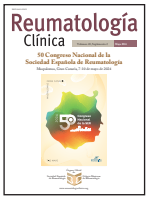
Reumatol Clin. 20 (2024):S55-S130

Sociedad Española de Reumatología
Colegio Mexicano de Reumatología

Reumatología Clínica

www.reumatologiaclinica.org



TRABAJOS ACEPTADOS SOLO PARA PUBLICACIÓN

50 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología

Maspalomas, 7-10 de mayo de 2024

RC01. EXPERIENCIA CON UPADACITINIB EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS ASOCIADA A ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN UN CENTRO HOSPITALARIO DE TERCER NIVEL

Miriam Almirall Bernabé, Esther Espartal, Alba Erra, Xabier Michelena y Sara Marsal

Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción: La aprobación de upadacitinib para el tratamiento de pacientes con espondiloartritis, enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa supone una prometedora alternativa para aquellos pacientes que sufren estas enfermedades de forma concomitante y no han respondido a la terapia anti-TNF o presentan alguna contraindicación para su uso. El objetivo de ese estudio es describir la experiencia con upadacitinib en pacientes con espondiloartritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal, EII, en un centro hospitalario de tercer nivel en condiciones de práctica clínica.
Métodos: Estudio observacional retrospectivo que describe las características basales, la evolución clínica mediante el índice de actividad ASDAS-PCR y la discontinuación o no del tratamiento de una cohorte de pacientes con espondiloartritis asociada a EII que han iniciado tratamiento con upadacitinib de junio de 2022 a junio de 2023 en un centro hospitalario terciario.
Resultados: 6 pacientes, 3 hombres y 3 mujeres fueron seleccionados. Presentaban una edad media de 40,5 ± 10,9 años y una duración media de la espondiloartritis de 10,7 ± 6,6 años. 5 cumplían criterios de espondiloartritis axial, de los cuales 4 presentaban formas radiográficas, y 1 de espondiloartritis periférica, con presencia de artritis. Solo 2 eran HLA-B27 positivos. De los 5 pacientes con espondiloartritis axial, 2 presentaban también clínica periférica en forma de artritis y solo 1 entesitis aquílea. En cuanto a la EII, todos presentaban enfermedad de Crohn, con una duración media de 11,8 ± 6,3 años. 2 pacientes seguían terapia combinada con un FAME convencional y solo 1 con corticoides. Todos habían recibido más de un fármaco biológico previo con una media de 3,3 ± 1 fármacos. Todos habían recibido anti-TNF y 5 ustekinumab. 5 iniciaron upadacitinib a dosis de 45 mg/día. En 1 caso la indicación fue de digestivo, en 2 de Reumatología y en 3 de ambos servicios reunidos en comité. En cuanto a la evolución clínica, los 2 pacientes con baja actividad según el índice ASDAS permanecieron en la misma durante todo el seguimiento y los 3 con alta actividad evolucionaron a baja actividad desde los 3 primeros meses. El paciente con valores de ASDAS de muy alta actividad, con fallo a 3 anti-TNF previos, fue el único no respondedor desde el punto de vista articular y se le retiró upadacitinib a los 5 meses de tratamiento. Upadacitinib se mantuvo en 4 casos, con una media de seguimiento de 11 ± 3,26 meses. No se objetivaron efectos secundarios destacables en ningún caso.
Conclusiones: Upadacitinib ha demostrado eficacia y seguridad en vida real en casos clínicos complejos que presentan espondiloartritis y EII de forma comórbida.

RC02. EFECTIVIDAD DE LA TOXINA BOTULÍNICA ADMINISTRADA DE MANERA ECOGUIADA PARA EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE RAYNAUD

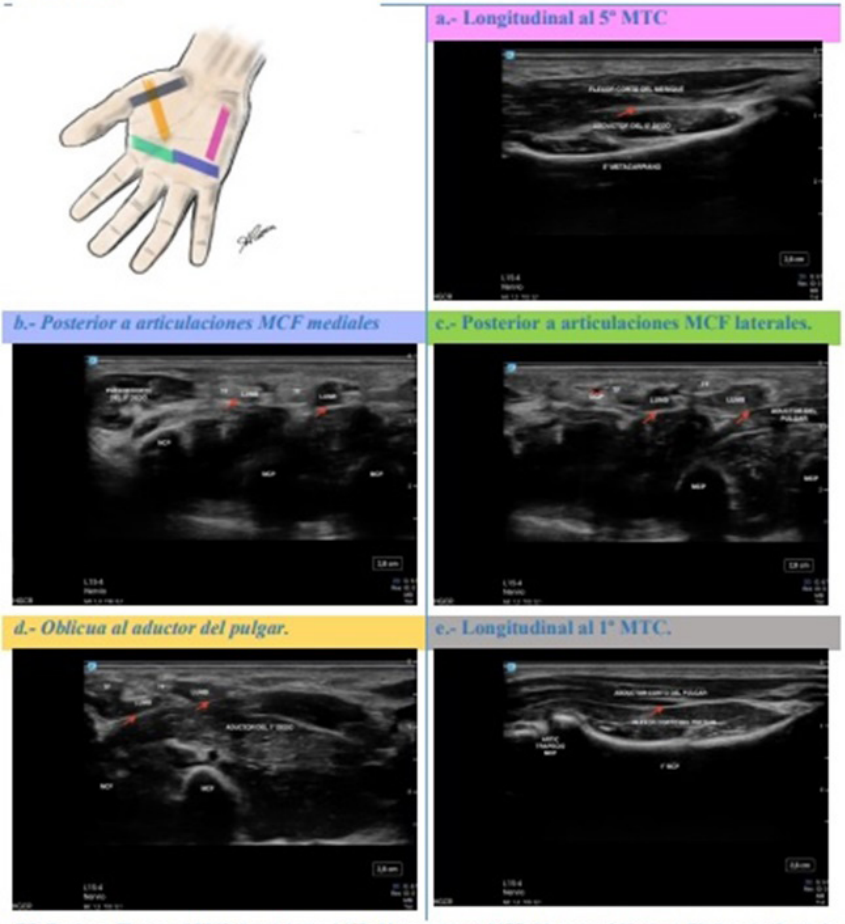
Marco Aurelio Ramírez Huaranga[1], Ángel Estuardo Plasencia Ezaine[1], Rocío Arenal López[1], David Castro Corredor[2], Verónica Salas Manzanedo[2], María Dolores Mínguez Sánchez[2] y Elisa Sánchez Rodríguez[3]

[1]Reumatología. Unidad de Tratamiento del Dolor Crónico. Hospital General Universitario de Ciudad Real. [2]Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Ciudad Real. [3]Servicio de Reumatología. Hospital Santa Bárbara. Puertollano.

Introducción: En los estudios en ciencias básicas la toxina botulínica tipo A, ha demostrado bloquear la conducción nerviosa simpática y de esta manera reducir la vasoconstricción, dicho mecanismo podría explicar la utilidad en el fenómeno de Raynaud. Esta respuesta se ha evidenciado en algunos estudios en los que no solo se pudo objetivar una mejoría subjetiva en los relacionado a la cuantificación del dolor y entumecimiento, sino también en lo relacionado a las úlceras digitales.
Objetivos: Determinar la mejoría clínica de los pacientes con Fenómeno de Raynaud (FR) refractario (Número de episodios diarios, EVA durante episodios, duración de los episodios y el Raynaud Condition Score [RCS]).
Métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de los pacientes derivados por FR refractario a quienes se le administró TB interdigital ecoguiada. Se obtuvieron los datos de los controles post procedimiento (Aproximadamente en los meses 1, 3 y 6), buscando diferencias estadísticamente significativas aplicando la prueba de Wilcoxon a través del programa StatPlus.
Resultados: Se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas en el número de los episodios de FR en el primer mes (p: 0,043; Mediana y rango intercuartílico [Me + RI]: 6; 5,75-7 vs. 8; 6,75-8). En cuanto al EVA de dolor de cada episodio se encontraron diferencias estadísticamente significativas con los controles del primer mes (p:

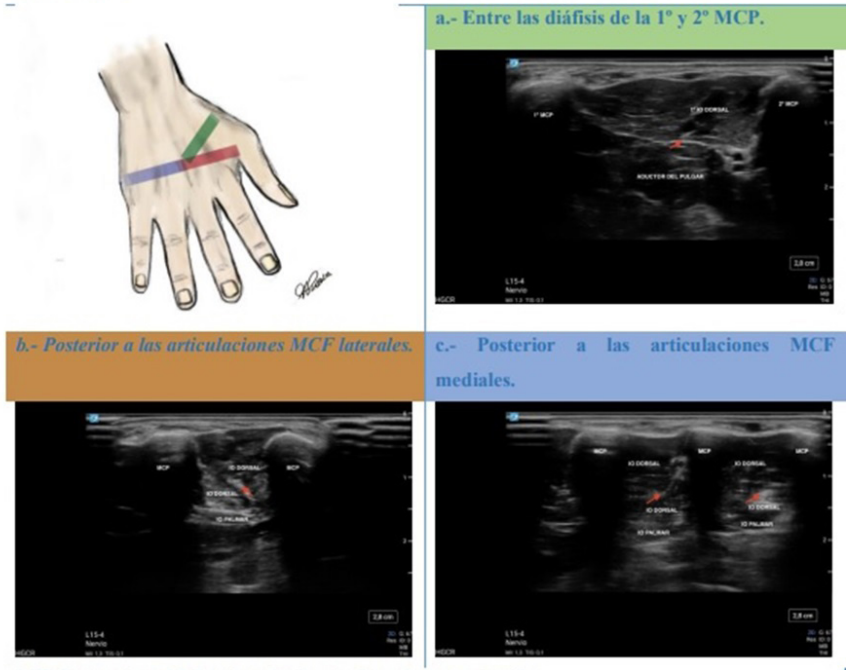
1699-258X © 2024 Sociedad Española de Reumatología. Todos los derechos reservados.

