

Nº 24 | invierno 2024

El Reumatólogo

NO TE PIERDAS EL VÍDEO-ARTÍCULO:

Biopsia de glándula salival.

Dr. Juan Carlos Quevedo, del Servicio de Reumatología y Dra. Marta González Vega, del Servicio de Anatomía Patológica, ambos del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín.



Sumario

4

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

9

ARTÍCULOS

Trasplante Alogénico de Precusores Hematopoyéticos (TAPH) en la esclerosis sistémica: porqué, a quién y cuándo

19

INVESTIGACIÓN

¿Cómo afecta la enfermedad en la vida sexual de las personas con AR?

20

BLOC DE NOTAS

Identificadores persistentes (*Persistent identifiers* - PIDs)

21

FORMACIÓN

Alianzas y diferentes temáticas para todos los gustos

27

SOCIEDADES

La SAR, de la mano con la Administración andaluza para la mejora de la asistencia de los pacientes reumáticos

29

NOTICIAS

Radiografía de los Grupos de Trabajo de la SER

37

MÁS ALLÁ DE LA CONSULTA

El "flechazo": la inspiración en las novelas de Álex Prada

Esperanzados ante un Año Nuevo cargado de proyectos y buenos propósitos

A pocos días de finalizar el año cabría hacer un balance de las actividades realizadas en este 2024 y, echando la vista atrás, podemos estar muy satisfechos del progreso de la Sociedad Española de Reumatología en diversos ámbitos. Una formación consolidada, una apuesta de renovación en investigación, un incremento en alianzas con otras especialidades, un acercamiento con las administraciones públicas, un impulso a la comunicación y redes sociales, una colaboración más estrecha con las asociaciones de pacientes... En definitiva, pequeños "grandes" pasos que vamos dando en defensa de nuestra especialidad.

En este número de la revista 'El Reumatólogo' recogemos ejemplos de algunas de estas actividades que dan muestra del compromiso de nuestra sociedad científica. Reflejamos el peso de la Reumatología española en congresos internacionales como el del ACR, la buena acogida de los últimos cursos desarrollados en diferentes áreas; así como artículos científicos de gran interés. Además, seguimos haciendo visibles a los Grupos de Trabajo de la SER mostrando sus objetivos, sus proyectos y sus retos. ¿Te animarías a formar parte de alguno de ellos?

Los pacientes siguen siendo nuestra razón de SER y han sido protagonistas de campañas de comunicación como la que lanzamos para mejorar la visibilidad del lupus eritematoso sistémico y el síndrome antifosfolípido, o los *webinars* formativos en ámbitos como las displasias esqueléticas o el embarazo en las enfermedades reumáticas.

Asimismo, nuestro compañero Álex Prada ha publicado su segunda novela, *La parte blanda de la montaña*, y nos adentra en su narrativa y en sus proyectos.

Para 2025 tenemos nuevos propósitos en mente, con el objetivo de seguir mejorando la calidad de vida de las personas con enfermedades reumáticas y poder hacer frente a los desafíos a los que nos enfrentamos. Además, como gesto solidario con los damnificados por la DANA, vamos a trasladar la sede de realización de algunos de los cursos planificados para el año próximo a la ciudad de Valencia.

¿Nuestro deseo para el Año Nuevo? Seguir avanzando a favor de la Reumatología. ¡Feliz Año 2025!

Dr. Marcos Paulino

Presidente de la Sociedad Española de Reumatología

El Reumatólogo

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

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

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

Edita Sociedad Española de Reumatología. C/ Marqués de Duero, 5 - 1º. 28001 Madrid. Tel: 91 576 77 99. Fax: 91 578 11 33. **Editores** Dra. Leticia del Olmo Pérez y Dr. Íñigo Rúa-Figueroa Fernández de Larrinoa. **Consejo Asesor** Dres. Marcos Paulino Huertas, Susana Romero Yuste, Sagrario Bustabad Reyes, Olaia Fernández de Berrizbeitia y Gema Bonilla Hernán. **Colaboradores** Dres. Lourdes Mateo Soria y Tarek Salman Monte. **Coordinación y redacción** Ana De las Heras Alonso y Sonia Garde García. **Publicidad** Raúl Frutos Hernanz.

elreumatologo@ser.es
www.ser.es

Asesoría, diseño gráfico y maquetación
Departamento de Publicaciones

ATREVI A

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



Dr. Íñigo Rúa-Figueroa Fernández de Larrinoa

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

Bibliografía COMENTADA

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

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

CITA: Figueroa-Parra G, Cuéllar-Gutiérrez MC, González-Treviño M, Sanchez-Rodriguez A, Flores-Gouyonnet J, Meade-Aguilar JA et al. *Impact of Glucocorticoid Dose on Complete Response, Serious Infections, and Mortality During the Initial Therapy of Lupus Nephritis: A Systematic Review and Meta-Analysis of the Control Arms of Randomized Controlled Trials.* Arthritis Rheumatol. 2024 Sep;76(9):1408-1418. doi: 10.1002/art.42920. Epub 2024 Jun 28. PMID: 38766897.

RESUMEN

Se trata de un metaanálisis muy pertinente, que se propone responder a la pregunta del impacto de las dosis de glucocorticoides (GC) usadas en la inducción de remisión de la nefritis lúpica (NL) sobre los desenlaces. A pesar de la tendencia de las más recientes recomendaciones EULAR, y de otras sociedades científicas, respecto al uso de dosis “bajas” de GC para la fase de inducción, esto es, 0,3 a

0,5 mg/Kg/día, la evidencia que sustenta esta recomendación es limitada.

Los autores incluyen solo ensayos clínicos aleatorizados (ECA) en los que la dosis y el descenso de GC estén predefinidos mediante un protocolo. La dosis de GC fue tratada como variable continua, homogeneizando la información con las definiciones de dosis alta (>30mg de prednisona/día) o dosis baja (<30mg/día) y haciendo imputaciones de dosis en mg/día cuando la dosis estaba referida solo a peso. Las variables de desenlace fueron: respuesta completa (definida como niveles de proteinuria en 24 horas <0,5g y estabilización de creatinina plasmática en no >25% sobre cifra basal), infección (definida como tal si causa hospitalización, tratamiento endovenoso o muerte) o muerte por cualquier causa. Todos ellos medidos a los 6 y 12 meses. El ajuste lo llevaron a cabo con las siguiente covariables: administración de pulsos de GC, inmunosupresor concomitante, proteinuria basal y año de publicación del ECA.

“
Las dosis de
glucocorticoides
en pacientes
con nefritis
lúpica para el
tratamiento
de inducción
deberían ser
individualizadas”

Se incluyeron 37 ECA con un total de 3.231 pacientes. La tasa ajustada de respuesta completa (RC) a los 6 meses asoció a la dosis inicial de GC ($p = 0.003$), existiendo efecto "dosis-respuesta", calculándose una RC del 19,5% con dosis de 25 mg/día (alcanzando el 25% al añadir pulsos de metilprednisolona), que aumentaba hasta el 34,6% (42,1% con pulsos de metilprednisolona) usando dosis iniciales de 60mg/día. La tasa de infección grave se asoció a la dosis inicial de GC ($p = 0.01$), siendo del 3,2% con dosis de 25mg/día y del 12,1% con dosis de 60mg/día. Añadir pulsos de GC no modificó el riesgo. Algo similar sucedió con tasa de mortalidad, siendo del 0,2% para los pacientes con dosis de 25mg/día de prednisona y del 2,7% si la dosis fue 60 mg/día (que se incrementaba hasta 4% si se añadían pulsos de metilprednisolona).

Como limitaciones, cabe destacar que el estudio no ofrece datos de daño o mortalidad a largo plazo y que las co-variables contempladas en el ajuste son insuficientes a la hora de explicar cada uno de los desenlaces. Por otra parte, estos resultados se extraen de un análisis post-hoc de ECA, a lo que habría que añadir datos de vida real, con poblaciones más representativas, por ejemplo, en términos de riesgo de infección.

COMENTARIO

Aunque el uso de dosis altas de GC en inducción mejora claramente la probabilidad de respuesta completa en el tratamiento de la NL, lo hace a costa de incrementar el riesgo de infección o muerte, este último siendo, eso sí, de escasa magnitud. Estos resultados sugieren que la decisión de administrar dosis altas o bajas de GC para inducción de remisión de la NL debería ser individualizada, siendo probablemente el abordaje más balanceado el uso de dosis <40mg/día junto con pulsos de metilprednisolona en la mayoría de los casos.

“
La controversia
respecto al
impacto del uso
de AINE en el
riesgo CV de
los pacientes
con espondilitis
anquilosante
prosigue”

ESPONDILOARTRITIS SERONEGATIVAS

CITA: Kim JW, Yoon JS, Park S et al. *Risk of cardiovascular disease with high-dose versus low-dose use of non-steroidal anti-inflammatory drugs in ankylosing spondylitis.* Ann Rheum Dis 2024; 83: 1028-1033. doi:101136/ard-2023-225406.

RESUMEN

Estudio de cohorte de una base nacional del Sistema Coreano de Salud que recoge datos demográficos, diagnósticos y prescripciones.

Se registran los nuevos diagnósticos de Espondilitis Anquilosante (EA), sin enfermedad cardiovascular (ECV) previa, entre los años 2010 y 2018. El objetivo primario fue la ECV, que incluía cardiopatía isquémica (CI), ictus (ACV) o insuficiencia cardíaca (IC). Se excluyeron los eventos producidos en los 6 primeros meses tras el diagnóstico, determinando los períodos de exposición y los de no exposición a antiinflamatorios no esteroideos (AINEs). Se determinó una dosis definida diaria (DDD) para cada AINE. Se recogieron variables confusoras como edad, sexo, nivel socioeconómico, HTA,

DM, DLP, tabaquismo o uso de anti-TNF (al menos 6 meses). Se realizó análisis de regresión de Cox para determinar el riesgo asociado al uso de AINEs, con las variables confusoras consideradas en análisis multivariable. Se consideró el uso de AINEs como variable dependiente del tiempo y alta exposición cuando se utilizaban en dosis mayores a 0,5 la DDD.

Se incluyeron 19.775 pacientes, 75% varones, con media de edad 36 años, de los cuales 19.706 recibieron AINEs. En el seguimiento de 98.290 personas al año se produjeron 1.663 casos de ECV (1.157 CI, 301 ACV y 613 IC). Tras ajustes (las dosis altas de AINEs se asociaron a CI (aHR 1,08; IC 1,05 a 1,11), ACV (aHR 1.09; 95% 1,04 a 1,15) e IC (aHR 1,12; 95%IC 1,08 a 1,16).

COMENTARIO

El uso de AINEs en la EA alivia el dolor y se posiciona como la primera línea de tratamiento. Su uso continuado en pacientes con alta carga inflamatoria retrasa la progresión radiológica respecto al uso a demanda, pero existe la preocupación por sus efectos adversos a nivel renal, gastrointestinal y CV. El riesgo CV es mayor en los pacientes con EA que en la población general pero, a pesar de que los AINEs se han asociado a un mayor riesgo CV, se ha encontrado en algunos estudios menos riesgo asociado a su uso entre los pacientes con EA que entre la población general, sugiriendo incluso un efecto cardio-protector de los AINEs en estos pacientes, atribuido a un mejor control de la inflamación. Este estudio apunta a un mayor riesgo de ECV asociado al uso continuado de altas dosis de AINEs en pacientes con EA, aunque quizás este aumento de riesgo sea menor que en la población general. Limitaciones del estudio: es retrospectivo, no se puede disponer de datos de actividad o reactantes de fase aguda y es posible que los pacientes con más altas dosis de AINEs sean también los que tienen mayor carga inflamatoria. Sería interesante llevar a cabo estudios prospectivos para determinar diferentes estrategias de tratamiento basadas en grados de inflamación.



“
De acuerdo con
los datos de
BIOBADASER,
los JAKi
muestran
un perfil de
seguridad similar
a los anti-TNF”



TERAPIAS DIRIGIDAS

CITA: Hernández-Cruz B, Otero-Varela L, Freire-González M et al. **Jakus kinase inhibitors and tumor necrosis factor inhibitors show a favourable safety profile and similar persistence in rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis and spondyloarthritis: real world data from the BIOBADASER registry.** Ann Rheum Dis 2024; 83:1189-1199.doi: 10.1136/ard-2023-225271.

RESUMEN

Estudio observacional longitudinal basado en el registro BIOBADASER 3. Recogen los datos de pacientes incluidos en BIOBADASER 3 y tratados con inhibidores JAK (JAKi) o inhibidores de Tumor Necrosis Factor (iTNF) de 2015 a 2023 y calculan la tasa de incidencia de efectos adversos (EA) por 1.000 pacientes-año y la persistencia, definida como tasa de retención del fármaco a 1, 2 y 3 años. Los EA con período de latencia largo (neoplasia, mortalidad) fueron atribuidos si los pacientes habían recibido en algún momento el fármaco, el resto de EA fueron atribuidos si se producían durante la administración y posteriormente si estaban dentro del doble de la vida media del fármaco y 30-180 días adicionales dependiendo del EA. Los pacientes que cambiaron de tratamiento durante el período de seguimiento computaron en ambos grupos. Se recogieron datos demográficos, la duración de la enfermedad y las comorbilidades, así como medicación concomitante y la actividad de la enfermedad como variables para el ajuste. Se incluyen 6.826 pacientes, el 52% artritis reumatoide (AR), 25% artritis psoriásica (Aps) y el 23% espondiloartritis axial (AxEsp). El 86% recibieron iTNF y el 10,5% recibieron ambos tratamientos. Los pacientes con AR eran mayores, más proporción de mujeres y con un índice de comorbilidad mayor que los otros grupos. Por otro lado, los pacientes que recibieron JAKi eran mayores, con mayor duración de la enfermedad y con índices mayores de comorbilidad.

La tasa de incidencia de mortalidad y cáncer fue similar entre ambos tratamientos, sin diferencias estadísticamente significativas, tanto en cifras en crudo como ajusta-

das. En el análisis en crudo se objetiva una tasa de infecciones globales, infecciones serias y herpes zóster de 1-2 veces mayor entre los pacientes con AR, mientras que el análisis ajustado mostró diferencias en herpes zóster e infecciones globales. En pacientes con espondiloartritis, sólo se observa diferencias en infecciones globales en el análisis crudo, que no se confirma en el ajustado. La tasa de eventos cardíacos, respiratorios y gastrointestinales fue mayor en pacientes con AR en el análisis crudo, no en el ajustado. La duración media del tratamiento fue 2,2 +/-2 años en estos pacientes y 1,8 +/-1,5 en los que recibieron JAKi. El motivo de la interrupción del tratamiento fue similar, básicamente ineficacia 56,7% en TNFi vs 60,1% en JAKi y EA (21% y 26,6% respectivamente). La persistencia de ambos tratamientos fue similar en los pacientes con AR y AxEsp y fue mayor para TNFi en los pacientes con Aps, aunque el seguimiento en estos pacientes fue menor, por aprobarse más tardíamente la indicación. En el análisis multivariable, abarcando todas las enfermedades, la mayor persistencia se asoció a AxEsp con uso concomitante de FAMEs clásicos. Por otro lado, se asoció a menor persistencia la comorbilidad, el uso de glucocorticoides, sexo mujer, el uso en segunda o tercera línea y la alta actividad de la enfermedad. Glucocorticoide y comorbilidad no mostraron este efecto en las espondiloartritis en análisis separado; sí el ser mujer, la línea de tratamiento y la actividad.

COMENTARIO

Estudio en vida real, que muestra datos de seguridad similar entre TNFi y JAKi. Los pacientes que inician JAK son mayores, han pasado por más líneas previas y tienen más comorbilidad. Lo mismo sucede con los pacientes con AR comparado con las espondiloartritis en este estudio. Pese a ajuste de las variables, no se puede descartar un efecto confusor residual. Por otro lado, desde 2019 se ha limitado el uso de JAKi en pacientes mayores. Excepto en pacientes con Aps, la persistencia fue similar. La mayor limitación en este tipo de estudios es el sesgo de prescripción, el sesgo de última opción y la dificultad de recoger variables clínicas para cada efecto adverso.

