INVESTIGACIÓN

Una nueva etapa para el proyecto BIOBADASER. **Pág. 18**

BLOC DE NOTAS

Otros tipos de revisiones de la evidencia: un enfoque metodológico complementario. **Pág. 24**

FORMACIÓN

La colaboración multidisciplinar, eje de las actividades formativas. **Pág. 25**

El Reumatólogo

Nº 31 | otoño 2026

FORMACIÓN PÁG. 28

Las claves del 14º Simposio de Artritis Reumatoide

Barcelona acogió, del 1 al 3 de octubre, el 14º Simposio de Artritis Reumatoide (AR) de la Sociedad Española de Reumatología. Fueron tres días intensos, pero también especialmente agradables por la acogida de los/as compañeros/as de Cataluña y por una ciudad que siempre invita al encuentro.



BIBLIOGRAFÍA COMENTADA PÁG. 4

Revisión de los artículos publicados durante los tres meses anteriores al cierre de la edición de la revista destacados por el comité editorial.

NOTICIAS PÁG. 34

Consolidamos #Reumafit Junior con dos nuevas jornadas



Alicante y El Raposo (Badajoz) han sido los lugares en los que se han llevado a cabo estas iniciativas para fomentar la práctica de ejercicio físico entre los niños y niñas con enfermedades reumáticas.

Publicación oficial de la Sociedad Española de Reumatología

Con el patrocinio de abbvie

NO TE PIERDAS EL VÍDEO-ARTÍCULO:

Interpretación radiológica de la EPID en las enfermedades reumáticas.

Dra. Guadalupe Buitrago, Sección de Radiología Cardiotorácica del Hospital Universitario La Paz, Madrid.



Sumario

4 **BIBLIOGRAFÍA COMENTADA**

9 **ARTÍCULOS**
Agonistas del receptor de GLP-1 y artrosis: ¿hacia una terapia modificadora de la enfermedad?

18 **INVESTIGACIÓN**
Una nueva etapa para el proyecto BIOBADASER

20 **PRODUCCIÓN CIENTÍFICA SER**

24 **BLOC DE NOTAS**
Otros tipos de revisiones de la evidencia: un enfoque metodológico complementario

25 **FORMACIÓN**
La colaboración multidisciplinar, eje de las actividades formativas

33 **SOCIEDADES**
La equidad asistencial y la falta de especialistas marcan los retos de la Reumatología en Andalucía

34 **NOTICIAS**
Consolidamos #Reumafit Junior con dos nuevas jornadas

37 **TODA UNA VIDA**
Una pionera de la ecografía que transformó la Reumatología

Avanzando hacia una Reumatología más innovadora

La Reumatología continúa avanzando gracias a la innovación y al compromiso de los profesionales con la mejora de la atención a los pacientes, tal y como se ha reflejado en el 14º Simposio de Artritis Reumatoide, un encuentro que fue todo un éxito y que permitió a los asistentes actualizar conocimientos, compartir experiencias y conocer los últimos avances en el abordaje de esta enfermedad inmunomediada. En este sentido, también seguimos reforzando nuestra apuesta por la formación continuada mediante cursos y actividades que responden a las necesidades de los socios y socias en diferentes ámbitos.

La investigación es clave en nuestra sociedad y en estas páginas de la revista se recogen algunos de los últimos trabajos publicados a raíz de los proyectos de la SER: una producción científica muy fructífera y que aporta un gran valor a la especialidad.

Junto a la actualización científica, mantenemos nuestro compromiso con las personas que conviven con enfermedades reumáticas, trabajando estrechamente con las asociaciones de pacientes a través de iniciativas como los webinars, Reumafit Junior y las jornadas presenciales dirigidas a pacientes y familiares, entre otras. Estas actividades fomentan la información, la participación y el acompañamiento, fortaleciendo la colaboración entre profesionales, pacientes y familiares.

Seguimos avanzando juntos hacia una Reumatología más innovadora, cercana y centrada en las necesidades de las personas que conviven con este tipo de patologías.

Dra. Susana Romero
Presidenta 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. Cristiana Sieiro Santos y Dr. Íñigo Rúa-Figueroa Fernández de Larrinoa. **Consejo Asesor** Dres. Marcos Paulino Huertas, Susana Romero Yuste, Manuel J. Moreno Ramos, Carmen Ordás Calvo 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
ATREVIA

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

EL REUMATÓLOGO | Nº 31 | otoño 2026



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

Bibliografía COMENTADA

En esta sección se revisarán por el comité editorial artículos destacados publicados en los meses previos 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: Brinkmann GH, Sundlisæter NP, Nordberg LB, et al. ***Successful discontinuation of oral glucocorticoids after short-term bridging therapy in patients with newly diagnosed rheumatoid arthritis***. Ann Rheum Dis. 2026; 85:1073-1080. doi:10.1016/j.ard.2026.01.003.

RESUMEN

El uso de glucocorticoides como tratamiento puente al inicio de los FAME convencionales en artritis reumatoide (AR) de inicio sigue siendo controvertido por el riesgo de que un tratamiento inicialmente transitorio se prolongue. Este sub-análisis del ensayo ARCTIC estudió si los pacientes con AR de reciente diagnóstico, naïve a FAME, podían suspender prednisolona tras una pauta puente corta al iniciar metotrexato dentro de una estrategia treat-to-target. La prednisolona se administró inicialmente a dosis de 15 mg/día y se redujo de forma protocolizada hasta 0 en 7 semanas, con seguimiento durante 24 meses.

De 230 pacientes, 227 iniciaron la pauta puente. Tras 7 semanas, el 84% (191/227) había suspendido la prednisolona; a los 3 meses lo había hecho el 89% y, a lo largo de 24 meses, el 95%. Entre quienes suspendieron al finalizar las 7 semanas, el 80% (152/191) no volvió a utilizar prednisolona durante el seguimiento. La mediana de exposición oral acumulada fue de 55 días (RIC 48-90) y un 22% utilizó prednisolona de forma continuada durante al menos 3 meses.

Los pacientes que continuaron prednisolona durante ≥3 meses presentaron a los 24 meses mayor actividad de la enfermedad, menos remisión y mayor necesidad de intensificación terapéutica. La remisión ACR/EULAR 2022 se alcanzó en el 67% de quienes no usaron prednisolona tras la pauta puente frente al 42% de los que la mantuvieron ≥3 meses; además, el uso de biológicos fue del 16% frente al 38%, respectivamente, y el número medio de cambios de FAME fue mayor en quienes la mantuvieron (2,2 vs 3,1). No se identificaron predictores basales robustos de una suspensión exitosa.

COMENTARIO

Este estudio aporta un mensaje clínico práctico: una pauta corta y de dosis relativamente baja de corticoides, asociada a metotrexato y a seguimiento *treat-to-target* estrecho, puede retirarse según lo previsto en la gran mayoría de pacientes con AR precoz. Los resultados apoyan la factibilidad de la recomendación EULAR de reducir y suspender los glucocorticoides con rapidez, idealmente dentro de los primeros 3 meses.

La asociación entre el uso prolongado de corticoides, una mayor actividad de la enfermedad y una mayor necesidad

de modificar los FAME o iniciar tratamiento biológico no implica que los glucocorticoides empeoren por sí mismos la evolución de la AR. Más probablemente, su uso persistente identifica a pacientes con una enfermedad más difícil de controlar. Por ello, la necesidad de mantener glucocorticoides puede considerarse también una señal de control insuficiente y debería llevar a reevaluar y, si es necesario, optimizar el tratamiento de fondo.

Entre las limitaciones destacan la ausencia de un grupo control sin tratamiento puente o con otra pauta de descenso y la posibilidad de uso de prednisolona fuera del estudio no registrado. Aun así, el seguimiento protocolizado y el registro detallado de la exposición constituyen fortalezas importantes. En conjunto, el trabajo sugiere que el problema no es necesariamente iniciar una pauta puente corta, sino evitar que se cronifique.

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

CITA: Clowse MEB, Isenberg DA, Merrill JT, et al.; PHOENYCS GO Study Investigators' Group. ***Efficacy and safety of the CD40 ligand inhibitor dapirolizumab pegol in systemic lupus erythematosus (PHOENYCS GO): a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial***. Lancet. 2026; 407:2291-2304. doi: 10.1016/S0140-6736(26)00691-4.

RESUMEN

Dapirolizumab pegol es un fragmento Fab pegilado dirigido frente al ligando de CD40, sin dominio Fc, diseñado para bloquear la interacción CD40-CD40L y modular simultáneamente la activación de linfocitos B y T, células presentadoras de antígeno y vías relacionadas con interferón tipo I. PHOENYCS GO fue un ensayo fase 3, aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo, realizado en 177 centros de 25 países, que incluyó pacientes de ≥16 años con lupus eritematoso sistémico (LES) activo moderado-grave pese al tratamiento estándar. Los pacientes recibieron dapirolizumab pegol 24 mg/kg intravenoso o placebo cada 4 semanas, en proporción 2:1, durante 48 semanas, además del tratamiento habitual.

Se aleatorizaron 321 pacientes (213 a dapirolizumab y 108 a placebo); el análisis principal incluyó 315 tras excluir seis pacientes de un centro por incumplimiento de buenas prácticas clínicas. El objetivo primario se alcanzó: la respuesta BICLA a la semana 48 fue del 50% (103/208) con dapirolizumab frente al 35% (37/107) con placebo (p=0,011; diferencia absoluta 14,6 puntos porcentuales; IC95% 3,3-25,8). Sin embargo, el primer objetivo secundario, respuesta BICLA a la semana 24, no alcanzó significación.

A pesar de ello, se observaron resultados favorables a dapirolizumab en múltiples medidas clínicas: reducción de brotes BILAG graves, mejoría de SLEDAI-2K y mayor consecución de SRI-4 y LLDAS, reducción de glucocorticoides y mejoría de la fatiga medida por FACIT-Fatigue. También se observaron cambios serológicos favorables en anti-dsDNA y complemento C3/C4. El protocolo exigía iniciar el descenso de glucocorticoides no más tarde de la semana 8, y entre quienes recibían >7,5 mg/día al inicio, una mayor proporción del grupo activo alcanzó dosis ≤7,5 mg/día.

Los acontecimientos adversos ocurrieron en el 83% con dapirolizumab y en el 75% con placebo; los acontecimientos adversos graves, en el 10% y 15%, respectivamente. Las reacciones de hipersensibilidad durante la infusión se observaron en el 3% del grupo activo. Las infecciones graves ocurrieron en el 4% frente al 6%. Se registró un infarto de miocardio como evento tromboembólico y una muerte por sepsis asociada a gangrena en pacientes tratados con dapirolizumab.

COMENTARIO

PHOENYCS GO es relevante porque demuestra eficacia en un ensayo fase 3 de LES con una diana inmunológica distinta a las actualmente disponibles. El beneficio en BICLA a 48 semanas, acompañado por señales concordantes en actividad global, SRI-4, LLDAS, brotes, fatiga, serología y reducción de glucocorticoides, sugiere un efecto clínico consistente, coherente con el papel central de la señalización CD40-CD40L en la inmunopatogenia del LES.

No obstante, la interpretación de los objetivos secundarios exige cautela: al no alcanzarse la respuesta BICLA a la semana 24, las comparaciones posteriores son esencialmente de apoyo y no confirmatorias. Los autores señalan además que el descenso de glucocorticoides fue más lento en el grupo placebo, lo que pudo atenuar artificialmente las diferencias entre grupos durante parte del seguimiento.

> **"Los resultados sitúan el bloqueo de CD40L como una estrategia terapéutica prometedora en LES activo moderado-grave"**

El perfil de seguridad a 48 semanas fue globalmente aceptable, pero el tamaño muestral y la duración del ensayo no permiten definir por completo riesgos poco frecuentes o a largo plazo. La extensión abierta PHOENYCS GLIDE y el segundo fase 3 confirmatorio, el PHOENYCS FLY, serán importantes para establecer la reproducibilidad y durabilidad del beneficio. En conjunto, los resultados sitúan el bloqueo de CD40L como una estrategia terapéutica prometedora en LES activo moderado-grave.

Con la evidencia disponible, no se demuestra una ventaja global de cambiar de mecanismo frente a utilizar un segundo TNFi, ni viceversa, en términos de respuesta, persistencia del tratamiento o seguridad"



ARTRITIS PSORIÁSICA

CITA: Tomo ATJ, Ratan P, Gonçalves LS, et al. ***Cycling versus swapping strategies for treatment of psoriatic arthritis after primary tumor necrosis factor inhibitors failure: a systematic review and meta-analysis***. Rheumatology (Oxford). 2026. doi:10.1093/rheumatology/keag281.

RESUMEN

Tras el fracaso de un primer inhibidor del TNF (TNFi) en artritis psoriásica (APs), puede optarse por "*cycling*"(cambiar a otro TNFi) o por "*swapping*" (cambiar a un biológico con un mecanismo de acción diferente). La evidencia comparativa directa entre ambas estrategias es limitada. Esta revisión sistemática y metaanálisis incluyó estudios aleatorizados y observacionales que compararon ambas estrategias y evaluó falta de respuesta, retención a 12 y 24 meses y acontecimientos adversos.

Se incluyeron cinco estudios observacionales con 2.300 pacientes: 1.517 (66,0%) siguieron una estrategia de "*cycling*" y 783 (34,0%) una estrategia de "*swapping*". La duración de la enfermedad antes del segundo biológico osciló entre 3,7 y 12 años. La principal causa de suspensión del primer TNFi fue la falta de respuesta, incluyendo tanto ausencia de respuesta primaria como secundaria, aunque las definiciones variaron entre estudios.

No se encontraron diferencias significativas entre estrategias en falta de respuesta (RR 0,99; IC95% 0,70-1,41; I^2=92%), retención a 12 meses (RR 0,91; IC95% 0,75-1,10; I^2=79%), retención a 24 meses (RR 0,96; IC95% 0,53-1,75; I^2=94%) ni acontecimientos adversos (RR 0,94; IC95% 0,38-2,34; I^2=71%). Los análisis de sensibilidad y de influencia exploraron la robustez de los resultados, pero la heterogeneidad permaneció elevada.

La calidad global de la evidencia fue baja. Todos los estudios incluidos eran observacionales, existían diferencias relevantes en diseño, definiciones de fracaso y características de los tratamientos, y no fue posible estratificar de forma consistente por fracaso primario frente a pérdida secundaria de respuesta al primer TNFi.

COMENTARIO

El principal hallazgo es que, con la evidencia disponible, no se demuestra una ventaja global de cambiar de mecanismo frente a utilizar un segundo TNFi, ni viceversa, en términos de respuesta, persistencia del tratamiento o seguridad. Esto es coherente con la incertidumbre reflejada en las recomendaciones actuales, que permiten ambas estrategias tras una respuesta inadecuada al primer TNFi.

La consecuencia clínica no es que ambas opciones sean necesariamente equivalentes para todos los pacientes, sino que la elección debe individualizarse según el fenotipo: actividad musculoesquelética, afectación cutánea, uveítis, enfermedad inflamatoria intestinal, comorbilidades, seguridad, preferencias del paciente y coste. También es plausible que el motivo de fracaso del primer TNFi sea relevante, pero este metaanálisis no pudo responder adecuadamente a esa cuestión.

La elevada heterogeneidad (I^2 entre 71% y 94%) y la baja certeza de la evidencia hacen que estos resultados deban considerarse exploratorios y refuerzan la necesidad de estudios prospectivos y, idealmente, ensayos aleatorizados que comparen secuencias terapéuticas y analicen por separado el fracaso primario y secundario de respuesta.

OSTEOPOROSIS

CITA: Yukishima T, Kobayakawa T, Hirano Y, et al. ***Effectiveness of denosumab, teriparatide and romosozumab for glucocorticoid-induced osteoporosis: a propensity score-matched cohort study***. Rheumatology (Oxford). 2026; 65(3): keag082. doi: 10.1093/rheumatology/keag082.

RESUMEN

La osteoporosis inducida por glucocorticoides (OIG) combina reducción de formación ósea, aumento inicial de resorción y deterioro de la microarquitectura, por lo que diferentes mecanismos farmacológicos pueden tener efectos distintos. Este estudio multicéntrico retrospectivo comparó denosumab (DMAb), teriparatida (TPTD) y romosozumab (ROMO) en pacientes con OIG mediante emparejamiento por puntuación de propensión, seleccionando 42 pacientes por grupo. La cohorte emparejada era predominantemente femenina (92,1%), con edad media de 73,5 años, dosis media de prednisolona equivalente de 5,4 mg/día y T-score lumbar basal aproximado de -2,5. Se evaluaron durante 12 meses los marcadores de remodelado óseo y la densidad mineral ósea (DMO) lumbar, de cadera total y cuello femoral. Los patrones de marcadores fueron concordantes con el mecanismo farmacológico: denosumab suprimió el remodelado, teriparatida aumentó formación y resorción y romosozumab mostró un efecto dual, aumentando formación y reduciendo resorción.

A los 12 meses, el incremento de DMO lumbar fue del 9,5% con romosozumab, 8,4% con teriparatida y 4,4% con denosumab; la diferencia entre romosozumab y denosumab fue significativa (p=0,008), mientras que teriparatida mostró una respuesta de magnitud similar a romosozumab. En cadera total, a los 6 meses la DMO aumentó con denosumab (2,6%) y romosozumab (1,8%) y disminuyó con teriparatida (-0,6%); a los 12 meses ya no hubo diferencias significativas entre grupos (3,2%, 2,6% y 2,2%, respectivamente). Denosumab produjo aumentos significativos en cuello femoral a los 6 meses (2,2%) y 12 meses (3,0%).