FIGURA 1. ABORDAJE PALMAR, POSICIONAMIENTO DE LA SONDA Y SUS RESPECTIVAS IMÁGENES.



TF: Tendones Flexores; LUMB: Lumbricales MCP: Metacarpianas; MCF: Metacarpofalángicas; Flecha roja: Punto de acceso ecográfico.

FIGURA 2. ABORDAJE DORSAL, POSICIONAMIENTO DE LA SONDA Y SUS RESPECTIVAS IMÁGENES.



MCP: Metacarpiana; IO: Interóseo; Flecha roja: Punto de acceso ecográfico.

0,027; Me + RI: 4; 3-5,5 vs. 7; 7-8) y en el tercer mes (valor p: 0,043; Me + RI: 4; 3 - 7 vs. 7; 7 - 8). Se encontraron diferencias entre RCS basal y el primer mes (p: 0,027; Me + RI: 35; 30-52,5 vs. 62,5; 60-65) y comparándola con el tercer mes (p: 0,043; Me + RI: 40; 30-60 vs. 62,5; 60-65). No se evidenciaron diferencias en la duración de los episodios de FR.
Conclusiones: La TB administrada de forma ecográfica interdigital es una alternativa para los pacientes con FR refractario y permite una administración guiada y segura con disminución del número de episodios, intensidad del dolor y calidad de vida de los pacientes por un tiempo aproximado de 3 meses.

RC03. LA ENFERMERÍA Y EDUCACIÓN SANITARIA EN EL PACIENTE CON FIBROMIALGIA

Paula Rivas Calvo[1] y Elena Rodríguez Arteaga[2]

[1]Facultad de Enfermería. Universidad de Valladolid. [2]Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción: La fibromialgia (FM), es una enfermedad considerada en el momento actual como el paradigma del dolor crónico. Es un padecimiento caracterizado por dolor generalizado, con respuestas aumentadas a estímulos percibidos como nociceptivos y síntomas somáticos; el dolor es crónico, asociado o no a rigidez articular, habitualmente con fatiga, trastornos del sueño disfunción cognitiva y depresión. Desde el año 1992 figura en el catálogo de enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Aproximadamente en un 2,4% de la población general la padece, fundamentalmente mujeres. La FM tiene un profundo impacto en la vida de los pacientes, provocando un deterioro en la calidad de vida que afecta negativamente la función social y profesional de las personas que la padecen. Su etiología es desconocida, se sospecha que existen procesos centrales neuroendocrinos y psicológicos, que, de forma independiente, o asociada, disminuyen el umbral del dolor, su percepción y tolerancia. Desde la enfermería se pueden utilizar diversas técnicas para el tratamiento del alivio sintomático de la FM, tales como la educación sanitaria, recomendar la realización de terapias físicas y psicológicas, destacando el ejercicio aeróbico, de fortalecimiento, la relajación y el *biofeedback* entre otros. Mediante la elaboración de planes de cuidados debe establecer una serie de intervenciones, basadas en las mejores evidencias científicas, para conseguir un mejor afrontamiento y adaptación a la enfermedad.
Métodos: Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en bases de datos científicas PubMed, Cuiden, Dialnet, Cochrane y Scielo. El descriptor de búsqueda utilizado fue "Fibromyalgia" AND "Nursing" OR "Nursing Care" AND "Health Education. De 329 artículos, un total de n = 12 artículos fueron analizados.
Resultados: Debido al creciente número de pacientes diagnosticados de FM en las consultas de AP, se hace necesario, que, como parte del tratamiento multidisciplinar, se diseñen actividades educativas por parte del personal de enfermería, para promover en estos pacientes la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes para poder comprender y aceptar su enfermedad mejorando así su calidad de vida e incluso, como veremos a continuación, paliando algunos de sus síntomas principales como es el dolor. Además, se sabe que la educación sanitaria y la información acerca del propio proceso de su patología aumentan el grado de conocimiento del paciente sobre la enfermedad, pudiendo éste llegar a modificar su forma de posicionarse ante ella y a tener una mejor comprensión de los síntomas, ayudando a mejorar su calidad de vida disminuyendo los niveles de dolor, ansiedad, depresión y su dependencia de los servicios sanitarios hasta en un 60%.
Conclusiones: 1. El tratamiento óptimo de la FM debe ser integral y multidisciplinario abordando factores físicos y emocionales. El abordaje terapéutico mediante intervenciones de enfermería ha demostrado, en diferentes estudios, una reducción significativa de los síntomas físicos y somáticos. 2. La intervención enfermera en la FM, facilita el autocuidado, autoeficacia y afrontamiento eficaz de la enfermedad, y debería centrarse en programas estructurados basados en la reducción del dolor, promoción del ejercicio físico y técnicas de terapia conductual. 3. Si el tratamiento farmacológico reduce el dolor, los cuidados de enfermería ayudan a aceptar y manejar esta enfermedad, mejorando la calidad de vida de estos pacientes.

RC04. ESTUDIO OBSERVACIONAL TRAS INTERRUPCIÓN DEL TRATAMIENTO CON DENOSUMAB EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

Vicenç Torrente Segarra

Servicio de Reumatología. Hospital Comarcal Alt Penedès. Garraf.

Introducción: La osteoporosis (OP) es una enfermedad que confiere un riesgo de fractura ósea que se define por la puntuación de la densitometría ósea (DMO), hasta ahora técnica de elección para su diagnóstico en práctica clínica. El tratamiento antirresortivo continuado con denosumab se ha mostrado muy efectivo para revertir dicho riesgo con mejorías importantes a nivel densitométrico y la disminución de nuevos casos de fractura vertebral y de fémur. La interrupción de denosumab se ha asociado a la aparición de pérdidas importantes de la masa ósea ya en el primer año desde la última dosis administrada, así como la aparición de fracturas vertebrales múltiples (FVM). Existen datos y autores que avalan la interrupción de denosumab sin que haya mayor riesgo coste/efectivo, basando esta decisión en función de la presencia de factores predictores de mal pronóstico (FVM), con el supuesto beneficio de conseguir un menor riesgo de eventos adversos asociados a dicho fármaco.
Objetivos: El objetivo de este trabajo es evaluar el cambio en la DMO a los 12 meses de retirar denosumab y la incidencia de FVM.
Métodos: Se registraron datos de pacientes con diagnóstico de OP por DMO que interrumpen denosumab por decisión propia o por recomendación externa (procedimiento dental), y las siguientes variables: edad, duración tratamiento con denosumab (años), duración (años) y tipo de tratamiento previo al inicio de denosumab, fractura previa al inicio de denosumab, T score en columna lumbar y cuello femoral por DMO en el momento de la interrupción de denosumab, T score y cambio porcentual (incremento o descenso) en columna lumbar y cuello femoral por DMO a los 12 meses de la interrupción de denosumab, presencia de FVM durante los 12 meses siguientes a la interrupción de denosumab.
Resultados: Se incluyeron un total de 23 pacientes, con una edad media a la interrupción de denosumab de 71,5 (± 7,15) años, y una duración media del tratamiento con denosumab de 4,08 (± 3,43) años. La mayoría (73%) de los pacientes habían recibido tratamiento con bifosfonatos, un 4% SERM, con una duración media del tratamiento previo de 4,08 (± 3,43) años. El 56% de los pacientes habían sufrido al menos una fractura ósea previa al inicio de denosumab. La T score en DMO de Columna Lumbar basal fue de -2,03 (± 1,21), y la media de pérdida porcentual en T score en Columna Lumbar de 5,7% (± 4,58); la media de pérdida porcentual en T score en Cuello Femoral total de 4,9 (± 3,15). Tras 12 meses de interrupción de denosumab, la T score DMO Columna Lumbar fue de -2,14 (± 1,13), y se registró la aparición de una fractura vertebral < 25% de L1, pero ninguna FVM.
Conclusiones: La interrupción de denosumab durante 12 meses se asoció a una pérdida de masa ósea media < 6%. Asimismo, no se objetivó ninguna FVM durante el mismo periodo de tiempo, aunque sí una fractura lumbar L1 incidente (paciente con antecedente de 8 años de tratamiento con denosumab y una pérdida de un 9,4% en DMO en columna lumbar). La interrupción de denosumab puede ser una opción terapéutica a valorar principalmente en pacientes con

poca exposición previa a denosumab, uso previo de bifosfonatos y menor número de factores de riesgo de fractura, aunque la decisión debe ser individualizada.