ARTRITIS REUMATOIDE

CITA: Luedders BA, Wheeler AM, Ascherman DP et al. **Plasma Matrix Metalloproteinase Concentrations and Risk of Interstitial Lung Disease in a Prospective Rheumatoid Arthritis Cohort.** Arthritis & Rheumatology 2024; 76:1013-1022.doi 10.1002/art.42812.

RESUMEN

Basado en una cohorte multicéntrica, prospectiva, de veteranos de USA con artritis reumatoide (AR), se realiza un estudio transversal de enfermedad pulmonar intersticial (EPI) prevalente, ya presente en el momento de entrar en el registro, y un estudio de cohorte de incidencia de EPI, tratando de identificar factores de riesgo.

El diagnóstico requirió tomografía computarizada (TC) de tórax o biopsia pulmonar y se clasificaron según patrón de EPI como neumonía intersticial usual NIU o no-NIU. Se recogieron variables demográficas, hábito tabáquico presente o pasado y duración y actividad de la AR. Se analizaron las concentraciones en plasma de metaloproteasas de matriz 1,3,7 y 9, y se categorizaron por cuartiles. Se determinó la asociación de estos niveles con prevalencia e incidencia de EPI mediante modelos de regresión logística (prevalencia) y COX (incidencia) ajustados para factores de riesgo de EPI conocidos.

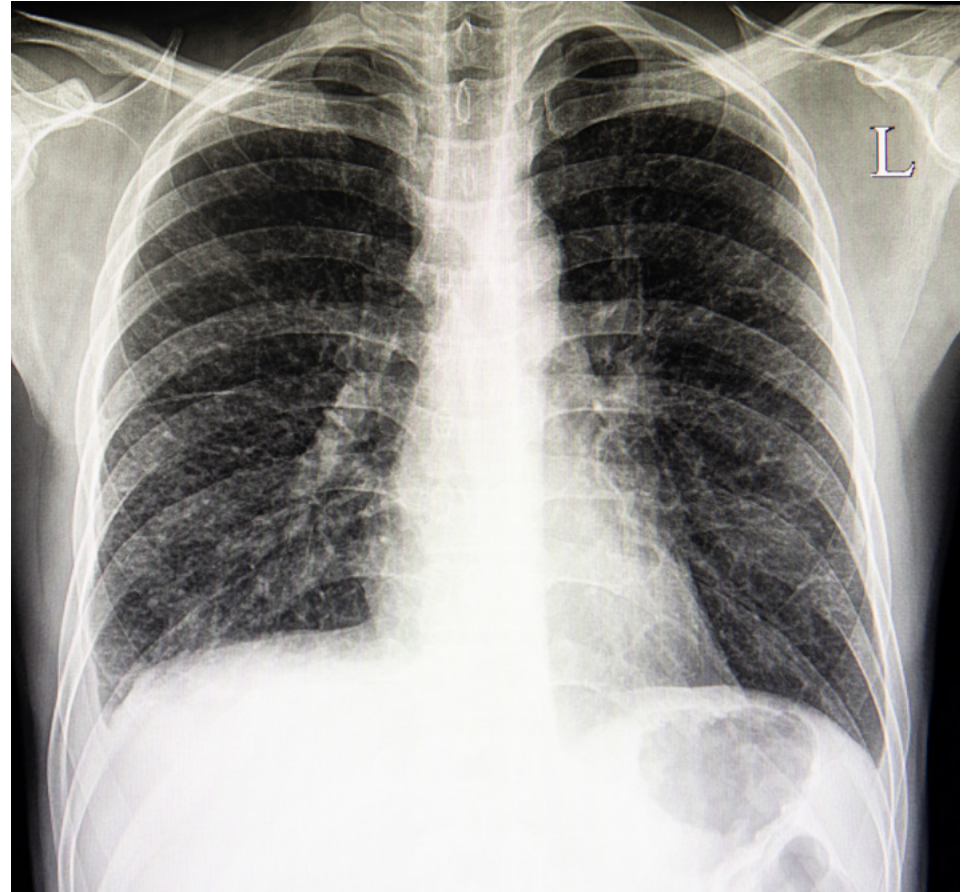
De 2.312 pacientes (88,9% varones) de la cohorte, 96 tenían EPI prevalente. Eran pacientes mayores, con AR de duración más prolongada, con mayor probabilidad de ser varones y seropositivos. Se desarrolló EPI en 130 sobre un total de 17.378 pacientes-año de seguimiento (tasa de incidencia cruda 7,5/1000 pacientes-año).

Los pacientes con las concentraciones más altas de MMP-7 mostraron una mayor prevalencia de EPI, con un OR ajustado de 1,67 (IC 95%: 1,34-2,09). La asociación con niveles elevados de MMP-9 fue más ajustada, pero se observó asociación con la disminución de la capacidad vital forzada (CVF) ($r=0,3;p=0,005$). En el análisis de incidencia, los pacientes

situados en el rango intercuartil superior de MMP-7 presentaban un riesgo ajustado superior de desarrollar EPI (OR ajustado 3,78, 95% IC 1,35-4,02). Así, el riesgo acumulado en estos pacientes de desarrollar EPI se acerca al 15% en 15 años comparado con 5% de los pacientes en el cuartil más bajo. Los resultados fueron similares excluyendo los pacientes que desarrollaron EPI en el curso del primer año de seguimiento. Los niveles más elevados de MMP-7 se asociaban fundamentalmente con patrón NIU.

COMENTARIO

La desregulación de la MMP se ha vinculado a la patogénesis de enfermedades inflamatorias como la AR, en su severidad y en el daño articular, así como en la fibrosis pulmonar idiopática y la EPI asociada a esclerosis sistémica. El estudio muestra la asociación de MMP-7 y 9 con la prevalencia e incidencia de la EPI en AR, con relación dosis-respuesta. Esta asociación apoya el papel patogénico de la MMP y sugiere que la categorización por niveles puede ayudar a definir el subgrupo de pacientes con más riesgo de desarrollo de esta complicación, así como definir nuevas dianas terapéuticas. Como limitaciones, es una cohorte de veteranos, mayoritariamente varones y con alta proporción de tabaquismo, lo que limita la generalización a otras poblaciones. No se puede descartar que los pacientes que desarrollan EPI, la presentarán leve o subclínica al inicio del seguimiento. Se han clasificado los grupos en cuartiles, pero no hay claros valores de corte de los niveles de MMP.



“
La asociación de ciertas metaloproteinasas con la enfermedad pulmonar intersticial de la artritis reumatoide las convierte en potenciales biomarcadores”

“
la colaboración
multicéntrica
internacional
está permitiendo
definir con
precisión las
características
clínicas y
serológicas
del síndrome
antisintetasa”

SÍNDROME ANTISINTETASA

CITA: Faghihi-Kashani S, Yoshida A, Bozan F, Zanframundo G, Rozza D, Loganathan A et al. **Clinical Characteristics of Anti-Synthetase Syndrome: Analysis from the CLASS project. Arthritis Rheumatol.** 2024 Oct 28. doi: 10.1002/art.43038. Epub ahead of print. PMID: 39467037.

RESUMEN

El síndrome antisintetasa (SAS) es una rara enfermedad reumática autoinmune sistémica (ERAS), probablemente infra-diagnosticada, definida originariamente a partir de su componente muscular, que se caracteriza por la positividad de anticuerpos antisintetasa y la alta frecuencia de enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID). El presente estudio está basado en el macro proyecto CLASS (*Classification Criteria for Anti-synthetase Syndrome*), una colaboración internacional que involucra a más de 90 centros y 350 investigadores, repartidos por todo el mundo (incluyendo varios españoles),

que tiene por objetivo lo que reza el propio acrónimo: definir nuevos criterios de clasificación del SAS. Se trata de un esfuerzo muy pertinente, dado que no existen criterios de clasificación validados para esta entidad, resultando claramente insuficientes, en términos de sensibilidad, los criterios EULAR/ACR-2017 de miopatías inflamatorias.

Este análisis no es otra cosa que uno de los pasos necesarios para alcanzar el objetivo: identificar características clínicas y serológicas claves del SAS que permitan diferenciarlo de enfermedades miméticas, tanto ERAS como enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID).

Se incluyeron 948 casos y 1.077 controles, con diversas ERAS potencialmente miméticas de SAS, así como IPAF (*interstitial pneumonia with autoimmune features*) sin anticuerpos antisintetasa. El diagnóstico local de SAS fue “confirmado” confrontándolo con el criterio del comité rector. Para evaluar las características clínicas y serológicas asociadas a SAS se llevó a cabo una regresión logística *ridge*, que regulariza el modelo penalizando el tamaño de los coeficientes de la regresión lineal, con el objetivo de evaluar el peso de los diferentes dominios. La muestra se dividió en 2 partes: cohorte de derivación y cohorte de validación. Los coeficientes lineales obtenidos fueron sometidos a un procedimiento de replicación en múltiples muestras (*bootstrap*) para obtener los intervalos de confianza. Se construyeron 2 modelos, uno con y otro sin anticuerpos antisintetasa.

Las características clínicas que específicamente se asociaron con SAS fueron: artritis (cualquier tipo) (45,2% casos vs. 31% controles; OR 1,84 [IC95% 1,53–2,21], $p<0.001$), mialgia difusa (43,9% vs. 36,4%; OR 1,37 [IC95% 1,14–1,65], $p=0.001$), elevación de enzimas musculares (54,5% casos vs. 44,0%; OR 1,52 [IC95% 1,27–1,82], $p<0.001$), hipertensión pulmonar relacionada con EPID, EPID (por TACAR): (79,2% vs. 36,2%; OR 6,74 [IC95% 5,49–8,27], $p<0.001$), manos de mecánico/pie del senderista (41,4%

vs. 7,7%; OR 8,50 [IC95% 6,55–11,03], $p<0.001$), fiebre inexplicada (19,3% vs. 13,7%; OR 1,51 [IC95% 1,19–1,93], $p=0.001$) y Raynaud (35,2% vs. 28,5%; OR 1,36 [IC95% 1,13–1,65], $p=0.001$). En cuanto las características serológicas, se asociaron anti Jo-1 y otros anticuerpos anti-sintetasa (OR 262,17 [IC95% 97,30–706,45], $p<0.001$ para Jo-1; OR 123,58 [IC95% 54,81–278,61], $p<0.001$ para no-Jo-1), ANAs con patrón citoplasmáticos (32,5% vs. 9,5%; OR 4,55 [IC95% 3,45–6,01], $p<0.001$) y anti Ro-52 (48,7% vs. 24,6%; OR 2,92 [IC95% 2,38–3,59], $p<0.001$).

En el modelo multivariable con anticuerpos anti-sintetasa, las variables de mayor peso fueron: anticuerpos anti-sintetasa (39,3 [IC95% 35,2–46,5], las manos de mecánico/pies de senderista (11,8 [IC95% 10,0–13,6]) y la EPID (11,1 [IC95% 9,9–13]). Las OR para los anticuerpos antisintetasa, extremadamente altos, están probablemente afectados por un sesgo de selección. Del modelo multivariable sin anticuerpos anti-sintetasa, destacar que resaltaba el fenómeno de Raynaud como asociado al SAS.

COMENTARIO

Estamos ante el mayor esfuerzo llevado a cabo hasta la fecha para tratar de delimitar, desde el punto de vista clínico y serológico, el SAS, cotejando sus características esenciales con un amplio grupo control, sobre una enorme cohorte, con representación multi-étnica. Sus principales limitaciones serían el carácter retrospectivo de la base de datos y la confirmación del diagnóstico de SAS, que se basó en el criterio de un grupo de expertos, no explicitado en el artículo. Sus conclusiones confirman y matizan las conclusiones derivadas de las grandes cohortes publicadas hasta la fecha, como es el caso de AENEAS (*American and European Network of Antisynthetase Syndrome*) o la cohorte de Pittsburgh, haciendo más fácil y fiable el diagnóstico clínico. La validación externa, un seguimiento adecuado y una caracterización más precisas a nivel molecular, utilizando las diferentes ómicas, permitirían sin duda confirmar y mejorar estos resultados, progresando en el conocimiento del SAS.



Trasplante Alogénico de Precursores Hematopoyéticos (TAPH) en la esclerosis sistémica: por qué, a quién y cuándo



Dr. Francisco Miguel Ortiz Sanjuán
Servicio de Reumatología.
Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón.

La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad autoinmune multisistémica caracterizada por una desregulación del sistema inmune (innato y adaptativo), acompañada de progresiva microvasculopatía, resultando en una síntesis aberrante de proteínas de matriz extracelular en los tejidos que conlleva fibrosis progresiva.

Por el momento no disponemos de un tratamiento con eficacia comprobada de forma global en todas las manifestaciones de la enfermedad y a pesar del empleo de inmunosupresores e inmunomoduladores, esta afección es a menudo refractaria a terapia convencional. El trasplante alogénico de precursores hematopoyéticos de médula ósea (TAPH) se ha mostrado eficaz y constituye actualmente una opción terapéutica a valorar en la ES difusa rápidamente progresiva refractaria a otros tratamientos.

La finalidad del TAPH en las enfermedades autoinmunes es eliminar un sistema inmunológico autorreactivo con la intención de restaurar otro más ingenuo y tolerante con el propio organismo. Se han descrito varios mecanismos que podrían participar en el reajuste inmunológico, incluyendo la reactivación tímica [1] con una vasta diversificación del repertorio de TCR [2], expansión de los linfocitos T reguladores [3,4] y restauración de un contingente de linfocitos B vírgenes, con reaparición de células B reguladoras. De este modo, el TAPH puede ofrecer una oportunidad para “reiniciar” el sistema inmunológico del paciente.

Los precursores hematopoyéticos (células madre hematopoyéticas) se pueden recolectar a partir de la médula ósea o de sangre periférica de un donante sano (TPH alogénico) o del mismo paciente (autólogo). El injerto puede someterse a



una selección de CD34 con el fin de enriquecer los precursores hematopoyéticos y potencialmente eliminar los linfocitos autorreactivos o puede infundirse sin manipular. La ablación de las células inmunitarias autorreactivas se logra a través de un régimen de acondicionamiento, que puede ser muy variable en intensidad, que va desde la ablación completa hasta un enfoque no mieloablato, e incluye generalmente globulina antitimocítica. Un régimen mielosupresor puede basarse en la irradiación corporal o en el uso de busulfán, mientras que los regímenes no mielosupresores se basan principalmente en ciclofosfamida o fludarabina. En el caso de la ES, se ha generalizado el trasplante autólogo mediante el uso de globulina antitimocítica y ciclofosfamida. El recurso al trasplante alogénico para la ES sigue siendo anecdótico debido al mayor riesgo de complicaciones relacionadas con el trasplante.

Obviamente, es altamente recomendable que el procedimiento se realice con la colaboración de Unidades de Hematología expertas en su realización y en centros altamente especializados con objeto de asegurar su óptima ejecución, así como prevenir complicaciones, fundamentalmente infecciosas, en la fase aguda hasta la recuperación de la funcionalidad del sistema inmune.

A pesar de su complejidad, el TAPH se ha convertido en un procedimiento pujante en el tratamiento de la esclerosis sistémica en los últimos años. Ampliamente difundido previamente para el tratamiento de enfermedades hematológicas, comenzó a utilizarse en la ES en los últimos años del siglo pasado, produciéndose durante este primer cuarto del siglo XXI su desarrollo como terapia en la ES mediante ensayos clínicos fase II y fase III.

El ensayo fase II ASSIST aleatorizó a 19 pacientes con ES para recibir TAPH no mieloablato y no manipulado o ciclofosfamida mensual. Todos los pacientes en el grupo de TAPH mostraron mejoría



El TAPH puede ofrecer una oportunidad para “reiniciar” el sistema inmunológico del paciente”

en variables cutáneas y pulmonares en comparación con la falta de un beneficio significativo a largo plazo después de la inmunosupresión estándar con ciclofosfamida. Los autores sugirieron en particular que la enfermedad pulmonar intersticial, considerada durante mucho tiempo irreversible, podría revertirse al menos parcialmente después del TAPH, observándose mejoras sostenidas años después del procedimiento. En el ensayo de fase III ASTIS, 156 pacientes fueron aleatorizados para recibir TAPH no mieloablato seleccionado con CD34 o pulsos mensuales de ciclofosfamida. A pesar de una mayor mortalidad temprana relacionada con el tratamiento en el grupo de trasplante (10% *versus* ninguno, atribuida principalmente a disfunción cardíaca relacionada con la ES), la supervivencia libre de eventos y la supervivencia general fueron superiores a la ciclofosfamida durante el seguimiento.

