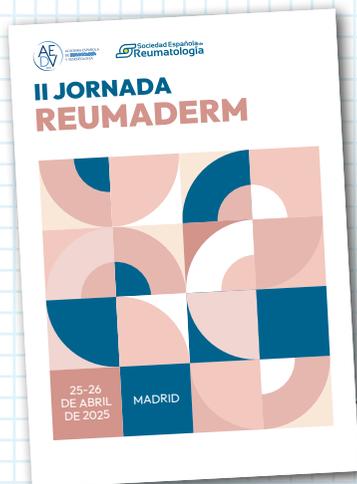
“  
Una de las principales novedades de esta edición ha sido la incorporación de talleres y mesas multidisciplinares, que han enriquecido significativamente el contenido científico del evento”



Grupo de representantes institucionales de las asociaciones de pacientes con ERAS invitadas al encuentro.



# Próximás CITAS FORMATIVAS



## II JORNADA REUMADERM

Organizado por la Sociedad Española de Reumatología (SER) y la Academia Española de Dermatología y Venerología (AEDV).

25 y 26 de abril, Madrid.



## 51º CONGRESO NACIONAL DE LA SER

Del 13 al 16 de mayo, Madrid.

## CURSO SER DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

23 y 24 de mayo, Valencia.

Con la colaboración de Gebro Pharma.



- 2 CONFERENCIAS MAGISTRALES
- 3 PERLAS CON EL/LA EXPERTO/A
- 6 CÓMO TRATAR
- 21 MESAS REDONDAS
- 4 MESAS COMPARTIDAS
- 6 TALLERES
- 4 LABORATORIO DE IDEAS
- 17 REUNIONES DE LOS GRUPOS DE TRABAJO (GT) Y DE ESPECIAL INTERÉS DE LA SER



- 5 FÓRMATE CON...LOS GT Y GRUPOS DE ESPECIAL INTERÉS DE LA SER
- 3 TE TRAIGO MI CASO
- 2 REUMATRIVIAL



## I JORNADA SER-SEPAR

Organizado por la Sociedad Española de Reumatología (SER) y la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR).

30 y 31 de mayo, Madrid.

- 1 MESA DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO: UNA VISIÓN A LA REUMATOLOGÍA DEL FUTURO (LAB)
- 9 SIMPOSIOS SATÉLITES (LAB)



# Listas de espera, dispersión geográfica y falta de especialistas, entre los retos de AREX



La presidenta de la Asociación Reumatológica Extremeña (AREX), la Dra. Sara María Rojas, nos habla de los objetivos, retos y barreras a las que se enfrenta la especialidad en dicha comunidad autónoma.

## ¿QUÉ OBJETIVOS SE HA PLANTEADO COMO PRESIDENTA DE LA ASOCIACIÓN REUMATOLÓGICA EXTREMEÑA (AREX)?

Me he propuesto aumentar el compromiso y participación de los socios en la Asociación, asegurar la continuidad y fortaleza de la misma, hacer de la asociación un espacio abierto y útil para todos los socios, velar por los intereses de los especialistas en Reumatología y promover programas de formación continuada que mejoren el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades reumáticas, adaptándose a formatos *online*. Además, trabajaremos para fomentar proyectos de investigación que se centren en las necesidades específicas de la región, conociendo el perfil de pacientes y características epidemiológicas, así como dar visibilidad y reforzar la imagen de la es-

pecialidad entre la población extremeña y el resto de los profesionales sanitarios, difundiendo el rol del reumatólogo como especialista en enfermedades médicas del aparato locomotor y procesos autoinmunes. Para ello se impulsará el contacto con Atención Primaria, Colegios Oficiales, otras sociedades científicas, asociaciones de pacientes y con la Administración, brindando apoyo y acceso a recursos. No nos olvidamos de fomentar el papel de la Enfermería especializada en Reumatología y proponer el empleo de tecnologías, como la Telemedicina, para mejorar el acceso a la atención especializada en áreas remotas por Extremadura.

## ¿CÓMO VALORARÍA LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES REUMÁTICOS EN DICHA COMUNIDAD AUTÓNOMA?

Considero que ha avanzado en los últimos años, pero aún hay ciertos retos que debemos abordar. En términos generales, los pacientes tienen acceso a tratamientos efectivos y modernos, pero a veces existen dificultades en cuanto a tiempos de espera, sobre todo para consultas especializadas y tratamientos innovadores. En muchas ocasiones, los recursos disponibles no son suficientes para atender la demanda creciente, lo que puede generar demoras en el diagnóstico

y el tratamiento oportunos. Sin embargo, contamos con profesionales cualificados y una red de apoyo en investigación que nos permite estar a la vanguardia en cuanto a nuevos enfoques terapéuticos. Se hace un esfuerzo constante para mejorar la coordinación entre los diferentes niveles de atención, lo que contribuye a optimizar la calidad del servicio.

## ¿A QUÉ DESAFÍOS SE ENFRENTA LA ESPECIALIDAD EN EXTREMADURA?

Se debería tener en cuenta el envejecimiento de la población y la dispersión entre la población, lo que complica aún más el acceso a los servicios de salud. Además, el aumento de la prevalencia de enfermedades reumáticas conlleva un incremento en la demanda de especialistas en Reumatología. La Región tiene una de las tasas más bajas de reumatólogos por 100.000 habitantes en España, con solo 2 especialistas por cada 100.000 habitantes, un número insuficiente. También habría que destacar la necesidad de asegurar el reemplazo de los especialistas en Reumatología que se han jubilado o se jubilarán en un futuro, así como la disponibilidad limitada de tecnología avanzada para diagnósticos, pudiendo retrasar el diagnóstico y el tratamiento adecuado.



**La Región tiene una de las tasas más bajas de especialistas en Reumatología por 100.000 habitantes en España”**

# Las sociedades de Reumatología de Aragón, Navarra y La Rioja, unidas para reclamar mejoras



De izq. a dcha.: Dra. Valvanera Pinillo, presidenta de la Sociedad Riojana de Reumatología; Dr. Vicente Aldasoro, presidente de la SONARE y Dra. Marisol Moreno, presidenta de la Sociedad Aragonesa de Reumatología.

Una de las principales barreras a la que se tienen que enfrentar las Sociedades de Reumatología de Aragón, La Rioja y Navarra es “la inminente falta de especialistas en Reumatología en las tres comunidades autónomas, una dificultad que se verá incrementada en los próximos años debido a las jubilaciones previstas y a la oferta laboral poco atractiva”, según advirtió la Dra. Marina Soledad Moreno, presidenta de la Sociedad Aragonesa de Reumatología (SAR).