RC05. EFICACIA Y SEGURIDAD DE ANAKINRA EN PERICARDITIS RECURRENTE

Almudena Román Pascual[1], Patricia Lavilla Villar[1], Juan Carlos Acebes Cachafeiro[2], Daniel Mesado Martínez[3], Gonzalo Guzzo Merello[4] y Luis Felipe Navarro Amo[4]

[1]Servicio de Reumatología. Hospital Universitario General de Villalba. [2]Surrey and Sussex Healthcare NHS Trust. Reino Unido. [3]Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario General de Villalba. [4]Servicio de Cardiología. Hospital Universitario General de Villalba.

Introducción: Aproximadamente el 30% de los pacientes con pericarditis aguda desarrollan una pericarditis idiopática recurrente pese a tratamiento adecuado con AINE, colchicina y corticoides. En la actualidad, en base a sus hallazgos clínicos y de laboratorio, y a la respuesta al bloqueo de interleuquina 1, esta entidad es considerada una enfermedad autoinflamatoria. Anakinra, un antagonista del receptor de IL-1 está mostrando eficacia y seguridad en pequeñas series de casos. Describimos nuestra experiencia con dos casos de nuestro centro.
Casos clínicos: Caso 1: mujer de 46 años. Debut clínico en septiembre de 2018 con dolor torácico de características pleuríticas y fiebre. Analítica: Hb 8,6, PCR 32, VSG 58. ECO cardio: derrame pericárdico y pleural. Estudios microbiológicos, de autoinmunidad y TAC *body* negativos. Estudio genético (10 genes asociados a fiebre mediterránea familiar y otras enfermedades autoinflamatorias) negativo. Se inicia tratamiento con corticoides y colchicina con mejoría franca pero sin poder descender dosis de prednisona por reaparición de la clínica. En marzo de 2019 se inicia tratamiento con anakinra a dosis de 100 mg/día con excelente respuesta, logrando suspender corticoides, normalizar analítica, eco cardio y sin presentar nuevos brotes. Ante estabilidad clínica se optimizó tratamiento hasta administrarse 100 mg/72 horas y suspenderse definitivamente en abril de 2022. 1 mes después se objetiva una recaída clínico-analítica por lo que se reintroduce anakinra con excelente respuesta. El único efecto adverso registrado durante el tratamiento ha sido la reacción local en el punto de inyección. Caso 2: varón de 54 años. Debut clínico en enero de 2021 con dolor torácico de características pleuríticas y fiebre. Analítica: PCR 40, Ferritina 1800. ECO cardio: derrame pericárdico y pleural. Estudios microbiológicos y de autoinmunidad negativos. Se inicia tratamiento con corticoides y colchicina con mejoría franca pero sin poder descender dosis de prednisona por debajo de 15 mg/día por reaparición de la clínica. En abril de 2021 se inicia tratamiento con anakinra a dosis de 100 mg/día con excelente respuesta, logrando suspender corticoides, normalizar analítica, eco cardio y sin presentar nuevos brotes. En septiembre de 2022 se comienza a optimizar biológico de forma progresiva. En la actualidad recibe anakinra 100 mg/72 horas. El único efecto adverso registrado durante el tratamiento ha sido la reacción local en el punto de inyección.
Conclusiones: En nuestra experiencia el anakinra permitió un control eficaz y rápido de la enfermedad. No registramos efectos secundarios graves. La optimización del tratamiento se ha realizado en base a la experiencia del bloqueo de interleuquina 1 con otras enfermedades autoinflamatorias. Sería de gran utilidad la realización de estudios de calidad científica para confirmar la utilidad de anakinra en esta patología y establecer pautas de desescalado de tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lazaros G, Vasileiou P, Koutsianas C, et al. Anakinra for the management of resistant idiopathic recurrent pericarditis. Initial experience in 10 adult cases. Ann Rheum Dis. 2014;73(12):2215-7.
2. Cheema AH, Chaludiya K, Khalid M, et al. Efficacy of Anakinra in Pericarditis: A Systematic Review. Cureus. 2022;14(10):e29862.

RC06. MIOPATÍAS INFLAMATORIAS PARANEOPLÁSICAS Y NO PARANEOPLÁSICAS: ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

Pablo Martínez Calabuig, Jorge Juan Fragío Gil, Laura Salvador Maicas, Mireia Sanmartín Martínez, Roxana González Mazarío, Amalia Rueda Cid, Juan José Lerma Garrido, Clara Molina Almela y Cristina Campos Fernández

Servicio de Reumatología y Metabolismo Óseo. Hospital General Universitario de Valencia.

Introducción: Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) representan un grupo heterogéneo de enfermedades reumáticas sistémicas caracterizadas por debilidad muscular crónica y la infiltración de células mononucleares en el músculo. La etiología es desconocida, sin embargo la asociación entre MII y procesos neoplásicos es conocida, siendo más pronunciada en la dermatomiositis (DM) en comparación con la polimiositis (PM). Sin embargo, la naturaleza y la magnitud de esta asociación no están completamente esclarecidas.
Objetivos: Analizar el fenotipo clínico, y comparar las características clínicas y serológicas de los pacientes con miopatía inflamatoria asociada a neoplasia.
Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo de casos y controles en un único centro entre 2016 y 2023, incluyendo pacientes con diagnóstico de MII. Se recogieron en el grupo de casos pacientes con DM paraneoplásica y aquellos pacientes con MII no asociada a neoplasia como controles; y se evaluaron variables demográficas, serológicas, clínicas y desenlaces. Se excluyeron los pacientes con menos de 12 meses de evolución.
Resultados: Se analizaron un total de 52 pacientes, de los cuales 9 (17,3%) tenían DM paraneoplásica y 43 (82,7%) tenían MII no asociada a neoplasia. La mediana de edad fue de 67 años (IC 50-92) en los casos, mientras que en los controles fue de 62 años (IC 21-90). El 66,7% del grupo de los casos eran mujeres mientras que en el grupo de control era del 76,7%. El seguimiento medio fue de 3 años (IC 1-43) para los casos y de 4 años (IC 1-31) para los controles. Varios autoanticuerpos, además de los ya conocidamente asociados a MII paraneoplásicas se observaron en el grupo de casos, siendo un 66,67% (n = 6) positivos a anti-Ro52, un 33,3% (n = 3) positivos a anti-TIF1 gamma, y un 11,1% (n = 1) para los anticuerpos anti-NXP2, anti-MDA5, anti-Mi2-b, anti-Jo1, anti-PL7, anti-PL12 y anti-SAE. En cambio, en el grupo control se observaba una representación más variable del resto de autoanticuerpos. Siendo la mediana de autoanticuerpos positivos en ambos grupos de 2 por paciente (tabla). Respecto a los marcadores serológicos, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en ninguna de las variables medidas (tabla). Destacando variables como la VSG inicial, que tuvo una mediana de 29 mm/h (IC 2-104) para la MII paraneoplásica y 22 mm/h (IC 1-90) para los controles (p = 0,796). Similarmente, la VSG final fue 20 mm/h (IC 3-94) frente a 20 mm/h (IC 2-88) respectivamente (p = 0,969). En cuanto a la CPK máxima en el grupo de casos fue de 1234 U/L (IC 159-10000) comparado con 1998 U/L (IC 159-9.980) en el grupo de controles (p = 0,178), y la CPK post tratamiento fue 135 U/L (IC 42-800) frente a 174 U/L (IC 41-1.230), respectivamente (p = 0,079).
Conclusiones: Se observan diferencias en ambos grupos principalmente a la hora de analizar los diferentes autoanticuerpos con los que se relacionan las MII, siendo en el grupo de casos pacientes con varios autoanticuerpos positivos entre los que se incluyen anti-Ro52 y otros que clásicamente se relacionan con neoplasias como anti-TIF1 gamma y anti-NXP2. Observándose también pacientes en el grupo de contro-

les con positividad para estos mismos autoanticuerpos sin presentar relación con neoplasias. No se observaron diferencias significativamente estadísticas en cuanto a variables serológicas.