Finalmente, en el ensayo SCOT, 75 pacientes recibieron TAPH mieloablato basado en irradiación corporal total con CD34 seleccionado o pulsos mensuales de ciclofosfamida. En este estudio, hubo una mortalidad relacionada con el tratamiento notablemente baja en el grupo de TAPH, lo que se atribuyó a unos criterios de inclusión notablemente más estrictos en la selección de los pacientes. Los pacientes del grupo de TAPH tenían un mayor riesgo de infecciones graves en las primeras fases posteriores al trasplante, pero después de una mediana de 54 meses de seguimiento, el grupo de trasplante mostró un beneficio significativo en términos de resultados clínicos en comparación con el grupo de control.

Assassi y colaboradores [5] evaluaron los efectos del trasplante en pacientes con ES comparándolos con aquellos que recibieron ciclofosfamida dentro del estudio SCOT, en concreto una firma molecular específica de la ES, respecto a un nivel alto de interferón, un perfil alto de expresión del gen de neutrófilos y un perfil citotóxico/NK bajo, detectando una mejora significativa

de todos los parámetros en el grupo de TAPH. Todo ello sugeriría que el TAPH puede “corregir” la ES a un nivel más profundo. Resulta destacable que estos cambios moleculares asociaron una mejora en la afectación pulmonar y cutánea [5].

Más recientemente, los resultados de un estudio prospectivo no intervencionista con 80 pacientes con ES incluidos demostraron una supervivencia libre de progresión a 2 años del 81% después de un TAPH. Mediante análisis multivariante, se identificaron una puntuación cutánea de Rodnan modificada con piel basal más alta y una edad más avanzada en el momento del trasplante como predictores de una menor supervivencia libre de progresión, mientras que la manipulación del injerto con selección de CD34 se asoció con respuestas superiores [6]. La necesidad de seleccionar el injerto CD34 es controvertida. Algunos estudios informaron mejores resultados clínicos y una mejor supervivencia libre de progresión de los trasplantes seleccionados con CD34 en comparación con los trasplantes no manipulados, con una toxicidad y una tasa de infección comparables, mientras que otros no lograron mostrar ninguna diferencia significativa.

Toda esta evidencia muestra el potencial de este procedimiento para poder lograr mejoras clínicas sostenidas durante años después del TAPH. Sin embargo, se trata de un procedimiento agresivo, con potenciales complicaciones como infecciones en la fase aguda del trasplante por gérmenes oportunistas o reactivaciones virales potencialmente mortales, posible aparición de disfunción cardíaca o pulmonar asociada y que conlleva una preparación previa exhaustiva del paciente. Es por ello crucial una selección cuidadosa de los pacientes candidatos para identificar aquellos que podrían beneficiarse del TAPH sin complicaciones importantes [7]. En este sentido, las guías EULAR de reciente publicación recuerdan la recomendación previa de restringir la indicación del TAPH a pacientes selec-



Las guías EULAR, de reciente publicación, recuerdan la recomendación previa de restringir la indicación del TAPH a pacientes seleccionados con ES cutánea difusa rápidamente progresiva severa en ausencia de afectación cardiopulmonar avanzada”

cionados con ES cutánea difusa rápidamente progresiva severa en ausencia de afectación cardiopulmonar avanzada [8].

El paciente susceptible de trasplante reuniría las siguientes características: edad entre 18 y 65 años, con un tiempo de 2-5 años de evolución de la enfermedad (desde 1er síntoma, excluyendo el fenómeno de Raynaud), afectación cutánea difusa con un índice de Rodnan modificado de 15-20 o superior (si coexiste afectación pulmonar severa rápidamente progresiva podría valorarse con una puntuación menor de 15) y que presente afectación pulmonar, renal o cardíaca.

En cuanto a contraindicaciones, podríamos enumerar las siguientes: edad superior a 65 años, tabaquismo activo, embarazo, la existencia de fallo respiratorio (difusión de monóxido de carbono <40%, capacidad vital forzada <60%, Pa O₂ <60 mmHg), presencia de hipertensión arterial pulmonar, afectación cardíaca (Insuficiencia cardíaca, fracción de eyección del ventrículo izquierdo <45%, enfermedad coronaria severa no revascularizable, arritmia ventricular no controlada, pericarditis constrictiva o taponamiento cardíaco), alteración hepática o fallo renal (FG <40 ml/min), desnutrición (IMC

<18), neoplasia activa o mielodisplasia intercurrente, infección aguda o crónica no controlada, patología psiquiátrica que dificulte cumplimentación del plan terapéutico o riesgo de pobre cumplimentación.

Es necesario precisar en este punto que, como puede inferirse de lo detallado anteriormente, el momento adecuado para plantear el TAPH en esclerosis sistémica difusa rápidamente progresiva es delicado, puesto que nos hallaríamos ante un paciente que ya presenta afectación orgánica significativa, pero sin que ésta sea tan importante como para comprometer la reserva funcional de dichos órganos ante una complicación.

A esto hay que añadir que es necesario realizar a los posibles candidatos un estudio previo al trasplante consistente básicamente en: puntuación de Rodnan, pruebas de función pulmonar incluyendo difusión alveolar, tomografía computarizada de alta resolución torácica, electrocardiograma con registro de 24h, ecocardiografía, resonancia magnética cardíaca con contraste y cateterismo cardíaco dirigidos a evaluar la afectación, función y reserva pulmonar y cardíacas así como descartar la presencia de hipertensión arterial pulmonar.



Asimismo, es altamente recomendable una valoración global del paciente respecto a posibles comorbilidades asociadas o no a la esclerodermia y una particular estimación del paciente respecto al potencial riesgo infeccioso, revisión del estado vacunal y programación de vacunaciones pertinentes.

Es a su vez relevante educar al paciente sobre los potenciales riesgos (incluso mortales) de la terapia y valorar su capacidad para afrontar el propio procedimiento de trasplante incluyendo aspectos como estilo de vida, personalidad, estado psicológico y apoyo familiar y social.

El TAPH en esclerosis sistémica es un área de investigación activa. Si bien ha mostrado su eficacia en un subgrupo concreto de pacientes, se necesita más investigación para establecer su eficacia y seguridad a largo plazo. El TAPH se tra-

ta de un procedimiento que requiere al paciente un estricto compromiso con el tratamiento de su enfermedad y el cumplimiento de cada una de las medidas y procedimientos dirigidos a evitar sus complicaciones: Su implicación con la terapia es singularmente fundamental en el éxito de esta. La decisión final de indicación de trasplante debería realizarse con apoyo de un comité multidisciplinar y tras haber evaluado las indicaciones y contraindicaciones y sopesado los riesgos del procedimiento de forma individual en cada paciente.

Enfermedad relacionada con IgG4: lo que el reumatólogo debería conocer



Dr. Pablo Martínez Calabuig
Servicio de Reumatología y metabolismo óseo.
Hospital General Universitario de Valencia.

La enfermedad relacionada con la inmunoglobulina IgG4 (ER-IgG4) es una enfermedad autoinmune sistémica fibroinflamatoria reconocida como entidad clínica independiente en 2003¹⁻³. Esta patología engloba diversas condiciones que anteriormente se consideraban enfermedades separadas, como la pancreatitis autoinmune, la enfermedad de Mikulicz o la tiroiditis de Riedel... debido a su histopatología compartida y las similitudes en su presentación y tratamiento¹⁻³. La ER-IgG4 presenta una amplia variedad de manifestaciones clínicas, carece de pruebas diagnósticas definitivas y comparte múltiples características con otras patologías, lo que continúa siendo un desafío diagnóstico para los clínicos.

EPIDEMIOLOGÍA⁴

La ER-IgG4 afecta predominantemente a varones entre la quinta y sexta década de la vida, con una relación hombre-mujer aproximada de 2,8:1¹. Sin embargo, se han descrito varios casos de ER-IgG4 en

la población pediátrica, aunque aún no se disponen de criterios diagnósticos ni de clasificación para esta población⁴. Existen también algunas diferencias de género en cuanto a los órganos afectados: en mujeres jóvenes, la enfermedad suele manifestarse en la región de la cabeza y el cuello, afectando las glándulas salivales mayores, glándulas lagrimales y órbitas^{4,5}.

El único factor de riesgo bien establecido para el desarrollo de ER-IgG4 es el tabaquismo, aunque esta asociación parece estar restringida a los casos con fibrosis retroperitoneal⁴. No hay evidencia consistente que indique que la ER-IgG4 sea una condición premaligna. Sin embargo, un pequeño porcentaje de pacientes desarrolla cáncer tras el diagnóstico de ER-IgG4, sin que se observe un tipo específico de malignidad asociado a esta enfermedad⁴. Recientemente, García-Solís B y colaboradores (J Allergy Clin Immunol, 2024) han descrito la probable relación de varios casos de ER-IgG4 y ciertos subtipos de linfomas B.



La ER-IgG4 suele manifestarse con tumoraciones en uno o varios órganos, lo que puede simular una neoplasia”

FISIOPATOLOGÍA

La fisiopatología de la ER-IgG4 es desconocida. La actividad clínica de esta enfermedad se ha vinculado con expansiones clonales de linfocitos B CD20 + y de plasmablastos circulantes, así como linfocitos T helper foliculares, T reguladoras foliculares y T citotóxicas en el tejido afectado. Los niveles elevados de IgG4 sérica y la infiltración de células plasmáticas IgG4+ en los tejidos son características distintivas de esta patología. Sin embargo, el papel preciso de estos anticuerpos en la inmunopatogénesis de la enfermedad sigue sin estar claro, aunque se sabe que las IgG4 cumplen funciones antiinflamatorias en varios procesos¹⁻⁴.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La presentación clínica de la ER-IgG4 es heterogénea y se caracteriza por la presencia de lesiones fibroinflamatorias en órganos, incluyendo las glándulas salivales y lacrimales, páncreas, árbol biliar, hígado, pulmones, aorta y retroperitoneo¹⁻³. Generalmente, la enfermedad sigue un curso indolente y de progresión lenta, aunque en ocasiones pueden observarse presentaciones agudas por compresión de estructuras anatómicas. La ER-IgG4 puede manifestarse de forma localizada en un órgano o región anatómica, pero también puede presentar una afectación multisistémica.

Tradicionalmente, se ha propuesto clasificar la ER-IgG4 en dos subtipos: uno proliferativo y otro fibrosante, aunque ambos pueden superponerse en la práctica clínica^{1,5}. El subtipo proliferativo se asocia con la afectación de tejidos glandulares y epiteliales, presentándose frecuentemente como linfadenopatía, dacrioadenitis, sialoadenitis, pancreatitis autoinmune, enfermedad pulmonar, nefritis tubulointersticial, sinusitis paranasal o hipofisitis. En este subtipo, los pacientes tienden a mostrar una elevada actividad serológica con concentraciones elevadas de IgG4, IgG1 e IgE en suero; hipocomplementemia de C3 y C4, eosinofilia periférica y síntomas de atopia. La afectación multiorgánica es común en estos pacientes⁶.

En contraste, el subtipo fibrosante afecta predominantemente localizaciones extraglandulares y tiende a manifestarse en una región del cuerpo más que en un órgano específico. Entre las principales manifestaciones se encuentran la fibrosis retroperitoneal, la mediastinitis fibrosante, la mesenteritis esclerosante, la paquimeningitis hipertrófica y la tiroiditis de Riedel. En este subtipo, los hallazgos patológicos revelan estadios avanzados de fibrosis, infiltrados linfoplasmocíticos escasos y una menor cantidad de centros germinales en comparación con el subtipo proliferativo. Los pacientes con este tipo suelen tener concentraciones normales o solo ligeramente elevadas de IgG1, IgG4 e IgE en suero y rara vez presentan hipocomplementemia, eosinofilia o síntomas de atopia⁶.

Recientemente, se han descrito cuatro fenotipos clínicos en función de los órganos predominantemente afectados: enfermedad pancreato-hepatobiliar, fibrosis retroperitoneal y/o aortitis, enfermedad limitada a cabeza y cuello, y síndrome de Mikulicz⁷.

A nivel abdominopélvico, la ER-IgG4 puede presentarse como pancreatitis aguda sensible a esteroides, ictericia indolora o



una masa pancreática que se asemeja al cáncer de páncreas. A menudo, esta afectación pancreática se acompaña de colangitis esclerosante, que puede asemejarse a la colangitis esclerosante primaria. También es común la afectación renal en forma de nefritis tubulointersticial, glomerulonefritis membranosa o de pseudotumor renal. La hipocomplementemia es frecuente en la ER-IgG4 renal y puede ser un predictor de exacerbaciones de la enfermedad^{4,7}.

Algunos autores defienden que la ER-IgG4 es también una de las formas más versátiles de vasculitis sistémica. Uno de sus hallazgos histológicos característicos es la flebitis obliterante, además, la ER-IgG4 también puede involucrar grandes vasos, como la aorta, y vasos de mediano calibre como las arterias coronarias o las arterias renales, lo que justifica su clasificación como una "vasculitis de vaso variable" en lugar de una vasculitis localizada^{6,7}.

En cuanto a la afectación de cabeza y cuello, la ER-IgG4 presenta una fuerte predilección por las glándulas, principalmente las glándulas salivales (submandibular y parótida) y lagrimales. La inflamación bilateral persistente de las glándulas lagrimales y submandibulares es altamente sugestiva de ER-IgG4. Por otro lado, la tiroiditis de Riedel, también conocida como tiroiditis fibrosante, ha sido recientemente reconocida como una manifestación de la ER-IgG4^{4,7}. Otras manifestaciones comunes incluyen procesos orbitarios y oculares, como la uveítis y el pseudotumor orbitario, siendo esta última la forma de presentación más frecuente en la ER-IgG4 pediátrica⁵. También puede presentarse como rinosinusitis crónica que, en raras ocasiones, si llega a provocar destrucción ósea de senos paranasales o el puente nasal, puede simular una granulomatosis con poliangeítis (GPA)^{4,7}.

Distinguir entre ER-IgG4 y GPA puede ser particularmente desafiante debido

“
**La inflamación
 bilateral
 persistente de
 las glándulas
 lagrimales y/o de
 las principales
 glándulas
 submandibulares
 es altamente
 sugestiva de
 ER-IgG4”**

a la tendencia de ambas enfermedades a afectar a órganos similares (órbitas, glándula pituitaria, nariz, senos paranasales, pulmones, riñones, meninges y piel). No obstante, en la GPA se observan hallazgos patológicos distintivos, como la necrosis tisular, vasculitis necrotizante o infiltrados neutrofílicos, ausentes en la ER-IgG4. Además, de que aproximadamente el 90% de los pacientes con GPA son ANCA-positivos, mientras que en la ER-IgG4 no se observa esta asociación. La ER-IgG4 también puede confundirse con la granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (GPA), sin embargo, la eosinofilia suele ser mayor que en la ER-IgG4, donde rara vez excede los 3.000 eosinófilos/mm³ y la neuropatía periférica es rara⁴⁻⁷.

La afectación torácica en la ER-IgG4 puede incluir afectación pulmonar intersticial con infiltrados pulmonares que pueden recordar a una neumonía bacteriana,

además de nódulos o masas que frecuentemente suscitan preocupación por malignidad. También es común la afectación pleural, que se manifiesta como derrames pleurales exudativos o quilosos crónicos o recurrentes con un engrosamiento pleural característico. Igualmente, es frecuente la afectación pericárdica, que puede manifestarse como derrame pericárdico, engrosamiento pericárdico o pericarditis constrictiva⁴⁻⁷.

Las manifestaciones neurológicas, aunque infrecuentes, pueden incluir la afectación en forma de paquimeningitis hipertrófica e hipofisitis⁴⁻⁷.