> **"Romosozumab y teriparatida parecen especialmente potentes para aumentar la DMO lumbar, mientras que denosumab ofrece una respuesta más precoz en localizaciones ricas en hueso cortical"**



Los análisis de sensibilidad en la cohorte completa y mediante ponderación por probabilidad inversa apoyaron la robustez de los resultados principales. El objetivo del estudio fue fundamentalmente densitométrico y de marcadores de remodelado, no demostrar diferencias en reducción de fracturas.

COMENTARIO

El trabajo sugiere que en OIG no todos los tratamientos producen el mismo patrón de respuesta ósea. Romosozumab y teriparatida parecen especialmente potentes para aumentar la DMO lumbar, mientras que denosumab ofrece una respuesta más precoz en localizaciones ricas en hueso cortical, como cadera y cuello femoral. Esto respalda una selección terapéutica individualizada según el patrón de pérdida ósea y el riesgo clínico.

Desde el punto de vista fisiopatológico, los resultados son coherentes con los mecanismos de acción: teriparatida incrementa intensamente el remodelado, romosozumab amplía la ventana anabólica combinando estímulo de formación y supresión de resorción, y denosumab reduce de forma marcada el remodelado. La aparente ventaja lumbar de los tratamientos anabólicos no debe traducirse automáticamente en superioridad clínica global, especialmente porque las diferencias en fracturas no fueron el objetivo ni el estudio tuvo potencia suficiente para evaluarlas.

Las principales limitaciones derivan del diseño retrospectivo, el pequeño tamaño de los grupos emparejados, la posible confusión residual pese al propensity score, la ausencia de cegamiento completo en la lectura radiográfica y el seguimiento de solo 12 meses. Por ello, el estudio es útil para plantear hipótesis y decisiones individualizadas, pero no sustituye a ensayos comparativos aleatorizados con fractura como desenlace clínico.

ENFERMEDAD DE SJÖGREN

CITA: Berardicurti O, Marino A, Navarini L, et al. ***Real-world damage accrual in Sjögren's disease: a 5-year multicentre GIRRCS cohort analysis***. RMD Open. 2026; 12:e006772. doi: 10.1136/rmdopen-2026-006772.

RESUMEN

El daño irreversible en la enfermedad de Sjögren ha recibido menos atención que la actividad inflamatoria, pese a que puede afectar a dominios oculares, orales y sistémicos. Este estudio retrospectivo multicéntrico de la cohorte italiana GIRRCS analizó 429 adultos con al menos un año de seguimiento, evaluando daño mediante el Sjögren's Syndrome Damage Index (SSDI), actividad sistémica mediante ESSDAI, síntomas referidos por el paciente mediante ESSPRI y variables clínicas, serológicas y funcionales.

La mediana de edad fue de 52 años y el 95% eran mujeres. Al diagnóstico existía un retraso medio aproximado de 3 años y el 47,6% de los pacientes ya presentaba daño irreversible (SSDI≥1): 25,4% ocular, 14,3% oral y 22,5% sistémico. Entre los pacientes con seguimiento disponible a 5 años, la proporción con daño aumentó al 65%, con afectación ocular en el 34,2%, oral en el 21,7% y sistémica en el 40,8%; el SSDI medio aumentó hasta 1,06±1,55 (p<0,0001).

La actividad basal medida por ESSDAI fue el predictor más consistente de acumulación de daño. En los modelos ajustados, la actividad moderada y alta se asociaron con un riesgo de daño superior a tres y ocho veces, respectivamente, frente a actividad baja; analizado de forma continua, cada punto adicional de ESSDAI se asoció con un incremento aproximado del 10% en el riesgo. Para daño oral, ESSPRI y ESSDAI basales fueron predictores independientes; la alteración del test de Schirmer fue especialmente relevante para daño ocular. Anti-Ro/La, PCR elevada e infecciones orales recurrentes se asociaron con daño en dominios específicos.

En el análisis exploratorio LASSO, los dominios glandular, sistema nervioso periférico y pulmonar del ESSDAI fueron los principales contribuyentes independientes al daño sistémico. El análisis de componentes principales mostró además que los síntomas referidos por el paciente y la actividad sistémica objetiva constituyen dimensiones distintas pero complementarias de la enfermedad.

COMENTARIO

El estudio muestra que el daño irreversible en Sjögren no es un fenómeno tardío ni excepcional: casi la mitad de los pacientes ya presentaba daño al diagnóstico y la carga aumentó durante los primeros años. Esto refuerza la importancia de reducir el retraso diagnóstico y de incorporar la evaluación de daño, además de actividad y síntomas, al seguimiento habitual.

La asociación fuerte y consistente entre ESSDAI basal y daño posterior sugiere que un mejor control precoz de la actividad sistémica podría ser relevante para limitar el deterioro irreversible, aunque por el diseño observacional no puede demostrarse causalidad ni que una intervención concreta reduzca el daño. Asimismo, la separación entre ESSDAI y ESSPRI recuerda que la experiencia sintomática del paciente y la inflamación sistémica no son intercambiables y deben evaluarse de forma complementaria.

Entre las limitaciones figuran el diseño retrospectivo, una población exclusivamente caucásica y un número progresivamente menor de pacientes con seguimiento prolongado (96 con datos a 5 años), lo que puede limitar la generalización y precisión de algunas estimaciones. Como fortalezas destacan el carácter multicéntrico, la estandarización de las evaluaciones y la caracterización detallada de predictores. En conjunto, el trabajo apoya una monitorización temprana y multidimensional del daño en la enfermedad de Sjögren.



El daño irreversible en Sjögren no es un fenómeno tardío ni excepcional: casi la mitad de los pacientes ya presentaba daño al diagnóstico y la carga aumentó durante los primeros años"

EL REUMATÓLOGO | Nº 31 | otoño 2026

Agonistas del receptor de GLP-1 y artrosis: ¿hacia una terapia modificadora de la enfermedad?



Dra. Lola Fernández de la Fuente Bursón
Unidad de Reumatología y Ensayos Clínicos
Hospital Quirónsalud Infanta Luisa (Sevilla).

La visión clásica de la artrosis como un proceso de degradación mecánica local ha dado paso a una visión, cada vez más profunda, como un fallo del órgano articular de causa sistémica. Dentro de esta visión, la obesidad ocupa un lugar especialmente relevante como factor causal y pronóstico, ya que los mecanismos de inflamación sistémica que provoca trascienden los de la simple carga. En este contexto, han irrumpido los agonistas del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1 (arGLP-1). Desarrollados inicialmente para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 (DM-2) y posteriormente incorporados al manejo farmacológico de la obesidad, a día de hoy sus potenciales efectos sobre el microambiente articular han despertado un creciente interés como terapias para la artrosis. ¿Estamos, por tanto, ante los primeros candidatos reales a fármacos modificadores de la artrosis (DMOAD, del inglés *disease-modifying osteoarthritis drugs*)?

METAINFLAMACIÓN Y ÓRGANO ARTICULAR

Uno de los nexos entre la obesidad y la articulación reside en la denominada metainflamación: la presencia de inflamación sistémica de bajo grado debida al tejido adiposo disfuncional.

El adipocito patológico favorece la activación de vías inflamatorias y degradativas en el sistema, que alcanzan la sinovial y el cartílago. De esta forma, vierte citoquinas proinflamatorias, como IL-1β, IL-6 y TNF-α, que provocan una polarización de los macrófagos sinoviales hacia un fenotipo proinflamatorio M1. Este entorno prooxidativo favorece la acumulación de productos finales de glicación avanzada (AGE) [3].

Los AGE producen enlaces cruzados entre las moléculas de colágeno que alteran las propiedades biomecánicas de la matriz y activan el receptor de AGE (RAGE) en los condrocitos. Esta señalización dispara una cascada catabólica mediada por metaloproteinasas y agrecanasas que desmantelan el cartílago. De hecho, la liraglutida redujo la expresión de RAGE, la producción de citoquinas inflamatorias, la actividad catabólica de metaloproteinasas y agrecanasas y la apoptosis celular en un modelo *in vitro* de condrocitos de rata [3, 4].

EVIDENCIA CLÍNICA EN LA ARTROSIS DE RODILLA

El salto de la plausibilidad biológica a la evidencia clínica ha llegado con el ensayo STEP 9, que ha marcado un punto de inflexión. En este estudio se incluyeron 407 pacientes con obesidad y artrosis de rodilla sintomática que recibieron semaglutida subcutánea a dosis de 2,4 mg semanales o placebo. De entre todos los hallazgos, destacaría que a las 68 semanas el grupo de tratamiento presentó una reducción media del dolor de 41,7 puntos en la subescala de dolor del *Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index* (WOMAC), frente a los 27,5 puntos del grupo placebo, con una diferencia estimada entre ambos grupos de 14,1 puntos ($p < 0,001$) [5]. También se observó en el grupo de semaglutida una mejoría significativa y clínicamente relevante de la función física, y una disminución sustancial de fármacos analgésicos

> “Intervenir sobre el fenotipo metabólico de la artrosis puede producir un beneficio sintomático de una magnitud difícilmente alcanzable con buena parte de las estrategias habituales”

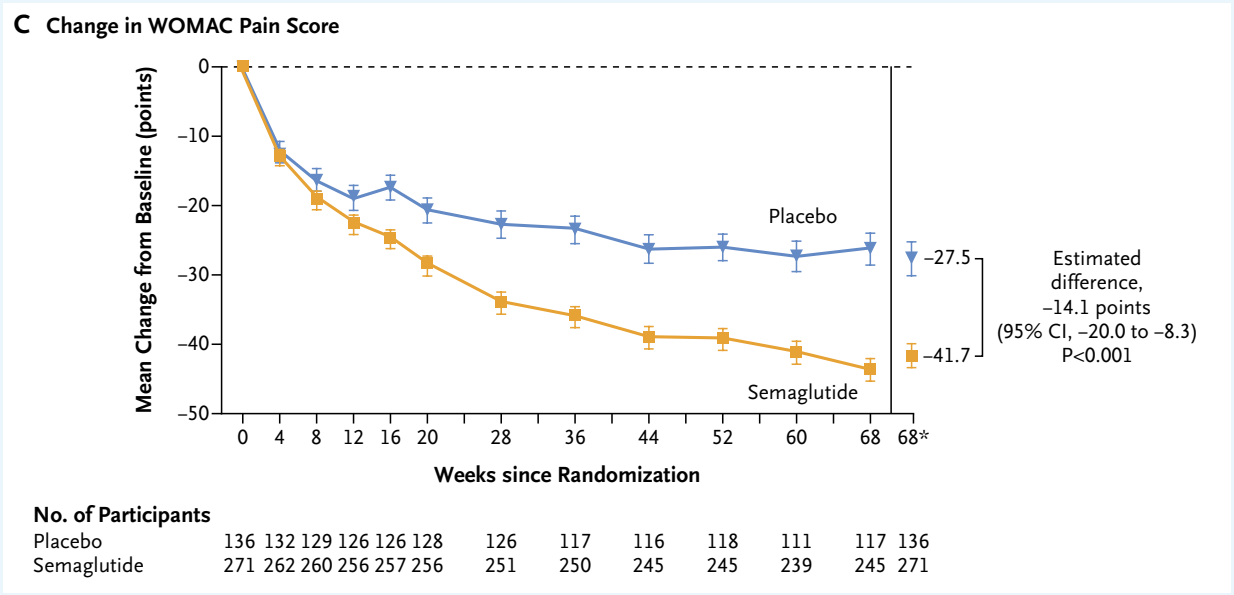


Figura 1. Cambio en la puntuación de dolor WOMAC durante el ensayo STEP 9. Se muestran los valores observados durante el periodo de permanencia en el ensayo. Las barras de error representan el error estándar y las cifras situadas bajo el gráfico indican el número de participantes que contribuyeron al cálculo de los valores medios. Los datos de la semana 68 corresponden a los cambios medios estimados desde el valor basal hasta dicha semana, calculados mediante el estimando de política de tratamiento. Las diferencias se estimaron mediante un análisis de covarianza. La subescala de dolor de WOMAC oscila entre 0 y 100 puntos; las puntuaciones más altas indican mayor intensidad del dolor. Fuente: adaptada de Blíddal et al. [5].

y antiinflamatorios no esteroideos, lo que es crucial en una población a menudo pluripatológica en la que el empleo de estos fármacos está restringido [5].

Estos resultados son especialmente relevantes porque demuestran que intervenir sobre el fenotipo metabólico de la artrosis puede producir un beneficio sintomático de una magnitud difícilmente alcanzable con buena parte de las estrategias habituales. No obstante, el estudio no fue diseñado para demostrar una modificación de la progresión estructural de la enfermedad.

¿EXISTE UN EFECTO SOBRE LA ESTRUCTURA ARTICULAR?

La pregunta de investigación pendiente es si estas moléculas también pueden modificar la historia natural de la enfermedad.

Una de las principales señales clínicas procede de la cohorte de artrosis de Shanghái. En pacientes con DM-2 y artrosis de rodilla, la exposición prolongada a arGLP-1 se asoció con una menor velocidad de pérdida de cartílago femorotibial medial evaluada mediante resonancia magnética, una menor incidencia de cirugía de rodilla y una menor necesidad de infiltraciones intraarticulares con corticoides [6]. Lo más revelador es que un análisis de mediación sugirió que un tercio de la asociación observada entre el tratamiento y la reducción de la cirugía de rodilla podría explicarse por la pérdida ponderal. En cambio, la pérdida de peso no se identificó como mediadora de la asociación con el dolor ni con la velocidad de pérdida de cartílago [6].

Por tanto, disponemos de datos prometedores, pero, al tratarse de un estudio observacional y realizado en pacientes con DM-2, debemos interpretarlos con prudencia. Para establecer un verdadero efecto modificador de la enfermedad serán necesarios ensayos clínicos específicamente diseñados para demostrar que estas terapias reducen la progresión estructural de la artrosis. Determinar qué proporción del efecto depende de la pérdida ponderal y cuál responde a acciones biológicas adicionales será esencial para comprender su papel.

> **“La cuestión será determinar cuánto del beneficio sobre la artrosis depende de la pérdida ponderal y cuánto puede atribuirse a mecanismos metabólicos, inmunológicos o a efectos directos sobre los tejidos articulares”**

MÁS ALLÁ DEL CARTÍLAGO: MASA MUSCULAR Y ÓSEA

La gran magnitud de la pérdida de peso que pueden conseguir estas terapias introduce otra cuestión de especial interés para el reumatólogo: sus consecuencias sobre el conjunto de la unidad musculoesquelética.

La pérdida ponderal inducida por los tratamientos basados en incretinas procede predominantemente de la masa grasa, pero también se acompaña de reducción de masa magra. En el análisis de composición corporal realizado durante el ensayo SURMOUNT-1 con tirzepatida, la reducción de masa grasa fue aproximadamente tres veces superior a la reducción de masa magra [7]. Además, otros estudios con arGLP-1 han descrito una reducción de la miosteatosis o infiltración grasa muscular [7]. Este hallazgo es potencialmente beneficioso desde el punto de vista de la calidad muscular, aunque aún no está confirmada su traducción en una mejor preservación de la fuerza y la función muscular a largo plazo.

La situación es igualmente compleja en relación con la pérdida de densidad mineral ósea asociada a la reducción marcada de peso. Aunque los modelos preclínicos muestran la activación del eje calcitonina/osteoprotegerina y modulación de RANKL con su empleo, la evidencia clínica disponible no permite asumir aún un efecto protector de los arGLP-1 [7].

Por ello, el tratamiento de la obesidad en pacientes con artrosis no debería reducirse a la prescripción farmacológica de arGLP-1. La actividad física, y particularmente el entrenamiento de fuerza, junto con un aporte nutricional adecuado y la valoración individual del riesgo de sarcopenia y osteoporosis, son esenciales para maximizar el beneficio y reducir los riesgos de estas estrategias terapéuticas.

¿EFECTO DE CLASE?

A día de hoy, la evidencia clínica más sólida específicamente en artrosis procede de la semaglutida y del ensayo STEP 9. No podemos asumir automáticamente que los resultados sean extrapolables a todos los agonistas del receptor de GLP-1. De hecho, un ensayo previo con liraglutida 3 mg/día en pacientes con sobrepeso u obesidad y artrosis de rodilla no demostró una mejoría significativa del dolor frente a placebo, lo que, junto con la elevada heterogeneidad observada entre los ensayos disponibles, impide asumir, por ahora, un efecto de clase [8].

Sin embargo, el desarrollo farmacológico avanza rápidamente. Los agonistas duales de los receptores de GLP-1 y polipéptido insulinotrópico dependiente de glucosa (GIP), como la tirzepatida, han ampliado notablemente la magnitud de la pérdida ponderal alcanzable farmacológicamente [9]. Paralelamente, el desarrollo de agonistas triples de los receptores de GLP-1, GIP y glucagón, como la retatrutida, podría elevar aún más ese techo terapéutico y con ello, presumiblemente, los beneficios sobre la artrosis.

La cuestión será determinar cuánto del beneficio sobre la artrosis depende de la magnitud de la pérdida ponderal y cuánto puede atribuirse a mecanismos metabólicos, inmunológicos o a efectos directos sobre los tejidos articulares, como el cartílago, la sinovial o el hueso subcondral. Si se demostrara una acción articular adicional e independiente, estaríamos ante una vía terapéutica completamente nueva para modificar la enfermedad, cuyo potencial debería explorarse también en otras localizaciones distintas de la rodilla.

MEDICINA DE PRECISIÓN

Sin embargo, la clave del éxito terapéutico residirá en la estratificación. Los estudios de biomarcadores han identificado diferentes perfiles o endotipos relacionados con inflamación, remodelado óseo, degradación del cartílago y otros mecanismos patogénicos [10]. En este contexto, resulta razonable plantear que los pacientes con un fenotipo metabólico puedan constituir uno de los grupos con mayor probabilidad de obtener beneficio de las terapias basadas en incretinas.