Variables clínicas, analíticas y demográficas de los pacientes con MII

	Miositis inflamatorias no asociadas a neoplasia (n = 43)	DM paraneoplásicas (n = 9)	
Edad, mediana (IC), años	62 (21-90)	67 (50-92)	
Sexo, mujeres (%)	76,7	66,7	p = 0,674
Años seguimiento, mediana (IC), años	4 (1-31)	3 (1-43)	p = 0,463
Nº AC +, mediana (IC), n	2 (1-3)	2 (1-2)	
Asociado a otra EAS, n (%)	13 (30,23)	0 (0)	
Esclerosis sistémica, n (%)	6 (13,95)	0 (0)	
Sjögren, n (%)	3 (6,9)	0 (0)	
AR, n (%)	2 (4,65)	0 (0)	
LES, n (%)	2 (4,65)	0 (0)	
Miopatía inflamatoria			
Dermatomiositis, n (%)	20 (46,51)	0 (0)	
Sdr. antisintetasa, n (%)	8 (18,6)	0 (0)	
Dermatomiositis amiopática, n (%)	5 (11,63)	0 (0)	
Polimiositis, n (%)	7 (16,3)	0 (0)	
Escleromiositis, n (%)	4 (9,3)	0 (0)	
DM paraneoplásica, n (%)	0 (0)	9 (100%)	
Anti-TIF1 gamma, n (%)	5 (11,63)	3 (33,3)	
Anti- NXP2, n (%)	3 (6,9)	1 (11,1)	
Anti-MDA5, n (%)	5 (11,63)	1 (11,1)	
Anti-SRP, n (%)	3 (6,9)	0 (0)	
Anti- Mi2a, n (%)	4 (9,3)	0 (0)	
Anti-Mi2b, n (%)	2 (4,65)	1 (11,1)	
Anti-CN1A, n (%)	2 (4,65)	0 (0)	
Anti-Ku, n (%)	4 (9,3)	0 (0)	
Anti-Jo1, n (%)	2 (4,65)	1 (11,1)	
Anti-PL7, n (%)	5 (11,63)	1 (11,1)	
Anti-PL12, n (%)	3 (6,9)	1 (11,1)	
Anti-OJ, n (%)	2 (4,65)	0 (0)	
Anti-EJ, n (%)	0 (0)	0 (0)	
Anti-SAE, n (%)	2 (4,65)	1 (11,1)	
Anti-Ro52, n (%)	14 (32,56)	6 (66,67)	
Anti-PM-SCL100, n (%)	7 (16,3)	0 (0)	
Anti-PM-SCL75, n (%)	5 (11,63)	0 (0)	
VSG i, mediana (IC), mm/h	31 (2-111)	35 (7-90)	p = 0,796
VSG f, mediana (IC), mm/h	16 (2-115)	12,5 (8-75)	p = 0,969
CPK i, mediana (IC), U/L	239 (16-8.753)	88 (42-1.000)	p = 0,178
CPK f, mediana (IC), U/L	90,5 (10-901)	38 (12-452)	p = 0,079
Aldolasa i, mediana (IC), U/L	12 (4-75,9)	25 (1,9-25)	p = 0,587
Aldolasa f, mediana (IC), U/L	5,5 (3-8,2)	5,2 (1,9-8,9)	p = 0,430
PCR i, mediana (IC), mg/dL	6 (0,1-40,8)	18 (0,1-28,8)	p = 0,133
PCR f, mediana (IC), mg/dL	1 (0,05-5,96)	0,85 (0,13-2,8)	p = 0,127
Tratamientos			
Prednisona, n (%)	43 (100)	9 (100)	
Metotrexato, n (%)	18 (41,86)	1 (11,1)	
Micofenolato, n (%)	7 (16,3)	1 (11,1)	
Azatioprina, n (%)	8 (18,6)	1 (11,1)	
Rituximab, n (%)	6 (13,95)	0 (0)	
Hidroxicloroquina, n (%)	5 (11,63)	0 (0)	
Leflunomida, n (%)	1 (2,33)	0 (0)	
Inmunoglobulinas IV, n (%)	2 (4,65)	0 (0)	
Ciclosporina, n (%)	1 (2,33)	0 (0)	
Exitus, n (%)	4 (9,3)	3 (33,3)	
Etiología infecciosa, n (%)	2 (4,65)	3 (33,3)	
Etiología cardiovascular, n (%)	2 (4,65)	0 (0)	

RC07. EFECTIVIDAD DE UPADACITINIB EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN EL HOSPITAL VIRGEN DE VALME

Celia Azábal Pérez, María Consuelo Ramos Giráldez, María Luisa Velloso Feijoo, Álvaro Román Perea, Minerva Berrocal Acedo y Julia Uceda Montañés

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.

Introducción: La vía de señalización JAK/STAT es un área de interés en el ámbito de la Reumatología. A pesar de la ya conocida seguridad y eficacia de los inhibidores JAK, siempre es adecuado correlacionar los hallazgos obtenidos en los diversos estudios con la práctica clínica real.

Objetivos: El objetivo principal del estudio fue describir la efectividad de upadacitinib en pacientes con artritis reumatoide (AR) en condiciones de práctica clínica real en el Hospital de Valme en Sevilla. Como objetivos de valoración secundarios se analizaron la diferencia de efectividad entre upadacitinib en monoterapia y en combinación con fármacos modificadores de la enfermedad sintéticos convencionales (FAMEsc) y/o corticoides; así como la supervivencia del fármaco en monoterapia y terapia combinada con FAMEsc, y la supervivencia en función del número de fármacos biológicos modificadores de la enfermedad (FAMEb) previos recibidos por el paciente.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, longitudinal, retrospectivo de pacientes ≥ 18 años, en tratamiento con upadacitinib desde diciembre de 2020 hasta junio de 2023, en seguimiento por el servicio de Reumatología del Hospital de Valme. Se realizó seguimiento a los 3, 6 y 12 meses. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas y relacionadas con el tratamiento. Las características de la muestra fueron descritas con media y desviación estándar (DE) para variables cuantitativas y porcentajes (%) para variables cualitativas. La eficacia y seguridad se estudió cuantitativamente mediante los test de Friedman y de Wilcoxon, y cualitativamente con tablas de contingencia y aplicando la prueba chi^2. Se realizaron curvas de supervivencia de Kaplan-Meier. La supervivencia se comparó según régimen empleado y según número de biológicos previos con el test *log-rank*. El análisis se realizó con el *software* estadístico IBM SPSS 29.0.1,0.

Resultados: Se incluyeron 58 pacientes con AR, 81% mujeres, con edad media 53,7 años ± 12,93 DE, y tiempo medio de enfermedad 9,30 años ± 5,61 DE. El 51,7% tenía algún factor de riesgo cardiovascular, mayoritariamente dislipemia y el 12,1% eran fumadores. Recibían concomitantemente FAMEsc el 67,2%, y el 57,9% corticoides. Había recibido FAMEb previamente el 87,7%. Se observó una reducción significativa (p < 0,001) de la mediana del Disease Activity Score-28 VSG (DAS28-VSG) basal (4,48) a los tres (2,92), seis (2,96) y doce (3,52) meses. El 36,4%, 42,2% y 24,3% se encontraban en remisión a los 3,6 y 12 meses respectivamente. Lograron remisión-baja actividad a los 6 y 12 meses el 76,9% y 45,5% en monoterapia frente al 56,3% y 38,5% en combinación con FAMEsc, sin hallarse significación estadística. La supervivencia fue del 50% al finalizar el estudio. No se encontraron diferencias respecto a la supervivencia del fármaco en monoterapia y terapia combinada, siendo esta mayor en pacientes *naïve* a biológicos.

Conclusiones: Pese a la limitación de ser retrospectivo, los resultados fueron congruentes con ensayos clínicos previos, encontrándose un aumento del porcentaje de pacientes que alcanzaba remisión a los tres y seis meses respecto a otros estudios de práctica clínica real. No encontramos diferencias significativas entre el uso de upadacitinib en monoterapia y terapia combinada, pero sí parece disminuir la supervivencia el haber recibido previamente terapia biológica.

RC08. SÍNDROME DE SOLAPAMIENTO LES Y AR: ABORDAJE TERAPÉUTICO DEL SÍNDROME RHUPUS

Pablo Martínez Calabuig, Jorge Juan Fragío Gil, Roxana González Mazarío, Laura Salvador Maicas, Mireia Sanmartín Martínez, Amalia Rueda Cid, Juan José Lerma Garrido, Clara Molina Almela, Isabel Balaguer Trull y Cristina Campos Fernández

Servicio de Reumatología. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia.

Introducción: El "síndrome de Rhupus" es una enfermedad poco descrita y subdiagnosticada que muestra características tanto de

artritis reumatoide (AR) como de lupus eritematoso sistémico (LES) en el mismo paciente, presentándose más frecuentemente de manera secuencial. Dado que no existe una estrategia terapéutica validada, el tratamiento se basa en la experiencia de los clínicos en cuanto a tratamientos aprobados para alguna de las dos entidades, generalmente basado en las manifestaciones clínicas predominantes.