Los síntomas inmunoalérgicos son comunes en pacientes con ER-IgG4, especialmente en aquellos con afectación de cabeza y cuello. Estos pacientes presentan frecuentemente concentraciones elevadas de IgE sérica y eosinofilia, lo cual respalda la teoría de que la atopia podría representar una manifestación de la ER-IgG4⁴⁻⁷.

Por último, los síntomas constitucionales no son típicos de la ER-IgG4 debido a su curso subagudo o crónico. La fiebre es poco común, salvo que exista una infección concurrente⁴⁻⁷.

DIAGNÓSTICO

La ER-IgG4 precisa de un diagnóstico clínico-patológico que requiere una evaluación exhaustiva. La elevación sérica de IgG4, aunque es una característica común, no es ni sensible ni específica; y los hallazgos histopatológicos característicos de la enfermedad pueden observarse en otras entidades con manifestaciones clínicas similares. Por lo tanto, el diagnóstico de la ER-IgG4 debe basarse en una evaluación integral que combine hallazgos radiológicos, de laboratorio e histopatológicos en el contexto clínico adecuado¹⁻⁴.

El diagnóstico de ER-IgG4 se realiza apoyándose en criterios de clasificación y diagnóstico, como los de Ume-hara y Okazaki de 2011⁸, actualizados

“
Distinguir entre ER-IgG4, GPA y GEPA puede ser particularmente desafiante debido a la tendencia de las tres enfermedades a afectar órganos similares”

Tabla 1. Patologías previamente reconocidas que ahora se consideran dentro del espectro de la enfermedad relacionada con IgG4 (adaptada de Stone JH et al).

Síndrome de Mikulicz (afecta las glándulas salivales y lagrimales)

Tumor de Küttner (afecta las glándulas submandibulares)

Tiroiditis de Riedel

Fibrosis angiocéntrica eosinofílica (afecta las órbitas y el tracto respiratorio superior)

Fibroesclerosis multifocal (afecta comúnmente las órbitas, glándula tiroidea, retroperitoneo, mediastino y otros tejidos y órganos)

Pseudotumor inflamatorio (afecta las órbitas, pulmones, riñones y otros órganos)

Fibrosis mediastínica

Fibrosis retroperitoneal (enfermedad de Ormond)

Periaortitis y periarteritis

Aneurisma aórtico inflamatorio

Nefritis tubulointersticial hipocomplementémica idiopática con depósitos tubulointersticiales extensos

en 2020⁹, que incluyen características clínicas, pruebas de laboratorio (niveles serológicos de IgG4, eosinofilia), técnicas de imagen (TC, RM, PET-TC) e histopatología (fibrosis estoriforme, flebitis obliterante); o los recientes y más actualizados criterios de clasificación propuestos por el Colegio Americano de Reumatología (ACR) y la Alianza Europea de Asociaciones de Reumatología (EULAR) de 2019².

Para cumplir estos criterios ACR/EULAR 2019², los pacientes deben, como criterio de entrada, presentar afectación (clínica, radiológica o histopatológica) de un órgano típico afectado por la ER-IgG4. Los órganos considerados característicos de ER-IgG4 incluyen las glándulas lagrimales, glándulas salivales mayores, órbitas, pulmones, tejido paravertebral, páncreas, vía biliar, riñones, retroperitoneo, aorta, meninges y la glándula tiroidea².

Una vez confirmada la afectación de un órgano típico, es fundamental que el paciente no presente ningún criterio de exclusión que sugiera un diagnóstico alternativo. Estos criterios de exclusión incluyen aspectos clínicos (como la fiebre o que no respondan a corticoterapia), serológicos (como la positividad para anticuerpos anti-citoplasma de neutrófilo [ANCA], o la positividad para anti-SSA/Ro o SSB/La), radiológicos (como una progresión rápida que sugiera malignidad) e histológicos (como necrosis extensa o infiltración tumoral). La presencia de cualquiera de estos criterios indica que se deben considerar otros diagnósticos antes de clasificar al paciente con ER-IgG4².

El paso final en estos criterios de clasificación es la aplicación de los criterios de inclusión ponderados, que comprenden ocho dominios representativos de las características clínicas, serológicas, radiológicas e histológicas de la ER-IgG4. Para cumplir con los criterios de clasificación, el paciente debe alcanzar una puntuación total de ≥ 20 puntos, siempre y cuando el paciente tenga afectación de al menos un órgano típico de ER-IgG4 y no cumpla con ninguno de los criterios de exclusión².

Aunque los criterios de clasificación no fueron diseñados con el propósito de diagnóstico clínico, su enfoque puede ser útil en la práctica clínica, sirviendo como guía para el diagnóstico de ER-IgG4.

Recientemente, el grupo liderado por Della-Torre et al. ha identificado cinco '*red flags*' para su uso en atención primaria y especializada, con el fin de mejorar la derivación a centros de referencia y facilitar un diagnóstico temprano. Estas incluyen: inflamación/tumefacción en uno o más órganos; afectación del páncreas y del árbol biliar; aumento de la IgG4 sérica; infiltración tisular de células plasmáticas IgG4+; y flebitis obliterante¹⁰.

BIOMARCADORES DE ACTIVIDAD Y DAÑO DE LA ENFERMEDAD

Hasta un 90% de los pacientes con ER-IgG4 presentan niveles elevados de IgG4 en suero, aunque en algunos estudios esta cifra puede reducirse al 50% dependiendo de las características de los pacientes. Sin embargo, estos niveles elevados no son exclusivos de ER-IgG4, ya que también se observan en otras enfermedades autoinmunes, neoplasias e infecciones^{1,4,6}.

Un aumento significativo en la concentración sérica de IgG4 puede indicar una reactivación de la enfermedad. Además, en los casos con IgG4 elevada, la respuesta al tratamiento suele reflejarse en una disminución inicial rápida de este marcador, seguida de un descenso gradual en los meses siguientes^{1,4,6}.

La actividad de la enfermedad y la afectación multisistémica en ER-IgG4 suelen correlacionarse con elevaciones de IgG1, IgE, eosinofilia y consumo de complemento (C3 y C4). La hipocomplementemia es particularmente frecuente en pacientes con afectación renal, especialmente en casos de nefritis tubulointersticial asociada a IgG4. También son comunes las elevaciones en la velocidad de sedimentación eritrocitaria (VSG), impulsadas por niveles altos de inmunoglobulinas en sangre, mientras que las elevaciones de proteína C reactiva (PCR) son menos frecuentes^{1,4,6}.



La elevación serológica de IgG4 no es exclusiva de la ER-IgG4, ya que también puede observarse en otras enfermedades autoinmunes, neoplasias e infecciones”

TRATAMIENTO

Una vez diagnosticada la ER-IgG4, es importante iniciar el tratamiento de forma temprana para prevenir un daño irreversible en los órganos afectados. La inducción de la remisión requiere el uso de agentes inmunosupresores, siendo los corticosteroides sistémicos en dosis medias el tratamiento inicial de elección. La dosis recomendada suele ser de 30-40 mg/día de prednisona o su equivalente (0,5-0,6 mg/kg/día)¹. Una característica distintiva de la ER-IgG4 es su rápida respuesta a los corticosteroides, y la falta de respuesta a estos es un criterio de exclusión en los criterios de clasificación de ACR-EULAR^{1,2}.

La estrategia estándar consiste en iniciar con corticosteroides y luego realizar una reducción gradual de la dosis. En algunos casos, es necesario mantener una dosis baja de prednisona, alrededor de 5 mg/día, para prevenir recaídas tras la fase de inducción. Sin embargo, las remisiones sostenidas son poco comunes con corticosteroides en monoterapia, lo que hace recomendable el uso de agentes ahorradores de esteroides, como azatioprina, micofenolato, leflunomida o metotrexato, en pacientes seleccionados^{1,4,6}.

A pesar de su efectividad inicial, hasta el 50% de los pacientes experimentan recaídas en los primeros 18 meses, tanto al suspender los corticosteroides como durante la fase de reducción de la dosis. Por esta razón, en los últimos años se ha propuesto el uso de rituximab como terapia de mantenimiento, especialmente en pacientes con alto riesgo de recurrencia o antecedentes de recaídas previas^{1,4,6}.

Sensibilización central en la artritis reumatoide



Dr. Javier Rivera Redondo

Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Con el uso de las terapias biológicas a lo largo de las últimas décadas se ha conseguido que las personas con artritis reumatoide (AR) alcancen una situación de bienestar que no se había conseguido antes con las terapias convencionales.

Sin embargo, y a pesar del indiscutible avance que han supuesto estos nuevos tratamientos, en algunas personas con AR bien controlada todavía persisten ciertas manifestaciones clínicas, que resultan difíciles de tratar y que condicionan la evolución del paciente y su calidad de vida.

Desde hace tiempo se conoce que el dolor residual está presente en un porcentaje elevado de pacientes con AR bien controlada. Más recientemente, se ha visto que además del dolor residual existen otros síntomas igualmente persistentes como son la fatiga, las alteraciones del sueño, la ansiedad o la depresión, entre los más prevalentes¹.

TIPOS DE DOLOR

Si nos centramos en el dolor, hay tres tipos de dolor que pueden aparecer en la AR²: dolor nociceptivo, ocasionado por la propia inflamación actuando sobre los receptores periféricos; dolor neuropático, producido por las lesiones nerviosas

que ocasionan las deformaciones o las compresiones de los nervios como consecuencia de la enfermedad, y el dolor nociplástico, o dolor de origen central, producido por las alteraciones en las vías del dolor. Estos tres tipos de dolor coexisten en las personas con AR en mayor o menor grado. Lo que resulta más novedoso es que el dolor nociceptivo ocasionado por la inflamación de las articulaciones con el tiempo puede evolucionar hacia un dolor crónico o nociplástico a través de un proceso conocido como sensibilización central³, que se describe a continuación.

SENSIBILIZACIÓN CENTRAL

En el proceso de inflamación que tiene lugar en las articulaciones periféricas de las personas con AR se producen numerosas citocinas proinflamatorias como el TNF, la IL-6 o la IL-1, y una disminución de otras citocinas antiinflamatorias como la IL-10 o la IL-4. La persistencia a lo largo del tiempo del proceso inflamatorio articular ocasiona una respuesta en las neuronas del ganglio dorsal y de las neuronas del asta posterior de la médula espinal reproduciendo las mismas alteraciones de las citocinas que se observan a nivel de receptores periféricos y amplificando aún más la respuesta con la apa-

rición de otras citocinas proinflamatorias como el GM-CSF o el IFN-gamma. Este proceso es conocido también como sensibilización periférica. Posteriormente, y a través de las vías ascendentes de la médula espinal, estas alteraciones terminan por afectar al sistema nervioso central y a las vías descendentes de conducción del dolor ocasionando una activación del sistema inmunológico cerebral y de la microglía neuronal que se traduce en un proceso de neuroinflamación. A este proceso se le llama sensibilización central, y se piensa que es el responsable de la aparición del dolor crónico de origen central o nociplástico³.

DOLOR CRÓNICO

El dolor crónico primario puede afectar a diferentes estructuras del organismo y se clasifica según la zona afectada en regional, visceral, temporomandibular o musculoesquelético⁴. Dentro de este último grupo se encuentran la lumbalgia y la cervicalgia crónica, entre las más frecuentes en la práctica clínica.

No obstante, el dolor crónico primario también aparece de forma generalizada afectando a todas las estructuras del organismo, tanto viscerales como musculoesqueléticas, y a este cuadro clínico es lo que conocemos como fibromialgia (FM).



En algunas personas con AR bien controlada todavía persisten ciertas manifestaciones clínicas, que resultan difíciles de tratar y que condicionan la evolución del paciente y su calidad de vida”

La coexistencia de varios tipos de dolor crónico primario es frecuente, observándose a menudo pacientes que presentan lumbalgia crónica, cefalea, dolor temporomandibular o síndrome del intestino irritable. En ocasiones, los especialistas que atienden a estas personas solo tratan el síntoma correspondiente a su especialidad sin tener en cuenta la presencia de otros síntomas del paciente y, sin embargo, en los casos de dolor crónico nociplástico, un tratamiento multidisciplinar dirigido a la raíz del problema y coordinado por un solo especialista evitaría la duplicidad de fármacos en estas personas. A través de este mecanismo de sensibilización central, además del dolor, se originan otros síntomas asociados como la fatiga, las alteraciones del sueño, las alteraciones cognitivas o niebla mental, la ansiedad y la depresión, entre los síntomas más frecuentes. La aparición de fatiga en un paciente con dolor residual es muy prevalente y la correlación que existe entre ambos síntomas es bastante elevada¹. De hecho, entre las variables predictoras de fatiga se encuentran el dolor, la ansiedad y la depresión.

En una enfermedad inflamatoria como la AR, el desarrollo de FM como consecuencia de un mecanismo de sensibilización central es posible si no se controla la inflamación periférica en los primeros momentos de la enfermedad. Se ha comprobado que en los pacientes con AR de reciente comienzo la incidencia de la FM va aumentando rápidamente a lo largo de los primeros años de evolución de la enfermedad⁵ y que posteriormente se estabiliza con una prevalencia entre el 15% y el 20% de las personas con AR, muy superior a la que se observa entre la población general. Es necesario destacar que, en otras enfermedades inflamatorias crónicas, bien sean articulares o de otra localización como la enfermedad inflamatoria intestinal o sistémicas como el lupus eritematoso sistémico, ocurre algo parecido y la prevalencia de la FM es también muy superior a la de la población general. En todas estas enfermedades la inflamación actúa como el desencadenante de la aparición de la FM a través de un mecanismo de sensibilización central.



IMPACTO DE LA FIBROMIALGIA EN LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

El desarrollo de una FM provoca una serie de consecuencias negativas que conducen a un peor manejo de la AR en estos pacientes. En primer lugar, la presencia de FM modifica de forma significativa los síntomas de la AR, haciendo que las personas con ambas enfermedades tengan un mayor número de síntomas, además de una mayor gravedad. Así, el número de articulaciones dolorosas o la escala visual analógica del dolor son significativamente más altos en las personas con AR y FM. Sin embargo, las variables objetivas de inflamación, como la velocidad de sedimentación y la proteína C reactiva, o el número de erosiones articulares detectadas en las pruebas de imagen no muestran diferencias significativas cuando se comparan con el grupo de pacientes con AR aislada. Incluso, algunas de las variables que se utilizan para evaluar la gravedad de la AR, como pueden ser el número de articulaciones inflamadas o la valoración por parte del especialista



El dolor nociceptivo ocasionado por la inflamación de las articulaciones, con el tiempo, puede evolucionar hacia un dolor crónico o nociplástico a través de un proceso conocido como sensibilización central”

en reumatología, también están significativamente más elevadas en las personas con AR y FM, dando una idea de la dificultad que tiene la evaluación de estos pacientes⁶.

La evaluación de la actividad de la AR por medio de herramientas como el DAS28 muestra un índice de actividad significativamente más elevado, siendo 1,28 puntos más alto en las personas con las dos enfermedades⁷. Hay que tener presente que la sobrestimación del DAS28 hace que las personas con AR y FM muestren por tanto, una gravedad mayor, y siguiendo las recomendaciones para el tratamiento de esta enfermedad, se les debe tratar más intensamente. De hecho, las personas con AR y FM reciben más analgésicos, más opioides mayores, mayor dosis de glucocorticoides, cambian con más frecuencia de terapias biológicas e, incluso, se les practican un mayor número de cirugías⁸.

Las personas con AR y FM también están diagnosticadas de un número mayor de otras enfermedades, lo que complica

también de una manera notable el manejo de estos pacientes. Alguna de estas enfermedades está relacionada con los síntomas de la FM, como el síndrome ansioso depresivo o de diversos síndromes digestivos; otras, están relacionadas con la propia AR, como el síndrome seco, la enfermedad pulmonar o la enfermedad renal; y algunas más, aparentemente no guardan relación con la FM, como el infarto de miocardio, diabetes o las enfermedades neurológicas. Como consecuencia de ello, el número de fármacos para tratar estas otras enfermedades es también significativamente más alto dando lugar con mayor frecuencia a una polifarmacia en las personas con AR y FM. El conjunto de todas estas comorbilidades asociadas contribuye a una disminución de la calidad de vida de estas personas.