> **“Estos fármacos no pueden considerarse aún DMOAD, aunque sí se encuentran entre los candidatos más sólidos para avanzar hacia un tratamiento de la artrosis metabólica”**

Variables como el índice de masa corporal, la composición corporal, la presencia de determinadas comorbilidades metabólicas como la DM-2, la elevación de ciertos marcadores de inflamación sistémica como la proteína C reactiva, y la existencia de componentes inflamatorios y nociplásticos del dolor, podrían formar parte de futuros modelos de estratificación [1, 10]. Sin embargo, todavía no disponemos de criterios validados para la indicación de arGLP-1 en pacientes con artrosis. A falta de evidencia sólida, los candidatos con mayor respaldo científico son las personas con artrosis de rodilla que ya cumplen criterios para recibir tratamiento farmacológico por la obesidad.

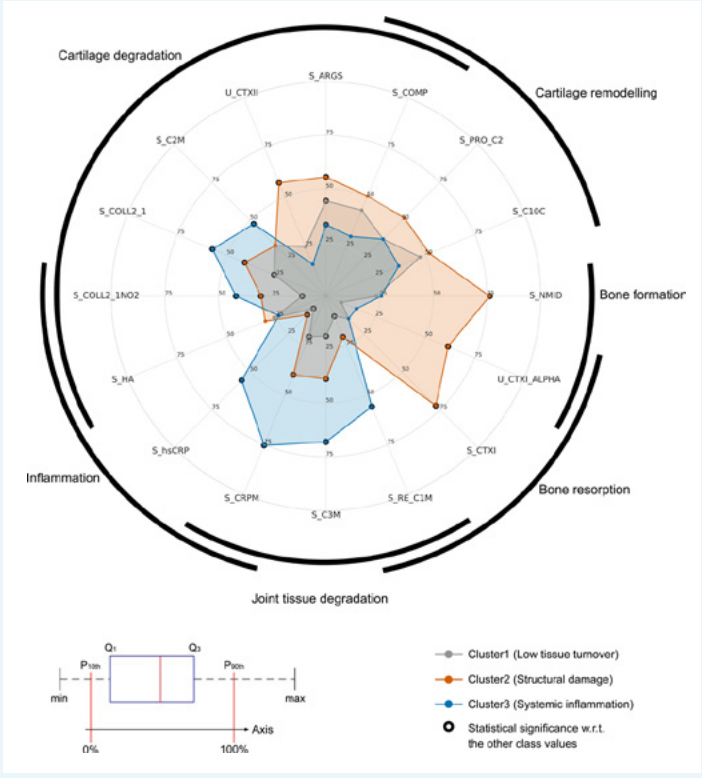


Figura 2. Gráfico radial de las concentraciones medianas de biomarcadores en cada clúster. Cuando la diferencia entre las medianas fue estadísticamente significativa, se representó mediante un círculo en lugar de un punto. Los ejes muestran valores comprendidos entre los percentiles 10 y 90, expresados como porcentajes. Los arcos negros exteriores indican el proceso patológico asociado a cada biomarcador. Fuente: adaptada de Angelini et al. [10].

CONCLUSIONES

Los agonistas del receptor de GLP-1 han abierto una vía terapéutica relevante para las personas con obesidad y artrosis de rodilla. La semaglutida ha demostrado una mejoría clínicamente importante del dolor y la función, mientras que los estudios preclínicos y observacionales sugieren posibles efectos sobre la inflamación y la progresión estructural [3, 4, 6].

Sin embargo, todavía no disponemos de ensayos clínicos específicamente diseñados que demuestren de manera concluyente una modificación de la progresión estructural de la artrosis. Por ello, estos fármacos no pueden considerarse aún DMOAD, aunque sí se encuentran entre los candidatos más sólidos para avanzar hacia un tratamiento de la artrosis metabólica.

Quizá el verdadero cambio que están introduciendo estas terapias sea incluso más profundo: empezar a tratar al paciente artrósico desde una perspectiva metabólica y sistémica.

Los siguientes retos serán identificar qué pacientes obtienen un beneficio articular específico, cómo preservar simultáneamente su salud muscular y ósea, y demostrar si, además de aliviar los síntomas, somos capaces de modificar realmente la historia natural de la enfermedad.

Consulta la bibliografía

EL REUMATÓLOGO | Nº 31 | otoño 2026

Deterioro cognitivo y neuroinflamación en artritis reumatoide



Dr. Fernando Ortiz Márquez
Servicio de Reumatología.
Hospital Regional Universitario de Málaga.

El deterioro cognitivo en la artritis reumatoide (AR) ha recorrido en dos décadas un camino en el que ha pasado de queja subjetiva sin sustrato reconocido a comorbilidad con mecanismos propios (1). Muchos pacientes describen olvidos, dificultad para sostener la atención o una lentitud mental que no encaja con su edad, y con frecuencia atribuimos esos síntomas al dolor, a la fatiga, al estado de ánimo o a la medicación. La evidencia acumulada indica que existe además un componente independiente de todos ellos: la inflamación sistémica crónica alcanza el sistema nervioso central y compromete el rendimiento cognitivo por vías hoy razonablemente bien identificadas (1,2).

Ello tiene tres consecuencias prácticas. La primera, que la disfunción cognitiva merece un lugar en la evaluación de comorbilidad de la AR. La segunda, que su detección exige instrumentos y criterios que todavía no están estandarizados en esta población. La tercera, y la más relevante, que, si el mecanismo es inflamatorio, el control estricto de la actividad de la enfermedad podría constituir también una intervención sobre el deterioro cognitivo.

MAGNITUD DEL PROBLEMA

¿Por qué las cifras no coinciden? Las prevalencias publicadas oscilan entre el 12% y el 75% de los pacientes, un rango tan amplio que invita al escepticismo. El metaanálisis más extenso disponible, sobre 22 estudios, sitúa la prevalencia global en torno al 49%, pero su aportación más útil no es esa cifra sino la explicación de la dispersión: la tasa asciende al 75% cuando se emplea el *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA), baja al 56% con el *Mini-Mental State Examination* y se reduce al 26% cuando se aplican baterías neuropsicológicas completas que exigen afectación simultánea de varios dominios. El instrumento elegido, más que la población estudiada, determina la cifra obtenida (3).

> “Si el mecanismo es inflamatorio, el control estricto de la actividad de la enfermedad podría constituir también una intervención sobre el deterioro cognitivo”

Un estudio adicional lo ilustra con claridad. En una cohorte británica de 634 pacientes, la prevalencia fue del 72% aplicando un punto de corte de MoCA de 27 o menos, y del 45,7% exigiendo menos de 26: más de 26 puntos porcentuales de diferencia sobre los mismos pacientes, con el mismo test, cambiando únicamente el umbral (4). La conclusión no es que los datos sean inconsistentes, sino que ninguna cifra de prevalencia significa nada al margen del instrumento y del punto de corte que la genera. Conviene desconfiar, por tanto, de las comparaciones directas entre series con metodologías distintas.

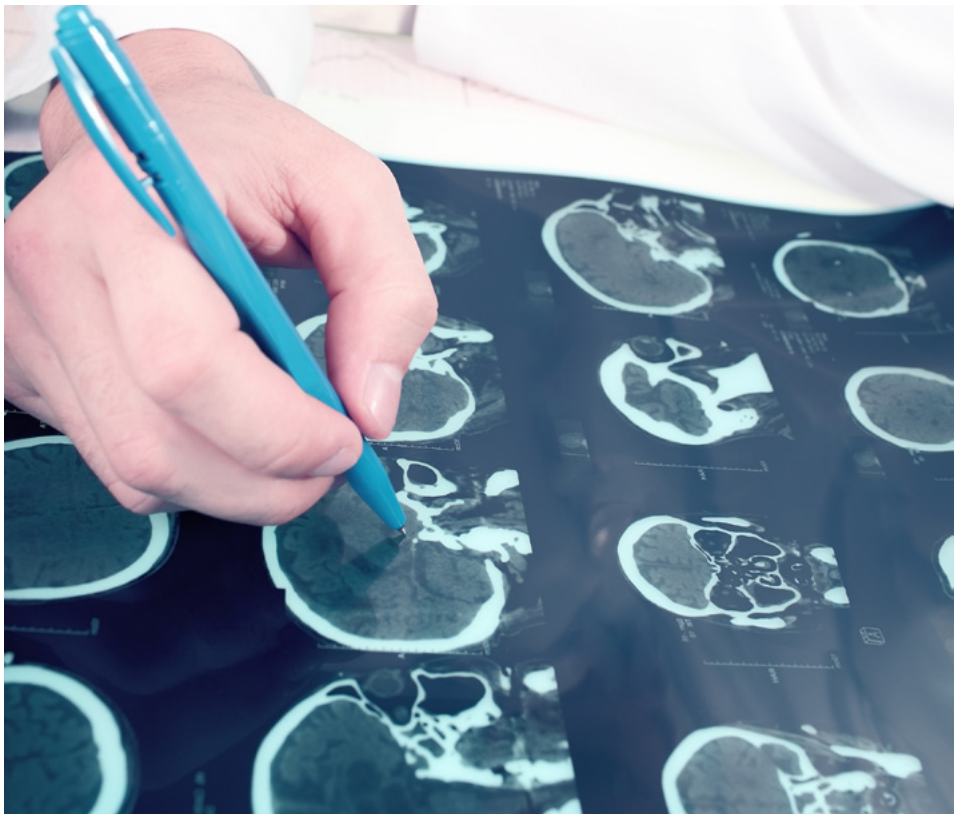
¿Qué se afecta y qué se preserva? La afectación es selectiva, no global. Los dominios que se comprometen de forma más consistente son la memoria, la atención, la función ejecutiva y el componente visuoespacial (3,4). Es un patrón de predominio fronto-subcortical, que compromete las capacidades llamadas fluidas (velocidad de procesamiento, memoria de trabajo y función ejecutiva) y respeta relativamente las cristalizadas, es decir, el vocabulario y los conocimientos consolidados a lo largo de la vida. Encaja mejor con un proceso inflamatorio difuso que con una lesión focal, y orienta el cribado hacia las pruebas que exploran las primeras.

MECANISMOS DE NEUROINFLAMACIÓN

¿Cómo llega la inflamación articular al cerebro? La barrera hematoencefálica es el punto de paso crítico. Las citoquinas proinflamatorias que circulan en la AR, especialmente el TNF-α, la IL-1β y la IL-6, degradan las proteínas que mantienen unidas las células endoteliales cerebrales (claudina-5, ocludina y ZO-1), de modo que la barrera se vuelve permeable y permite la entrada de mediadores neurotóxicos. Una vez dentro, la microglía, la célula inmunitaria residente del cerebro, adopta un fenotipo proinflamatorio y secreta más citoquinas, que a su vez dañan más la barrera. Se establece así un círculo vicioso que conecta la inflamación periférica con la central y que, una vez en marcha, se sostiene parcialmente a sí mismo (1).

El TNF-α, pieza central pero no única. El TNF-α articula al menos cuatro vías que confluyen en el deterioro cognitivo: la permeabilidad de la barrera con activación microglial, la hipoperfusión cerebral, el eje que une inflamación, estado de ánimo y fatiga, y la alteración de la señalización neurotrófica, a lo que se suman la disfunción mitocondrial y la activación microglial sostenida como mecanismos de neurodegeneración (2).

Sin embargo, esto no es tan sencillo. En un estudio sobre 102 pacientes con AR sin exposición previa a biológicos y 30 controles sanos, los niveles de TNF-α, IL-2, IL-4, IL-6 e IL-10 fueron significativamente superiores en los pacientes, y el TNF-α se asoció a peor rendimiento en el test de dígitos. Sin embargo, al ajustar por el resto de variables, los predictores independientes no fueron el TNF-α sino la IL-2, para la atención y la memoria de trabajo, y la IL-6, para la velocidad de procesamiento. El mismo trabajo encontró alteraciones en subpoblaciones de linfocitos B que se asociaban a peor rendimiento en atención, memoria y función ejecutiva (5). El TNF-α actúa, por tanto, integrado en un perfil proinflamatorio global más que como mediador aislado, lo que desplaza el foco desde una citoquina concreta hacia la carga inflamatoria en su conjunto.



FACTORES PREDICTORES

La inflamación que cuenta es la acumulada. Un aspecto poco estudiado es que lo relevante no parece ser la inflamación puntual, sino la sostenida en el tiempo. En una cohorte española de pacientes con AR y actividad moderada-alta, los factores asociados de forma independiente al deterioro fueron la actividad inflamatoria promedio del seguimiento, la PCR promedio y la obesidad, y no las cifras aisladas de la visita (6). El mensaje clínico es que un paciente en remisión actual, pero con años de actividad mal controlada, puede acumular un deterioro cognitivo que una medida puntual de su DAS28 no revela.

La obesidad merece atención aparte por ser un factor claramente modificable del conjunto, y por sumar al componente inflamatorio un riesgo vascular cerebral añadido (1,2). Los propios estudios de prevalencia identifican además la edad y el perfil serológico como moduladores del riesgo (3).

El peso de la reserva cognitiva. El nivel educativo actúa de forma consistente como factor protector, con un efecto de magnitud considerable (6). Su papel es doble y conviene distinguir las dos dimensiones. Por un lado, refleja la reserva cognitiva acumulada, un modulador biológico real de la vulnerabilidad al daño. Por otro es un factor de confusión, ya que el MoCA es sensible al nivel de estudios y una proporción de sujetos sanos puntúa por debajo del umbral habitual (4). Conviene por ello resistirse a atribuir automáticamente a la enfermedad toda puntuación baja. En la práctica, el cribado resulta más rentable en el perfil de mayor vulnerabilidad: mayor edad, menor nivel educativo e inflamación mantenida.

IMPACTO DEL TRATAMIENTO SOBRE LA FUNCIÓN COGNITIVA

Si el deterioro está mediado por la inflamación, cabría esperar que controlarla produjera beneficio cognitivo. La evidencia apunta en esa dirección, aunque con ciertos matices.

Un estudio prospectivo español que siguió durante seis meses a pacientes que iniciaban inhibidores del TNF-α observó una mejoría discreta pero significativa de la puntuación cognitiva global, paralela al descenso de la actividad de la enfermedad, y acompañada de mejoría en calidad de vida y en la sintomatología ansioso-depresiva. Dicha mejoría fue de aproximadamente un punto en el MoCA, y la proporción de pacientes clasificados como deteriorados apenas se modificó (7). Un punto queda muy por debajo del cambio mínimo valorable del instrumento, estimado en algo más de cinco puntos, esto es, el cambio necesario para poder afirmar que la diferencia no procede de la variabilidad propia del test (8). Además, en ausencia de un grupo control, no puede descartarse el efecto de práctica que produce repetir la misma prueba. La conclusión razonable es que el beneficio existe como fenómeno de grupo, pero no expresa la mejoría individual en un paciente.

El único estudio comparativo disponible siguió durante 18 meses a 251 pacientes con AR y deterioro cognitivo leve ya establecido, tratados con inhibidores del TNF-α o con FAME sintéticos convencionales. No hubo diferencias entre los dos grupos en ninguna prueba cognitiva, pero tampoco deterioro de ninguno de ellos (9). Conviene precisar que el estudio no incluía un brazo sin tratamiento, de modo que la estabilidad observada no puede atribuirse sin más a los fármacos. Lo que sí sugiere es que, una vez instaurado el deterioro leve, la elección entre una y otra estrategia no parece determinante.

Estos resultados admiten, no obstante, dos lecturas: que la inflamación mantenida acabe produciendo un daño cognitivo irreversible, o que la recuperación neurocognitiva simplemente requiera plazos más largos que los seis a dieciocho meses explorados hasta la fecha (7,9). En favor de esta segunda posibilidad, el seguimiento a dos años de la cohorte internacional INSPIRE, en enfermedades reumáticas autoinmunes sistémicas, observó una mejoría significativa de la memoria autopercibida respecto al momento basal (10). Aunque se trata de enfermedades distintas y de una medida subjetiva, resulta plausible que en la AR pueda suceder algo similar. La cuestión podría no ser qué fármaco emplear, sino cuándo intervenir. El mayor beneficio parece residir en controlar la inflamación antes de que el deterioro aparezca.

A más largo plazo, un metaanálisis de 14 estudios observacionales que reunió más de 940.000 pacientes asoció los FAME biológicos con una reducción cercana al 24% en el riesgo de desarrollar demencia respecto a los sintéticos convencionales, con un efecto equivalente para los inhibidores del TNF-α y para el resto de biológicos (11). Es una señal consistente, aunque procede en su totalidad de estudios observacionales.



> **El deterioro cognitivo es frecuente en la AR, se asocia de forma independiente a la inflamación sostenida y a la obesidad, se modula por la reserva cognitiva y puede acompañarse de una mejora parcial cuando se controla la actividad de la enfermedad”**

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

- Tratar el deterioro cognitivo como una comorbilidad más de la AR, no como un epifenómeno del dolor o del ánimo, y preguntar activamente por él (1,2).
- Priorizar el cribado en pacientes de mayor edad, con menor nivel educativo, actividad inflamatoria mantenida u obesidad (3,6).
- Aunque no hay recomendaciones formales sobre qué instrumento emplear, el MoCA y las pruebas de memoria de trabajo, como el test de dígitos inversos, son los más utilizados en la investigación en AR (3,5).
- Interpretar el umbral del MoCA con cautela: no hay puntos de corte validados en AR y una proporción relevante de sujetos sanos también puntúa por debajo (3,4).
- Registrar el nivel educativo y tenerlo delante al interpretar cualquier puntuación (4,6).
- No dar por interpretable a nivel individual una mejoría mínima en el MoCA (8).
- Incorporar el control de la inflamación acumulada, y no solo la remisión puntual, entre los objetivos con posible relevancia cognitiva (6,9).