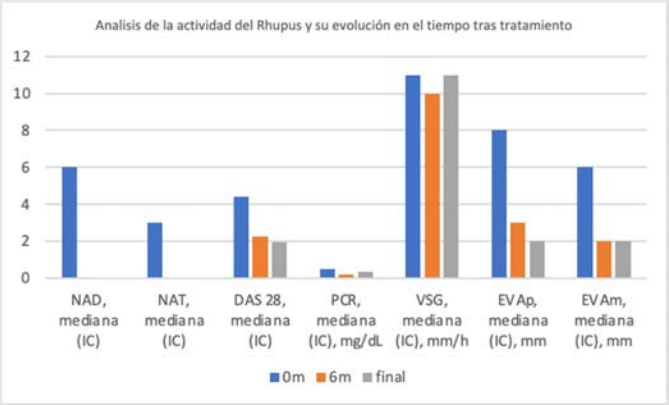
Objetivos: Evaluar la eficacia y seguridad de distintos tratamientos biológicos (inhibidores JAK (iJAK) y anti-CD20) en el tratamiento del Rhupus.

Métodos: Se realizó una revisión observacional retrospectiva de registros médicos del Servicio de Reumatología de nuestro hospital entre 2019 y 2023, identificando pacientes con Rhupus tratados con tratamientos biológicos (iJAK (baricitinib y upadacitinib) y anti-CD20 (Rituximab)). El diagnóstico de Rhupus se asignó a aquellos que cumplían con los criterios para artritis reumatoide (AR) y lupus eritematoso sistémico (LES). El estudio incluyó un análisis exhaustivo de los resultados clínicos (proteína C reactiva (PCR), velocidad de sedimentación globular (VSG), número de articulaciones dolorosas (NAD), número de articulaciones tumefactas (NAT) y escala visual analógica del médico y del paciente (EVAm y EVAp) al inicio y tras tratamiento) y el perfil de seguridad de la medicación (eventos adversos notificados).

Resultados: Se incluyeron 17 pacientes con diagnóstico clínico y serológico de Rhupus (tabla). El 88,24% eran mujeres (edad media de 59 años y seguimiento medio desde el diagnóstico de 11 años). La presentación clínica predominante en el momento de la decisión terapéutica fue AR en el 58,82% y síntomas de LES en el 41,18%. Todos los pacientes eran ANA positivos, el 70,59% tenían anticuerpos anticitrulinados y el 70,59% factor reumatoide positivo. En cuanto a tratamientos administrados, la mayoría, un 64,71% (n = 11) de los pacientes estaba en tratamiento con baricitinib, y un 11,76 % (n = 2) y un 17,65 (n = 3) estaba en tratamiento con upadacitinib y rituximab, respectivamente. Al iniciar el tratamiento el 52,94% también tomaba metotrexato, el 58,82% hidroxicloroquina y la dosis media de prednisona era de 7,5 mg/día. La duración media del tratamiento fue de 2 años. Se registraron 4 informes de infecciones graves, 3 por infecciones de Herpes zoster que requirieron la suspensión definitiva del tratamiento. Los datos sobre la evolución de los parámetros de actividad en cuanto a valores de PCR, VSG, NAD, NAT y EVAm y EVAp al inicio y tras tratamiento se presentan en la figura.

Variables demográficas, clínicas y analíticas de pacientes con Rhupus

Rhupus (n = 17)	
Edad, mediana (IC), años	59 (44-68)
Sexo, mujeres (%)	88,24
Años de seguimiento, mediana (IC), años	11 (4-31)
Tratamiento	
Baricitinib, n (%)	11 (64,71)
Upadacitinib, n (%)	2 (11,76)
Rituximab, n (%)	3 (17,65)
Clínica predominante	
AR, n (%)	10 (58,82)
LES, n (%)	7 (41,18)
ANA+, n (%)	17 (100)
Anti-CCP, n (%)	12 (70,59)
FR, n (%)	12 (70,59)
Duración de tratamiento, mediana (IC), años	2 (1-6)
Tratamiento adyuvante	
Metotrexato, n (%)	9 (52,94)
Hidroxicloroquina, n (%)	10 (58,82)
Dosis de prednisona al inicio, mediana (IC), mg	7,5 (0-30)
Dosis de prednisona al final, mediana (IC), mg	0 (0-10)
Suspensión de tratamiento, n (%)	4 (23,53)
Herpes zóster, n (%)	3 (17,65)
Exitus, n (%)	0 (0)



Análisis de la actividad del Rhupus y su evolución en el tiempo tras tratamiento.

Conclusiones: Se observó una tendencia a usar como tratamiento asociado a otros fármacos modificadores de la enfermedad como metotrexato o hidroxicloroquina, fármacos como los inhibidores JAK (baricitinib, principalmente); así como en menor medida upadacitinib o rituximab (anti-CD20) consiguiendo en general buenas tasas de respuesta, principalmente en cuanto a NAD, NAT, PCR, DAS28 y EVA tanto del médico como del paciente.

RC09. TOCILIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES

Pablo Martínez Calabuig, Laura Salvador Maicas, Mireia Sanmartín Martínez, Jorge Juan Fragío Gil, Roxana González Mazarío, Amalia Rueda Cid, Juan José Lerma Garrido, Clara Molina Almela y Cristina Campos Fernández

Servicio de Reumatología. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia.

Introducción: La arteritis de células gigantes (ACG) es la forma más común de vasculitis sistémica en personas mayores de 50 años y causa inflamación granulomatosa en vasos de tamaño mediano a grande. Para el tratamiento de la ACG el tratamiento de inicio suele ser los bolos de esteroides a altas dosis, aunque posteriormente los pacientes requieren tomar esteroides durante varios años, lo que puede causar efectos adversos como diabetes (DM), osteoporosis (OP), hipertensión arterial (HTA) e infecciones. Un tratamiento que cada vez más se ha posicionado para el tratamiento de la ACG y que sirve también como ahorrador de corticoides es el tocilizumab (un anticuerpo monoclonal recombinante dirigido contra los receptores de interleucina-6 (IL-6R)).

Objetivos: Evaluar la efectividad y seguridad de tocilizumab (anti-IL-6R) en pacientes con ACG.

Métodos: Se realizó una revisión observacional retrospectiva de registros médicos del Servicio de Reumatología de nuestro hospital entre 2018 y 2023, identificando pacientes con ACG en tratamiento con tocilizumab. El diagnóstico de ACG se asignó a aquellos que cumplían con los criterios ACR/EULAR 2022. El estudio incluyó un análisis exhaustivo de los resultados clínicos y el perfil de seguridad de la medicación.

Resultados: Se recogieron un total de 8 pacientes con diagnóstico de arteritis de células gigantes en tratamiento con tocilizumab (tabla), siendo un 87,5% mujeres con una mediana de edad de 67 años y una mediana de seguimiento de 5,5 años. El diagnóstico de vasculitis estaba apoyado por prueba de imagen en el 100% de los pacientes, siendo en su mayoría (62,5%) diagnosticados con PET/TAC y un 25% con ecografía. En únicamente 1 paciente se obtenía de biopsia compatible con el diagnóstico. En cuanto a la forma de pre-

sentación la mayoría presentaba afectación a nivel extracraneal (75%), y en menor medida un 37,5 % con polimialgia reumática concomitante; y se afectaban predominantemente a arterias aorta (75%) y arterias temporales (50%). En cuanto a las variables de actividad de la enfermedad y/o comorbilidades asociadas a la enfermedad se observa una reducción drástica de parámetros inflamatorios como la PCR y VSG ya a la primera visita de control a los 3 meses, mantenida en el tiempo en la mayoría de pacientes. Por otro lado se observa un ligero incremento en comorbilidades como la hipertensión arterial y la osteoporosis desde el diagnóstico hasta el final de seguimiento de los pacientes (fig.). No se registraron brotes de la enfermedad mientras los pacientes estaban en tratamiento con tocilizumab.