En el marco de la ‘Reunión Reumatología Zona Norte’, organizada por la SAR, la Sociedad de Reumatología de Navarra (SONARE) y la Sociedad Riojana de Reumatología, celebrada en Pamplona el 28 de febrero y 1 de marzo, representantes de las tres instituciones reclamaron mayor implicación por parte de las administraciones públicas para ayudar a los especialistas de estas zonas, que sufren una importante sobrecarga laboral.

“Es difícil que se cubran las plazas por la falta de atractivo en las condiciones laborales, que no permiten una flexibilidad, lo que produce una falta de facilidades e incentivos para investigar, así como la incompatibilidad para impartir docencia en el grado de Medicina y realizar la jornada laboral ordinaria”, precisó el Dr. Vicente Aldasoro, presidente de la SONARE, quien aboga por “implantar las medidas necesarias por parte de la Administración para mejorar las condiciones laborales, de investigación, docentes y económicas, evitando así la fuga de talento e, incluso, logrando atraerlo de fuera”.

Por su parte, Dra. Valvanera Pinillo, presidenta de la Sociedad Riojana de Reumatología, aseguró que “es un objetivo común de las tres sociedades autonómicas divulgar el conocimiento de las enfermedades reumáticas y que los pacientes reconozcan al reumatólogo/a como el médico especialista de referencia”. Todos los organizadores manifestaron su satisfacción tras este encuentro que esperan poder volver a repetir.

# Albacete, punto de encuentro de la reunión anual de la SCMR

El pasado 8 de marzo, Albacete, acogió la reunión anual de la Sociedad Castellano-Manchega de Reumatología (SCMR), que contó con una elevada asistencia y participación activa a través, del ya tradicional, concurso de casos clínicos.

En esta ocasión, se trataron temas como novedades en vasculitis, presente y futuro del lupus eritematoso sistémico y la combinación de terapias avanzadas en la artritis reumatoide, entre otros. La especialidad invitada fue Digestivo, con una interesante mesa, en la que el especialista abordó tratamientos compartidos con enfermedad inflamatoria intestinal (EII), poniendo de manifiesto, una vez más, la importancia del manejo multidisciplinar en las enfermedades reumáticas autoinmunes sistémicas (ERAS).

Además, se aprovechó la ocasión para rendir un reconocimiento a los especialistas en Reumatología jubilados durante el año 2024 que han dedicado su vida profesional a la mejora de la atención de los pacientes reumáticos en CLM.

La presidenta de la SCMR, la Dra. Leticia del Olmo, destaca “la importancia y beneficios de este tipo de encuentros que sirven para la actualización de conocimientos, lo que redundará en una mejor atención de las personas con enfermedades reumáticas”.



De izq. a dcha.: Dres. Ángel García (tesorero), Luisa Marena (vicepresidenta), Leticia del Olmo (presidenta) y Marco Aurelio Ramírez (secretario).

# Radiografía de los Grupos de Trabajo de la SER

Seguimos presentando parte de los 14 Grupos de Trabajo que, en ocasiones, siguen siendo grandes desconocidos. A continuación, damos una visión general de algunos a través de sus coordinadores. ¿Te animas a formar parte de alguno de ellos?



## GRUPO DE ESTUDIO SOBRE ARTROPATÍAS MICROCRISTALINAS (GEACSER)

Coordinadores: **Dres. Francisco Aramburu y Alejandro Gómez**

Año de creación del Grupo: **2008**, durante el congreso de la Sociedad Española de Reumatología de 2008 en A Coruña

### A SU JUICIO, ¿QUÉ VALOR PUEDE TENER ESTE GRUPO PARA LA ESPECIALIDAD?

Las artropatías microcristales son el grupo de artropatías inflamatorias más frecuentes. Son una importante causa de discapacidad y la incidencia de eventos cardiovasculares está aumentada en estos pacientes respecto a la población general. Su manejo es fundamental para la práctica clínica de todo especialista en Reumatología ya que es un tipo de patología que va a tener que saber manejar en cualquier consulta, ya sea un ambulatorio o un centro de tercer nivel. Los resultados de el Examen Clínico Objetivo Estructurado (ECO) en Reumatología revelan importantes carencias en el manejo de estas enfermedades en los residentes que finalizan su etapa de formación, de hecho las puntuaciones más bajas corresponden a las competencias de manejo de las artropatías microcristalinas, como es el análisis de cristales con microscopio óptico.

Los objetivos de GEACSER son promover un foro de acercamiento entre especialistas que tengan interés en estas patologías, fomentar la investigación y la formación de los reumatólogos en las mismas.

### ¿QUÉ PROYECTO DESTACARÍA DE TODOS LOS QUE ESTÁN LLEVANDO A CABO EN LA ACTUALIDAD?

La escuela de cristales de la Sociedad Española de Reumatología (SER), un proyecto que va a iniciar su primera edición y en el que estamos tra-

bajando con mucha ilusión. Está basado en el exitoso modelo de escuela de cristales de la Sociedad de Reumatología de la Comunidad de Madrid (SORCOM) que ha tenido gran acogida y que está muy bien valorado por los asistentes. El proyecto se iniciará en el precongreso del próximo Congreso Nacional de la SER y constará de tres estaciones en las que rotarán los alumnos: estación de análisis de cristales al microscopio óptico, estación de ecografía en artropatías microcristalinas y estación de resolución de casos clínicos complejos. Creemos que esta iniciativa puede difundir a nivel nacional la formación en estas enfermedades y puede ayudar a adquirir competencias básicas de manejo en los alumnos que asistan.

### UN RETO PARA SU GRUPO...

La concienciación, ya que las artropatías microcristalinas son, en demasiadas ocasiones, mal manejadas por parte de los médicos tanto a nivel de Atención Primaria como en especializada, incluyendo la Reumatología. Potenciar la concienciación y el interés de las mismas supone uno de nuestros grandes esfuerzos y motivaciones.

La financiación. Se trata de patologías que no tiene actualmente tantas líneas de investigación farmacéutica como otras, lo que supone una gran dificultad para conseguir financiación para proyectos, pese a que muchos de ellos no tienen un coste muy elevado. Uno de los grandes retos de nuestro grupo es sensibilizar a los especialistas sobre la necesidad de invertir más recursos en investigación y formación sobre estas afecciones.