CONCLUSIONES

El deterioro cognitivo es frecuente en la AR, se asocia de forma independiente a la inflamación sostenida y a la obesidad, se modula por la reserva cognitiva y puede acompañarse de una mejora parcial cuando se controla la actividad de la enfermedad. Quedan cuestiones abiertas: la falta de puntos de corte y de umbrales de cambio clínicamente relevante validados en esta población, la ausencia de estudios longitudinales controlados y la incógnita sobre el efecto de otras dianas terapéuticas. Nada de ello impide, mientras tanto, incorporar la pregunta por la cognición a la consulta de Reumatología.

Consulta la bibliografía

EL REUMATÓLOGO | Nº 31 | otoño 2026

REFLEXIONES

Consulta conjunta Neumología-Reumatología: un modelo de colaboración interdisciplinar en la enfermedad pulmonar intersticial asociada a enfermedades autoinmunes



Dra. Mª Gema Bonilla Hernán
Servicio de Reumatología.
CSUR Enfermedades Autoinmunes.
Hospital Universitario La Paz, Madrid.



Dr. Luis Gómez Carrera
Servicio de Neumología. Unidad de Enfermedad Pulmonar Intersticial Alta Complejidad.
Hospital Universitario La Paz, Madrid.

EL VALOR DEL ENFOQUE INTERDISCIPLINAR

En el contexto de las enfermedades autoinmunes sistémicas, el pulmón se ha convertido en uno de los órganos que más condiciona el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes. La enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) es una manifestación extraarticular grave y, con frecuencia, infradiagnosticada de patologías como la artritis reumatoide (AR), la esclerosis sistémica, las miopatías inflamatorias, la enfermedad de Sjögren o las vasculitis asociadas a ANCA. En la AR, en concreto, representa ya la segunda causa de muerte prematura, por detrás de los eventos cardiovasculares.

Sin embargo, la EPID no es la única forma de afectación respiratoria de estos pacientes. La hipertensión pulmonar, la enfermedad pleural, la afectación de la vía aérea —incluidas las bronquiectasias y la bronquiolitis—, la debilidad de la musculatura respiratoria, la toxicidad pulmonar farmacológica y las infecciones relacionadas con la inmunosupresión forman también parte de un territorio clínico compartido. Aunque en estas líneas nos centraremos sobre todo en la EPID, por su frecuencia y su impacto pronóstico, la consulta conjunta puede abordar el conjunto de la patología respiratoria del paciente con enfermedad inmunomediada sistémica.

Ante este escenario, la consulta conjunta Neumología-Reumatología se consolida como un modelo de atención interdisciplinar que permite abordar de forma integral una patología en la que el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento dependen del criterio consensuado de ambas especialidades.

En estas páginas compartimos la experiencia de la consulta conjunta Neumología-Reumatología del Hospital Universitario La Paz, fruto de casi 20 años de trabajo compartido entre los servicios de Neumología y Reumatología.

¿POR QUÉ SURGE LA NECESIDAD DE UNA CONSULTA CONJUNTA?

La EPID asociada a enfermedades autoinmunes plantea retos específicos: la interpretación de los patrones radiológicos en la tomografía computarizada de alta resolución, la elección de la técnica funcional respiratoria más adecuada para el seguimiento, la necesidad de diferenciar entre actividad inflamatoria o fibrosis, y la selección de un tratamiento eficaz tanto para la enfermedad sistémica como para el compromiso pulmonar, minimizando además el riesgo de toxicidad pulmonar farmacológica.

> "La consulta conjunta Neumología-Reumatología permite consensuar el cribado, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad pulmonar intersticial, reduciendo la variabilidad clínica y mejorando la toma de decisiones compartida"

Además, las decisiones clínicas rara vez dependen de una única variable. Una disminución de la capacidad vital forzada puede deberse a la progresión de la EPID, pero también a debilidad muscular, hipertensión pulmonar, infección o toxicidad farmacológica; del mismo modo, la aparición de nuevas opacidades en la TCAR no implica necesariamente actividad inflamatoria y obliga a plantear el diagnóstico diferencial entre infección, exacerbación aguda, neumonitis inducida por fármacos y progresión fibrótica.

La fragmentación asistencial en este contexto puede traducirse en demoras diagnósticas, decisiones terapéuticas descoordinadas y una experiencia confusa para el paciente, que recibe con frecuencia mensajes distintos según el especialista que lo atienda. La consulta conjunta responde a esta necesidad, consensuando criterios de cribado, diagnóstico, tratamiento y seguimiento entre neumólogos/as y reumatólogos/as (1,2).

LA APORTACIÓN DEL NEUMÓLOGO: CARACTERIZACIÓN DE LA AFECTACIÓN PULMONAR

Desde la perspectiva neumológica, la consulta conjunta aporta:

- Interpretación experta de la tomografía computarizada de alta resolución (TCAR), clave para distinguir los patrones de neumonía intersticial usual (NIU) y no específica (NINE), con distinto valor pronóstico.
- Realización e interpretación de las pruebas de función respiratoria (espirometría, capacidad de difusión de monóxido de carbono) para monitorizar la progresión funcional.
- Valoración de la indicación de tratamiento antifibrótico en los fenotipos con patrón progresivo.
- Manejo de comorbilidades respiratorias asociadas, como la hipertensión pulmonar o las infecciones respiratorias recurrentes.
- Detección precoz de toxicidad pulmonar farmacológica.

LA VISIÓN DEL REUMATÓLOGO: EL ENFOQUE DE LA ENFERMEDAD SISTÉMICA

El reumatólogo/a aporta el conocimiento de la enfermedad autoinmune de base, la valoración integral del paciente considerando la actividad articular, cutánea, vascular y serológica, entre otras, así como su relación con la evolución pulmonar. Su papel es esencial en:

- El cribado sistemático de EPID en pacientes con AR y factores de riesgo (edad avanzada, tabaquismo, positividad de factor reumatoide y anticuerpos anti-péptido citrulinado a título elevado).
- La realización de cribado en otras enfermedades autoinmunes sistémicas con riesgo de desarrollar compromiso pulmonar.
- La selección del tratamiento inmunosupresor, biológico o terapias dirigidas, considerando de forma simultánea su eficacia articular/sistémica y su perfil de seguridad pulmonar.
- La monitorización de la actividad inmunológica y el ajuste terapéutico compartido con Neumología ante cambios en la función respiratoria.



UN MODELO RESPALDADO POR LA EVIDENCIA Y LAS GUÍAS NACIONALES

La colaboración Neumología-Reumatología no es una propuesta aislada, sino que cuenta con respaldo institucional. La Sociedad Española de Reumatología (SER) y la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) publicaron el primer documento oficial conjunto de recomendaciones para el manejo de la EPID asociada a AR, abordando epidemiología, factores de riesgo, pronóstico y estrategia terapéutica (1,2). Posteriormente, ambas sociedades consensuaron unos criterios de cribado selectivo mediante metodología Delphi, con el objetivo de facilitar la derivación oportuna entre ambos servicios (3), criterios que estudios posteriores de validación en cohortes amplias de pacientes con AR han confirmado como una herramienta útil en la práctica clínica real (4,5).

Esta experiencia se está trasladando ya a la práctica asistencial en distintos centros. Un ejemplo es el aumento progresivo de la puesta en marcha de consultas multidisciplinares específicas de patología respiratoria asociada a enfermedades autoinmunes sistémicas, impulsadas conjuntamente por los servicios de Neumología y Reumatología, que atienden a pacientes con artritis reumatoide, esclerosis sistémica o miositis, entre otras entidades, y que en poco tiempo han visto duplicada su demanda asistencial, reflejo de una necesidad clínica real y creciente (6).

No existe, sin embargo, un único modelo de consulta conjunta. La multidisciplinariedad puede articularse de formas muy diversas: consultas presenciales simultáneas con ambos especialistas, valoraciones secuenciales en el mismo día, circuitos de derivación preferente o sesiones periódicas de discusión de casos, entre otras. Cada centro debe adaptar el modelo a las necesidades de su entorno, al volumen y perfil de sus pacientes y a los recursos humanos y materiales de que dispone. Lo verdaderamente importante no es tanto la fórmula elegida como que esta colaboración se lleve a cabo de forma estructurada y estable.

CUANDO DOS MIRADAS CAMBIAN EL DIAGNÓSTICO: LA EVIDENCIA INTERNACIONAL

La idea de que la evaluación conjunta no es solo una cuestión de comodidad organizativa, sino que modifica realmente el diagnóstico y el tratamiento, ya se documentó hace más de una década en la literatura internacional. Castelino et al. evaluaron de forma independiente a 50 pacientes remitidos a una consulta multidisciplinar de EPID mediante valoración separada por parte de un neumólogo y un reumatólogo. Tras la puesta en común, hasta un 28% de los pacientes inicialmente etiquetados de fibrosis pulmonar idiopática fueron reclasificados como EPID asociada a una enfermedad del tejido conectivo, y ese cambio diagnóstico se acompañó de una modificación del tratamiento en el 80% de los casos reclasificados (7).

En el editorial que acompañó a esta publicación, Martín-Mola y Gómez-Carrera subrayaron que la clave no reside únicamente en compartir un mismo espacio físico, sino en la valoración independiente de cada especialista seguida de una discusión conjunta del caso, lo que aumenta la precisión diagnóstica frente a la derivación secuencial tradicional (8). Esta idea ha guiado desde sus inicios el funcionamiento de nuestra propia consulta conjunta: no se trata de que el neumólogo y el reumatólogo firmen el mismo informe, sino de que cada uno aporte su valoración experta antes de consensuar el diagnóstico y el plan terapéutico, especialmente en los casos límite entre fibrosis pulmonar idiopática y EPID asociada a autoinmunidad, donde esta distinción tiene implicaciones pronósticas y terapéuticas muy diferentes.

En esta misma línea, conviene resaltar también la importancia de los comités multidisciplinares de EPID, integrados por neumólogos, radiólogos, reumatólogos y patólogos, entre otros especialistas. La discusión multidisciplinar se considera hoy la referencia para el diagnóstico de las enfermedades pulmonares intersticiales, y estos comités constituyen el marco natural en el que se integran la información clínica, radiológica, funcional, serológica e histológica para alcanzar un diagnóstico de consenso y definir la estrategia terapéutica más adecuada (9). La consulta conjunta Neumología-Reumatología y el comité de EPID no son modelos excluyentes, sino complementarios.

> **Este modelo permite una atención más eficiente, coordinada y basada en la evidencia, en un ámbito que exige, por su complejidad y su impacto pronóstico, una mirada verdaderamente integral"**

TRES PILARES FUNDAMENTALES: ASISTENCIA, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Conviene insistir en que la consulta conjunta no tiene una finalidad exclusivamente asistencial. Su valor se apoya en tres pilares que se refuerzan mutuamente: la asistencia, la docencia y la investigación.

1. Mejora de la calidad asistencial. La valoración conjunta en una misma consulta reduce desplazamientos y duplicidad de pruebas, agiliza el diagnóstico y homogeneiza el mensaje terapéutico que recibe el paciente, mejorando su adherencia y comprensión de la enfermedad.

2. Docencia. La consulta conjunta constituye un entorno idóneo para la formación de estudiantes y residentes de ambas especialidades, favoreciendo el aprendizaje de un abordaje verdaderamente multidisciplinar de la afectación pulmonar en las enfermedades autoinmunes.

3. Investigación clínica y traslacional. La colaboración estable entre ambos servicios facilita el desarrollo de líneas de investigación sobre biomarcadores de progresión, utilidad de la ecografía pulmonar como herramienta de cribado y respuesta a los distintos tratamientos disponibles, incluidos los antifibróticos (10,11).

CONCLUSIÓN: UN MODELO REPLICABLE Y NECESARIO

Con independencia del modelo organizativo que adopte cada centro, el objetivo principal de la consulta conjunta es siempre el mismo: mejorar la calidad de la atención asistencial de nuestros pacientes.

Nuestra experiencia de casi 20 años, junto con la acumulada en otros centros que ya cuentan con consulta conjunta Neumología-Reumatología, muestra que este modelo no solo es viable, sino claramente beneficioso para los pacientes, los profesionales y el sistema sanitario. Permite una atención más eficiente, coordinada y basada en la evidencia, en un ámbito —la afectación pulmonar de las enfermedades autoinmunes sistémicas— que exige, por su complejidad y su impacto pronóstico, una mirada verdaderamente integral.

Apostar por la colaboración estructurada entre Neumología y Reumatología no es solo una estrategia organizativa: es un compromiso con la detección precoz, el tratamiento oportuno y, en definitiva, con la calidad de vida de nuestros pacientes.

Consulta la bibliografía

EL REUMATÓLOGO | Nº 31 | otoño 2026

Una nueva etapa para el proyecto BIOBADASER

Tras más de cinco años al frente de BIOBADASER, la Dra. Isabel Castrejón, investigadora principal de este proyecto, hace un balance de este estudio marcado por el aumento de la producción científica, la colaboración con otros registros europeos y la incorporación de la voz de los pacientes.



DESPUÉS DE ALGO MÁS DE CINCO AÑOS COMO INVESTIGADORA PRINCIPAL DE BIOBADASER, ¿QUÉ VALORACIÓN HARÍA DE ESTA ETAPA?

Ha sido un verdadero honor ser la investigadora principal de BIOBADASER desde noviembre de 2020. Accedí al puesto tras una convocatoria abierta y competitiva, y he tenido el privilegio de aportar mi experiencia tanto desde el punto de vista clínico, en el uso de terapias biológicas y dirigidas, como en investigación epidemiológica y análisis de datos de vida real.

Han sido más de cinco años de mucho trabajo y aprendizaje, pero también de enorme satisfacción. Sobre todo, gracias al trabajo de los investigadores de BIOBADASER, que hacen posible la recogida de datos en los centros, y al apoyo de la Unidad de Investigación, hemos podido seguir consolidando el registro como uno de los registros de seguridad de terapias avanzadas más longevos y con mayor trayectoria científica en Europa.

> “La capacidad de BIOBADASER para responder a nuevas preguntas de seguridad ha sido uno de los objetivos fundamentales”

BIOBADASER ES UNO DE LOS PROYECTOS MÁS CONSOLIDADOS Y FRUCTÍFEROS DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REUMATOLOGÍA. ¿QUÉ CREE QUE HA SIDO CLAVE PARA MANTENER ESA RELEVANCIA?

Creo que uno de los aspectos fundamentales es que BIOBADASER integra nuestra experiencia clínica como reumatólogos/as con la investigación epidemiológica. Esto nos permite conocer mejor cómo utilizamos las terapias biológicas y dirigidas en nuestros pacientes y, sobre todo, qué resultados obtenemos en la práctica clínica real.

Los registros de vida real son especialmente importantes porque incluyen a pacientes más complejos, con diferentes comorbilidades, tratamientos concomitantes y dificultades de adherencia, que con frecuencia están infrarrepresentados o incluso excluidos de los ensayos clínicos.

Además, muchas de las preguntas de investigación surgen precisamente en la consulta. Por eso, considero fundamental que sean los propios especialistas quienes identifiquen y planteen las preguntas que es necesario responder para mejorar el manejo de nuestros pacientes. Para ello, es también esencial preservar la independencia científica del registro y mantener un equilibrio adecuado entre la financiación y la investigación.

¿QUÉ HITOS DESTACARÍA DE ESTOS MÁS DE CINCO AÑOS AL FRENTE DEL PROYECTO?

Destacaría varios. En primer lugar, la mayor visibilidad de BIOBADASER en congresos internacionales y el incremento de la producción científica, fruto en buena medida de una mayor comunicación y participación de los investigadores.

También ha sido importante consolidar la colaboración con otros registros europeos. Un buen ejemplo es la red colaborativa EuroSpA, donde BIOBADASER ha estado representado en el comité científico, en reuniones presenciales y actualmente en un proyecto activo propuesto por investigadores españoles. Estas colaboraciones permiten compartir conocimiento, armonizar metodologías y, sobre todo, responder preguntas que requieren un número de pacientes mucho mayor.

Otro hito importante ha sido nuestra participación en proyectos competitivos internacionales, como ORCHESTRA, financiado por la Unión Europea y en el que participaron 14 países para mejorar el manejo de los pacientes durante la pandemia de COVID-19. Desde BIOBADASER pudimos aportar experiencia en pacientes con enfermedades reumáticas.

Por último, destacaría la incorporación de los PROMs (*Patient-Reported Outcome Measures*) al registro. Gracias a un proyecto FIS competitivo conseguimos financiación para desarrollar una plataforma conectada con BIOBADASER y orientada a la participación directa de los pacientes, siguiendo una metodología rigurosa basada en el marco de ICHOM. Creo que este es un paso muy importante para avanzar hacia una investigación cada vez más centrada en el paciente.

DURANTE ESTOS AÑOS, BIOBADASER HA SEGUIDO GENERANDO EVIDENCIA CIENTÍFICA DE GRAN VALOR. ¿QUÉ RESULTADOS O HALLAZGOS DESTACARÍA COMO LOS MÁS RELEVANTES?

BIOBADASER es, fundamentalmente, un registro de seguridad, y creo que este debe seguir siendo uno de sus principales valores diferenciales. A lo largo de estos años ha permitido generar evidencia sobre la seguridad de las terapias biológicas y, más recientemente, hemos publicado datos sobre la seguridad de los inhibidores de JAK en comparación con los inhibidores de TNF. Este tipo de preguntas son especialmente difíciles de responder mediante ensayos clínicos, tanto por el número de pacientes necesario como por la baja frecuencia de determinados acontecimientos adversos.