Variables demográficas y manifestaciones clínicas de pacientes con ACG en tratamiento con tocilizumab

ACG con tocilizumab (n = 8)	
Edad, mediana (IC), años	67 (59-83)
Sexo, mujeres (%)	87,5
Años de seguimiento, mediana (IC), años	5,5 (1-11)
Inicio de tratamiento tras diagnóstico, mediana (IC), meses	16 (2-108)
Prueba de imagen diagnóstica, n (%)	8 (100)
PET/TAC, n (%)	5 (62,5)
Ecografía de arterias temporales, n (%)	2 (25)
TAC, n (%)	1 (12,5)
Biopsia diagnóstica disponible, n (%)	1 (12,5)
Afectación extracraneal, n (%)	6 (75)
Polimialgia reumática asociada, n (%)	3 (37,5)
Amaurosis fugax al inicio, n (%)	3 (37,5)
Vasos afectos	
Aorta, n (%)	6 (75)
Arteria temporal, n (%)	4 (50)
Arteria carótida, n (%)	2 (25)
Arteria oftálmica, n (%)	3 (37,5)
Exitus, n (%)	0 (0)

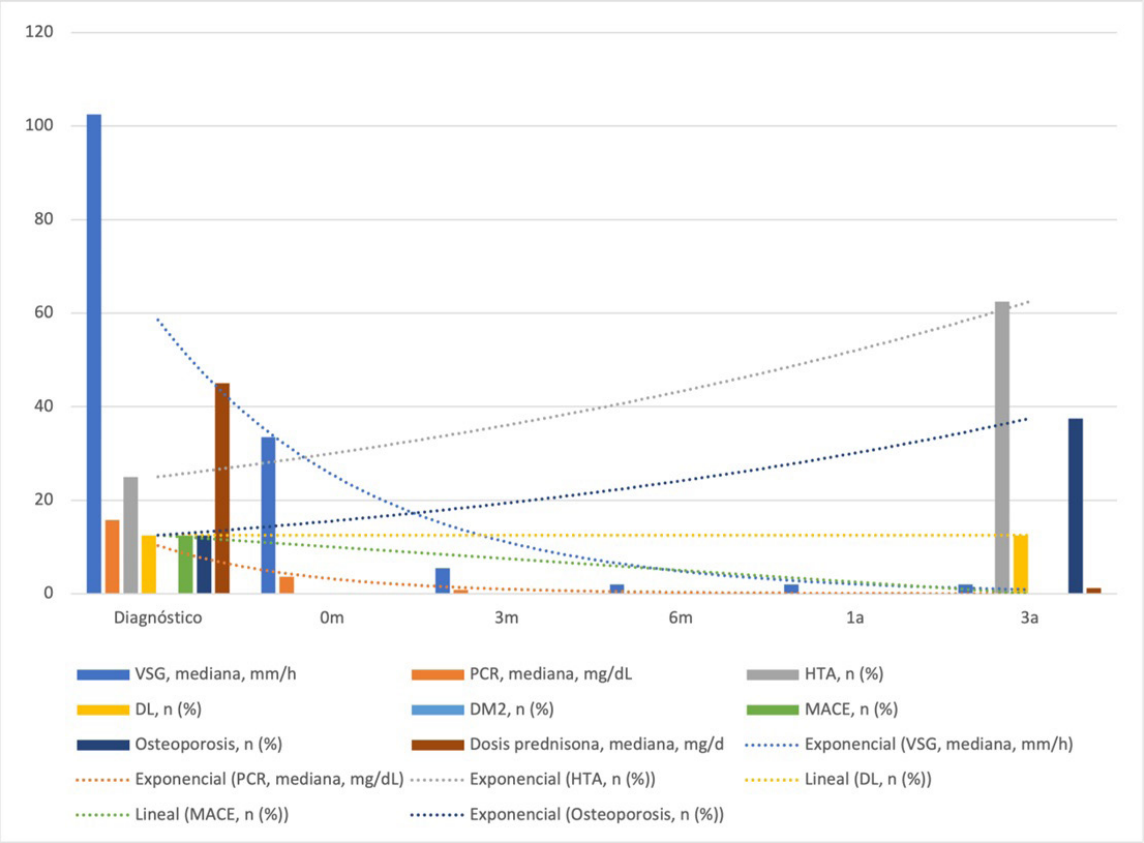
Conclusiones: La ACG es una vasculitis de grandes vasos con múltiples formas de presentación, observando en nuestra muestra un gran porcentaje de pacientes con afectación principalmente extracraneal y con afectación de la arteria aorta. Tras el uso de tocilizumab se ha observado una reducción de parámetros inflamatorios, principalmente analíticos, como PCR y VSG, en gran medida desde los primeros meses de tratamiento, así como en la aparición de número de recaídas de la enfermedad. No obstante, persiste la aparición de comorbilidades a mediano/largo plazo como el incremento pacientes hipertensos o con osteoporosis.

RC10. SÍNDROME DE LA OREJA ROJA

Almudena Román Pascual, Lucía Marcela Figueroa Ospina, Roi Piñeiro Pérez y María de la Parte Cancho

Hospital Universitario General de Villalba.

Introducción: El síndrome de la oreja roja fue descrito por Lance en 1994. Desde su descripción se han comunicado aproximadamente 100 casos en la literatura científica. Este síndrome se caracteriza por episodios recurrentes, uni o bilaterales, de eritema del pabellón auricular acompañado de sensación urente, dolor o aumento de temperatura local, de minutos u horas de duración. La etiología es aún desconocida, aunque se ha relacionado con trastornos neurológicos como la migraña. El tratamiento es sintomático. Presentamos el caso de un síndrome de la oreja roja en edad pediátrica para dar a conocer dicha patología en la comunidad científica.
Caso clínico: Varón de 5 años remitido a la Consulta de Reumatología Pediátrica desde Alergología. No destacaban antecedentes personales ni familiares de interés. A la anamnesis, la familia refería clínica desde el primer año de vida, consistente en episodios de tumefacción, eritema y dolor del pabellón auricular izquierdo. No



RC09 Figura. *Variación de variables analíticas y comorbilidades en el tiempo tras tratamiento con tocilizumab.*

habían identificado desencadenantes. No síntomas prodrómicos o acompañantes (no cefalea). No afectación de la oreja contralateral u otras estructuras cartilaginosas. Resolución espontánea en horas de forma espontánea. Presentaba historia de reacciones locales exageradas a picaduras de insectos. Aportaban fotografías compatibles con condritis del pabellón auricular izquierdo. Exploración física anodina. Pruebas complementarias: Analítica con ANA y anticentrómero positivo. IgE total y triptasa normales. Radiografía de tórax y ECO cardio transtorácico normales. Interconsulta a Oftalmología: sin patología ocular. Evolución: seguimiento hasta la actualidad (2 años y medio) sin aparición de otros síntomas asociados. Los episodios tienen menor duración y no precisan tratamiento.
Discusión: El síndrome de la oreja roja ha sido descrito con detalle en población pediátrica en al menos 20 pacientes. Se describen casos asociados a neuralgia del trigémino, neuralgia del glosofaríngeo, disfunción de la articulación temporomandibular, síndrome talámico o cefaleas primarias. En otros casos, como el nuestro, no se identifican causas ni desencadenantes. El hallazgo de anticentrómero positivo no ha tenido relevancia clínica hasta el momento en nuestro paciente. Se han utilizado múltiples agentes terapéuticos, con eficacias diversas: ibuprofeno, indometacina, propanolol, antidepresivos tricíclicos y gabapentina. El tratamiento de estos pacientes puede resultar frustrante tanto para el médico como para el paciente y su familia. Por ello es fundamental evitar la realización de pruebas complementarias innecesarias y reducir la ansiedad que induce el diagnóstico en ausencia de patologías asociadas.

RC11. ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA DE FÁRMACOS ANTIINTERLEUCINA-17 EN ARTRITIS PSORIÁSICA EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL EN EL HOSPITAL DE VALME

Celia Azábal Pérez, Juan Manuel Morón Ocaña, Amalia Gil Moreno, Carmen Victoria Almeida González y Raquel Hernández Sánchez

Servicio de Reumatología y Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.

Introducción: Recientemente, han aparecido nuevas terapias para la artritis psoriásica (APs), como los fármacos antiinterleucina-17 (IL-17), que bloquean selectivamente su acción, reduciendo la cascada inflamatoria. Han demostrado ser eficaces en APs y psoriasis ofreciendo nuevas esperanzas para mejorar la calidad de vida de los pacientes.
Objetivos: Describir la supervivencia de fármacos anti IL-17 en condiciones de práctica clínica real, y compararla en función de régimen terapéutico empleado y de los FAMEb/sd recibidos previamente.
Métodos: Estudio observacional descriptivo longitudinal retrospectivo de pacientes con APs en tratamiento con fármacos anti IL-17, en seguimiento por Reumatología-Dermatología del Hospital de Valme. Se incluyeron pacientes con edad ≥ 18 años, con APs (CASPAR) y en tratamiento con anti IL-17. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas y relacionadas con el tratamiento. Se realizaron curvas de supervivencia de Kaplan Meier.
Resultados: Se incluyeron 56 pacientes con APs, sin diferencias entre sexos, predominando la afectación periférica (80,3%). La mediana de edad fue 55 años (p25 49-p75 59,75). El 26,8% eran hipertensos y el 14,3% diabéticos, con una mediana del índice de masa corporal (IMC) de 29,50 (p25 25,25-p75 32,55) y de niveles de colesterol de 200,50 mg/dl (p25 172,25-p75 226,75). El 18,2% eran fumadores. La mediana del DAPSA inicial fue 25,20 (p25 16,76-p75 29,18), encontrándose el 60% con moderada actividad y el 28,9% con alta actividad. La mediana del ASDAS inicial fue 3,06 (p25 2,69-p75 3,60), presentando el 72,7% alta actividad. Recibieron secukinumab 41 pacientes y 15 ixekinumab. Realizaban terapia combinada con FAMEsc el 69,6%, principalmente metotrexato (52,5%). Habían recibido FAMEb/sd previamente el 58,9% (gráfico 1). La mediana de supervivencia para la muestra global fue 312,14 semanas (p25 66,86-p75 339,14), con una supervivencia mayor del 80% hasta la semana 40 (fig. 1). Se observó una supervivencia mayor en los que habían recibido un solo FAMEb/sd previamente, sin hallarse significación estadística (p = 0,560) (fig. 2). Se vio una supervivencia discretamente superior en monoterapia respecto a terapia combinada con FAMEsc (p = 0,296) (fig. 3). La supervivencia de ixekinumab fue superior a la de secukinumab de manera no significativa (p = 0,084). Al final del seguimiento, el 53,9% de los pacientes continuaban con el tratamiento (gráfico 2). El principal motivo de suspensión del fármaco fue la ineficacia secundaria (50%). Solamente 3 pacientes suspendieron el tratamiento por efectos adversos (gráfico 3).