### ¿POR QUÉ O CÓMO ANIMARÍA A LOS SOCIOS DE LA SER A FORMAR PARTE DE ESTE GRUPO?

Enfermedades como la gota son de manejo muy satisfactorio si el facultativo consigue implicar al paciente y éste es correctamente tratado, porque no tendrá actividad y conseguirá una potencial curación. Por tanto, sería posible curar la gota. El grupo GEACSER es un grupo familiar cuyos miembros tienen una gran armonía y capacidad de colaboración. Aquellas personas con deseos de aportar desde el punto de vista investigador o docente serán bienvenidas.

## GRUPO DE TRABAJO EN ARTROSIS (ARTROSER)

Coordinadora: **Dra. Natividad Oreiro**

Secretaria: **Dra. Fabiola Ojeda**

Año de creación del Grupo: **21 de mayo de 2016**, coincidiendo con el XLII Congreso Nacional de Reumatología celebrado en L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).



### A SU JUICIO, ¿QUÉ VALOR PUEDE TENER ESTE GRUPO PARA LA ESPECIALIDAD?

Desde mi punto de vista, el grupo ARTROSER aporta un valor significativo a la especialidad de Reumatología y a las áreas afines. Permite centralizar y coordinar esfuerzos en torno al conocimiento, diagnóstico y tratamiento de la artrosis, la patología osteoarticular más prevalente, según el último estudio EPISER. Además, figura entre las enfermedades musculoesqueléticas que más impactan negativamente en la calidad de vida de los pacientes, especialmente por la limitación física que provoca. Por todo ello, resulta comprensible y necesaria su presencia en una sociedad científica como la SER.

El concepto de artrosis/osteoartritis se ha modificado sustancialmente en los últimos años gracias a los avances en investigación, y el grupo ARTROSER desempeña un papel clave al facilitar la actualización continua de los profesionales mediante la promoción de investigaciones científicas, la elaboración de guías clínicas basadas en la evidencia y la organización de actividades formativas de alto nivel. También contribuye a optimizar el uso de los recursos sanitarios, consolidando su impacto positivo en la especialidad y en el sistema de salud.

### ¿QUÉ PROYECTO DESTACARÍA DE TODOS LOS QUE ESTÁN LLEVANDO A CABO EN LA ACTUALIDAD?

En la actualidad, uno de los proyectos más destacados que estamos llevando a cabo en el grupo es la elaboración de recomendaciones sobre la clasificación y manejo de la artrosis de rodilla basadas en endotipos y fenotipos desde cuatro categorías: progresión rápida, síndrome metabólico, sensibilización al dolor e inflamatorio. Este enfoque permitirá avanzar hacia una medicina más ajustada a las características específicas de cada paciente.

Además, estamos trabajando en la valoración del tratamiento de otras áreas articulares como la artrosis de manos, considerando también sus diferentes fenotipos, entre los que destacan: el nodular, el erosivo, el inflamatorio, la rizartrosis y la afectación de las metacarpofalángicas. Este en-

foque fenotípico permite una mejor comprensión y manejo clínico de estas presentaciones específicas.

Otro proyecto significativo es la puesta en valor de la cohorte PROCOAC, una de las cohortes más grandes y valiosas a nivel internacional en el estudio de la artrosis. Se trata de una cohorte española que cuenta con una amplia base de datos clínicos, analíticos, radiológicos, genéticos y proteómicos. Este conjunto de información es de gran relevancia para esclarecer aspectos fundamentales de esta patología y generar nuevos datos que puedan guiar futuras estrategias diagnósticas y terapéuticas.

### UN RETO PARA SU GRUPO...

El principal reto de nuestro grupo es dar visibilidad y relevancia a la artrosis. Los recursos terapéuticos disponibles actualmente son limitados, y gran parte de las áreas de conocimiento sobre esta enfermedad siguen siendo un desafío.

Uno de los mayores obstáculos que afrontamos es que los tratamientos disponibles suelen aplicarse en fases avanzadas de la enfermedad. Esto podría explicar, al menos en parte, el fracaso de muchos fármacos en investigación o que no estén dirigidos al fenotipo o endotipo más adecuado. Además, se necesita una mayor diferenciación en los objetivos terapéuticos: ¿tratamos el dolor o la progresión de la enfermedad? Este es un aspecto crucial que estamos intentando visibilizar y que requiere un esfuerzo colectivo para avanzar en el desarrollo de estrategias terapéuticas más eficaces.

En definitiva, nuestro reto es lograr un enfoque multidimensional que permita avanzar en el conocimiento, diagnóstico y tratamiento de esta patología.

### ¿POR QUÉ O CÓMO ANIMARÍA A LOS SOCIOS DE LA SER A FORMAR PARTE DE ESTE GRUPO?

Actualmente, nuestro grupo cuenta con 32 miembros, y sin duda, un desafío importante es incrementar el número. Por ello, extendemos una invitación a participar en el próximo curso ARTROSER 2025, donde podrán constatar el alto nivel de interés y rigor científico que nos caracteriza. Además, resulta crucial involucrar a los especialistas en Reumatología jóvenes, quienes jugarán un papel clave en el futuro del campo.

Ampliar el grupo implica redoblar esfuerzos para abordar de manera más efectiva la patología con la que lidiamos diariamente en nuestro trabajo. Es fundamental reconocer que los recursos disponibles actualmente no los estamos utilizando de forma óptima, lo cual no puede dejarnos tranquilos ni cómodos, ya que no estamos otorgando a esta enfermedad la relevancia que merece ni ofreciendo soluciones adecuadas a una necesidad asistencial común. Por ello, debemos aspirar a ser más numerosos y mejores en nuestra labor.

## GRUPO DE TRABAJO DE ARTRITIS PSORIÁSICA (GEAPSOSER)

Coordinador: **Dr. José Antonio Pinto**

Secretario: **Dr. Carlos Montilla**

Año de creación del Grupo: **febrero de 2013**. Esta iniciativa fue liderada por los Dres. Jose Luis Fernández Sueiro (fallecido) y Juan D. Cañete Crespillo, entre otros, en consonancia con el trabajo que realizaba a nivel internacional el grupo GRAPPA (*Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis*), al que pertenecían ambos, promoviendo la creación de grupos nacionales específicos para el estudio de la enfermedad psoriásica como entidad propia suficiente.