En este sentido, también destacaría la actualización de los datos sobre el riesgo de cáncer y el análisis específico de este riesgo en pacientes con antecedentes de cáncer. La capacidad de BIOBADASER para responder a nuevas preguntas de seguridad a medida que aparecen tratamientos y escenarios clínicos novedosos ha sido, precisamente, uno de los objetivos fundamentales durante estos años.

Pero BIOBADASER ha evolucionado también más allá de la seguridad. Considero especialmente valioso que el registro nos ha permitido en estos años estudiar aspectos relacionados con la efectividad y con la retención de las terapias, incluyendo el impacto de diferentes comorbilidades y del nivel socioeconómico, así como identificar posibles diferencias según el sexo y, más recientemente, incorporar resultados reportados directamente por los pacientes.

Finalmente, destacaría la dimensión internacional que ha adquirido el registro. Durante estos años hemos trabajado con otros registros europeos en la homogeneización de la recogida de datos, lo que no solo facilita la realización de estudios colaborativos con un mayor número de pacientes, sino que también permite identificar diferencias en la organización y en las características de los distintos sistemas sanitarios europeos. Creo que esta capacidad de colaboración y de generación de evidencia a gran escala será cada vez más importante para BIOBADASER.

EN TÉRMINOS DE PRODUCCIÓN CIENTÍFICA, ¿QUÉ BALANCE HACE DE ESTA ETAPA?

El balance es muy positivo. La producción científica se ha incrementado de forma importante, con un número creciente de publicaciones en los últimos 5 años, muchas de ellas basadas en preguntas planteadas directamente por los investigadores de BIOBADASER y, por tanto, con una clara relevancia clínica. Para mí, tan importante como el número de publicaciones es que el registro genere conocimiento útil para la práctica clínica. En este sentido, creo que debemos seguir fomentando la participación de los investigadores y facilitando que puedan desarrollar sus propias preguntas de investigación.

También considero prioritario mantener un equilibrio adecuado entre la financiación del registro por parte de la industria farmacéutica y la independencia científica en la explotación de los datos. Ambas cuestiones son compatibles y, de hecho, creo que la colaboración con la industria ha sido fundamental para la sostenibilidad de BIOBADASER, pero es imprescindible preservar la independencia de las preguntas y de los resultados de la investigación. Limitar las explotaciones a sólo las que aporten financiación externa impactaría de forma negativa al registro.

> “BIOBADASER debe avanzar hacia una mayor colaboración y hacia estudios multicéntricos e internacionales”

¿HACIA DÓNDE CREE QUE DEBE EVOLUCIONAR BIOBADASER EN LOS PRÓXIMOS AÑOS Y QUÉ SE ESPERA DE ESTE PROYECTO EN EL FUTURO?

Creo que BIOBADASER, al igual que otros grandes registros europeos, debe avanzar hacia una mayor colaboración y hacia estudios multicéntricos e internacionales que permitan incrementar de forma importante el número de pacientes y, por tanto, la potencia estadística para responder preguntas cada vez más complejas.

En este contexto, el análisis masivo de datos y la inteligencia artificial pueden desempeñar un papel muy relevante, especialmente para identificar patrones y generar nuevas hipótesis de investigación. Pero debemos incorporar estas herramientas con criterio y sin perder de vista el objetivo fundamental del registro: generar evidencia clínicamente relevante que contribuya a mejorar el cuidado de nuestros pacientes.

¿QUÉ MENSAJE LE GUSTARÍA TRASLADAR A LA PERSONA QUE ASUMIRÁ LA INVESTIGACIÓN PRINCIPAL DEL PROYECTO?

Mi mensaje sería, sobre todo, de ánimo. Estar al frente de BIOBADASER supone un reto y requiere mucho esfuerzo y horas de trabajo de forma altruista, pero también ofrece enormes oportunidades de desarrollo profesional y personal. Le animaría a mantener el espíritu de colaboración que caracteriza al registro, a escuchar las preguntas que surgen de la práctica clínica y a seguir fomentando la participación de los investigadores, especialmente de las nuevas generaciones.

Por mi parte, me quedo con la satisfacción de haber contribuido, aunque sea durante una etapa, a consolidar un proyecto tan importante para la Reumatología española y, sobre todo, con la experiencia de haber trabajado con grandes profesionales a los que ahora tengo el placer de considerar amigos. Ese es, probablemente, el mejor recuerdo que me llevo de estos cinco años.

EL REUMATÓLOGO | Nº 31 | otoño 2026

PRODUCCIÓN CIENTÍFICA SER

Biobadaser 3.0
Sociedad Española de Reumatología

SECUKINUMAB, TABAQUISMO Y OBESIDAD

Primera autora: Dra. Zohra Ahmadzay

Ahmadzay ZF, Georgiadis S, Østergaard M, Glintborg B, Pons M, Heberg J, et al. ***The impact of smoking and obesity on secukinumab effectiveness in psoriatic arthritis: real-world evidence from 1202 European patients***. EULAR Rheumatology Open. 2026;2(1):234-44. doi:**10.1016/j.ero.2026.01.014**.

Este estudio analiza el impacto del tabaquismo y el índice de masa corporal sobre la persistencia y eficacia de secukinumab en 1.202 pacientes europeos con artritis psoriásica en práctica clínica habitual. La retención a los 12 meses fue del 79%, 73% y 72% en no fumadores, exfumadores y fumadores actuales, respectivamente, mientras que la consecución de baja actividad según DAPSA28 a los 6 meses fue del 56%, 61% y 49%. La retención fue similar según el IMC (72%, 77% y 77% en normopeso, sobrepeso y obesidad), aunque la probabilidad de alcanzar baja actividad fue numéricamente menor en pacientes con obesidad. Tras ajustar por diferentes variables, el tabaquismo actual se asoció a una menor probabilidad de alcanzar baja actividad. En conjunto, los resultados sugieren una menor persistencia de secukinumab en fumadores, sin observarse una asociación clara entre el IMC y la eficacia del tratamiento.

COMORBILIDAD CARDIOMETABÓLICA Y PRIMER B/TSDMARD

Primera autora: Dra. Zohra Ahmadzay

Ahmadzay ZF, Ørnbjerg LM, Østergaard M, Jensen KY, Jørgensen JB, Heberg J, et al. ***Impact of cardiometabolic comorbidities on clinical characteristics, prescription patterns and retention rate of first b/tsDMARD treatment in 5299 European real-world patients with psoriatic arthritis***. RMD Open. 2026;12(2). doi:**10.1136/rmdopen-2025-006477**.

En este estudio se analiza la influencia de las comorbilidades cardiometabólicas sobre las características clínicas, la elección del tratamiento y su persistencia en 5.299 pacientes europeos con artritis psoriásica que iniciaron su primer FAME biológico o sintético dirigido. El 36% presentaba al menos una comorbilidad cardiometabólica y estos pacientes eran de mayor edad, presentaban mayor actividad de la enfermedad y mayor discapacidad. Los inhibidores del TNF fueron el tratamiento más utilizado independientemente de la carga de comorbilidad, mientras que el uso de inhibidores de IL-17 aumentó y el de inhibidores de JAK disminuyó al aumentar el número de comorbilidades. La retención a 12 meses fue ligeramente inferior en pacientes con mayor carga de comorbilidad (80%, 76% y 78%) y en aquellos con obesidad. Los resultados ponen de manifiesto que las comorbilidades cardiometabólicas influyen en la actividad de la enfermedad y en los patrones de prescripción, aunque su impacto sobre la persistencia terapéutica fue modesto.

EVOLUCIÓN DEL USO DE INHIBIDORES JAK

Primer autor: Dr. Denis Mongin

Mongin D, Aymon R, Choquette D, Coupal L, Codreanu C, Iannone F, et al. ***Evolution of Janus Kinase inhibitors (JAKi) prescriptions since 2015 in an international collaboration of rheumatoid arthritis registers (the 'JAK-pot' study): effect of regulatory warnings***. Seminars in Arthritis and Rheumatism. 2026;77:152946. doi:**10.1016/j.semarthrit.2026.152946**.

El estudio JAK-pot analiza la evolución de la utilización de los inhibidores de JAK en pacientes con artritis reumatoide a partir de 55.365 tratamientos procedentes de 12 registros nacionales entre 2015 y 2024, evaluando el impacto de las principales alertas regulatorias de seguridad. El uso de inhibidores JAK aumentó desde menos del 1% en 2015 hasta superar el 20% en 2024, aunque su utilización se ralentizó tras las alertas de la FDA de 2019 y de la EMA de 2022. Las tendencias de inicio y suspensión se modificaron especialmente para tofacitinib, con una reducción de los nuevos tratamientos y un aumento de las suspensiones tras la publicación de los datos de riesgo cardiovascular y neoplásico y las posteriores alertas regulatorias. Upadacitinib también mostró una reducción de los inicios y un aumento de las suspensiones tras la publicación de ORAL Surveillance, mientras que baricitinib pareció verse menos afectado y filgotinib mantuvo una tendencia ascendente. Los resultados muestran el importante impacto de las comunicaciones regulatorias sobre la práctica clínica real.

PREDICTORES DE EFICACIA DE SECUKINUMAB SEGÚN EL SEXO

Primera autora: Dra. Jette Heberg

Heberg J, Georgiadis S, Ahmadzay Z, Glintborg B, Castrejón I, Kazemi MS, et al. ***Overall and sex-specific predictors of secukinumab effectiveness in European patients with psoriatic arthritis: results from the EuroSpA collaboration***. The Journal of Rheumatology. 2026. doi:**10.3899/jrheum.2025-1023**.

En este estudio de la colaboración EuroSpA se identifican factores asociados a la respuesta y persistencia de secukinumab en 2.790 pacientes europeos con artritis psoriásica tratados en práctica clínica habitual. La presencia de sexo masculino, un menor número de tratamientos b/tsDMARD previos, una PCR >10 mg/l y una menor puntuación del HAQ se asociaron con una mayor probabilidad de alcanzar baja actividad según DAPSA28 y una respuesta moderada a los 6 meses. Por el contrario, la ausencia de psoriasis, una mayor fatiga y un mayor número de articulaciones dolorosas se asociaron con una mayor probabilidad de suspensión de secukinumab durante los primeros 12 meses. Algunos predictores variaron según el sexo, destacando el número de tratamientos previos y la PCR en los varones y la fatiga en las mujeres. Estos resultados pueden contribuir a una selección más personalizada del tratamiento en la artritis psoriásica.

EL REUMATÓLOGO | Nº 31 | otoño 2026

PRODUCCIÓN CIENTÍFICA SER

REGISTRO ARTESER Sociedad Española de Reumatología

Primera autora: Dra. Delia Fernández-Lozano

Fernández-Lozano D, Domínguez-Álvaro M, Narváez J, Garrido-Puñal N, De Miguel E, Estrada-Alarcon PV, et al. ***Sex differences among patients with giant cell arteritis: insights from the Spanish ARTESER Registry***. Rheumatology. 2026;65(1):keaf689. doi:**10.1093/rheumatology/keaf689**.

En este estudio del registro ARTESER se analizan las diferencias por sexo en la presentación clínica, fenotipo vascular, tratamiento y evolución de 1.675 pacientes con arteritis de células gigantes procedentes de 26 hospitales españoles. Las mujeres presentaron con mayor frecuencia un fenotipo extracraneal (14,8% vs. 9,9%) y recibieron más FAME sintéticos convencionales (35,3% vs. 28,2%), mientras que los varones mostraron con mayor frecuencia un fenotipo mixto (17,7% vs. 11,7%) y una ecografía positiva de la arteria temporal (73,5% vs. 65,1%). Las fracturas fueron más frecuentes en mujeres (22,4% vs. 10,9%), mientras que las cataratas (6,0% vs. 2,8%) y la mortalidad (13,8% vs. 6,6%) fueron superiores en varones. Las tasas de remisión y recaída fueron similares. Estos resultados ponen de manifiesto diferencias relevantes según el sexo en el fenotipo y evolución de la arteritis de células gigantes.

Carma Sociedad Española de Reumatología

Primer autor: Dr. Javier Llorca

Llorca J, Ferraz-Amaro I, Moreno-Martínez MJ, Plaza Z, Sánchez-Alonso F, Moreno-Ramos MJ, et al. ***Disease activity and hyperuricemia predict the development of cardiovascular events in patients with Psoriatic Arthritis: results of the 10-year prospective evaluation in the CARMA cohort***. Seminars in Arthritis and Rheumatism. 2026;77:152923. doi:**10.1016/j.semarthrit.2026.152923**.

En este estudio prospectivo de la cohorte CARMA se analizan los factores asociados al desarrollo de eventos cardiovasculares durante 10 años en 682 pacientes con artritis psoriásica sin antecedentes cardiovasculares. Durante 6.397 pacientes-año de seguimiento, 85 pacientes (12,5%) presentaron un evento cardiovascular, con una tasa de 1,33 por 100 pacientes-año. Los pacientes que desarrollaron eventos eran de mayor edad y presentaban con mayor frecuencia hipertensión, diabetes, dislipemia, mayor perímetro abdominal e IMC. Tras ajustar por el riesgo cardiovascular estimado mediante PREVENT-CVD, una mayor actividad de la enfermedad, medida por el tercil superior del DAS28-VSG, se mantuvo asociada a un mayor riesgo cardiovascular (HR 1,79). Asimismo, unos niveles de ácido úrico ≥9 mg/dl se asociaron con un incremento significativo del riesgo (HR 3,50). Estos resultados destacan la importancia de controlar tanto la actividad inflamatoria como la hiperuricemia en la valoración del riesgo cardiovascular de los pacientes con artritis psoriásica.

EISER Sociedad Española de Reumatología

Primera autora: Dra. Alba Boix-Amorós

Boix-Amorós A, Bu K, Blank RB, Cantor A, Gutiérrez-Casbas A, Rodríguez-Lago I, et al. ***Microbial signatures in psoriatic arthritis distinguish disease phenotypes and newly diagnosed inflammatory bowel disease independent of faecal calprotectin***. Annals of the Rheumatic Diseases. 2026;85(5):806-17. doi:**10.1016/j.ard.2026.01.018**.

En este estudio del proyecto EISER se analiza el microbioma intestinal de 192 pacientes con artritis psoriásica axial o periférica sin diagnóstico previo de enfermedad inflamatoria intestinal, con el objetivo de identificar perfiles microbianos asociados a distintos fenotipos de la enfermedad y detectar enfermedad inflamatoria intestinal subclínica. Los pacientes con artritis psoriásica axial presentaron una menor diversidad microbiana y una disminución de diversos microorganismos comensales, junto con alteraciones en las vías metabólicas de biotina y arginina y mayores niveles de IL-23, IL-17F e IL-8. Cinco pacientes fueron diagnosticados de enfermedad inflamatoria intestinal durante el estudio, mostrando alteraciones específicas del microbioma y del metabolismo del triptófano y la vitamina B6. Algunos taxones microbianos presentaron una asociación con enfermedad inflamatoria intestinal superior a la observada con la calprotectina fecal. Estos resultados sugieren que el microbioma puede contribuir a caracterizar fenotipos de artritis psoriásica y detectar enfermedad inflamatoria intestinal asociada.

EL REUMATÓLOGO | Nº 31 | otoño 2026

PRODUCCIÓN CIENTÍFICA SER

RelesSER Sociedad Española de Reumatología

Primer autor: Dr. Federico Zazzetti

Zazzetti F, Orillion A, Sbarigia U, Sheahan A, Blacketer C, van Speybroeck M, et al. ***Demographic and clinical characteristics of patients with systemic lupus erythematosus across five registries: the LupusNet federated data network***. Lupus Science & Medicine. 2026;13(1). doi:10.1136/lupus-2025-001881.

Este estudio de la red LupusNet compara las características demográficas, clínicas y terapéuticas de 10.370 pacientes con lupus eritematoso sistémico procedentes de cinco registros internacionales de cuatro regiones geográficas, entre ellos RELESSER. La mayoría de los pacientes eran mujeres (91%) y existió una importante heterogeneidad en la actividad de la enfermedad entre los diferentes registros, con puntuaciones medias de SLEDAI-2K entre 3,0 y 7,0. Las manifestaciones serológicas, especialmente la hipocomplementemia y la positividad de anticuerpos anti-DNA, fueron frecuentes, mientras que la proteinuria y la artritis fueron las manifestaciones clínicas más habituales. Las cataratas fueron la manifestación de daño acumulado más frecuente. Los glucocorticoides, antipalúdicos e inmunosupresores constituyeron los tratamientos más utilizados, aunque con diferencias importantes entre regiones. Estos resultados ponen de manifiesto la heterogeneidad clínica y terapéutica del LES a nivel internacional y la utilidad de armonizar los datos procedentes de diferentes registros.

RelesSER-PROS Sociedad Española de Reumatología

Primer autor: Dr. Íñigo Rúa-Figueroa

Rua-Figueroa I, Martínez-Barrio J, Plaza Z, Jiménez N, Galindo-Izquierdo M, Uriarte E, et al. ***Self-reported depression on the Lupus Impact Tracker questionnaire (LIT) is associated with glucocorticoid use and fibromyalgia in systemic lupus erythematosus, according to RELESSER-PROS registry data***. BMC Rheumatology. 2026;10(1):17. doi:10.1186/s41927-025-00612-w.