Figura 1. Curva supervivencia Kaplan Meier muestra global.

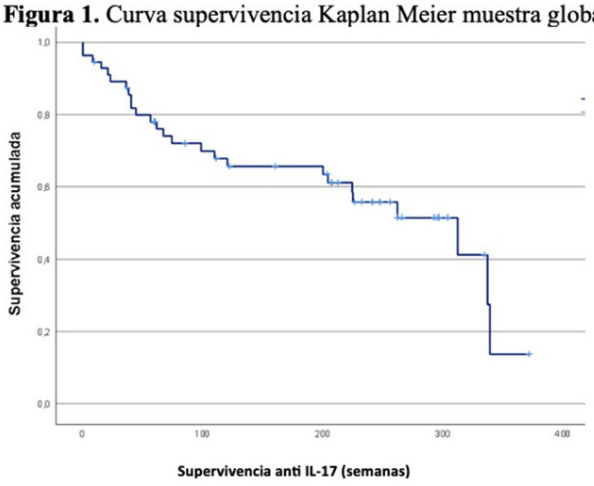


Figura 2. Curva supervivencia Kaplan Meier según número FAMEb/sd previos.

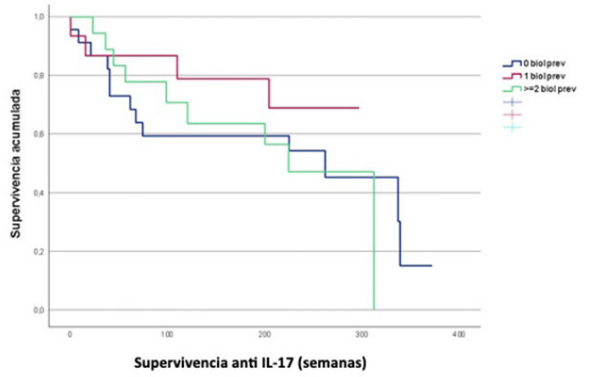


Figura 3. Curva supervivencia Kaplan Meier según FAMEsc.

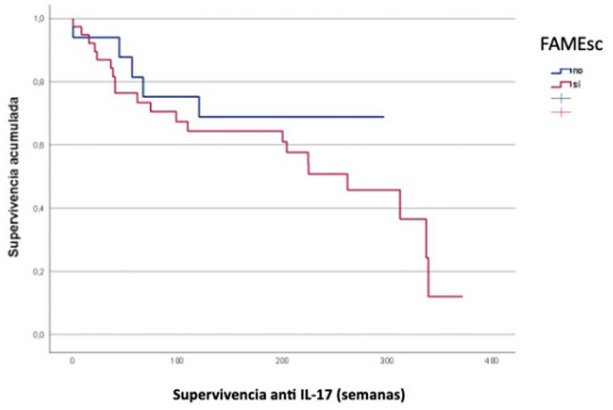


Gráfico 1. Número FAMEb/sd previos al inicio de anti IL-17.

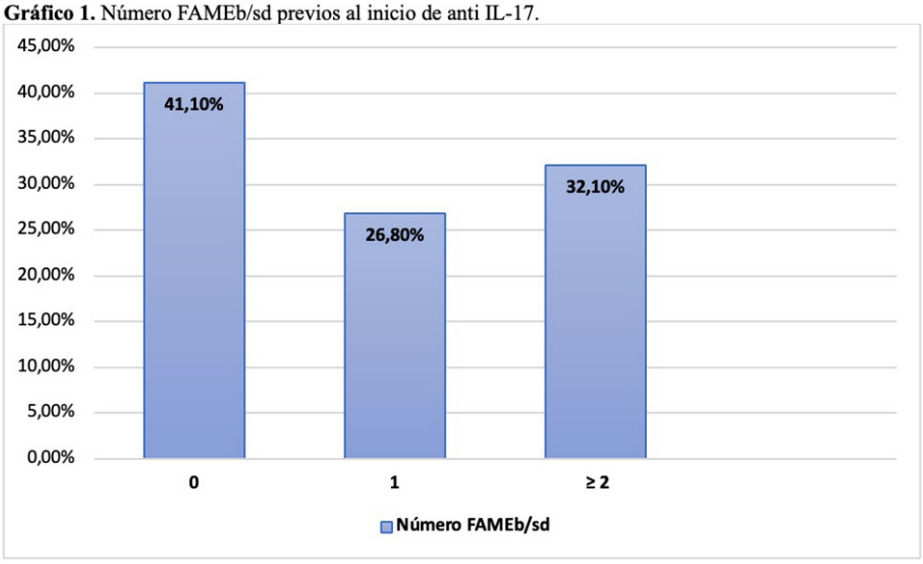


Gráfico 2. Discontinuación del tratamiento.

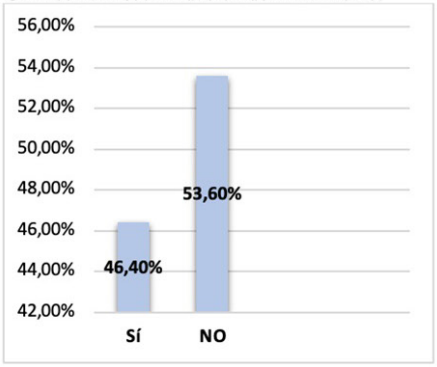
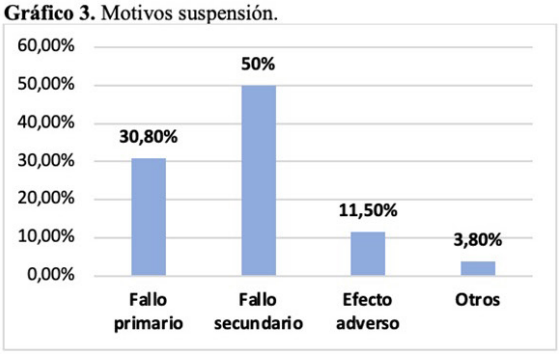


Gráfico 3. Motivos suspensión.



RC11 Figura 2.

Conclusiones: El estudio presenta pacientes con APs, con un índice elevado de actividad inflamatoria que recibieron tratamiento con fármacos anti IL-17. Se observó una supervivencia acumulada elevada, siendo de aproximadamente el 70% a la semana 100. Esta fue mayor en monoterapia frente a terapia combinada con FAMEsc, sin ser estadísticamente significativa. No hubo diferencias significativas al comparar la supervivencia en función del número de FAMEb/sd previos. Ixekinumab tuvo una supervivencia mayor que secukinumab, probablemente influenciada por el pequeño tamaño muestral y el porcentaje superior de pacientes que recibían secukinumab. El principal motivo de la suspensión del fármaco fue la ineficacia secundaria, con un índice bajo de efectos adversos. La supervivencia observada se correlaciona con la descrita previamente en ensayos clínicos y otros estudios de práctica clínica real.