Todos estos aspectos tienen también una clara repercusión económica en relación con el gasto sanitario, habiéndose comprobado que es un 38% mayor que en las personas con AR sola⁹.

APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA

Hay que tener presente que la FM no es una enfermedad dicotómica, sino que se comporta como un espectro continuo de manifestaciones clínicas frecuentes que van apareciendo conforme se desarrolla la enfermedad⁹. La aplicación de los criterios de clasificación o diagnósticos ha conseguido que lo que se conoce como FM sea solo la parte final de ese espectro, pero en realidad existe una correlación desde el principio entre el número de síntomas de FM que tiene un paciente y la gravedad de muchas manifestaciones clínicas como el dolor, el cansancio, la ansiedad, la capacidad funcional, las alteraciones cognitivas o la calidad de vida. En este sentido, el componente fibromiálgico (fibromyalgias, en inglés) describe muy bien esa parte inicial del espectro que también habrá que tener en cuenta a la hora de evaluar a un paciente con AR.

Por tanto, la existencia de una FM en un paciente con AR ayudaría a interpretar adecuadamente la gravedad de algunos síntomas de la AR, explicaría la presencia de otros síntomas de difícil interpretación y permitiría valorar adecuadamente el tratamiento que está recibiendo un paciente a la hora de aumentar las dosis, introducir un nuevo fármaco o cambiar los que ya existen. La presencia de FM explicaría también la mala evolución de la AR en algunos casos, y el poder entender la dificultad que se encuentra en el manejo y control de algunos enfermos. En el caso de los ensayos clínicos, es conveniente saber que las personas con AR y FM van a mostrar una actividad mayor de la enfermedad, pudiendo distorsionar las variables de desenlace necesarias para una correcta interpretación de la eficacia de un fármaco.

Un buen ejemplo de lo que acabamos de describir se puede ver en el concepto de AR de difícil tratamiento, recientemente acuñado por EULAR¹⁰. De los tres criterios principales para definir este concepto: fallo de 2 terapias biológicas o convencionales, datos de actividad de la enfermedad o la percepción por parte del especialista en reumatología de un manejo problemático de la enfermedad, la existencia de una FM asociada puede ser suficiente para que el paciente cumpla con todos los criterios. De hecho, la prevalencia de FM en algunos estudios se ha comprobado que puede alcanzar hasta un 38% de las personas con AR de difícil tratamiento¹¹.

Establecer el diagnóstico de FM tiene una repercusión incuestionable a la hora del tratamiento de estos pacientes. Si la ac-

tividad de la AR está controlada, no parece necesario aumentar el tratamiento de base que está recibiendo el paciente para controlar los síntomas residuales, y ni siquiera podría tener sentido un cambio de diana terapéutica, porque con bastante probabilidad no se va a producir una mejoría de estos síntomas. Sin embargo, informar al paciente de la coexistencia de una FM contribuiría a tranquilizar los miedos que pudiera tener por una posible progresión de la enfermedad inflamatoria. Por otra parte, la introducción de otro tipo de fármacos para tratar los síntomas de la FM, como los antidepresivos, anti-convulsivantes, y un uso adecuado de la analgesia, contribuirían a un mejor control de los síntomas residuales y a una mejoría de su calidad de vida.

CONCLUSIONES

Debido al origen inflamatorio de la AR, hay que tener presente la posibilidad de que a través de un mecanismo de sensibilización central estos pacientes pueden desarrollar una FM. La FM modifica la expresión clínica de la AR haciendo que se convierta en una enfermedad más sintomática y de más difícil tratamiento, por lo que es aconsejable evaluar la presencia de FM en las personas con AR y establecer el diagnóstico en el caso de que coexistan para poder tratar mejor ambas enfermedades.



La presencia de FM modifica de forma significativa los síntomas de la AR, haciendo que las personas con ambas enfermedades tengan un mayor número de síntomas además de una mayor gravedad”

¿Cómo afecta la enfermedad en la vida sexual de las personas con AR?



La Dra. Montserrat Romera, investigadora principal del proyecto 'IMPARSEX' (Impacto de la artritis reumatoide en la sexualidad. Factores asociados y abordaje en consultas) nos comenta objetivos e importancia de dicho estudio, que cuenta con la colaboración de Alfasigma.

¿CÓMO SURGIÓ LA IDEA DE PONER EN MARCHA ESTE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN?

La prevalencia de los problemas sexuales en la artritis reumatoide (AR) se ha estimado entre un 36% y un 70% y no tenemos datos sobre su prevalencia en el conjunto de nuestro país. Además, a pesar de su alta frecuencia creemos que no suele abordarse habitualmente en las consultas de Reumatología. Por eso, consideramos que es importante conocer el impacto de la enfermedad en la vida sexual de las personas con AR y también identificar la percepción por parte de los profesionales y de los propios pacientes para un adecuado abordaje en las consultas.

¿CUÁLES SON SUS OBJETIVOS Y QUÉ SE ESPERA?

El objetivo principal del proyecto 'IMPARSEX' es estudiar el impacto de la sexualidad en los pacientes con AR en España, estimar la prevalencia de disfunción sexual y evaluar los factores asociados. También conocer cómo se aborda en las consultas el impacto de la sexualidad en la AR.

Esperamos conocer las necesidades tanto de los profesionales sanitarios como de los pacientes para un adecuado abordaje.

¿CUÁL VA A SER SU METODOLOGÍA Y EN QUÉ FASE SE ENCUENTRA ESTA INICIATIVA?

Desde la Unidad de Investigación de la SER se anunció una convocatoria para la participación de aquellos centros que estuvieran interesados en colaborar en el estudio. Después de evaluar las diferentes solicitudes se escogieron los 8 centros que cumplían mejor los requisitos necesarios para llevar a cabo dicha iniciativa. Además, se realizarán 2 encuestas *on-line* para contestar de forma anónima, una de ellas dirigida a socios de la SER y la otra a pacientes con artritis reumatoide, que también deberán cumplimentar el cuestionario Qualissex.

Actualmente, se está desarrollando una fase de trámites administrativos y el objetivo es incluir el primer paciente antes de final de año. También cabría destacar la colaboración de asociaciones de pacientes como la Coordinadora Nacional

de Artritis (ConArtritis) y la Liga Reumatológica Española (LIRE), entre otras.

A SU JUICIO, ¿QUÉ VALOR TIENE LA REALIZACIÓN DE ESTE ESTUDIO?

Considero que es importante conocer la magnitud del problema (si realmente es un problema) en nuestro país, y creo que la participación, no solo de los pacientes en este estudio, sino también de los profesionales y de las asociaciones de pacientes, será un valor añadido.



**Es importante
conocer la
magnitud del
problema”**

Identificadores persistentes

(*Persistent identifiers - PIDs*)

- Para **investigadores** como el ORCID (*Open Researcher and Contributor ID*).
- Para **resultados de investigación** como el DOI (*Digital Object Identifier System*).
- Para el registro de las **organizaciones** de investigación como el ROR ID.

Con estos tres identificadores se completa la información del "quién", el "qué" y el "dónde" de la investigación.



Imagen obtenida de <https://jasolutions.com.co/edicion/tres-identificadores-persistentes-que-toda-revista-cientifica-debe-implementar/>



ORCID – Quién. ORCID elimina la ambigüedad de los investigadores y conecta a las personas con sus actividades de investigación. Esto incluye afiliaciones laborales, resultados de investigación, financiación, actividad de revisión por pares, recursos de investigación, membresía en sociedades, distinciones y otras infraestructuras académicas.

DOI – Qué. Es un código o identificador alfanumérico, único y permanente que permite localizar de manera unívoca un artículo, libros o capítulos de libro en Internet.

ROR – Dónde. Facilita un seguimiento eficiente de los resultados de la investigación en instituciones y organismos de financiación, ya que permite identificar qué organizaciones están asociadas con qué resultados de investigación.

Identificadores de la Sociedad Española de Reumatología

- [ROR](#)
- [ISNI 0000 0000 9147 2636](#)
- [Crossref Funder ID](#)



Alianzas y diferentes temáticas para todos los gustos

Este último trimestre se han desarrollado iniciativas formativas en ámbitos tan diversos como enfermedades autoinmunes sistémicas, artrosis o práctica privada, cubriendo así las expectativas de los interesados.

Es complicado destacar una actividad formativa sobre otras, pero la Sociedad Española de Reumatología está especialmente orgullosa de las alianzas que se están forjando con otras sociedades científicas y que están dando lugar a diferentes iniciativas conjuntas, como ha sido el caso de la jornada SER-GETECCU (Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa), con la colaboración de Johnson & Johnson. En este encuentro se subrayó la importancia de la colaboración entre Reumatología y Gastroenterología para ofrecer un abordaje integral en el tratamiento de las enfermedades inmunomediadas. Asimismo, se puso el foco en la innovación y la investigación colaborativa para conseguir diagnósticos precoces y tratamientos eficaces con la finalidad de mejorar la calidad de vida de las personas que padecen estas enfermedades.

En este último periodo del año también se ha celebrado Lo mejor del año de espondiloartritis, una actividad formativa que también ha contado con la colaboración de Johnson & Johnson, en el que se ofreció una actualización en el manejo y tratamiento de estas patologías, haciendo hincapié en los avances en el diagnóstico, nuevas estrategias terapéuticas, y el impacto de la pers-



De izda. a dcha.: Miembros del comité científico de la Jornada, Dres. Ignacio Marín-Jiménez (GETECCU), Jesús Sanz (SER), Ana Gutiérrez (GETECCU); Yamile Zabana (presidenta de GETECCU), Emma Beltrán (SER), Manuel J. Moreno (SER) y Alejandro Hernández (GETECCU).

pectiva de género en la enfermedad. En este sentido, la Dra. Laura Berbel, reumatóloga del Hospital Universitario de Bellvitge (Barcelona), destacó que “las mujeres con artritis psoriásica reportan una peor calidad de vida en comparación con los varones, presentan mayor discapacidad funcional y depresión; así como una peor respuesta a ciertos tratamientos”.



Dra. Ana Urruticoechea y Dra. Mª Ángeles Puche, coordinadoras de 'Lo mejor del año en espondiloartritis' de la Sociedad Española de Reumatología.

“
Orgullosos de las alianzas que se están forjando con otras sociedades científicas y que están dando lugar a diferentes iniciativas conjuntas”

Compromiso de la Consejería de Salud de la Rioja con la Reumatología



Logroño acogió el XVI Curso de Lupus Eritematoso Sistémico (LES) y Síndrome Antifosfolipídico (SAF) de la Sociedad Española de Reumatología, que contó con la colaboración de GSK. En este encuentro, los especialistas recordaron que el reto fundamental en este ámbito es la concienciación entre los profesionales de la salud sobre cuándo sospechar que una persona padece LES o SAF y establecer vías rápidas de derivación a los servicios de Reumatología para potenciar el diagnóstico precoz.

Esta actividad formativa fue de gran interés ya que contó con la presencia y el apoyo de las administraciones públicas estando presente en la inauguración Francisco José Julián Villaverde, director Asistencia Hospitalaria del Servicio Riojano de Salud; mientras que a la clausura acudió María Martín Díez, consejera de Salud y Políticas Sociales de La Rioja, quien mostró su apoyo a los especialistas en Reumatología en el manejo de las enfermedades reumáticas autoinmunes. Además, como representación institucional también asistieron Gustavo Amorós, presidente de la asociación SAF España y Nuria Carballada, como representante de la Federación Española de Lupus (Felupus).



Dr. Joan Calvet, uno de los coordinadores del IV Curso SER de Artrosis; Dr. Marcos Paulino, presidente de la SER y Dr. Francisco Castro, otro de los coordinadores.

Por su parte, el programa científico del IV Curso de Artrosis de la Sociedad Española de Reumatología, que se celebró con la colaboración de Grünenthal, estuvo orientado a temas pendientes y seleccionados por los propios participantes y miembros del Grupo de trabajo de artrosis de la SER (ArthroSER). "El intercambio de opiniones, junto con la voz de expertos en cada tema, convirtió a esta actividad formativa en un escenario único para la formación de los profesionales dedicados a la artrosis", según el Dr. Joan Calvet, uno de los coordinadores de la iniciativa, en la que se habló sobre las posibilidades terapéuticas para la regeneración articular, los avances en la artrosis de mano, la importancia de las partes blandas en la artrosis axial, la hiperostosis o la sinovitis focal en la artrosis.

También se llevó a cabo la IV Jornada de Reumatología Privada, con la colaboración de Pfizer. En esta actividad se habló sobre la Inteligencia Artificial (IA) y su implementación en la práctica clínica, la gestión y el emprendimiento, novedades en fármacos biológicos y nuevos modelos asistenciales en Reumatología, entre otros aspectos. Además, hubo un debate entre varias especialidades que resultó muy enriquecedor.

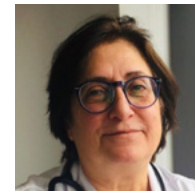
El punto y final de este año lo ha puesto la V edición de la Escuela de Profesorado de la SER, que tuvo lugar en Muxía (A Coruña), donde se trataron temas de gran interés como el uso de la Inteligencia Artificial (IA) en la docencia universitaria y las novedades en la acreditación de la ANECA. También se comentaron experiencias de innovación docente, creación de vídeos interactivos y gestión de redes sociales, entre otras cuestiones.



Dr. Miguel Ángel Caracuel, Dra. Noemí Garrido (coordinadores de la Jornada); Dr. Marcos Paulino, presidente de la SER y Dr. José de la Mata, otro de los coordinadores del curso.

Un acompañamiento eficaz

El año pasado se puso en marcha una nueva iniciativa por parte de la SER, el proyecto Mentorización. Conocemos más de cerca este programa desde el punto de vista de tres protagonistas implicados: coordinadora, mentor y mentorizada.



Dra. María José Cuadrado
Coordinadora



Dr. Jaime Calvo
Mentor



Dra. Anahy Brandy
Mentorizada

La idea de poner en marcha el Programa Mentorización de la Sociedad Española de Reumatología surgió por la experiencia de trabajo en el Reino Unido de la Dra. María José Cuadrado. Allí esta iniciativa se encuentra disponible en algunos hospitales y se decidió proponer a la Junta Directiva, que lo aprobó.

El programa se fundamenta en acompañar a aquellos reumatólogos que lo deseen en su desarrollo profesional. “Para ello, se elige un especialista en Reumatología senior, con experiencia en el área que el mentorizado quiere desarrollar. De esa forma puede aconsejarle sobre las acciones a tomar para alcanzar aquellos objetivos que se plantea”, según explica la Dra. Cuadrado, que ha compartido coordinación junto con las Dras. María Galindo y Loreto Carmona.

Tras su lanzamiento, a mediados de 2023, la acogida fue buena y el número de solicitudes aceptada fue de 21.

Reparto y puesta en marcha

Se distribuyeron las peticiones entre las tres coordinadoras, reumatólogas con conocimiento de los distintos especialistas en Reumatología y sus áreas de interés. “Conocemos a aquellos que son referentes en distintas patologías y que están involucrados en proyectos nacionales y/o internacionales. Hemos seleccionado a aquellos profesionales que sabíamos podrían ayudarles en los objetivos que cada mentorizado se planteaba”, defiende la Doctora Cuadrado.

Una de las solicitudes que llegó fue presentada por la Dra. Anahy Brandy, reumatóloga del Hospital Universitario de Cabueñes (Gijón), quien fue informada a través de los habituales boletines informativos enviados desde la SER. “Me animé a apuntarme porque me pareció una buena oportunidad para contar con un/a mentor/a experto/a en mi campo de interés dentro de la Reumatología, que son las enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS)”, comenta la especialista.