### A SU JUICIO, ¿QUÉ VALOR PUEDE TENER ESTE GRUPO PARA LA ESPECIALIDAD?

El Grupo GEAPSOSER aporta un valor significativo a la especialidad de Reumatología y a las áreas relacionadas con la artritis psoriásica. Ofrece mejoras en la calidad asistencial contribuyendo al desarrollo de guías de práctica clínica y protocolos basados en evidencia científica, fomenta proyectos de investigación clínica y básica que generan nuevos conocimientos sobre la enfermedad. Además, proporciona oportunidades de educación continua a especialistas, y promueve el trabajo interdisciplinario. También se promueve la atención centrada en el paciente, informándoles sobre su enfermedad y sus opciones de tratamiento.

Por otra parte, trabaja mejorando la visibilidad de la artritis psoriásica y facilitando la creación de una comunidad de profesionales interesados en dicha patología, permitiendo el intercambio de experiencias y la consolidación de una red de expertos.

En resumen, GEAPSOSER no solo eleva el nivel científico y clínico de la especialidad de Reumatología, sino que también tiene un impacto directo en la mejora de la calidad de vida de los pacientes y en la formación de especialistas más capacitados.

### ¿QUÉ PROYECTO DESTACARÍA DE TODOS LOS QUE ESTÁN LLEVANDO A CABO EN LA ACTUALIDAD?

Hay varios proyectos en marcha, pero destacaría uno liderado por el Dr. Carlos Montilla, profesor de la Universidad de Salamanca, titulado "Elaboración de una herramienta de predicción de respuesta a terapia biológica en pacientes con artritis psoriásica". Sería un avance crucial para lograr un tratamiento más efectivo, eficiente y personalizado para los pacientes con artritis psoriásica y ayudaría a la sostenibilidad del sistema de salud.

### UN RETO PARA SU GRUPO...

Los retos futuros del grupo GEAPSOSER pasan por mantener su posición como un referente en el campo de la artritis psoriásica, adaptándose a los avances científicos y tecnológicos, y asegurando una atención más personalizada, accesible y eficiente para los pacientes.

En concreto, se debe trabajar para avanzar en la investigación biomédica, con la identificación de nuevos biomarcadores y estudios genéticos y epigenéticos; desarrollar herramientas de predicción y modelos personalizados con la implementación de inteligencia artificial (IA); fomentar el enfoque multidisciplinar; generar mayor impacto social y empoderar a los pacientes; enfrentar el impacto de enfermedades emergentes y estudios sobre infecciones y comorbilidades; así como la internacionalización y colaboración fomentando alianzas internacionales estableciendo vínculos con grupos de investigación en artritis psoriásica de otros países para compartir conocimientos y recursos.

### ¿POR QUÉ O CÓMO ANIMARÍA A LOS SOCIOS DE LA SER A FORMAR PARTE DE ESTE GRUPO?

Formar parte de GEAPSOSER no solo enriquece el conocimiento y la práctica clínica del profesional, sino que también permite tener un impacto directo en la mejora de la atención de los pacientes con artritis psoriásica. Es una oportunidad para contribuir al avance de la especialidad y crecer profesional y personalmente en un entorno dinámico y colaborativo. Los miembros pueden desempeñar roles clave en la planificación y ejecución de proyectos, lo que fomenta su desarrollo como líderes en el ámbito de la Reumatología. Ser parte del grupo permite influir en la creación de estándares clínicos y políticas de atención para la artritis psoriásica.

Para formar parte de cualquier grupo de trabajo hay que enviar un mail a [gruposdetrabajo@ser.es](mailto:gruposdetrabajo@ser.es)

# Comparecencia ante la Comissió de Salut del Parlament de Catalunya

**La Societat Catalana de Reumatologia y la Sociedad Española de Reumatología, unidas en una comparecencia ante dicha Comissió para promover un debate, solicitar corresponsabilización y proponer soluciones frente a los retos de la especialidad.**

El Dr. Hèctor Corominas, presidente de la Societat Catalana de Reumatologia (SCT) y el Dr. Marcos Paulino, presidente de la Sociedad Española de Reumatología (SER) comparecieron ante la Comissió de Salut del Parlament de Catalunya para promover un debate que implique a la esfera política en la corresponsabilización de la promoción de la salud y el desarrollo de políticas públicas sanitarias, ante dos de los mayores problemas a los que se enfrenta nuestro país: el envejecimiento de la población y la falta de especialistas sanitarios. En un contexto marcado por el aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas, como es el caso de las patologías reumáticas.

El presidente de la SER insistió en la necesidad, “no sólo de aumentar el número de especialistas, sino de que estos estén homogéneamente distribuidos por el territorio, con el fin de garantizar una atención equitativa a los ciudadanos. Que no dependa del código postal la calidad del servicio y la facilidad con la que se pueda acceder al reumatólogo y al médico en general”.

Cataluña cuenta con aproximadamente 1,7 especialistas de Reumatología por cada 100.000 habitantes, una cifra que está por debajo de la media española, que es de 2,4 profesionales por cada 100.000, y del estándar recomendado, que estima



un profesional por cada 40.000 o 50.000 habitantes. “El déficit de profesionales sanitarios se traduce en largas listas de espera, demoras en los diagnósticos, retrasos en el tratamiento y una sobrecarga y saturación de los especialistas existentes, de forma que la calidad de la atención ofrecida se ve comprometida”, manifestó el Dr. Corominas.

Los especialistas también remarcaron durante la comparecencia la importancia del diagnóstico precoz y, por ende, de la derivación temprana desde Atención Primaria. Asimismo, dejaron clara la intención de colaborar con las administraciones públicas para hacer un análisis fehaciente de la situación actual y una valoración en el medio y largo plazo, para acometer las reformas necesarias para sentar las bases de un sistema sanitario catalán eficaz, sostenible y capaz de responder a las demandas de la población.

“  
Se propuso  
colaborar con las  
administraciones  
públicas para  
acometer  
las reformas  
necesarias  
para sentar las  
bases de un  
sistema sanitario  
catalán eficaz y  
sostenible”

# Y también...

**N**os hemos reunido con distintas administraciones autonómicas para trabajar en diferentes Planes de Salud y Estrategias que mejoren la situación de los profesionales de Reumatología, así como la atención a los pacientes y la derivación temprana. También, seguimos con el proyecto 'ReumaTalks', trabajando en la incidencia pública para mejorar las condiciones de vida de las personas con enfermedades reumáticas.



Reunión de las Dras. Sagrario Bustabad, presidenta de Honor de la SER, y Beatriz González, presidenta de SOCARE, con Rita Tristanco, directora general del Paciente y Cronicidad del Gobierno de Canarias y Elisabeth Hernández, directora general de Programa Asistenciales, del Gobierno de Canarias.