En este estudio longitudinal de RELESSER-PROS se analiza la prevalencia y persistencia de síntomas depresivos comunicados por los pacientes mediante el Lupus Impact Tracker en 1.463 pacientes con LES, con una edad media de 55 años y un 90% de mujeres. El 89,9% de los pacientes refirió síntomas depresivos en al menos una de las cinco evaluaciones anuales y el 26,5% manifestó sentirse deprimido la mayor parte del tiempo en todas ellas. Los pacientes con síntomas depresivos acumularon un mayor daño orgánico a lo largo del seguimiento. En el análisis multivariante, la fibromialgia (OR 2,90) y el tratamiento con glucocorticoides (OR 1,85) se asociaron de forma independiente con la presencia de síntomas depresivos. Estos resultados muestran la elevada prevalencia y persistencia de los síntomas depresivos en el LES y ponen de manifiesto la utilidad de incorporar medidas comunicadas por los pacientes en el seguimiento longitudinal.

> **"La producción científica de los proyectos SER sigue dando sus frutos"**

EL REUMATÓLOGO | Nº 31 | otoño 2026

PRODUCCIÓN CIENTÍFICA SER

SjögrenSER

ENFERMEDAD DE SJÖGREN Y CÁNCER

Primera autora: Dra. Olga Rusinovich-Lovgach

Rusinovich-Lovgach O, Plaza Z, Castro MF, Sánchez-Piedra C, Rosas J, Martínez-Taboada V, et al. ***Sjögren's Disease and Cancer: Key Predictors From the Spanish Multicenter SjögrenSER-TRANS Cohort***. Journal of Oral Pathology & Medicine. 2026;55(5):583-90. doi:**10.1111/jop.70123**.

En este estudio de la cohorte multicéntrica SjögrenSER-TRANS se analizan los factores asociados al desarrollo de neoplasias en 437 pacientes con enfermedad de Sjögren procedentes de 33 hospitales españoles. Se identificaron neoplasias en 30 pacientes (6,9%), siendo los tumores ginecológicos (30%) y los linfomas (23,3%) los más frecuentes. En el análisis multivariante, la edad avanzada, la inflamación glandular y el tratamiento con rituximab se asociaron de forma independiente con la presencia de malignidad. La asociación con rituximab debe interpretarse con cautela debido a la posibilidad de sesgo por indicación. Estos resultados identifican determinados perfiles clínicos asociados a un mayor riesgo de neoplasia y ponen de manifiesto la necesidad de mejorar la estratificación del riesgo y la vigilancia de estos pacientes.

AFECTACIÓN NEUROLÓGICA EN EL ENFERMEDAD DE SJÖGREN

Primera autora: Dra. Ximena Larco-Rojas

Larco-Rojas X, Castro MF, Sánchez-Piedra C, Taboada VM, Olivé A, Rosas J, et al. ***Nervous system involvement in primary Sjögren's syndrome: analysis from the SjögrenSER registry***. Modern Rheumatology. 2026; roag050. doi:**10.1093/mr/roag050**.

Este estudio del registro SjögrenSER analiza las características clínicas de la afectación neurológica en pacientes con enfermedad de Sjögren. De los 437 pacientes incluidos, 39 (8,9%) presentaron afectación del sistema nervioso periférico y 34 (7,8%) del sistema nervioso central. La afectación neurológica se asoció con otras manifestaciones sistémicas, especialmente el compromiso renal, la glomerulonefritis asociada a crioglobulinemia y la miositis, así como con una mayor frecuencia de ictus y enfermedad cardiovascular isquémica. La fatiga también fue más frecuente en estos pacientes. Los pacientes con afectación neurológica recibieron con mayor frecuencia glucocorticoides, antipalúdicos, inmunosupresores, inmunoglobulinas intravenosas y tratamientos biológicos, destacando el uso de glucocorticoides y ciclofosfamida. Los resultados sugieren que la afectación neurológica identifica un fenotipo más grave y sistémico de la enfermedad de Sjögren que requiere con mayor frecuencia tratamiento inmunosupresor.

AR-EPIDSER

Primera autora: Dra. Natalia Mena-Vázquez

Mena-Vázquez N, Domínguez-Álvaro M, Bonilla Hernán MG, Atienza-Mateo B, Fernández Velilla Peña M, Pinilla Fernández I, et al. ***Validation of screening criteria for interstitial lung disease in rheumatoid arthritis in routine clinical practice: the VAR-EPIDSER study***. RMD Open. 2026;12(2):e006934. doi:**10.1136/rmdopen-2026-006934**.

En este estudio multicéntrico se evalúa en 477 pacientes con artritis reumatoide la utilidad de los criterios de cribado AR-EPIDSER para detectar enfermedad pulmonar intersticial asociada a la artritis reumatoide. De los 424 pacientes con tomografía computarizada de alta resolución evaluable, el 13,0% presentó enfermedad pulmonar intersticial y, de ellos, el 63,6% correspondía a enfermedad subclínica, sin tos, disnea ni crepitantes tipo «Velcro». Los criterios AR-EPIDSER fueron positivos en el 68,2% de los pacientes y mostraron una sensibilidad del 93% y un valor predictivo negativo del 97%, aunque con una especificidad baja (36%) y un valor predictivo positivo del 18%. Estos resultados confirman que la enfermedad pulmonar intersticial no diagnosticada es relativamente frecuente y predominantemente subclínica en la artritis reumatoide. Los criterios AR-EPIDSER pueden ser útiles como herramienta inicial de cribado por su elevada sensibilidad y excelente valor predictivo negativo, aunque los casos positivos requieren confirmación mediante TCAR.

EL REUMATÓLOGO | Nº 31 | otoño 2026

Otros tipos de revisiones de la evidencia: un enfoque metodológico complementario

Noé Brito García
Unidad de Investigación de la SER

Más allá de las revisiones sistemáticas tradicionales, que sintetizan la evidencia para responder preguntas específicas bajo estrictos criterios de inclusión y análisis de calidad, existen enfoques alternativos diseñados para abordar necesidades metodológicas diferentes. Estos métodos, aunque menos frecuentes, pueden ser importantes en contextos donde la complejidad de la pregunta o las limitaciones de tiempo exigen adaptaciones. A continuación, se detallan los principales, con énfasis en sus características distintivas y aplicaciones prácticas:

1. Revisiones exploratorias (*Scoping reviews*)

Estas revisiones responden a preguntas de investigación amplias, donde la síntesis cuantitativa o cualitativa tradicional resulta difícilmente abarcable. En ellas no es imprescindible evaluar la calidad metodológica o el riesgo de sesgo de los estudios (aunque pueden incluirla de forma opcional), sino **mapear** la evidencia disponible: identificar su volumen, diseños (ensayos clínicos, estudios observacionales) y distribuciones temáticas. Muchas veces son precursoras de una revisión sistemática posterior, y son especialmente útiles para:

- **Explorar campos emergentes** (ej.: aplicaciones que impliquen tecnologías).
- **Identificar vacíos de conocimiento** que justifiquen futuros proyectos de investigación.
- **Clasificar intervenciones** en áreas con evidencia dispersa (ej.: tratamientos no farmacológicos para algunas condiciones de salud).

El Joanna Briggs Institute ofrece más información sobre este tipo de revisiones a través de **este enlace**.

2. Revisiones rápidas (*Rapid reviews*)

Diseñadas para contextos donde la **toma de decisiones urgentes** no permite el tiempo requerido por una revisión sistemática completa (ej.: políticas de salud pública durante pandemias). Para acelerar el proceso, se simplifican etapas como:

- **Búsqueda de literatura**: limitada a bases de datos clave o estudios recientes.
- **Selección de estudios**: a menudo realizada por un solo revisor, con validación parcial.
- **Síntesis y evaluación crítica**: priorizando hallazgos clave sobre análisis exhaustivos.

Los resultados de estas revisiones deben siempre interpretarse con cautela, ya que los "atajos" metodológicos pueden introducir sesgos. Su valor reside en proporcionar evidencia preliminar en contextos de urgencia, mientras se desarrolla una revisión más rigurosa.

La Colaboración Cochrane ha publicado unas recomendaciones actualizadas sobre revisiones rápidas de eficacia a través de **este enlace**.

3. Revisiones de revisiones (*Overview of reviews*)

También llamadas revisiones paraguas (*umbrella reviews*), sintetizan los resultados de múltiples revisiones sistemáticas preexistentes sobre un tema amplio, en el que existe un cuerpo de evidencia extenso y estructurado. Su utilidad es doble:

- **Integrar evidencia fragmentada**: cuando un campo ha sido revisado repetidamente, pero con enfoques dispares.
- **Evaluar la consistencia** de los hallazgos entre revisiones, identificando áreas de consenso y contradicción.

Este tipo de revisiones son cada vez más habituales. El Joanna Briggs Institute destaca su papel en la **optimización de recursos** al evitar duplicar esfuerzos en temas ya cubiertos a través de **este enlace**.

La elección entre estos tipos de revisiones depende de la pregunta de investigación, los recursos disponibles y el nivel de detalle requerido en función del **objetivo de la revisión**. Su aplicación **complementaria** enriquece la base de evidencia, permitiendo respuestas graduadas a cada tipo de necesidad.

EL REUMATÓLOGO | Nº 31 | otoño 2026

La colaboración multidisciplinar, eje de las actividades formativas

Desde la Sociedad Española de Reumatología (SER) continuamos consolidando nuestra apuesta por la formación y la actualización de los especialistas, con un amplio abanico de actividades.

En los últimos meses se han abordado algunas de las principales áreas de interés de la Reumatología, desde la esclerodermia y las enfermedades del metabolismo óseo hasta la Reumatología pediátrica y las enfermedades autoinmunes sistémicas.

En este contexto, las jornadas multidisciplinares han adquirido un papel especialmente relevante como espacios de intercambio de conocimiento y coordinación entre especialidades. La I Jornada S.E.N.-SER, organizada conjuntamente con la Sociedad Española de Nefrología, reunió en Madrid a expertos nacionales e internacionales para analizar los principales retos diagnósticos y terapéuticos de las enfermedades reumáticas autoinmunes sistémicas con afectación renal. El encuentro puso de manifiesto que el daño renal continúa siendo una de las principales causas de morbimortalidad en patologías como el lupus eritematoso sistémico y las vasculitis, y que su abordaje requiere un diagnóstico precoz y una colaboración cada vez más estrecha entre Reumatología y Nefrología.

En la misma línea, la II Jornada SER-SEPAR, celebrada junto a la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), volvió a poner el foco en la importancia de la coordinación entre reumatólogos/as y neumólogos/as para mejorar el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de los pacientes con enfermedades reumáticas y pulmonares. Durante el encuentro se abordaron, entre otros temas, la nueva clasificación de la enfermedad pulmonar intersticial difusa, la relación entre cáncer y enfermedad pulmonar, las nuevas estrategias terapéuticas para la hipertensión arterial pulmonar y la osteoporosis asociada a las enfermedades respiratorias.

La actividad formativa también ha permitido profundizar en ámbitos específicos de la especialidad. En el III Curso de Esclerodermia, llevado a cabo con el apoyo de Boehringer Ingelheim, se analizaron cuestiones como la experiencia del paciente, las formas pediátricas, la afectación renal, los autoanticuerpos específicos, la Medicina estética y las novedades terapéuticas. En este último ámbito, se destacó el desarrollo de estrategias dirigidas a la vía del interferón, las terapias celulares CAR-T, los anticuerpos biespecíficos y los nuevos fármacos antifibróticos como nuevas líneas de investigación para el futuro manejo de la esclerosis sistémica.



Dra. Susana Romero, presidenta de la SER y el Dr. J. Emilio Sánchez, presidente de la S.E.N.



Inauguración de la Jornada con la Dra. Susana Romero, presidenta de la SER y el Dr. Bernardino Alcázar, presidente de SEPAR.

Por su parte, la Jornada SER-SEIOMM Post WCO-IOF-ESCEO 2026 - celebrada con el patrocinio de Gedeon Richter- y el VIII Curso de Osteoporosis y Patología Metabólica Ósea -con la colaboración de la biofarmacéutica UCB y la biotecnológica Amgen- han permitido acercar a los especialistas las últimas novedades internacionales en osteoporosis y metabolismo óseo, así como abordar cuestiones de especial relevancia para la práctica clínica, como el manejo de pacientes en situaciones especiales, la interpretación de la densitometría o la coordinación entre Reumatología y Odontología ante determinados procedimientos.

Con este conjunto de iniciativas, la SER refuerza su compromiso con una formación continuada, especializada y orientada a las necesidades reales de la práctica clínica, al tiempo que impulsa la colaboración entre disciplinas como una herramienta esencial para ofrecer una atención cada vez más coordinada e integral para las personas con enfermedades reumáticas.



Los coordinadores del curso: el Dr. Enrique Casado, del Hospital Universitari Parc Taulí (Sabadell, Barcelona) y la Dra. Dacia Cerdá, del Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi de Barcelona.



Dra. Montserrat Robustillo, coordinadora de la 'Jornada SER-SEIOMM Post WCO-IOF-ESCEO 2026', junto con el resto de ponentes.



¿Conoces el Servicio de Consultoría de la SER?

Si tienes alguna duda en la práctica clínica te recordamos que puedes hacer uso del servicio de consultoría clínica. Esta asesoría pretende despejar dudas clínicas (adecuación de vacunaciones, diagnósticas, terapéuticas, farmacológicas…), orientar sobre derivación a otros centros con mayor dotación si fuera necesario, refrescar esa última publicación que no se puede recordar y todo aquello que el/la socio/a quiera debatir con el líder de opinión.

Las consultas deben remitirse a **consultorclinico@ser.es** especificando en el asunto el área o patología sobre la que versa la duda.

Puedes echar un vistazo a los casos ya resueltos hasta la fecha a través del portal del socio.

EL REUMATÓLOGO | Nº 31 | otoño 2026



Un nuevo acercamiento a los estudiantes de Medicina

Un año más hemos participado en el Congreso de Estudiantes del Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM), celebrado en Sevilla, así como en su feria de especialidades. Durante el encuentro, la SER ha tenido la oportunidad de dar a conocer la Reumatología entre los estudiantes de Medicina, acercándoles la amplitud y diversidad de una especialidad que abarca desde las enfermedades autoinmunes e inflamatorias hasta las patologías musculoesqueléticas y las enfermedades metabólicas óseas.

La participación en la feria de especialidades se completó con diferentes actividades prácticas y formativas que permitieron a los estudiantes acercarse a algunos de los procedimientos y herramientas habituales en la práctica reumatológica. Entre ellas, se desarrolló un taller de infiltraciones, así como un taller de análisis de imagen centrado en la ecografía en Reumatología, que permitió conocer las posibilidades de esta técnica en el diagnóstico y seguimiento de los pacientes.



Asimismo, el programa incluyó el coloquio 'Descubrir la Reumatología a través de casos clínicos: de las enfermedades inmunomediadas a las musculoesqueléticas', en el que, a través de diferentes casos, los estudiantes pudieron conocer la diversidad de situaciones clínicas que aborda la especialidad.

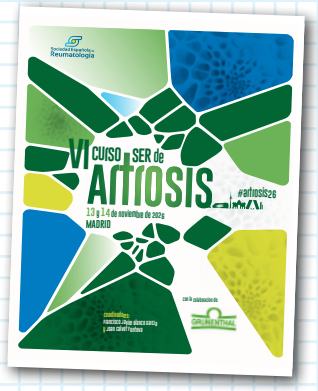
Próximas
CITAS FORMATIVAS



ACR REVIEW 2026

Resúmenes del 9 al 11 de noviembre.

Con la colaboración de **AstraZeneca, Gebro Pharma** y **Lilly**.



VI CURSO DE ARTROSIS

13 y 14 de noviembre, en Madrid y virtual.

Con la colaboración de **Grünenthal**.



III JORNADA SER-GETECCU

27 y 28 de noviembre, Madrid.

Organizada por la Sociedad Española de Reumatología y el Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (GETECCU).



LO MEJOR DE ESPONDILOARTRITIS 2026

20 y 21 de noviembre, Madrid y virtual.

Con la colaboración de **Johnson & Johnson**.

EL REUMATÓLOGO | Nº 31 | otoño 2026

Las claves del 14 SIMPOSIO DE ARTRITIS REUMATOIDE



Dra. Chamaida Plasencia Rodríguez
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz (Madrid).

Barcelona acogió, del 1 al 3 de octubre, el 14º Simposio de Artritis Reumatoide (AR) de la Sociedad Española de Reumatología. Fueron tres días intensos, pero también especialmente agradables por la acogida de los/as compañeros/as de Cataluña y por una ciudad que siempre invita al encuentro.

El programa reflejó bien dónde estamos y hacia dónde parece dirigirse la AR, hacia una enfermedad cada vez menos entendida como una entidad uniforme y cada vez más como un conjunto de fenotipos en los que debemos integrar biología, clínica, comorbilidad y preferencias del paciente. También merece destacarse la excelente acogida de los simposios satélite, que mantuvieron un notable interés incluso al final de jornadas científicas muy intensas.

La primera ***mesa de investigación básica*** puso el foco en la medicina de precisión. La ***biopsia sinovial*** sigue siendo una de las ventanas más directas a la patobiología de la AR. En R4RA y STRAP, la histología convencional aislada tuvo capacidad limitada para seleccionar tratamiento, mientras que el análisis molecular resultó más prometedor. STRAP incluyó 226 pacientes tratados con etanercept, tocilizumab o rituximab, y el perfil transcriptómico identificó firmas asociadas a respuesta, especialmente interesantes para tocilizumab y rituximab. La ***microbiota*** mostró un campo sugerente, aunque aún inmaduro en AR. Se presentaron datos experimentales en los que determinadas bacterias procedentes de pacientes con AR favorecían respuestas proinflamatorias, con aumento de IL-17A y reducción de IL-10. Sin embargo, la evidencia clínica con probióticos y, sobre todo, con trasplante de microbiota fecal sigue siendo muy limitada en AR, a diferencia de otras patologías, principalmente gastrointestinales, donde existe mayor experiencia terapéutica. La sesión sobre envejecimiento destacó que la AR de inicio tardío no es simplemente la misma enfermedad que envejece. El envejecimiento inmunológico modifica el equilibrio entre inmunidad innata y adaptativa, la regulación inmune y el entorno inflamatorio basal. Estas diferencias biológicas, junto con las clínicas entre AR de inicio joven y tardío, pueden contribuir a explicar fenotipos y respuestas terapéuticas diferentes.