Tras el proceso de evaluación esta petición llegó al Dr. Jaime Calvo, jefe del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Araba, quien no dudó en aceptar su papel como mentor. En las primeras reuniones se comentaron los objetivos a desarrollar durante el programa. “Le planteé los retos a los que me enfrento en mi comunidad y en particular en mi área sanitaria para el

manejo de las EAS, así como dudas y consejos para continuar mi formación y desarrollo laboral en el campo de estas patologías”, indica la Dra. Brandy, quien reconoce que “poder contar con la opinión y los consejos del mentor, en este caso un profesional que tiene una gran experiencia en la gestión y manejo de estas patologías, ha sido todo un privilegio”.

Por su parte, el Dr. Calvo ha detallado que su papel fundamental ha consistido en comentar con la mentorizada una serie de ideas, entre ellas, una para algún proyecto de investigación en el Lupus Eritematoso Sistémico (LES). “Hemos consensuado una idea concreta sobre la planificación del estudio, objetivo, metodología a seguir y diseño de las herramientas a utilizar. Estamos muy ilusionados con este proyecto.



Este servicio de la SER al socio, que se ofrece de forma gratuita, ayudará a muchos reumatólogos en su desarrollo profesional”

“

**Poder contar con la opinión
y los consejos del mentor,
en este caso un profesional
que tiene una gran
experiencia en la gestión y
manejo de las EAS, ha sido
todo un privilegio”**

Creemos que es original, novedoso y factible. En el próximo trimestre se le dará un buen empujón”, constata el especialista.

A lo largo de este año se han llevado a cabo diferentes reuniones de manera telemática. Si bien, a juicio de la mentorizada, “un año se queda corto para poder llevar a cabo las tareas, pero ha sido una buena primera toma de contacto para poder seguir trabajando en el futuro”.

Evaluaciones y valoraciones

La Dra. Cuadrado señala que se hizo una evaluación a los 6 meses de haber empezado el programa y, en general, ha sido “muy positiva”. A finales de año se hará una evaluación de los 21 que empezaron el programa y habrá datos para saber en qué se podría mejorar. “Este servicio de la SER al socio, que se ofrece de forma gratuita, creemos que ayudará a muchos reumatólogos en su desarrollo profesional”, constata.

Del mismo modo, el Dr. Calvo afirma: “Este proyecto es una idea muy buena y considero que la conexión de experiencia y emergencia va a dar muy buenos resultados”.

Para la Dra. Brandy, “es una buena iniciativa de la SER, sobre todo para aquellas zonas u hospitales donde no se tenga un senior en determinadas patologías (cada zona tendrá sus diferentes necesidades); ya que es una gran ayuda contar con algún especialista en la materia, al que se pueda recurrir para dudas, que pueden ser concretas (casos clínicos particulares) o más amplias (desarrollo de proyectos)”.

Una cosa a resaltar -añade la mentorizada- aunque este proyecto tiene una duración de un año, no deja de ser una forma de crear redes de trabajo que durarán si se tiene interés más del tiempo establecido, ya que a veces por circunstancias u objetivos iniciales más ambiciosos este periodo de tiempo de un año se queda corto. “Realmente merece la pena”, concluye.

**LAS ENFERMEDADES
REUMÁTICAS PUEDEN
AFECTAR A TODOS**



Un aplauso a la presencia de la Reumatología española en ACR

Proyectos, ideas, experiencias y, sobre todo, el compromiso con la ciencia y la investigación fueron protagonistas de la tradicional recepción de bienvenida que se organiza desde la Sociedad Española de Reumatología, en el marco de la celebración del Congreso Anual del *American College of Rheumatology* (ACR), que este año tuvo lugar en Washington (EE.UU.).

En este acto de celebración se dieron cita los asistentes al evento científico internacional, tanto socios de la SER, como colaboradores de la Reumatología española. Durante su desarrollo se pudo hacer un merecido reconocimiento a todos los que han contribuido un año más en el Programa SER de apoyo a la investigación en ACR 2024, con el objetivo de poder convertir a nuestra sociedad científica en un referente en formación e investigación. Este año han podido disfrutar de estas ayudas **más de 60 socios**, aportando un gran valor para la Reumatología española.



Una puesta al día gracias a

AC24
REVIEW



Artritis Reumatoide Clínica y Básica
Dra. Virginia Ruiz-Esquirol Toriño
Hospital Universitario Clínic de Barcelona



Artritis Reumatoide Tratamiento
Dra. Isabel Castrejón Fernández
Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid



Espondiloartritis Clínica y Básica
Dra. María Llop Vilaltella
Hospital Universitario Parc Taulí, Barcelona

En este marco, se volvieron a grabar los avances expuestos en diferentes áreas a través de ACR Review 24, una iniciativa ya consolidada entre nuestros socios que este año ha contado con la colaboración de AstraZeneca, Gebro Pharma y Lilly, y que este año ha estado coordinada por la Dra. Francisca Sivera, del Hospital General Universitario de Elda, Alicante.

Se pueden visualizar los vídeos a través de [este enlace](#).



Espondiloartritis Tratamiento
Dra. Clementina López Medina
Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba



Enfermedades Autoinmunes Sistémicas: LES, Sjögren y Esclerodermia
Dra. Beatriz Tejera Segura
Hospital Universitario Insular de Gran Canaria

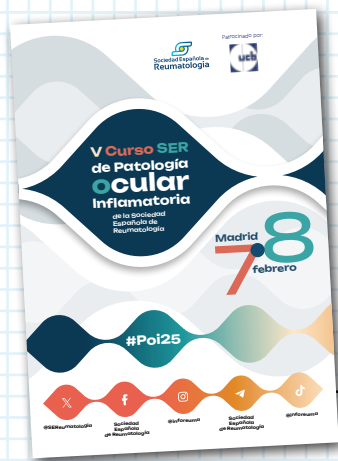


Enfermedades Autoinmunes Sistémicas: Vasculitis, Miopatías y Otras Conectivopatías
Dra. Clara Morlano Mora
Complejo Asistencial Universitario de León



Miscelánea
Dr. Alejandro Gómez Gómez
Hospital Universitario Vall D'Hebrón, Barcelona

Próximás CITAS FORMATIVAS



V CURSO SER DE PATOLOGÍA OCULAR INFLAMATORIA
7 y 8 de febrero, Valencia.
Con la colaboración de **UCB**.

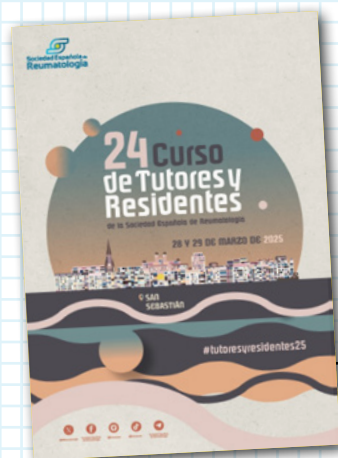
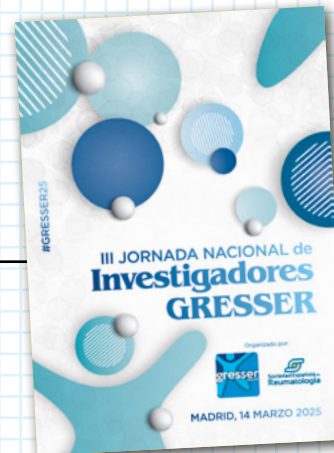


10º SIMPOSIO DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS
20 al 22 de febrero, Santander.

CURSO SER DE ANÁLISIS Y PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA DE LA REUMATOLOGÍA
7 y 8 de marzo, Pontevedra



JORNADA DE INVESTIGADORES GRESSER
Viernes 14 de marzo, Madrid.



XXIV CURSO SER DE TUTORES Y RESIDENTES
28 y 29 de marzo, San Sebastián.

LO MEJOR DEL AÑO EN ARTRITIS REUMATOIDE 2025
21 y 22 de marzo, Valencia.

La SAR, de la mano con la Administración andaluza para la mejora de la asistencia de los pacientes reumáticos

Gran éxito del XXIX Congreso anual de la Sociedad Andaluza de Reumatología (SAR) que se ha celebrado en Málaga.

SAR
Sociedad Andaluza de Reumatología



El congreso de la SAR ha sido una nueva y enriquecedora oportunidad para compartir conocimientos y reforzar la colaboración entre reumatólogos, investigadores y otros profesionales de la salud. “El programa científico fue cuidadosamente elaborado, muy completo y atractivo. Se trataron diversidad de temas innovadores y de gran relevancia clínica, perfectamente defendidos por cada uno de los ponentes, con una alta calidad científica de todas las ponencias. Por otro lado, trabajamos para que el congreso sea un espacio donde profesionales de diferentes disciplinas puedan compartir conocimientos, para ello se ha contado con la participación de compañeros de otras especialidades como Dermatología, Pediatría, Cirugía maxilofacial, Oncología, además de contar con una mesa de Enfermería”, ha señalado la presidenta de la SAR, la Dra. Yolanda Cabello.

“En Andalucía tenemos un gran potencial, y este congreso es una plataforma clave para avanzar juntos hacia una mejor atención para nuestros pacientes”, ha precisado la especialista, quien ha destacado también la importancia de enfrentarse a los retos de la derivación desde Atención Primaria; así como a la falta de especialistas.

No obstante, -ha añadido- “se está trabajando en un modelo de asistencia estandarizada, con el paciente en el centro del sistema y con un abordaje multidisciplinar y basado en la consecución de resultados en salud”. En este sentido, ha recordado la firma de un protocolo general de actuación entre la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, la SAR y la Sociedad Española de Reumatología, para el establecimiento de las condiciones de cooperación mediante la participación activa de los profesionales de Reumatología en el sistema sanitario público de Andalucía, que aborda diferentes ámbitos de colaboración, para mejorar la asistencia de los pacientes reumáticos.



“

Hay que enfrentarse a los retos de la derivación desde Atención Primaria, así como a la falta de especialistas”

AdRE

Por una mejor asistencia para los pacientes en Extremadura

El Hospital de Mérida acogió un año más las Jornadas emeritenses de inflamación y autoinmunidad, que ya van por su octava edición, organizadas por la Asociación de Reumatología Emeritense, que tuvieron lugar los días 29 y 30 de noviembre.

Las nuevas terapias en enfermedades autoinmunes sistémicas fueron protagonistas de este encuentro en el que también se abordaron los avances en osteoporosis; mientras que la conferencia magistral versó en la artritis reumatoide (AR) difícil de tratar y en las nuevas perspectivas terapéuticas en la AR. Siendo conscientes de la importancia del abordaje multidisciplinar, en este caso se incluyó también una mesa conjunta con Gastroenterología, al tener que realizar un manejo integral de los pacientes con enfermedades reumáticas que, en ocasiones, también sufren manifestaciones en el aparato digestivo y a la inversa, enfermedades digestivas con manifestaciones musculoesqueléticas. “La colaboración multidisciplinar cobra cada vez más importancia en el abordaje y en la planificación terapéutica de nuestros pacientes, que se benefician ampliamente de las buenas relaciones entre las distintas especialidades”, según destacó el Dr. Raúl Veroz, coordinador de las jornadas.

Asimismo, valoró este encuentro “muy positivamente”, al contar con una amplia afluencia de asistentes, destacando la alta cualificación científica y profesional de los ponentes de la jornada. “Continuamos formando científicamente a todos nuestros profesionales en beneficio de una asistencia de calidad a nuestros pacientes”, concluyó.

Frente a los desafíos de la especialidad en Murcia



“La reunión anual de la Sociedad Murciana de Reumatología, celebrada los días 8 y 9 de noviembre en San Pedro del Pinatar, ha contado con gran interés entre los socios, habiéndose inscrito el 95% de ellos. Es difícil dar cabida en una sola mañana a “todas las materias” que manejamos cotidianamente. Pero también es difícil no repetirse con temas actuales, y planificar un programa como el desarrollado. Tenemos una gran oferta formativa, tanto por la SER, como por iniciativa privada. Eso ha hecho que arriesguemos con un programa diferente, yendo a otros aspectos de nuestra especialidad que habitualmente se tratan de manera menos directa (como son comorbilidades en lupus, el beneficio coste económico de tratar a pacientes con osteoporosis con alto riesgo de fractura, etc.). Aprovecho para felicitar a los ponentes, pues han aceptado el desafío y han desarrollado los temas con calidad máxima y estricto rigor científico.

Actualmente estamos viviendo una situación complicada para nuestros pacientes, ya que hay un proceso de jubilaciones en las plantillas, que supera la demanda de trabajo por jó-

venes reumatólogos. Están quedando plazas sin cubrir en los centros (sobre todo comarcales), y esto va en perjuicio de la asistencia. Además, las gerencias de esos centros, con intención de paliar esa ausencia de reumatólogos, desplazan la demanda asistencial a otros especialistas que no están preparados para la correcta atención de nuestros pacientes (no tienen la formación específica de la especialidad de Reumatología), con lo que el daño puede ser incluso mayor. Desde nuestra sociedad regional hacemos todo lo posible para solucionar esta situación, que no es fácil, ni aislada de nuestra región”.

Dr. Juan Moreno Morales, Presidente de la Sociedad Murciana de Reumatología.



Radiografía de los Grupos de Trabajo de la SER

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

GRUPO DE TRABAJO EN PATOLOGÍA METABÓLICA ÓSEA (OSTEORESSER)

Coordinadora: **Dra. Núria Guañabens**

Secretaria: **Dra. Dacia Cerdá**

Año de creación del Grupo: **2015.**



También, estamos en proceso de publicación del proyecto finalizado: *"Bisphosphonate drug holidays in osteoporosis according to fracture risk profile"*, cuya investigadora principal es la Dra. Asunción Salmoral.

UN RETO PARA SU GRUPO...

Estar más implicado en la elaboración de los programas de formación de la SER en patología metabólica ósea. Pero, el reto más importante en 2024, es la actualización de las Recomendaciones de la SER sobre osteoporosis, cuya última actualización es de 2019, es decir, de hace 5 años.

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

Porque trabajamos en equipo. OsteoResSer ofrece la posibilidad de participar en proyectos de investigación en el ámbito de la patología metabólica ósea, con compañeros que tienen unas inquietudes científicas similares.

Considero un éxito que OsteResSer tenga 69 miembros. Ello indica el interés por la patología metabólica ósea de los reumatólogos españoles y es de esperar que este número vaya aumentando. Además, cabría destacar que el trabajo en equipo ha resultado en numerosas comunicaciones a congresos y publicaciones en revistas prestigiosas en el ámbito de la patología metabólica ósea.

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

Aglutinar a los especialistas en Reumatología interesados en la asistencia e investigación en patología metabólica ósea. Al mismo tiempo, realizar proyectos de investigación que aporten la posibilidad de colaborar en el análisis de temas relevantes, que deriven en publicaciones científicas. Por último, impulsar y fomentar el conocimiento de estas enfermedades entre los socios de la SER.

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

En la actualidad se está llevando a cabo el proyecto: "Efectos de la inhibición de las Jak quininas sobre el metabolismo óseo de los pacientes con artritis reumatoide", cuyo investigador principal es el Dr. Javier Aguilar del Rey.



El reto más importante en 2024, es la actualización de las Recomendaciones de la SER sobre osteoporosis"

GRUPO DE TRABAJO DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS (EASSER)

Coordinador: **Dr. Íñigo Rúa-Figueroa**

Secretaria: **Dra. Irene Altabás**

Año de creación del Grupo: fue uno de los primeros Grupos de Trabajo de la SER, gestándose por iniciativa de un grupo de socios con especial inquietud por desarrollar investigación multicéntrica en este grupo de complejas patologías, auspiciado por la SER, como una necesidad no cubierta hasta entonces. Nos reunimos por primera vez durante el XXXV Congreso de la SER en Murcia, en el año 2009, sacando adelante una cohorte multicéntrica de lupus tratados con rituximab, como proyecto piloto del grupo. También se vio la necesidad de desarrollar programas formativos específicos, potenciar la relación con las sociedades de pacientes y con otras sociedades científicas de especialidades afines, involucradas en el manejo de las enfermedades reumáticas autoinmunes sistémicas (ERAS). El camino recorrido desde entonces, no exento de dificultades, ha sido muy fructífero y satisfactorio, con la promoción exitosa de un buen número de registros multicéntricos, enormemente productivos en términos de publicaciones, siendo RELESSER el proyecto pionero, que han posicionado a la SER en lo más alto en cuanto a generación de conocimiento. También se promovió el desarrollo de un Manual o Tratado específico SER de ERAS y el Curso de LES y SAF de la SER, entre otras iniciativas formativas. El grupo cuenta en la actualidad con más de 100 miembros colaborando en las actividades del grupo.



particularmente emblemática para la Reumatología. El hecho de que las ERAS sean enfermedades muy complejas e infrecuentes, así como heterogéneas, hace especialmente pertinente la investigación cooperativa multicéntrica, los documentos de consenso SER en las diferentes ERAS y las iniciativas formativas.