Reunión de las Dras. Eva Galíndez, miembro de la Junta Directiva de la Sociedad Reumatológica de Euskadi (SRE), y Nuria Vegas, presidenta de la SRE, acompañadas por Ana De las Heras, directora de Asuntos Públicos de la Sociedad Española de Reumatología, con Alberto Martínez, consejero de Sanidad del Gobierno Vasco y Gontzal Tamayo Medel, director de Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitaria, del Gobierno Vasco.



Reunión en el Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030 con Jesús Martín Blanco, director general de Derechos de las Personas con Discapacidad. Acude Aurea Jiménez de FELUPUS, como representante de pacientes y la Dra. Gema Bonilla como representante de la SER.



Reunión en el Ministerio de Juventud e Infancia con Sandra de Garmendia Cuetos, directora general de Derechos de la Infancia y la Adolescencia, y Margarita Guerrero Calderón, la directora general del INJUVE. Acude M<sup>a</sup> Carmen Miguel, de LIRE como representante de pacientes, y la Dra. Paz Collado como representante de la SER.

# Éxito en la Jornada para pacientes con ERAS

Más de 200 asistentes acudieron a este encuentro en Santander.

En el marco del 10º Simposio de EAS en Santander organizamos una Jornada dirigida a pacientes con Enfermedades Reumáticas Autoinmunes Sistémicas (ERAS), junto con las asociaciones de pacientes, en la cual se abordaron temas como la valoración de la discapacidad e incapacidad laboral. En este sentido, Ana Benito, perito médico y paciente con lupus eritematoso sistémico, explicó durante su intervención la diferencia entre discapacidad e incapacidad laboral, conceptos que “generen mucha confusión”. También destacó la importancia de realizar buenos informes, completos y correctamente elabo-

rados. Por su parte, el presidente de la SER, el Dr. Marcos Paulino, recogió las propuestas planteadas en la mesa y comentó los avances llevados a cabo con ‘ReumaTalks’.

Además, se destacó la importancia de la vacunación y el cuidado del sistema digestivo en pacientes polimedificados. La neblina también fue uno de los temas protagonistas y el Dr. Jaime Calvo explicó las posibles causas y las diferentes manifestaciones neurológicas que pueden sufrir estos pacientes. Por su parte, la Dra. Paloma García de la Peña habló sobre el motivo que influye en que una misma persona pueda

padeecer varias enfermedades autoinmunes y detalló el proceso y la importancia de participar en ensayos clínicos.

El autocuidado también tuvo su espacio en este encuentro, así como los avances en investigación. En esta línea, el Dr. David Galarza aseguró que “el campo de las

ERAS vive una revolución impulsada por la inmunoterapia celular (CAR-T), la definición de objetivos terapéuticos estandarizados (T2T), teniendo en cuenta la reducción de la inflamación, la prevención del daño orgánico y la remisión de la enfermedad para controlar mejor la actividad de la enfermedad, y la integración de tecnologías ómicas”.



## Campaña #DerribandoBarrERAS

Las personas que sufren ERAS, a menudo se enfrentan a desafíos en su vida diaria, como inflamación, dolor, rigidez, fatiga crónica, limitaciones en la movilidad y la necesidad de tratamientos a largo plazo, que suelen incluir medicamentos inmunosupresores. Sin embargo, no sólo se enfrentan a estas limitaciones físicas, sino también a otras emocionales y sociales. La incomprensión, la frustración, la incertidumbre, la ansiedad, el miedo, el aislamiento o la depresión son barreras invisibles con las que conviven a diario. En este sentido, con el objetivo de seguir sensibilizando y trabajando conjuntamente para visibilizar

estos obstáculos, desde la Sociedad Española de Reumatología, junto con las asociaciones de pacientes, pusimos en marcha la campaña: “Derribemos juntos las barreras contra las Enfermedades Reumáticas Autoinmunes Sistémicas (ERAS)”, una actividad que se siguió en redes sociales con el hashtag #DerribandoBarrERAS.

En concreto, en una céntrica plaza de Santander se organizó un juego de bolos en el cual los interesados pudieron participar en esta iniciativa y derribar algunas de las barreras invisibles de las ERAS.

## Un café, a favor de la esclerodermia



Un éxito tuvo la convocatoria del “Café amigos con esclerodermia” organizado por la Asociación Española de Esclerodermia (AEE) en Santander. Un grupo de pacientes con esclerodermia pudieron resolver sus dudas, compartir experiencias y, en definitiva, pasar un rato agradable, junto con el Dr. Iñigo González, del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.



## Nos llevamos Reumachef a Tenerife



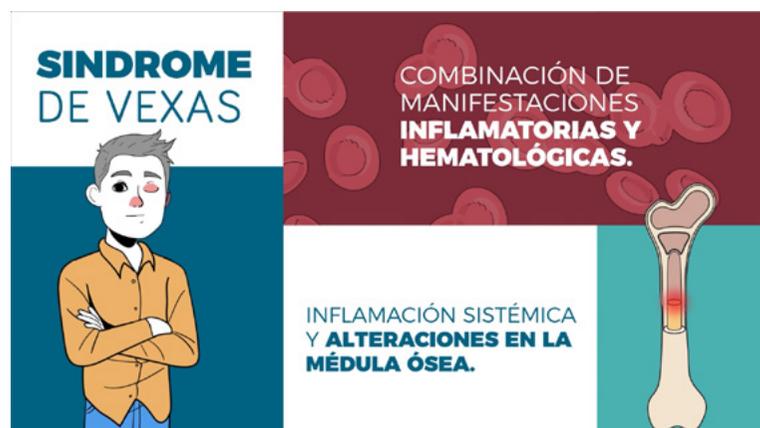
Desde la Fundación Española de Reumatología organizamos la actividad Reumachef dirigida a jóvenes de entre 8 y 16 años en Tenerife. En esta iniciativa, en la que se colaboró con la Sociedad Canaria de Reumatología, se abordarán temas relacionados con la importancia de llevar una dieta equilibrada, hábitos de vida saludables, etc. Además, nos pondremos el delantal y cocinaremos un menú saludable.

## Éxito en el último taller de maquillaje



Madrid acogió el último de los talleres de maquillaje que organizamos desde la FER, con la colaboración de Clarins, dirigido a mujeres con enfermedades reumáticas, con la finalidad de reforzar su autoestima y contribuir al proceso de aceptación psicológica que pueden sufrir ya que muchas de estas patologías llevan asociadas manifestaciones en la piel y otros cambios que pueden generar un impacto físico.