En la ***sesión de controversias***, con un formato muy dinámico, se revisaron aspectos prácticos del tratamiento habitual, especialmente el uso de metotrexato, sus estrategias de dosificación y vía de administración, y el papel de los glucocorticoides, poniendo de manifiesto que muchas decisiones cotidianas siguen teniendo zonas grises y deben individualizarse según eficacia, tolerancia y contexto clínico.

Durante la ***mesa de clínica*** se profundizó en esta heterogeneidad. En la ***AR seronegativa*** se insistió en que no estamos simplemente ante una AR "sin anticuerpos". Frente a la enfermedad seropositiva existen diferencias fenotípicas, pronósticas y de respuesta terapéutica, pero, sobre todo, un diagnóstico diferencial mucho más amplio, que obliga a reconsiderar otras artritis inflamatorias antes de asumir definitivamente el diagnóstico de AR. ***Sexo y género*** también modifican la enfermedad. Las mujeres suelen presentar mayor dolor, discapacidad y actividad estimada mediante índices clínicos y pueden alcanzar con menor frecuencia determinados objetivos de remisión, diferencias que no siempre se corresponden con mayor inflamación objetiva. Datos recientes de práctica clínica muestran, además, que las mujeres pueden iniciar terapias avanzadas más tarde a pesar de presentar mayor actividad, lo que invita a reflexionar sobre cómo medimos y tratamos la enfermedad. La relación entre





periodontitis y AR abrió otra ventana de colaboración multidisciplinar. La salud bucodental no debería quedar fuera de nuestra valoración habitual, especialmente en pacientes con periodontitis activa. Existen ya recomendaciones de la SER en este ámbito y probablemente debamos avanzar hacia una colaboración más estrecha con odontólogos/as y periodoncistas, incorporando la prevención y el tratamiento periodontal al cuidado global del paciente.

La ***conferencia magistral de Thomas Hügle*** mostró algunas de las posibilidades que la ***inteligencia artificial*** empieza a ofrecer en investigación y práctica clínica. Se presentaron modelos capaces de identificar erosiones, puntuar sinovitis en ecografía o resonancia, predecir actividad futura y explorar la respuesta terapéutica. Algunos resultados son muy prometedores, aunque sigue existiendo una distancia importante entre predecir una variable clínica y seleccionar de forma fiable el tratamiento óptimo para un paciente concreto. Probablemente el valor de estas herramientas dependerá tanto de la calidad de los datos y de su validación externa como de la sofisticación del algoritmo.

La ***multidisciplinariedad*** estuvo muy presente. Esta mesa permitió además conocer la AR desde la mirada de Oncología, Oftalmología y Obstetricia, reforzando el valor de la colaboración entre especialidades. En ***AR y cáncer*** se recordó que no existe un único riesgo oncológico y que debemos individualizar según el tipo de tumor, su situación evolutiva, el tratamiento recibido y el fármaco antirreumático. Se subrayó también que, a largo plazo, el riesgo no es solo la recidiva, sino también el desarrollo de una segunda neoplasia, favorecido en parte por factores de riesgo compartidos, como el tabaquismo. Especialmente interesantes fueron los datos del registro español ARCA, diseñado específicamente para pacientes con AR y cáncer previo. En 728 pacientes, con más de 11.000 pacientes-año de exposición, no se observaron diferencias significativas en el riesgo de un nuevo cáncer primario, progresión locorregional o metástasis entre estrategias con FAME convencionales, anti-TNF, inhibidores de IL-6, rituximab, terapias sintéticas dirigidas o abatacept. En la ***afectación ocular***, se recordó que no es una manifestación excepcional: un metaanálisis citado en la presentación sitúa el compromiso ocular en torno al 18% de los pacientes con AR, con enfermedad de ojo seco en aproximadamente un 10-35% y episcleritis cercana al 10%. Especial atención merecen la escleritis y la queratitis ulcerativa periférica, esta última relacionada con AR en aproximadamente un 34% de los casos y presente en un 1-2% de los pacientes con AR, por su riesgo de daño estructural y perforación corneal, lo que puede obligar a intensificar el tratamiento sistémico. En cuanto al ***embarazo***, el mensaje fue igualmente práctico y optimista: más del 60% de las pacientes con AR mejoran durante la gestación, aunque alrededor del 46,7% presentan un brote en el puerperio. Por ello, la planificación preconcepcional, idealmente con al menos seis meses de remisión o baja actividad y tratamiento compatible con el embarazo, junto con el seguimiento coordinado entre Reumatología y Obstetricia, sigue siendo fundamental para conseguir buenos resultados maternos y fetales.

El ***debate*** sobre ***ecografía frente a índices*** clínicos dejó un mensaje bastante equilibrado: la ecografía aporta una medida más directa de la sinovitis, incluyendo hipertrofia, vascularización y tenosinovitis, mientras que los índices clínicos integran también dolor, percepción y consecuencias sistémicas de la inflamación. El mensaje fue que la ecografía y la evaluación clínica se complementan, especialmente cuando existe discordancia entre la actividad clínica y la inflamación objetiva.



El Dr. Héctor Corominas y las Dras. Susana Romero y Delia Reina durante la presentación del encuentro a los medios.

> **"La ecografía y la evaluación clínica se complementan, especialmente cuando existe discordancia entre la actividad clínica y la inflamación objetiva"**

La ***mesa de comorbilidades*** puso el foco en problemas que con frecuencia infravaloramos. La ***sarcopenia y la malnutrición*** afectan a función, autonomía y calidad de vida y merecen una búsqueda activa, particularmente en pacientes mayores o frágiles. La ***fatiga*** representa quizá mejor que ningún otro síntoma la distancia entre actividad inflamatoria y experiencia de enfermedad. Puede persistir incluso en pacientes en remisión clínica, analítica y ecográfica. Además de valorar inflamación residual, debemos buscar anemia, alteraciones tiroideas, trastornos del sueño, ansiedad, depresión, fibromialgia o efectos farmacológicos. La evidencia presentada reforzó también el papel del ejercicio, las intervenciones psicológicas y la higiene del sueño. La conclusión práctica fue sencilla: la fatiga aislada no debe conducir automáticamente a intensificar la inmunosupresión. La ponencia

> Determinadas redes cerebrales responden a la inflamación periférica, reforzando la idea de que los efectos de la inflamación en AR van mucho más allá de la articulación"

sobre ***inflamación cerebral*** añadió otra dimensión. En una cohorte presentada, el 60% de los pacientes con AR mostró alteración cognitiva mediante MoCA (Montreal Cognitive Assessment) frente al 40% de los controles, y la IL-6 se asoció independientemente con este deterioro. Otros estudios de neuroimagen sugieren que determinadas redes cerebrales responden a la inflamación periférica y se relacionan con fatiga, dolor, estado de ánimo y cognición, reforzando la idea de que los efectos de la inflamación en AR van mucho más allá de la articulación.

La ***mesa de tratamiento*** comenzó precisamente por una de nuestras grandes asignaturas pendientes, los ***predictores de respuesta***. FR, ACPA, PCR, VSG y otros biomarcadores clásicos siguen siendo útiles, pero insuficientes para seleccionar de forma fiable el tratamiento. El FR destacó no solo por la seropositividad, asociada a menor discontinuación con abatacept y rituximab, sino también por sus niveles. En EXXELERATE, los títulos altos de FR se asociaron con mejor respuesta a certolizumab que a adalimumab. La calprotectina, la firma de interferón y la biopsia sinovial aportan señales adicionales, pero la tendencia futura será integrar datos clínicos, moleculares, de imagen y ómicos mediante modelos de IA. Las ***nuevas dianas*** amplían además el horizonte terapéutico. Esta ponencia mostró que las nuevas estrategias en AR van más allá del bloqueo clásico de citoquinas, con especial interés en nuevos JAKi más selectivos, como girocitinib y zemprocitinib, y en dianas de la inmunidad adaptativa como CD40/CD40L y PD-1. Lo más novedoso fue el desarrollo de terapias celulares, con CAR Treg dirigidas a proteínas citrulinadas para inducir tolerancia y CAR-T anti-CD19 como estrategia de "immune reset". El mensaje final fue que estas aproximaciones son prometedoras, pero todavía necesitan demostrar eficacia y seguridad específicamente en AR. En la ***AR difícil de tratar***, el mensaje fue también práctico, además de revisar comorbilidades, adherencia y carga no inflamatoria, cuando persiste actividad objetiva los inhibidores de IL-6 y los JAKi parecen ofrecer resultados especialmente interesantes, con buenos datos también para rituximab en determinadas cohortes que evalúan pacientes con AR difícil de tratar.

Entre los ***hot topics***, los ***agonistas de GLP-1*** mostraron resultados clínicos sugerentes. En una cohorte de pacientes con AR se observó mejoría del dolor, reducción de peso, PCR, LDL y triglicéridos, aunque la evidencia continúa siendo fundamentalmente observacional y existe una tasa relevante de discontinuación por intolerancia gastrointestinal. La demostración de GLP-1 y DPP-4 en líquido sinovial aporta además plausibilidad a un posible efecto local, más allá de la pérdida de peso. La ***neuroestimulación vagal*** mostró igualmente datos interesantes. En RESET-RA, un ensayo multicéntrico, la respuesta ACR20 a los tres meses fue del 35,2% con estimulación frente al 24,2% con procedimiento simulado, con mantenimiento de mejorías durante la extensión abierta. También se presentó una señal de menor progresión de erosiones por resonancia en un subgrupo de alto riesgo, aunque se trata de un análisis realizado tras un seguimiento corto y que necesitará confirmación antes de extraer conclusiones sobre protección estructural. Además, el sistema ya cuenta con aprobación de la FDA para pacientes con AR moderada-grave tras respuesta inadecuada o intolerancia a terapias avanzadas, y los análisis económicos presentados sugieren que podría ser coste-eficiente, abriendo la posibilidad de integrarlo como estrategia complementaria a los tratamientos sistémicos. Finalmente, merece una mención especial el ***estudio PALABA***, ensayo multicéntrico español en pacientes con reumatismo palindrómico seropositivo de inicio reciente, que mostró que abatacept redujo significativamente la progresión a AR a los 2 años frente a hidroxicloroquina,



Premio FER de Comunicación 2026. ¡Enhorabuena!

La presidenta de la SER, la Dra. Susana Romero, hace entrega del Premio FER de Comunicación 2026 a Verónica Palomo, galardonada por su trabajo publicado en la Revista Consumer, bajo el título: "*Artrosis en jóvenes: cuando las articulaciones se desgastan antes de tiempo*".

del 50% al 20,6% en el análisis principal, y aumentó la remisión persistente de las crisis, 55,9% frente a 22,9%. Entre sus limitaciones y preguntas abiertas destacan el diseño abierto, el tamaño muestral, el posible sobretratamiento de pacientes que quizá no progresarían a AR, la necesidad de identificar mejor a los sujetos de muy alto riesgo y la incertidumbre sobre qué ocurre tras retirar abatacept a medio y largo plazo.

PALABA tuvo además un significado especial al ser presentado por el ***Dr. Raimon Sanmartí***, cuya trayectoria ha estado estrechamente ligada al estudio de las artritis inflamatorias, los factores pronósticos y la medicina personalizada. Los premios SER que llevan su nombre, otorgados a trabajos de investigación, clínica y tratamiento, fueron también un emotivo reconocimiento a su trayectoria científica y docente.

Otro aspecto destacable fue la presencia reiterada, junto a referencias internacionales, de trabajos de autores y grupos españoles, reflejo de la calidad científica y del alto nivel de colaboración dentro de la SER.

> **"Caminamos hacia una AR precisa, personalizada y quizá también preventiva"**

El Simposio reflejó así el camino hacia una AR más precisa, personalizada y quizá también preventiva, sin perder la clínica, la visión global del paciente y la multidisciplinariedad, en una Barcelona especialmente acogedora.

Formar a las familias para acompañar mejor a los menores con AIJ

En este mismo marco, desde la Fundación Española de Reumatología, junto con las asociaciones de pacientes ConArtritis y Reuma+ y con la colaboración de la Fundación "la Caixa", celebramos en CaixaForum Barcelona una jornada formativa dirigida a pacientes con artritis idiopática juvenil (AIJ) y sus familias. El encuentro puso de manifiesto la importancia de proporcionar a padres y cuidadores información y herramientas prácticas que permitan afrontar una enfermedad crónica que, más allá de las manifestaciones articulares, puede repercutir en la salud ósea, la actividad física, el bienestar emocional, la vida escolar y el desarrollo de la autonomía de los menores afectados, que se estima podrían alcanzar los 8.000 en España.

Uno de los principales objetivos de la jornada ha sido facilitar a las familias conocimientos que complementen la información recibida en la consulta y les ayuden en la toma de decisiones cotidianas. La salud ósea, la alimentación y el ejercicio físico han ocupado un lugar destacado, especialmente durante una etapa clave para la adquisición de masa ósea. Asimismo, se han abordado aspectos nutricionales, como la importancia de garantizar un aporte adecuado de calcio, proteínas y vitamina D.

La adolescencia y la transición a la atención de adultos constituyeron otro de los ejes centrales destacando la necesidad de encontrar un equilibrio entre protección y autonomía, evitando que el temor de las familias lleve a sobreproteger al menor.

Este tipo de iniciativas pone de relieve el valor de la educación sanitaria y del trabajo conjunto entre profesionales, pacientes y familias en el abordaje integral de la AIJ. Además, los menores participaron en actividades culturales paralelas en las que pudieron relacionarse con otros adolescentes en situaciones similares.



De izq. a dcha.: Dra. Berta Magallares, reumatóloga en el Hospital Universitari de la Santa Creu i Sant Pau; Dr. Héctor Corominas, presidente del comité organizador local del 14 Simposio de AR de la SER; Dra. Sandra Ros, psicóloga en el Hospital Universitari de la Santa Creu i Sant Pau; Dra. Andrea Zacarías, reumatóloga en el Hospital Sant Joan de Deu; y Dra. Judit Font, reumatóloga en el Hospital Universitario Germans Trías i Pujol.

EL REUMATÓLOGO | Nº 31 | otoño 2026

Reumatología Clínica consolida su liderazgo

Como parte de su firme compromiso con el avance de la investigación en Reumatología y la promoción del conocimiento científico entre los profesionales sanitarios, GSK ha mantenido un año más su apoyo a Reumatología Clínica, publicación oficial de la Sociedad Española de Reumatología (SER) y del Colegio Mexicano de Reumatología desde 2005.

En opinión de la presidenta de la Sociedad Española de Reumatología, la Dra. Susana Romero, "esta colaboración refleja la apuesta continuada de la compañía por contribuir al desarrollo y la excelencia de la especialidad, respaldando una revista que se ha consolidado como una de las principales referencias científicas en lengua española dentro del ámbito reumatológico. Gracias a este apoyo, Reumatología Clínica continúa fortaleciendo su alcance e impacto entre investigadores, clínicos y profesionales de la salud".

En su formato exclusivamente digital, la publicación ofrece contenidos de alto valor científico y divulgativo, incluyendo editoriales, revisiones, artículos originales, casos clínicos y reportajes sobre experiencias médicas de interés sanitario. Sus páginas recogen tanto estudios clínicos y epidemiológicos como trabajos de investigación básica, favoreciendo la difusión de conocimiento riguroso y actualizado para seguir impulsando el progreso de la Reumatología.

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

> **"Actualmente, se editan 10 números ordinarios y un número extraordinario con los trabajos aceptados para el Congreso de la SER"**



*"A efectos de transparencia, le informamos que GSK patrocina la revista 'Reumatología Clínica'. Su contenido refleja las opiniones, criterios, conclusiones y/o hallazgos propios de los autores, los cuales pueden no coincidir necesariamente con los de GSK. GSK recomienda siempre la utilización de sus productos de acuerdo con la ficha técnica aprobada por las autoridades sanitarias".

EL REUMATÓLOGO | Nº 31 | otoño 2026

La equidad asistencial y la falta de especialistas marcan los retos de la Reumatología en Andalucía



El presidente de la Sociedad Andaluza de Reumatología (SAR), el Dr. Alejandro Escudero, apuesta por reforzar la formación, impulsar la investigación colaborativa y reclamar más especialistas para garantizar una atención equitativa a los pacientes.

¿CUÁLES SON LOS PRINCIPALES OBJETIVOS QUE SE HA MARCADO AL FRENTE DE LA SAR?

La presidencia de la SAR la asumo enfocada en tres pilares fundamentales:

- Potenciar la formación avanzada y la superespecialización, al considerar prioritario consolidar la capacitación de los profesionales en técnicas diagnósticas y terapéuticas clave como la ecografía, la biopsia sinovial y las técnicas intervencionistas, con el objetivo de situar a los reumatólogos/as andaluces a la vanguardia absoluta de estas competencias.

- Establecer criterios homogéneos de calidad. Abogamos por trabajar junto con la SER para impulsar la medición de resultados en salud, garantizando que cualquier paciente andaluz reciba el mismo nivel de excelencia terapéutica independientemente de su lugar de residencia.

- Fomentar la investigación colaborativa, de la mano de la Red Andaluza de Investigación en Enfermedades Reumáticas (RAIER). Se deben unificar las patologías y conectar los centros asistenciales de los diferentes hospitales de la comunidad para liderar proyectos multicéntricos de impacto nacional e internacional.