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

Cabría destacar los registros multicéntricos de las diferentes patologías, que incluyen al mencionado registro de lupus de la SER (RELESSER), el SJÖGRENSE, MYOSPAIN, ESCLEROSER, VEXASSER y RESER/NVAN, el registro de vasculitis asociadas a ANCA. Esto es todo un éxito de EASSER en estrecha colaboración con la Unidad de Investigación de la SER.

UN RETO PARA SU GRUPO...

El mayor reto sigue siendo contribuir a consolidar y potenciar el liderazgo científico y asistencial de la SER en todas y cada una de las patologías y potenciar la colaboración con otras sociedades científicas, dando a conocer la labor de los reumatólogos en este ámbito. Un buen ejemplo es el mencionado RESER/NVAN, que se lleva a cabo en colaboración con la Sociedad Española de Nefrología. También el reto de conseguir una mayor dedicación, de índole profesional, de algunos de sus miembros a los proyectos en curso, para hacerlos más eficientes, si cabe.

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

Se trata de un grupo de alto valor estratégico para la SER, por las patologías a las que está dedicado. Las enfermedades reumáticas autoinmunes sistémicas han sido tradicionalmente disputadas por otras especialidades en nuestro país, haciendo necesario desarrollar estrategias para afirmar nuestro liderazgo en esta área

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

Por su dinamismo y creatividad, con un buen número de proyectos activos de alta producción científica en marcha, que siempre precisan de colaboradores y nuevos talentos para optimizar su rendimiento. Siempre hay múltiples tareas o frentes abiertos, de manera que cualquier brazo es bienvenido, pudiéndose beneficiar a nivel curricular y sentirse orgulloso de los logros del grupo para la SER y para los pacientes con ERAS.



GRUPO DE ESTUDIO DE FIBROMIALGIA (GEFISER)

Coordinador:
Dr. Javier Rivera

Secretaria: **Dra. Miriam Almirall.**
Responde a la entrevista

Año de creación del Grupo:
se creó en el año **2006**.

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

La fibromialgia es una enfermedad con una elevada prevalencia, del 2,4% de la población española según el estudio EPISER. Es la segunda causa de consulta más frecuente al reumatólogo tras la artrosis y es habitual que se presente de forma concomitante con otras enfermedades reumáticas, como la artritis reumatoide, el lupus o la espondiloartritis axial.

Por todo ello, es fundamental fomentar su conocimiento entre los especialistas en Reumatología, a través de cursos, talleres y reuniones, su mejor abordaje a través de recomendaciones y guías de práctica clínica, su investigación clínica y básica, en solitario y/o en colaboración con otros grupos de trabajo, y su divulgación a través de diferentes medios de comunicación.

Creemos que mejorar el estudio y el conocimiento de la fibromialgia a través de GEFISER es básico para la especialidad de Reumatología para poder conseguir un abordaje más completo, holístico y multidisciplinar de todos los pacientes que sufren esta patología en solitario o de forma comórbida con otras enfermedades reumatológicas.

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

Actualmente necesitamos dar un nuevo impulso al trabajo colaborativo como grupo para reproducir estudios tan interesantes como el EPIFACC, primer estudio epidemiológico español en analizar de forma global el impacto familiar, laboral, social y económico de la fibromialgia en España.

UN RETO PARA SU GRUPO...

A parte de fomentar nuevas incorporaciones en nuestro grupo de trabajo, principalmente de reumatólogos jóvenes, nuestros retos son aumentar y mejorar la cantidad y la calidad de la formación y la investigación en la fibromialgia y despertar mayor interés y colaboración entre de los miembros del grupo y entre GEFISER y otros Grupos de Trabajo de la SER.

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

Nos gustaría despertar el interés de más reumatólogos en una patología que ven y tratan, o deberían tratar, de forma frecuente en sus consultas. Qué mejor forma de hacerlo que con un mejor conocimiento de la misma y con una mayor investigación, más colaborativa y de mayor calidad.

GEFISER es un grupo de trabajo con una larga trayectoria que necesita un impulso para incorporar nuevos miembros y para mejorar el interés y la participación de los miembros ya existentes en el estudio de una enfermedad con muchos interrogantes y, por lo tanto, mucho por hacer y conocer, con necesidad de mejorar tanto su abordaje como su investigación.



GRUPO DE TRABAJO SOBRE MEDICINA REGENERATIVA (REGENSER)

Coordinador: **Dr. Juan Muñoz Ortego**

Secretario: **Dr. Christian Y. Soletto**

Año de creación del Grupo: **2023**

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

La Medicina Regenerativa es un campo médico muy amplio y en continuo avance científico en el que se utilizan diversos agentes, ya sean autólogos o heterólogos, celulares o séricos, así como productos de ingeniería tisular, con el objetivo de inducir la reparación y/o regeneración de los tejidos afectados. El rápido desarrollo de estas tecnologías y la elevada heterogeneidad en su práctica clínica y aplicaciones requiere que venga acompañado de la correspondiente evidencia científica. Actualmente se plantean muchos interrogantes sobre el uso e indicaciones de estas técnicas que, desde este grupo de trabajo, queremos responder en beneficio de los pacientes reumáticos.

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

Estamos trabajando en tres documentos sobre el uso, indicaciones y seguridad del PRP (plasma rico en plaquetas) para diversas condiciones reumáticas como la artrosis de rodilla, la tendinosis del manguito rotador y las entesitis.

UN RETO PARA SU GRUPO...

Normalizar el uso de la Medicina Regenerativa como opción terapéutica cotidiana para los reumatólogos.

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

Si te interesa estar actualizado e incorporar técnicas de Medicina Regenerativa a tu abanico terapéutico, éste es tu grupo.

Todo lo grande empieza siempre pequeño, un árbol enorme crece de un tierno retoño y un camino de mil pasos comienza con un sólo paso.

“
Es un campo de
interés creciente
tanto a nivel
asistencial como
de investigación
y la colaboración
con la
especialidad de
Oftalmología es
tremendamente
gratificante y
docente”



GRUPO DE ESTUDIO DE UVEÍTIS

Coordinador: **Dr. Raúl Veroz González**

Secretaria: **Dra. Diana Peiteado López**

Año de creación del Grupo: surgió hace algo más de 20 años cuando un grupo de reumatólogos y oftalmólogos, interesados en el campo de la inflamación ocular, despertaron un interés creciente en la colaboración multidisciplinar y en la promoción de la formación e investigación de la patología ocular inflamatoria y su relación con las enfermedades sistémicas. El manejo y la experiencia de nuestra especialidad con los fármacos inmunosupresores clásicos y la aparición de las terapias biológicas y su utilidad en determinadas patologías oculares hizo que los oftalmólogos buscaran colaboración con los reumatólogos para el manejo y gestión del riesgo de estos tratamientos. Los reumatólogos fuimos capaces de ver un campo interesante de desarrollo profesional en estas patologías y que, este trabajo conjunto, ayudase de sobremanera a los pacientes, mejorando sus resultados en salud y prestando cuidados asistenciales con el máximo nivel de calidad científico-técnica.

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

Lleva a cabo actividades formativas para el colectivo de reumatólogos, colabora en la organización de las actividades científicas de la SER en relación a la patología ocular inflamatoria, incentiva la formación de Unidades multidisciplinarias de uveítis, la realización de proyectos de investigación multicéntricos de carácter clínico e intercambia actividades científicas y formativas con otros grupos de otras sociedades científicas interesados en la uveítis. Son crecientes las publicaciones en congresos nacionales e internacionales, los artículos del grupo español publicados en revistas científicas, las tesis doctorales y los trabajos de fin de carrera relacionados con la patología ocular inflamatoria.

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

Resulta necesario profundizar en el conocimiento de la inflamación ocular porque cada vez es más frecuente encontrar pacientes con manifestaciones oculares complejas cuya patogenia está mediada por el sistema inmune. En este sentido, y debido a su amplitud creciente, la especialidad de Oftalmología demanda asistencia y apoyo para resolver este tipo de problemas de sus pacientes, y los reumatólogos somos la especialidad idónea, gracias a nuestra formación y experiencia en el campo de las artropatías inflamatorias y enfermedades autoinmunes que, además, suelen presentar manifestaciones oculares dentro de las manifestaciones sistémicas extrarticulares con relativa frecuencia. De esta manera, encontramos inflamación ocular en diversas formas tanto en pacientes con artritis reumatoide, espondiloartritis, artritis psoriásica, lupus, síndrome de Sjögren, vasculitis sistémicas, etc. Por ello, para cualquier especialista en Reumatología, se dedique a lo que se dedique, resulta interesante e importante estar formado en patología ocular inflamatoria.

UN RETO PARA SU GRUPO...

Crecer en número de participantes y promover un interés creciente de este campo. Están consolidados los cursos de formación de la SER, ya en 2004 comenzó el curso básico de uveítis en Madrid celebrado anualmente, en 2012 inicia el curso avanzado de uveítis en Santander como necesidad de aumentar su contenido formativo y, desde el año 2021, se unifican ambos celebrándose en Madrid bajo la denominación de curso de Patología Ocular Inflamatoria, en la que su programa abarca de una forma más integral la inflamación ocular en sus distintas manifestaciones y localizaciones. En 2009 comenzaron los programas de "Rotaciones en unidades de Uveítis", rotaciones formativas eminentemente prácticas, en las Unidades de Uveítis que ya funcionan en el país para los socios interesados en esta patología y es igualmente un reto seguir ofreciendo este servicio en las cada vez más frecuentes Unidades que van surgiendo a lo largo de nuestra geografía.

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

El grupo de trabajo de uveítis es un grupo dinámico, joven, con iniciativa y con muchas ganas de realizar proyectos e incorporar a nuevos miembros. Es un campo de interés creciente tanto a nivel asistencial como de investigación y la colaboración con la especialidad de Oftalmología es tremendamente gratificante y docente.

Unidos en una campaña de educación sobre el LES y el SAF

Mejorar el conocimiento y la visibilidad de las enfermedades reumáticas autoinmunes sistémicas (ERAS) es uno de nuestros objetivos principales en el ámbito de la comunicación. En este sentido, y en el marco del 'XVI Curso de Lupus Eritematoso Sistémico (LES) y Síndrome Antifosfolípido (SAF) de la Sociedad Española de Reumatología', que tuvo lugar en Logroño, llevamos a cabo una campaña de educación sanitaria dirigida a la población general.

Esta iniciativa contó con el apoyo de la Sociedad Riojana de Reumatología, la asociación SAF España y la Federación Española de Lupus (FELUPUS) y se llevó a cabo en el Parque Gallarza donde se organizó un taller en el cual las familias tuvieron la oportunidad de decorar y personalizar cometas con forma de libélula (símbolo del SAF) y mariposa (símbolo del lupus). Al final de la mañana, como cierre de la acción, se volaron todas las cometas, imágenes que se compartieron en redes sociales con el hashtag #VolandoPorLESySAF para incidir sobre el impacto de estas enfermedades autoinmunes sistémicas.

Para las asociaciones implicadas esta acción ha sido "muy positiva y necesaria". En la misma línea, la presidenta de la Sociedad Riojana de Reumatología, la Dra. Valvanera Pinillos, manifestó la importancia de mejorar la visibilidad de las enfermedades reumáticas, especialmente de las autoinmunes sistémicas, ya que "muchas veces las personas que las sufren desconocen que se manejan en las consultas de Reumatología, aunque por su carácter sistémico se pueda requerir una atención multidisciplinar".

“
Se volaron todas las cometas, imágenes que se compartieron en redes sociales con el hashtag #VolandoPorLESySAF”



Gustavo Amorós, presidente de la asociación SAF España y Nuria Carballeda, tesorera de Felupus.



El embarazo y las displasias esqueléticas: protagonistas de los últimos *webinars* para pacientes



Seguimos trabajando para aumentar la formación de las personas con enfermedades reumáticas a través de nuestro ciclo de *webinars*. Uno de los últimos que hemos organizado y que ha tenido una gran acogida ha sido: “De la planificación al parto: embarazo en enfermedades reumáticas” en el que dos especialistas del Hospital Universitario Vall d’Hebron, la Dra. Andrea Pluma (reumatóloga) y la Dra. Berta Serrano (obstetra) ofrecieron su visión, consejos y despejaron dudas sobre este periodo tan importante para las mujeres con enfermedades reumáticas.



El otro seminario se ha llevado a cabo con la colaboración de la asociación Acondroplasia y otras Displasias Esqueléticas con Enanismo (ADEE), bajo el título: “Reumatología y displasias óseas: vínculos y necesidades”. En este encuentro se han abordado temas como la relación de la especialidad de la Reumatología y las displasias óseas, las necesidades no cubiertas de los pacientes, los hábitos saludables, la importancia de los equipos multidisciplinares en el abordaje de estas patologías, el papel de las asociaciones de pacientes y las vías de investigación en este ámbito, entre otras cuestiones.

Felices Fiestas

y nuestros mejores deseos para el

2025

Éxito de nuestra campaña en redes ‘Octubre: Mes de las Enfermedades Reumáticas’

Octubre es conocido como el mes de las enfermedades reumáticas, ya que en estos días se concentran el mayor número de días mundiales y nacionales dedicados a estas patologías: el Día Mundial y Nacional de la Artritis Reumatoide, el Día Nacional de la Espondiloartritis Axial, el Día Mundial de la Uveítis, el Día Mundial de la Psoriasis y la Artritis Psoriásica y el Día Mundial de la Osteoporosis, entre otros.

En este contexto, con el objetivo de dar más visibilidad a las enfermedades reumáticas, desde la Fundación Española de Reumatología (FER) lanzamos una plantilla de *stories* en la cuenta de Instagram, [@inforeuma](https://www.instagram.com/inforeuma), para que todos los usuarios de esta red social pudieran utilizarla a lo largo del mes, compartiendo fotos o vídeos. Se diseñó siguiendo la estética de la campaña “A todos es a todos”, con el propósito de mostrar que las enfermedades reumáticas no afectan solo a las personas mayores, sino que pueden afectar a cualquiera y que hay más patologías, además del famoso y mal llamado “reuma”.

El objetivo de esta iniciativa era aumentar la visibilidad de las enfermedades reumáticas en un mes clave tanto para los pacientes como para los especialistas, y continuar con la labor de desmentir mitos relacionados con ellas, siguiendo la línea comunicativa de esta campaña lanzada en primavera de 2024.

¿Cómo funcionaba la plantilla?

El mecanismo era muy sencillo, el día 1 de octubre lanzamos en nuestras *stories* la plantilla con un ejemplo, y a partir de ahí quien quisiera podía darle a “Ahora tú” y subirla a su cuenta.

Después, estas publicaciones eran compartidas en el perfil de Instagram de la FER, para así aumentar el alcance y la visibilidad de la misma. Como resultado, las *stories* compartidas lograron superar las 4.000 impresiones.

Pequeños gestos y acciones como estas consiguen grandes objetivos, tanto para los pacientes como para los especialistas en Reumatología, poniendo el foco en la importancia de ser conscientes de estas enfermedades, de su impacto en las personas afectadas y de lo esenciales que son los profesionales sanitarios, que se dedican a mejorar la vida de estos pacientes.



“

Pequeños gestos como estos consiguen grandes objetivos, tanto para los pacientes como para los reumatólogos”



Lanzamos la campaña “Loco por mis huesos”

Con el objetivo de incidir en la importancia de mantener hábitos de vida saludables para prevenir la osteoporosis.

En la actualidad, la osteoporosis se considera un problema de salud muy importante a nivel mundial. Actualmente, se producen 782 fracturas por fragilidad al día en población española; sin embargo, tan sólo el 36% de estos individuos reciben tratamiento para la osteoporosis.