## Visibilizando el síndrome de VEXAS



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 VEXAS, con el objetivo de incrementar el conocimiento sobre esta patología autoinflamatoria, recientemente descrita. Para esta iniciativa hemos contado con la colaboración de la Dra. Marta López, reumatóloga del Hospital Sant Joan Despí Moisès Broggi, Barcelona.

## Apostando por la formación para los pacientes

Este año seguimos impulsando una de nuestras actividades clave de cara a mejorar la formación de las personas con enfermedades reumáticas, para que puedan conocer mejor su patología, implicarse en el autocuidado y mejorar así su calidad de vida. En los últimos meses hemos organizado *webinars* en ámbitos muy diversos como "La sexualidad en enfermedades reumáticas: claves y retos a afrontar", un tema tabú que en muchas ocasiones no se aborda en las consultas. Además, en el marco del 'Día Mundial de las Enfermedades Raras' también tuvo lugar el encuentro "Enfermedad de Kawasaki. Una visión desde Reumatología y Cardiología" en el que especialistas de ambas disciplinas abordaron sintomatología, manifestaciones, tratamientos y otros aspectos de interés relacionados con esta afección minoritaria.



En el contexto del 'Día Internacional de la Mujer', también llevamos a cabo un encuentro sobre "Perspectiva de género en las enfermedades reumáticas: una realidad" en la que varios especialistas en Reumatología debatieron sobre las diferencias en manifestaciones, tratamiento, participación en ensayos clínicos y otras cuestiones diferenciadoras en cuanto al género, y pusieron de manifiesto las actividades que se están haciendo desde el Observatorio de Igualdad de la SER.





# La importancia de caminar, nuevo contenido de Reumafit

Caminar es una actividad accesible para la mayoría de las personas y ha sido ampliamente recomendada en guías clínicas por sus beneficios a nivel físico, mental y social, mejorando así la calidad de vida de quienes padecen enfermedades reumáticas. Esta actividad física puede parecer simple e insuficiente, pero organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS), en sus recomendaciones más recientes, subrayan que lo realmente importante es realizar ejercicio de cualquier tipo y reducir el sedentarismo.

Las personas que caminan con regularidad suelen obtener mejores resultados en términos de salud en comparación con aquellas que llevan una vida sedentaria. En este sentido, la Dra. Raquel Almodóvar, una de las coordinadoras de la iniciativa 'Reu-

mafit', indica que "un pequeño gesto como caminar puede marcar la diferencia en la salud de las personas con enfermedades reumáticas, ya que mejora el dolor, la fatiga y la rigidez, ayuda a aliviar la carga en las articulaciones afectadas, fortalece los músculos y mejora el estado de ánimo".

En cuanto a la intensidad, cualquier nivel es beneficioso (ligero, moderado o intenso). Si bien es cierto que caminar a un ritmo rápido puede ofrecer un leve beneficio adicional, lo realmente importante es la cantidad total de pasos acumulados a lo largo del día o la semana. En este sentido, la Dra. Almodóvar precisa que "la cifra ideal, que permite alcanzar la mayoría de los efectos beneficiosos, se sitúa en unos 10.000 pasos diarios en personas menores de 60 años y en torno a 8.000 en mayores de 60 años".

Dado que caminar es la actividad física más accesible, segura y fácil de integrar en la rutina diaria de las personas, la Sociedad Española de Reumatología (SER) ha elaborado un nuevo documento específico centrado en esta actividad, dirigido a personas con enfermedades reumáticas, dentro del proyecto 'Reumafit', cuyo objetivo principal es poner de manifiesto la importancia de realizar ejercicio.

Este documento está enfocado a reducir el sedentarismo y animar a las personas con enfermedades reumáticas a «caminar algo más», ya que es una actividad que está al alcance de todos, adaptable a todas las circunstancias, y con muchas ventajas para la salud.

**"CAMINAR ALGO MÁS",  
EL MEJOR CONSEJO  
PARA LA SALUD  
DE TUS PACIENTES**

*"Recuerda: cada paso cuenta y, aunque parezca algo pequeño, puede significar una gran diferencia en el bienestar diario de las personas con enfermedades reumáticas"*

**Nuevos materiales**



**¡Prescribe ejercicio!**



# Caminando con la artritis

Un libro de experiencias de veintidós personas, cuyas vidas giran en torno a la artritis reumatoide.

“Es prioritario poder entender o recibir, de primera mano, las sensaciones, opiniones, experiencias y vivencias relacionadas con las enfermedades reumáticas por parte de las personas que las sufren. Existen muchas actividades encaminadas al acercamiento entre médico y paciente, tanto en los hospitales o ambulatorios, en las consultas médicas o de Enfermería, como en las asociaciones de pacientes, charlas informativas, programas de paciente activo o publicaciones, reuniones y/o congresos. El libro **“Caminando con la Artritis. Nuestras experiencias”** (Ed. Documenta Balear) es un ejemplo excelente que permite entender la percepción holística de la enfermedad reu-

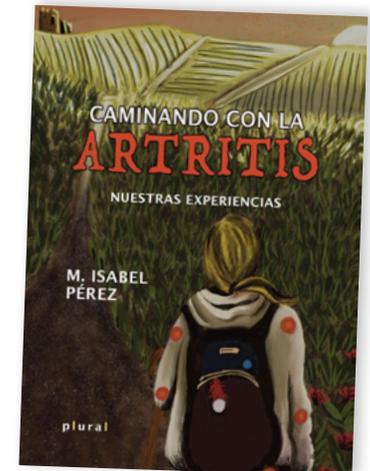
mática inflamatoria por parte de los pacientes. Su lectura interesa tanto a profesionales sanitarios como a pacientes y familiares, y a un público general, ayudando a entender en profundidad lo que supone padecer enfermedades crónicas como la artritis reumatoide, artritis psoriásica, espondilitis anquilosante o artritis Idiopática juvenil, entre otras.