¿A QUÉ RETOS CONSIDERA QUE SE ENFRENTA LA REUMATOLOGÍA EN ANDALUCÍA?

El principal reto es el déficit de especialistas y la necesidad imperiosa de adecuar las plantillas a la realidad demográfica. El aumento de la esperanza de vida condiciona la cronicidad de muchas de las patologías del aparato locomotor, lo que genera una presión asistencial creciente. Por lo que se necesita una mayor dotación de plazas de Reumatología en el sistema público andaluz para reducir los tiempos de espera y asegurar un diagnóstico precoz.

El segundo gran desafío es la equidad en el acceso a las terapias innovadoras y biológicas. Hay que trabajar en estrecha colaboración con la administración sanitaria para agilizar los procesos de incorporación de la innovación terapéutica, asegurando la sostenibilidad del sistema, pero priorizando siempre el beneficio clínico del paciente.

¿QUÉ VALORACIÓN GENERAL HARÍA DE LA REUMATOLOGÍA ANDALUZA EN LA ACTUALIDAD?

La Reumatología andaluza se encuentra en un momento de enorme madurez científica y desarrollo profesional. Contamos con especialistas que son referentes nacionales e internacionales en el manejo de patologías complejas e inmunomediadas. Además, los congresos de nuestra sociedad demuestran año tras año una producción científica del más alto nivel.

El valor humano y técnico está ahí; nuestro papel ahora desde la SAR es dotar a estos profesionales de mejores herramientas de cohesión, representatividad y recursos formativos para que ese potencial se traduzca de forma directa en una mejora sustancial de la calidad de vida de los miles de pacientes andaluces que sufren las enfermedades reumáticas.

> **“Hay que trabajar con la administración sanitaria para agilizar la incorporación de la innovación terapéutica, priorizando siempre el beneficio clínico del paciente”**

EL REUMATÓLOGO | Nº 31 | otoño 2026

Consolidamos #Reumafit Junior con dos nuevas jornadas

Alicante y El Raposo (Badajoz) han sido los lugares en los que se han llevado a cabo estas iniciativas para fomentar la práctica de ejercicio físico entre los niños y niñas con enfermedades reumáticas.



El ejercicio físico, adaptado a la condición clínica y funcional de cada paciente, constituye una intervención no farmacológica de gran valor en el manejo de las enfermedades reumáticas de inicio pediátrico. Así se ha puesto de manifiesto en las dos jornadas de Reumafit Junior celebradas recientemente en Alicante y Badajoz, impulsadas por la Fundación Española de Reumatología en colaboración con la Sociedad de Reumatología de la Comunidad Valenciana y de la Asociación Extremeña de Reumatología, respectivamente.

Durante ambos encuentros, los especialistas incidieron en que la evidencia disponible respalda la promoción de la actividad física como parte del abordaje integral de estos pacientes. En la jornada celebrada en Alicante, la Dra. Pilar Bernabeu, de la Sección de Reumatología del Hospital General Universitario Doctor Balmis, subrayó que "el ejercicio mejora síntomas como la rigidez, el dolor y la fatiga, además de favorecer la salud mental". Asimismo, recordó que la actividad física también se ha asociado a beneficios sobre la capacidad cardiovascular y respiratoria, así como a una disminución de la ansiedad y la depresión.

Por su parte, el Dr. Raúl Veroz, del Servicio de Reumatología del Hospital de Mérida, destacó que las jornadas de Reumafit Junior evidencian el valor de las actividades grupales para mejorar el bienestar psicosocial de los menores con enfermedades reumáticas. "Este tipo de iniciativas favorece la convivencia entre pacientes con experiencias similares, refuerza la autoconfianza y contribuye a reducir el estrés emocional, un factor que puede influir en la evolución de la enfermedad", sostiene.





EL REUMATÓLOGO | Nº 31 | otoño 2026

Casi 1.000 participantes se han dado cita en la 6ª Edición de la Carrera de las Enfermedades Reumáticas de la SORCOM

Un año más, ha tenido lugar la Carrera Solidaria de las enfermedades reumáticas organizada por la Sociedad Reumatológica de la Comunidad de Madrid (SORCOM), con la colaboración de la Sociedad Española de Reumatología y bajo el paraguas de la campaña ReumaFit.

Una cita ineludible en la agenda deportiva de los especialistas en Reumatología, las asociaciones de pacientes y familiares, y profesionales sanitarios, que han participado en este encuentro solidario en el Parque Lineal del Manzanares, para concienciar sobre la realidad de las más de 250 enfermedades reumáticas que existen y la realidad de las personas que las padecen, además de promover la importancia de los hábitos de vida saludable.

Este año, la carrera ha reunido a un total de 937 corredores, una cifra sin precedentes que demuestra, una vez más, el apoyo y compromiso con la Reumatología. Los 3.000€ recaudados de este año, han sido destinados a la Asociación Nacional de Enfermos de Sarcoidosis (ANES).



Seguimos mejorando la formación a través de nuestros webinars

Continuamos trabajando para mejorar el acceso de los pacientes a información rigurosa, clara y de calidad sobre las enfermedades reumáticas. En esta línea, en los últimos meses hemos organizado varios webinars centrados en el cuidado de la salud en verano, en la artrosis desde la toma compartida de decisiones y en el abordaje del dolor lumbar, siempre de la mano de las asociaciones de pacientes.

Estos encuentros ofrecen a los pacientes recomendaciones y contenidos de interés para conocer mejor las enfermedades reumáticas y adoptar hábitos que contribuyan al cuidado de su salud.

Más información **aquí**.



EL REUMATÓLOGO | Nº 31 | otoño 2026

Campaña de sensibilización en Córdoba: "Las enfermedades reumáticas no esperan"

El Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba acogió una jornada de concienciación sobre las patologías reumáticas.



El Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba, junto con la Sociedad Española de Reumatología (SER), promovió la jornada de sensibilización "Las enfermedades reumáticas no esperan", una iniciativa dirigida a mejorar el conocimiento de estas patologías entre la población y a reforzar el mensaje de la importancia del diagnóstico precoz y la derivación temprana. La actividad, celebrada con motivo del 50 aniversario del hospital y en vísperas del Día Mundial de la Esclerodermia, contó con el apoyo de una veintena de asociaciones de pacientes, que colaboraron en las acciones de divulgación.

Durante la jornada, el jefe del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Reina Sofía y vicepresidente de la SER, el Dr. Alejandro Escudero, recordó que "el reconocimiento precoz de los síntomas y el acceso temprano a las consultas de Reumatología son determinantes para evitar daño irreversible en las enfermedades reumáticas inmunomediadas". Asimismo, destacó la necesidad de seguir reforzando la coordinación asistencial y la educación sanitaria para reducir el retraso diagnóstico, a pesar de los importantes avances alcanzados en los últimos años.

En el *hall* del hospital se instaló un stand informativo en el cual los asistentes pudieron experimentar, mediante simulaciones, algunos de los síntomas y limitaciones que viven a diario las personas con enfermedades reumáticas autoinmunes sistémicas y autoinflamatorias.



EL REUMATÓLOGO | Nº 31 | otoño 2026

Una pionera de la ecografía que transformó la Reumatología

La Dra. Ingrid Möller repasa su trayectoria, su impulso en el uso y docencia de la ecografía musculoesquelética tanto en España como fuera de nuestras fronteras, suponiendo un gran avance para la especialidad.



La Dra. Möller realizando una disección en la Universidad de Barcelona como parte del trabajo de investigación en sonoanatomía y sonopatología.

¿QUÉ LE HIZO OPTAR POR LA REUMATOLOGÍA?

Desde el principio tuve claro que quería dedicarme a una especialidad, clínica o quirúrgica, relacionada con el aparato musculoesquelético. Me parecía un campo apasionante, con muchas preguntas todavía sin respuesta y, por tanto, con enormes posibilidades para la investigación clínica, algo que siempre me ha interesado y que continúa entusiasmándome.

Finalmente, elegí Reumatología porque reúne dos vertientes que considero inseparables: el amplio conocimiento médico y su aplicación al estudio del sistema musculoesquelético. Después de bastantes años, creo que la elección fue un gran acierto que enriqueció y sigue enriqueciendo mi vida.

¿QUÉ DESTACARÍA DE SU ÉPOCA DE INICIO Y CÓMO CONSIDERA QUE LA ESPECIALIDAD HA CAMBIADO HOY EN DÍA?

Cuando empecé, la exploración clínica era nuestra principal herramienta, pero tenía muchas limitaciones. Había que observar, palpar, escuchar y razonar mucho. Aquella formación clínica fue muy valiosa y no deberíamos perderla, pero también convivíamos con numerosas lagunas: conocíamos mucho menos los mecanismos de las enfermedades, teníamos pocas posibilidades de visualizar directamente las estructuras musculoesqueléticas y las opciones terapéuticas eran bastante limitadas.

> **“Seguimos necesitando una buena historia clínica, una exploración cuidadosa y una relación de confianza con el paciente”**

La transformación de la Reumatología ha sido enorme. Ha avanzado el conocimiento clínico, la inmunología, la biología molecular, la genética, las ciencias ómicas y la imagen. Disponemos de tratamientos capaces de modificar profundamente la evolución de enfermedades. También hemos aprendido a diagnosticar antes, a medir mejor la actividad y el daño y a adaptar las decisiones a cada paciente.

En este avance, la tecnología debe mejorar nuestro razonamiento, no sustituirlo. Seguimos necesitando una buena historia clínica, una exploración cuidadosa y una relación de confianza con el paciente.

HA SIDO PIONERA DEL USO DE LA ECOGRAFÍA EN ESPAÑA. ¿QUÉ LE LLEVÓ A APOSTAR POR UNA HERRAMIENTA QUE ENTONCES NO TENÍA EL RECONOCIMIENTO ACTUAL?

Me atrajo la posibilidad de ver aquello que hasta entonces solo podíamos sospechar a partir de la historia clínica y de la exploración. Mi primer ecógrafo lo compré con dinero que tenía ahorrado para comprarme un coche. Durante un tiempo caminé más, pero profesionalmente avancé mucho: por primera vez podía observar directamente las estructuras, relacionar la imagen con el punto exacto de dolor, explorar durante el movimiento y comprobar de forma inmediata lo que estaba ocurriendo.

No fue sencillo. Al principio, la ecografía musculoesquelética se consideraba una técnica muy dependiente del explorador y de escasa utilidad para el reumatólogo.

Faltaban formación, publicaciones, imágenes de referencia y protocolos. Hubo que estudiar mucho, compartir hallazgos, equivocarse, volver a empezar y demostrar con rigor que las imágenes presentaban una correlación anatómica y clínica real.

La ecografía no reemplaza la exploración, sino que la prolonga. Bien utilizada, hace casi transparente el sistema musculoesquelético y nos permite integrar, en la misma consulta, el diagnóstico, la valoración de la actividad, el seguimiento y los procedimientos intervencionistas. También contribuyó a que los reumatólogos prestáramos mayor atención a los tendones, las entesis, las fascias, los nervios y otras estructuras que antes quedaban en un segundo plano. En ese sentido, supuso un cambio importante en nuestra manera de entender la especialidad.

MIRANDO CON PERSPECTIVA, ¿HASTA QUÉ PUNTO CREE QUE LA ESCUELA DE ECOGRAFÍA DE LA SER CAMBIÓ LA PRÁCTICA DE LA REUMATOLOGÍA EN ESPAÑA?

La SER fue generosa y tuvo una gran visión de futuro al apoyar una escuela que, a mi juicio, se convirtió en una de las más completas y sólidas que conozco. Su estructura progresiva, la implicación del profesorado y el predominio de la práctica permitieron que la ecografía dejara de estar limitada a unos pocos centros.

El resultado es evidente: hoy, en hospitales y consultas de todo el país, muchos reumatólogos pueden realizar una ecografía como parte natural de su valoración. Esto ha agilizado el diagnóstico, el seguimiento y los procedimientos terapéuticos, y ha acercado la técnica al paciente.

La escuela también creó una comunidad. Profesionales de distintas generaciones y procedencias aprendieron juntos, compartieron criterios y desarrollaron proyectos de investigación. De ella surgieron numerosas publicaciones de autores españoles en revistas de gran impacto, y una presencia internacional que contribuyó a situar a la reumatología española como referencia en ecografía musculoesquelética.

AL SER DOCENTE EN EL EXTRANJERO, ¿QUÉ HA APRENDIDO DE SU EXPERIENCIA INTERNACIONAL?

Ante todo, he aprendido a escuchar. Cada país y cada grupo tienen necesidades, recursos y formas de trabajar diferentes. No se puede llegar con un modelo cerrado; hay que conocer la realidad local, compartir lo que uno sabe y estar dispuesto a aprender de los demás.

He tenido la satisfacción de contribuir modestamente a que la Reumatología española fuese conocida en lugares donde antes tenía poca presencia. España fue pionera en la difusión internacional de la ecografía musculoesquelética. Con rigor y respeto, también conseguimos el reconocimiento de especialidades de imagen, como la radiología, y establecimos con ellas colaboraciones muy valiosas en docencia e investigación.



Conferencia anual de la Asociación India de Reumatología, profesora invitada.

He vivido momentos académicos muy especiales, como ser invitada a realizar, en varias ocasiones, ponencias dentro del programa de EULAR o del American College of Rheumatology, entre otras muchas, y encontrarme ante una sala que podía albergar a varios miles de asistentes. Naturalmente, impresiona. Pero me han marcado tanto o más las estancias en países con muy pocos recursos, donde he compartido trabajo con profesionales que atendían, entre otros, a pacientes con lepra y apenas disponían de técnicas de imagen avanzadas.

La experiencia internacional ha sido muy enriquecedora profesionalmente y, en el plano humano, extraordinaria.

A SU JUICIO, ¿CUÁL ES EL GRAN RETO DE LA ECOGRAFÍA EN ESPAÑA?

El reto de la ecografía ya no es demostrar que resulta útil, sino garantizar que se utilice bien. Es necesario mantener una formación rigurosa, acreditar competencias, estandarizar los estudios y evitar que la facilidad para obtener una imagen genere una falsa sensación de seguridad. Hay que saber qué se está



Colaboración en educación de ecografía musculoesquelética con abordaje multidisciplinar. En San Sebastián con los cirujanos ortopedas, los especialistas de medicina deportiva, radiólogos en el curso anual que allí se celebra organizado por el Dr. Javier de la Fuente.



Con colegas de diferentes países en la colaboración con EULAR.

viendo, cómo se ha obtenido la imagen y qué relevancia tiene en el contexto clínico. Una imagen aislada nunca debe pesar más que la del conjunto del paciente.

También debemos incorporar críticamente los avances tecnológicos. Son oportunidades extraordinarias, pero deben ir acompañadas de validación científica y de una sólida formación anatómica y clínica.

DESPUÉS DE TANTOS AÑOS DE CONGRESOS, CURSOS, PUBLICACIONES Y ALUMNOS, ¿QUÉ LE SIGUE APASIONANDO DE LA ESPECIALIDAD?

Me sigue apasionando que siempre quede algo, y mucho, por descubrir. Aún hoy puedo observar una estructura, plantearme una pregunta que no me había hecho antes y sentir la misma curiosidad que al principio. También me apasiona el contacto con los pacientes. Ninguna publicación sustituye la satisfacción de comprender mejor un problema, explicarlo de manera que la persona pueda entenderlo y ayudarla a recuperar su función o su calidad de vida.

Y sigo disfrutando enormemente de la enseñanza, tanto la académica pura en la universidad como mediante cursos o de forma personalizada.

UN MENSAJE PARA LAS NUEVAS GENERACIONES DE ESPECIALISTAS EN REUMATOLOGÍA...

Les diría que aprovechen todas las oportunidades que ahora tienen, pero que no tengan prisa por sustituir la experiencia por la tecnología. Que estudien las bases, exploren a sus pacientes, revisen la anatomía, cuestionen las imágenes y mantengan siempre la curiosidad.

También les recomendaría que colaboren con otras especialidades y que no teman compartir lo que saben y, sobre todo, que escuchen a los pacientes.

> **“El reto de la ecografía ya no es demostrar que resulta útil, sino garantizar que se utilice bien”**



Último Congreso EULAR en Londres 2026 con todo el equipo, además de Kenta Misaki y Carmen Ho, de Japón y Hong Kong, respectivamente, donde también ha colaborado en la enseñanza de ecografía musculoesquelética.



En Mérida, Venezuela, profesora invitada con el rector de la Universidad de los Andes, Mario Bonucci, en las jornadas que organiza la profesora Quintero.

LO QUE QUIERA AÑADIR...

Sigo en pleno desarrollo personal y profesional, con la misma curiosidad y numerosos proyectos por delante. Continúo trabajando en distintas líneas de investigación musculoesqueléticas y sonoanatómicas, colaboro activamente en programas nacionales e internacionales de doctorado y mantengo una intensa actividad docente. Ninguna trayectoria profesional se construye en solitario. Mi familia me ha apoyado de manera incondicional. Sin ese apoyo, una parte importante de este camino no habría sido posible.

Mi trabajo tampoco se entiende sin las personas que me han acompañado: pacientes, maestros, compañeros, alumnos, anatomistas, histólogos, investigadores, técnicos, universidades, sociedades científicas e instituciones. De todos ellos he aprendido y con muchos he establecido amistades que han trascendido el ámbito profesional.



Nuestro compromiso IMID: seguir transformando vidas

En AbbVie llevamos casi tres décadas **impulsando la innovación en inmunología y desarrollando iniciativas que fomentan la colaboración** junto a pacientes, profesionales sanitarios y la comunidad científica, con un propósito claro: transformar la vida de las personas que conviven con enfermedades inmunomediadas.

abbvie

abbvie.es

ES-ABBV-260381