Según el último estudio de la Sociedad Española de Reumatología sobre la epidemiología de la osteoporosis en la población española y realizado en 1.522 sujetos -proyecto OsteoSER-, el 54,4% de mayores de 50 años presentaron osteopenia y un 10,7% osteoporosis. Analizando estos datos por género, se confirma que la osteoporosis es mucho más frecuente entre las mujeres (18,6%), que entre los varones (2,6%).

En opinión de la Dra. Carmen Gómez Vaquero, investigadora principal del estudio OsteoSER y miembro del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario de Bellvitge, “estos resultados son muy útiles para calcular los recursos que deberían dedicarse a la prevención de fracturas por fragilidad en el Sistema Nacional de Salud. Concretamente, en la población con mayor riesgo de fractura, las mujeres de 65 años o más, el 24,9% tiene osteoporosis. Según datos actualizados a 1 de

enero de 2023 del Instituto Nacional de Estadística, la cifra absoluta ascendería a 1.300.021 mujeres españolas con alto riesgo de fractura”.

Además, -puntualiza- ahora disponemos de datos también en menores de 50 años: un 96,7% presentaron una Densidad Mineral Ósea (DMO) dentro de lo esperada para su edad. En esta población más joven, una mayor proporción de varones, el 5,4%, tuvo una DMO menor de la esperada, frente al 1,2% de las mujeres.

Con el objetivo de aumentar el conocimiento sobre la osteoporosis, desde la SER hemos lanzado la campaña “Loco por mis huesos” para hacer hincapié en la importancia de adquirir hábitos saludables para prevenir esta patología que va aumentando en relación con el progresivo envejecimiento de la población. En concreto, entre los mensajes lanzados se insiste en la necesidad de realizar ejercicio aeróbico de impacto y de fortalecimiento para mantener una buena salud muscular y ósea. “El tipo de ejercicio más recomendable es caminar correr u otro tipo de ejercicio aeróbico. No son aconsejables los saltos en pacientes que han sufrido fracturas vertebrales y se deberían sustituir por caminar, con el objetivo de reducir un impacto excesivo en la co-

lumna. Los programas de ejercicio físico generalmente incluyen 20 a 30 minutos de ejercicio aeróbico y fortalecimiento-resistencia practicados de forma regular, 2-3 días a la semana, siempre adaptados a las características de cada persona”, explica la Dra. Raquel Almodóvar, reumatóloga del Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

También en la campaña se incide en la importancia de llevar una dieta mediterránea que incluya un consumo adecuado de calcio y vitamina D, evitar el tabaquismo y el consumo de alcohol en exceso, entre otros factores.

“

En España, el 54,4% de los mayores de 50 años sufren osteopenia y el 10,7% osteoporosis”



El “flechazo”: la inspiración en las novelas de Álex Prada

El reumatólogo del Hospital Universitario de Torrejón (Madrid) nos presenta su última novela *La parte blanda de la montaña*, nos cuenta cómo conjuga ambas disciplinas: literatura y medicina, y nos avanza algunos proyectos literarios ya en marcha.



DESDE LA ANTERIOR NOVELA *COMIDA Y BASURA* HASTA LA SEGUNDA: *LA PARTE BLANDA DE LA MONTAÑA*, ¿CÓMO CONSIDERA QUE HA IDO EVOLUCIONANDO COMO ESCRITOR?

Quizá uno de los puntos más diferenciadores del proceso creativo entre ambas novelas sea el distanciamiento creciente que hay con las estructuras relacionadas con la poesía. Mi primera novela estaba todavía muy cerca de mi trabajo previo con el verso y *La parte blanda de la montaña*, que mantiene el cuidado del lenguaje, la lírica que creo siempre necesaria en cualquier texto, cuenta con un andamiaje mucho más denso, más sustentada en lo que les ocurre a los personajes, se puede decir que hay algo más de “aventura” y no tanto de introspección, que también la hay inevitablemente.

¿CÓMO SE INSPIRÓ PARA ESCRIBIR *LA PARTE BLANDA DE LA MONTAÑA*?

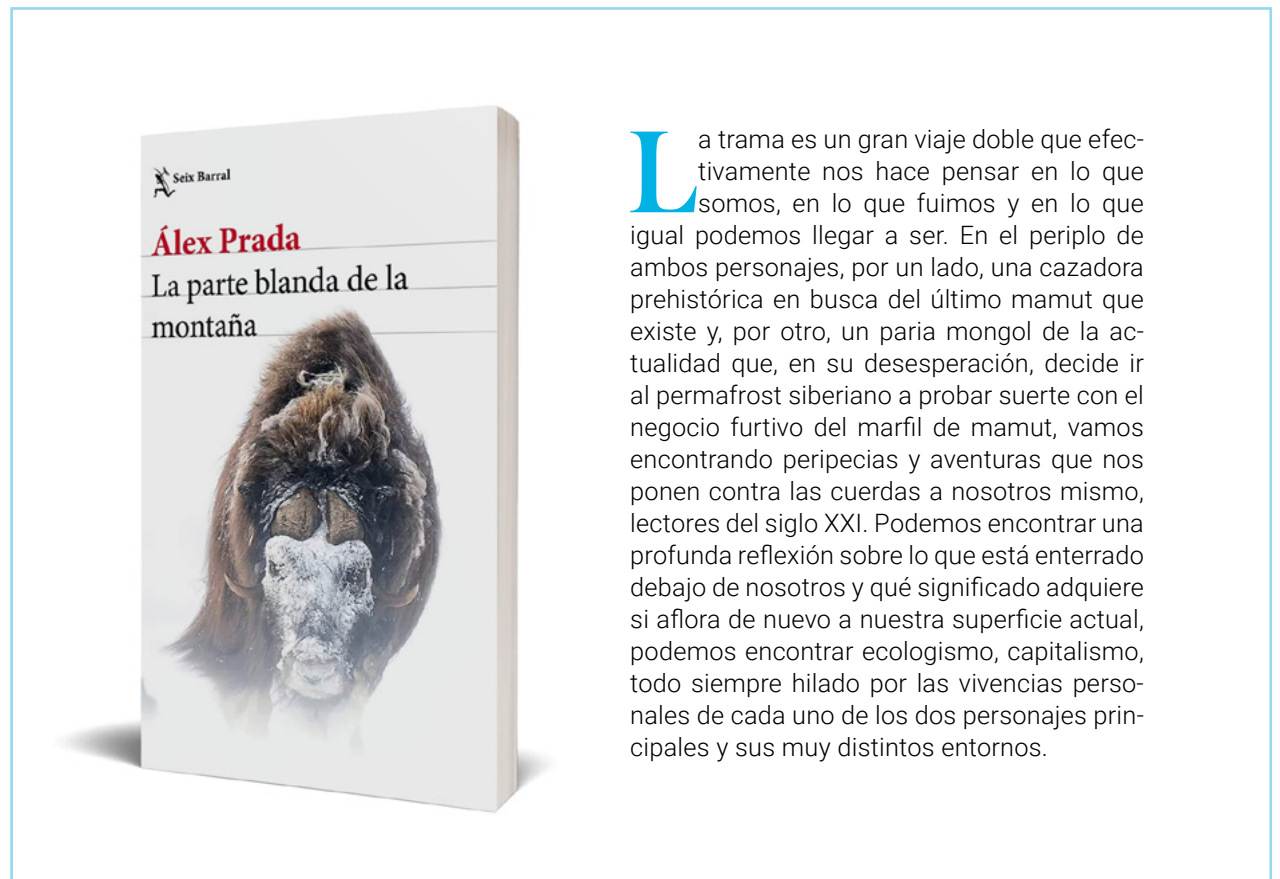
Aquí sí que hay un proceso similar a *Comida y basura* y no es otro que “el flechazo”. *Comida y basura* nace de una estampa que vi en la calle, vi a los personajes y vi detrás de ellos toda la novela. En *La parte blanda de la montaña* no fueron personas físicas como tal. Estaba de viaje en Nueva Zelanda y en una cafetería en un lugar remoto me encontré un ejemplar antiguo de las clásicas revistas amarillas de *National Geographic*. En dicha revista había un documental sobre los buscadores de colmillos de mamuts en el permafrost ruso, parias que se van allí a la desesperada y, de manera furtiva, se dedican a extraer del subsuelo esos colmillos para luego venderlos en el mercado negro del marfil, habitualmente en China. El reportaje llevaba unas fotos muy impactantes y pensé que allí “detrás” también había una gran novela. Le pedí a la chica de la cafetería que me vendiera la revista, pero me la regaló. Todavía la conservo, por supuesto. Pero todo fue a más al día siguiente. Cuando uno entra

en ese estado de “activación cerebral” del proceso creativo pasan estas cosas. Yo ya iba con la excitación de montar una historia en torno a ese mundo del marfil del permafrost, así que fue casi lógico, dentro de la casualidad tan extraordinaria que aquello representaba, que en una librería de viejo de otro pueblo encontrara un ejemplar de *Los cazadores de mamuts* de la saga superventas del clan del oso cavernario de Jean M. Auel. Allí tenía la otra parte de mi historia: junto a los buscadores de marfil de mamut contemporáneos, mi novela iba a hacer andar a la par a prehistóricos buscando los últimos mamuts previos a su extinción.

“
Creo que uno de los pilares fundamentales para que todo esto siga funcionando es la enorme red que me rodea y que me mantiene fuerte”

“

Estoy trabajando en varios proyectos, uno de ellos une a la perfección medicina y literatura: con textos inéditos de Francisco Umbral publicados en una revista mítica de medicina llamada *Jano, medicina y humanidades*”



La trama es un gran viaje doble que efectivamente nos hace pensar en lo que somos, en lo que fuimos y en lo que igual podemos llegar a ser. En el periplo de ambos personajes, por un lado, una cazadora prehistórica en busca del último mamut que existe y, por otro, un paria mongol de la actualidad que, en su desesperación, decide ir al permafrost siberiano a probar suerte con el negocio furtivo del marfil de mamut, vamos encontrando peripecias y aventuras que nos ponen contra las cuerdas a nosotros mismo, lectores del siglo XXI. Podemos encontrar una profunda reflexión sobre lo que está enterrado debajo de nosotros y qué significado adquiere si aflora de nuevo a nuestra superficie actual, podemos encontrar ecologismo, capitalismo, todo siempre hilado por las vivencias personales de cada uno de los dos personajes principales y sus muy distintos entornos.

PARECE QUE SIGUE COMPAGINANDO BIEN LA PRÁCTICA DE ESCRITOR CON LA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA... ¿CÓMO LO HACE?

Dentro de que mantenerse “en forma” en ambos ámbitos profesionales y, además, tratar de conciliar la vida familiar y de ocio es una tarea muy exigente y que me pone muchas veces contra las cuerdas, creo que uno de los pilares fundamentales para que todo esto siga funcionando es la enorme red que me rodea y que me mantiene fuerte. Principalmente mi familia, mis hijos y mi mujer me dan todo el apoyo emocional y logístico que necesito. Y por otro lado está mi “equipazo” de reumatólogos. Desde la dirección de mi hospital hasta los compañeros del Servicio con los que trabajo “me quieren tal y como soy”, respetan mis necesidades laborales en el ámbito de la literatura y siempre ha-

cen todo lo posible por darme mi tiempo y mi espacio. Este año, por ejemplo, he tenido varias oportunidades de dejar de trabajar en el hospital gracias a una subvención del Ministerio de Cultura a la Creación Literaria y a una estancia para escribir en una residencia de escritores y la red de gente que me rodea me ha dado todo lo necesario para poder disfrutarlo. Eso sí, cuando me siento a escribir lo doy todo, soy muy ejecutivo. Si tengo dos horas, trabajo esas dos horas. ¡Tampoco tengo más remedio! Y mejor otro día hablamos de cómo de mal se “reconocen” estos esfuerzos en ambas profesiones, de la enorme distancia que hay entre el tiempo y el esfuerzo invertidos y los réditos económicos y de reconocimiento que a día de hoy se reciben en ambas profesiones. Tampoco quiero hablar del concepto de “vocación”. ¡Que no me quiero cabrear!

EN LA BALANZA, ¿SIGUEN TENIENDO EL MISMO PESO LA MEDICINA Y LA LITERATURA?

La balanza está en estos momentos sufriendo bastantes vaivenes, digámoslo así. Me he reincorporado al hospital con alguna reducción de jornada pequeña y trato de avanzar en todos los proyectos que tengo sobre la mesa en estos momentos. No está siendo fácil, espero que poco a poco vaya encontrando un ritmo más “cómodo”, digámoslo así. Mi cabeza está llena de ideas. Si tuviera la posibilidad de dedicarme tres o cuatro meses solo a escribir estoy seguro de que terminaba los dos o tres proyectos literarios que ahora ocupan, sin remedio, mi mente. ¡Y estoy seguro de que serían tres o cuatro tochos sesudos!

“

Si tuviera la posibilidad de dedicarme tres o cuatro meses solo a escribir estoy seguro de que terminaba los dos o tres proyectos literarios que ahora ocupan, sin remedio, mi mente”



¿AFIANZADO CON SEIX BARRAL? ¿TIENE OTROS PROYECTOS LITERARIOS EN MENTE O EN MARCHA?

Con Seix Barral tengo una relación muy buena, especialmente con mi editor, Jesús Rocamora, con el que tengo una conexión muy fuerte, nos entendemos a la perfección. En este justo momento tenemos sobre la mesa el manuscrito de una novela que acabo de terminar y estamos tratando de entender si es “mi tercera novela o no”, si llevamos a cabo los ajustes necesarios para que ambos estemos contentos con ella o la guardamos en el cajón... Jugar en un equipo tan grande y tener delante a escritores tan reconocidos como los que publican en dicha editorial es un reto muy potente, para lo bueno y, a veces, para lo malo. Pero me motiva mucho trabajar con ellos porque son muy cuidadosos y me dan un nivel de entendimiento de lo que quiero contar asombroso. Mi trabajo previo con ellos con mis dos primeras novelas fue impagable. Aprendí mucho. Además de esta novela ya acabada estoy intentando encontrar el ritmo de escritura del ensayo. Estoy en un proceso preliminar de escritura de un texto teórico sobre nuestra relación de amor-odio (y olvido y también muchas veces de hipocresía) con las palabras que nos rodean a diario. Espero que siga creciendo. Además, ya ha nacido el germen de una siguiente novela: recientemente he perdido a una de las personas más importantes de mi vida, esa ausencia está tirando demasiado fuerte de mí y la literatura es mi modo natural de entendimiento de lo que me rodea. ¡Tengo más! Un proyecto que une a la perfección medicina y literatura: llevo trabajando casi 2 años con textos inéditos de Francisco Umbral publicados en una revista mítica de medicina desde 1971 a 2006 llamada *Jano, medicina y humanidades*. Una catedrática experta en la obra de Umbral, la profesora Bénédicte de Buron-Brun y yo hemos recuperado más de 300 artícu-

los inéditos y estamos en proceso final de edición con una editorial importante, esperamos que para principios de 2025 salga el libro, en el que voy de editor y prologuista. Es un sueño cumplido. ¡Estén atentos a las librerías!

¿QUÉ ESTÁ LEYENDO AHORA?

Siempre tengo mucha lectura entre manos. Poesía siempre, estoy con las antologías de Wislawa Szymborska y de Roberto Bolaño y acabo de terminar un poemario maravilloso de un escritor joven, *Los bloques naranjas*, de Luis Díaz en editorial Caballo de Troya. Tiene una forma muy potente de hablar de un tema casi tabú: la amistad entre hombres en los barrios periféricos, las dificultades de mostrar los sentimientos en un mundo marcadamente rudo. He leído dos novelas recientemente que tienen mucho que ver con el cuerpo, con la anatomía, el superventas *Hamnet* de Maggie O’Farrell y *McGlue* de Ottessa Moshfegh. Este verano me he tirado de cabeza al teatro de Shakespeare, he juntado mis tragedias personales con las calamidades de esos textos clásicos y ha sido bastante terapéutico, la verdad.



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

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

abbvie

abbvie.es