El lenguaje es cercano y ameno, cada uno de los 21 capítulos han sido escritos por una persona diferente, explicando, de forma clara y personal, lo que supone la convivencia con la enfermedad que le ha tocado como compañera de vida, intentando analizar con transparencia las carencias y obstáculos que supone, al mismo tiempo que las



**Dr. Antoni Juan Mas**

Jefe de Servicio del Hospital  
Universitari Son Llatzer, Palma



posibles oportunidades o escenarios que hayan podido ofrecer, como por ejemplo la creación de una familia a partir del grupo heterogéneo de personas que componen los diferentes autores del presente libro, que se conocen y organizan actividades tanto formativas como lúdicas, que en la gran mayoría de ocasiones son muy provechosas y han conseguido unas sinergias difícilmente visibles en solitario. La principal autora, Isabel Pérez, muestra un gran espíritu de superación y resiliencia, y lo explica claramente en su capítulo, así como lo ha sabido transmitir al resto de compañeros y amigos que han participado en este libro, que es de lectura muy recomendable para todos los que nos dedicamos a la Reumatología y queremos

entender mejor la relación médico-paciente y la nebulosa de elementos, muchos de ellos difícilmente detectables, evaluables o medibles en las consultas médicas, y que un libro como este pretende, y consigue ampliamente, transmitir”.

## Podcast, una herramienta docente más para los estudiantes

“Cristalizando ideas de Reumatología. Gota a gota” se trata de un podcast realizado por estudiantes de Medicina del Hospital Clínico San Carlos, perteneciente a Universidad Complutense de Madrid y dirigido hacia los propios estudiantes. En los diferentes capítulos se desglosan diferentes aspectos de la Reumatología paso a paso, analizando casos clínicos, reflexionando sobre conceptos clave y comentando otros aspectos de interés sobre la especialidad, con el objetivo de divulgarlos de forma práctica, amena y divertida. Hasta el momento se han publicado varios episodios sobre te-

máticas diferentes como la monoartritis, la poliartritis, la lumbalgia, la arteritis de la temporal o la fibromialgia.

Esta iniciativa se ha lanzado bajo la coordinación de las Dras. Esther Toledano y Gloria Candelas, profesoras asociadas del Departamento de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. La Dra. Toledano considera que “La metodología de aprendizaje basada en el *learning podcast* es una herramienta que facilita el acceso a conocimientos fundamentales sobre la especialidad y permite a los estudiantes familiarizarse con los principales cuadros

clínicos, incluso antes de su rotación en el Servicio, algo valioso especialmente para aquellos que no han impartido todavía la asignatura. El grado de aceptación y satisfacción por parte del alumnado ha sido muy alto. Los estudiantes han valorado esta iniciativa como un método de aprendizaje ameno y divertido, que promueve un aprendizaje autónomo y flexible, adaptado al ritmo de cada estudiante. Además, la grabación de los podcasts les ha resultado un proceso divertido y creativo que ha fomentado el trabajo en equipo, potenciando habilidades de comunicación y colaboración esenciales en su formación médica”.

Se puede acceder a este canal a través de InnovaPodcast, una iniciativa de innovación docente de la UCM.

# Un sabio, sin malicia

**El Dr. Jesús Tornero Molina se acaba de jubilar del sistema sanitario público, pero aún sigue atendiendo a pacientes en su consulta privada. Muy implicado siempre en la Sociedad Española de Reumatología, siendo presidente en el periodo desde mayo de 2004 hasta mayo de 2006, nos ofrece su visión sobre los cambios relacionados con la especialidad y en esta entrevista repasa algunos aspectos destacados de su trayectoria.**



## ¿QUÉ LE HIZO DECANTARSE HACIA LA REUMATOLOGÍA?

En primer lugar, la atracción científica que suponía la autoinmunidad. La posibilidad de que un sistema generado para la defensa de nuestro cuerpo frente a agentes patógenos externos se volviera contra el organismo al que tendría que defender y le produjera la enfermedad. Esta paradoja y sus consecuencias me resultaron apasionantes. En segundo lugar, sentía gran interés por el metabolismo óseo y los trastornos de su regulación.

La Reumatología era, entonces, una especialidad joven; su desarrollo asistencial era todavía pobre en España. Estaba representada en las grandes ciudades, pero no se habían cubierto amplios territorios de nuestro país. Incluso en las grandes urbes los hospitales tenían notables carencias de dotación de recursos humanos. Todo esto hizo que en el inicio de los años 80 del siglo pasado nuestra especialidad fuera muy codiciada por los médicos que iniciábamos la formación MIR. En un entorno temporal de paro médico notable pensábamos que podría ofrecer opciones de trabajo. Esto se debía a la previsión de necesidades futuras que habría que cubrir adecuadamente para desarrollar una red asistencial reumatológica acorde con la demanda de los pacientes. Por eso, no era raro que las plazas de formación en Reumatología ofrecidas en aquellos años se cubrieran con los primeros números de orden de prelación de los aspirantes.

## ¿CÓMO ERA LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES REUMÁTICOS EN LOS PRIMEROS AÑOS DE SU CARRERA PROFESIONAL?

Había dos diferencias importantes con respecto a la actualidad en la asistencia reumatológica. No existía ninguna informatización de las consultas de tal manera que toda la gestión se verificaba en un entorno que podríamos llamar analógico. Aunque se generaba mucho material de difícil almacenaje y acceso (por ejemplo, con fines de investigación) creo que se hacía más cercana la relación médico-paciente. Ambos se miraban a la cara en la entrevista y no se relacionaban a través de la mirada compartida de la pantalla del ordenador.

Se hacía necesario disponer de una cohorte de personal sanitario y administrativo, cuya colaboración y ayuda facilitaba enormemente nuestra tarea, al permitir centrar nuestra actividad en el quehacer puramente médico.

## ¿QUÉ CAMBIOS MÁS SIGNIFICATIVOS RESALTARÍA ENTRE “EL AYER Y EL HOY” DE LA REUMATOLOGÍA?

Durante los 43 años de mi ejercicio profesional he vivido unos de los momentos históricos más apasionantes de la Medicina y Sanidad en España. Durante todos estos años de mi ejercicio profesional, el avance del conocimiento científico y tecnológico en el área de la Salud ha sido espectacular. Hemos asistido, en este tiempo, a una mejoría indudable de la cla-



**He intentado aprender la sabiduría sin malicia, he procurado repartirla sin envidia y no me he guardado sus riquezas”**



Dr. Jesús Tornero y Dr. Javier Vidal en FISALUD 2005.

sificación y descripción de las enfermedades reumáticas, al descubrimiento de nuevos padecimientos y al avance imparable de los sistemas de diagnóstico analíticos y por técnicas de imagen. Los progresos en la terapia de la osteoporosis y de las enfermedades inflamatorias mediadas por mecanismos inmunes, así como de las indicaciones y técnicas quirúrgicas ortopédicas, han permitido controlar muchos procesos, alargar la existencia de muchos de nuestros pacientes y mejorar su calidad de vida. El desarrollo e incorporación a nuestro arsenal preventivo de nuevas vacunas parece ya imparable y, en fechas recientes, ha supuesto un éxito de la investigación y la colectividad en el control de la pandemia por Covid-19.

Junto con todo esto se ha ido dotando de una cobertura asistencial cada vez más amplia a la red asistencial reumatológica, lo cual ha permitido que todas las bondades del desarrollo médico hayan llegado a cada paciente.

## ¿QUÉ HITOS DESTACARÍA DE SU PERIODO COMO PRESIDENTE DE LA SER (2004-2006)?

Mi presidencia abarcó efectivamente el período 2004-2006, pero antes había ejercido responsabilidades concatenadas como secretario general, tesorero y presidente electo. Durante todo este período creo que se realizó un esfuerzo abnegado y eficaz para dotar a la SER de autonomía financiera, a través de la organización directa de con-

“  
**Uno de los objetivos  
 que me marqué al  
 iniciar mi andadura  
 fue transferir el  
 conocimiento  
 aprendido en  
 el día a día de la  
 asistencia y la  
 formación a futuras  
 generaciones”**

gresos, seminarios y cursos, aprovechando una época de patronazgo y mecenazgo muy ventajosa. Una vez conseguida ésta, la SER pudo desarrollar una estructura sólida dirigida al servicio de sus socios en el ámbito formativo, fomentando la investigación y defendiendo la calidad asistencial. Se adquirió la sede actual de la calle Marqués del Duero en Madrid, firmamos el acuerdo con el Colegio Mejicano de Reumatología para convertir la revista 'Reumatología Clínica' en el órgano compartido de formación científica de las dos asociaciones, desarrollamos a través de mesas redondas y reuniones compartidos proyectos importantes de colaboración y aproximación con sociedades cercanas y se mejoró el procedimiento de gestión y trabajo de la estructura de gestión societaria.

#### **DE TODA SU CARRERA, ¿CUÁL HA SIDO EL MOMENTO MÁS CRÍTICO?**

Enero de 1986. Terminar el período de formación MIR en Reumatología y no disponer de ninguna oferta de trabajo en la red asistencial pública española. La ilusión con la que uno empezaba su andadura con el título de especialista se vio truncada por el paro y el subempleo médico, tan frecuente desgraciadamente en aquellos años, para muchos de nosotros.

También sufrí mucho con la muerte tras enfermedad rápida e inesperada, en octubre de 2023, de mi compañero de toda la vida y gran amigo, el Dr. Javier Vidal Fuentes, también socio de la SER.

#### **¿CÓMO DEFINIRÍA SU TRAYECTORIA EN BREVES PALABRAS?**

He intentado aprender la sabiduría sin malicia, he procurado compartirla sin envidia y no me he guardado sus riquezas. Todo ello dirigido a la consecución del mejor nivel de calidad humano y científico en la asistencia al paciente y con esfuerzo decidido de transmisión de conocimientos y valores a futuras generaciones de médicos.

#### **¿CÓMO VE LA ESPECIALIDAD EN UN FUTURO PRÓXIMO?**

La prevalencia de enfermedades reumáticas seguirá aumentando a medida que se incremente la esperanza de vida de la población. Se hace necesario seguir investigando en el envejecimiento musculoesquelético y en el cuidado, prevención y tratamiento del gran reto pendiente de nuestra especialidad: la artrosis. Esperemos poder ver pronto frutos de la medicina regenerativa en este campo.

Debemos seguir expandiendo nuestro campo de actuación y establecer/potenciar líneas de colaboración con especialidades con las que compartimos frontera; especialmente con Traumatología y con Medicina del Deporte. Además, creo que hay áreas de la asistencia que tenemos de alguna manera "descuidadas" y deberíamos atender mejor en la faceta formativa e investigadora; lumbalgia, reumatismos de partes blandas, por ejemplo.



Rueda de prensa en 2006. Dr. Tornero, junto a los Dres. Alberto Alonso y Javier Ballina.

#### **EN CUANTO A PROPÓSITOS EN EL ÁMBITO DE LA REUMATOLOGÍA, ¿CONSIDERA QUE ALGO SE HA QUEDADO PENDIENTE?**

Los dos objetivos que me marqué al empezar mi andadura profesional fueron: no desfallecer en el cuidado de los pacientes reumáticos, procurando ofrecerles una atención humana, personalizada, no diferida en el tiempo, fundamentada en la ciencia y el estudio, y aderezada con el acompañamiento y comprensión emocional. Por otra parte, transferir el conocimiento aprendido en el día a día de la asistencia y la formación a futuras generaciones. Inicié un programa de consultoría médica reumatológica *in situ*, premiado como buena práctica del Sistema Nacional de Salud, cuyos resultados de explotación han sido publicados; me gustaría haberlo extendido a un ámbito geográfico más extenso.

#### **¿QUÉ VALORACIÓN HARÍA DE LA SER?**

Una asociación científica madura y ejemplar que ha sido capaz de desarrollar de una forma continuada una actividad transparente, eficiente, reconocida y respetada entre sus asociados y la comunidad. Con un cuerpo de gestión interno muy profesional y vocacionalmente entregado a su tarea cotidiana con esmero y dedicación. Como consecuencia de todo ello es capaz de generar valor añadido en la asistencia, formación, investigación e innovación de la actividad reumatológica en España, y de repercutirlo en sus asociados y la sociedad.

#### **ALGÚN CONSEJO PARA LOS JÓVENES QUE ESTÁN EMPEZANDO.**

Huir del materialismo excesivo, el individualismo, la deshumanización y la excesiva competitividad. No perdamos por ello nuestra identidad de pueblo solidario y que la concordia gobierne siempre sus relaciones laborales y la atención a los pacientes.





Transformar hoy el futuro  
de la inmunología es  
**mucho más que  
un compromiso**

En AbbVie tenemos un propósito claro: **transformar la vida de las personas** con enfermedades inflamatorias inmunitarias. **Impulsados por la ciencia, inspirados por los pacientes** y mediante colaboraciones estratégicas con diferentes organismos, compañías y entidades desafiamos los límites de lo posible para abordar los retos más complejos de la inmunología y crear soluciones que verdaderamente marquen la diferencia. Esta es nuestra convicción, nuestra pasión y nuestra responsabilidad.

abbvie

abbvie.es