RC12. IDONEIDAD DEL USO DE OPIÁCEOS EN UNA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA

I. Méndez González[1], D. García Olivas[2], J. Hernández Sánchez[2], F.J. Nóvoa Medina[2], M.A. Acosta Mérida[2], D. Botello Corzo[2], S. Machín García[2], B. Tejera Segura[2], D. Batista Perdomo[2] y J.A. Hernández Beriain[1,2]

[1]Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; [2]Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción: Los opiáceos constituyen unos de los pilares fundamentales en el tratamiento del dolor crónico no oncológico. La idoneidad de la prescripción es una cuestión fundamental para los

médicos, pues se ha considerado que hay un uso excesivo con consecuencias clínicas y sociales.
Objetivos: Evaluar la idoneidad de la prescripción de los opiáceos en pacientes atendidos en la consulta de Reumatología de un hospital de tercer nivel. Definir posibles factores socio demográficos asociados a la prescripción de opiáceos. Analizar si la comorbilidad o adicciones afecta a la prescripción y si el diagnóstico de la enfermedad reumática condiciona el uso de opiáceos.
Métodos: Estudio observacional transversal descriptivo. Grupo de 70 pacientes seleccionados de las Consultas Externas del Servicio de Reumatología del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil (CHUIMI). Se realiza un cuestionario anónimo los pacientes donde se recogen distintas variables de forma anónima y se puntúa la escala D.I.R.E. (evalúa la idoneidad del uso de opiáceos) Se describen las variables categóricas mediante frecuencias (número y porcentaje). Se realiza prueba t de Student para la escala D.I.R.E. en relación a comorbilidades y el test de correlación de Pearson entre la E.V.A. y la escala D.I.R.E.
Resultados: No se hallaron relaciones significativas en los datos demográficos (sexo y edad) respecto al uso de opiáceos. El opiáceo más prescrito fue el tramadol (81,4%). La patología reumática más frecuente fue la inflamatoria (62,9%). De los 70 pacientes, solo 1 fue considerado no apto para tratamiento con opiáceos según la escala D.I.R.E. El sobrepeso, la obesidad, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus fueron las comorbilidades más frecuentes. Los antecedentes psiquiátricos fue la única comorbilidad con significación estadística ($p < 0,01$) respecto a la escala D.I.R.E. No se halló correlación entre la EVA de dolor y la escala D.I.R.E.
Conclusiones: La prescripción de opiáceos en pacientes con enfermedades reumáticas, atendidos en consulta externa de un hospital de tercer nivel es adecuada en nuestro medio, siendo necesario contemplar la relevancia de factores como el sexo, comorbilidades y antecedentes personales para valorar qué tipo de tratamiento se ajusta mejor a las necesidades del paciente.

RC13. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE REUMATOLOGÍA

Ana Urruticoechea Arana, María García Gimeno, Laura Calvo Sanz, Julia Fernández Melón, María Antonia Marroquino Castillejo y Jordi Fiter Areste

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca.

Introducción: La realización de encuestas de satisfacción, se considera una herramienta de excelencia para proponer medidas de mejora en la calidad asistencial. Las consultas de enfermería son un modelo organizativo asistencial insertado en numerosos servicios de reumatología.
Objetivos: Conocer la satisfacción de los pacientes de reumatología visitados en las consultas de enfermería. Dicha consulta se inicia en mayo del 2022 hasta la fecha actual, en nuestro servicio de reumatología, formado por 4 reumatólogos, 1 enfermera y 1 técnica auxiliar de enfermería (TCAE).
Métodos: Se realizó un estudio transversal, descriptivo, mediante una encuesta anónima sobre la experiencia de la consulta de enfermería del servicio de reumatología. Tras acudir al servicio se ofrece al paciente realizar una encuesta, sobre la atención recibida en la consulta de enfermería. El periodo del estudio comprende del 1 septiembre del 2023 al 29 de diciembre del 2023. Las variables recogidas son: datos generales del paciente: edad, género, estudios y situación laboral, motivo de consulta y una encuesta de satisfacción diseñada específicamente sobre la consulta de enfermería. El cuestionario de satisfacción aparece en la tabla 1. Los resultados se expresan en número y porcentaje (%).
Resultados: Se ha recogido una muestra de 109 pacientes durante los 4 meses del estudio. La edad media fue 53 (20-79) años**,** 73 (67%) eran mujeres. Tenían estudios básicos 33 pacientes (30,5%); estudios medios 56 (51,8%) y estudios universitarios 19 (17,5%). Respecto a su situación laboral 60 pacientes (55%) trabajaban, 34 (31,1%) jubilados, 13 (11,9%) en desempleo y 2 (1,8%) estaban de baja. El motivo de la consulta de enfermería fue: inicio de administración de tratamiento subcutáneo 44,8%, vacunación 41,3%, revisión y educación sanitaria 13,7%. El grado de satisfacción de la atención recibida fue muy buena en la mayoría de los pacientes 106 (97,2%) y buena en el resto 3 (2,7%). La calidad de la información recibida fue percibida como muy buena en 97 pacientes (89%) y buena en 12 (11%). Casi todos los pacientes (99%) responden conocer su enfermedad, aunque solo anotaron el tipo de enfermedad 59 (54,1%): artritis reumatoide, espondilitis anquilosante, artritis psoriásica, lupus, S. Sjögren, polimialgia, esclerodermia y osteoporosis. El 99% conoce como contactar con la enfermera de reumatología. La satisfacción de la información recibida sobre la medicación y su administración fue muy buena en 88 pacientes (80,7%), buena en 16 (14,6%) y normal en 5 (4,5%). En comparación con las consultas de reumatología sin enfermera, la mejoría de la atención recibida se percibe como mejoría muy alta en 88 pacientes (80,7%), alta en 16 (14,6%) y normal en 5 (4,5%). Referente a los aspectos a mejorar todos contestaron estar muy satisfechos con la atención recibida, y que el trato, la amabilidad y atención de la enfermera es excelente. Si añadieron de forma espontánea el deseo de más reumatólogos en el servicio y una mayor frecuencia de las visitas.

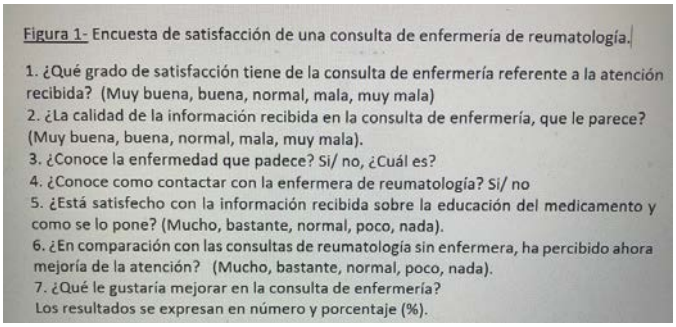


Figura 1- Encuesta de satisfacción de una consulta de enfermería de reumatología.

1. ¿Qué grado de satisfacción tiene de la consulta de enfermería referente a la atención recibida? (Muy buena, buena, normal, mala, muy mala)
2. ¿La calidad de la información recibida en la consulta de enfermería, que le parece? (Muy buena, buena, normal, mala, muy mala).
3. ¿Conoce la enfermedad que padece? Si/ no, ¿Cuál es?
4. ¿Conoce como contactar con la enfermera de reumatología? Si/ no
5. ¿Está satisfecho con la información recibida sobre la educación del medicamento y como se lo pone? (Mucho, bastante, normal, poco, nada).
6. ¿En comparación con las consultas de reumatología sin enfermera, ha percibido ahora mejoría de la atención? (Mucho, bastante, normal, poco, nada).
7. ¿Qué le gustaría mejorar en la consulta de enfermería?

Los resultados se expresan en número y porcentaje (%).

Encuesta de satisfacción de una consulta de enfermería de reumatología.

Conclusiones: La consulta de enfermería es un indicador de excelencia en los servicios de reumatología. Los pacientes valoran de la consulta de enfermería con una muy alta satisfacción la atención recibida, la amabilidad, así como la información general sobre la enfermedad, la medicación y el adiestramiento en el tratamiento subcutáneo. La gran mayoría conoce su enfermedad y sabe cómo contactar con la enfermera en caso de necesidad.

RC14. GÉNERO, SALUD MENTAL Y ORIGEN DE LA DERIVACIÓN. ¿INFLUYEN EN NUESTRO MANEJO DEL PACIENTE?

Marcos Paulino Huertas, David Castro Corredor, Joaquín Anino Fernández, Marina González Peñas, María Dolores Mínguez Sánchez, Marco Aurelio Ramírez Huaranga, Eva Revuelta Evrard y Verónica Salas Manzanedo

Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Introducción: ¿Influye el género o la salud mental del paciente, en que se le dé de alta? ¿Es diferente el porcentaje de acierto en la sospecha de patología reumática inflamatoria, entre Primaria y Hospitalaria?
Métodos: Estudio observacional, prospectivo de 539 pacientes derivados como nuevos, de forma consecutiva, en un período de 4 meses, a una consulta de Reumatología, de un Hospital de tercer

nivel. Se recogió el género, edad, centro de salud o servicio hospitalario derivador, consumo de psicofármacos, sospecha clínica, resolución de la visita y antecedente de visita previa al Servicio de Reumatología. Para el análisis estadístico de los datos, se utilizó la prueba t de Student de significancia o la chi cuadrado en función de las variables analizadas.

Resultados: De las 539 derivaciones de pacientes nuevos, hubo un 12% de incomparecencias. El 84,6% de los pacientes atendidos fueron dados de alta, bien en primera visita /Alta resolución (54,5%) o en segunda visita/Alta diferida (30,1%). Solo un 15,4% quedaron para Revisión. El 70% de los pacientes remitidos como nuevos, ya habían sido valorados previamente en el Servicio de Reumatología. El 82% procede de Primaria y el 18% de Hospitalaria. El 70% eran mujeres y un 30% hombres, con una edad media de 57 y 54 años respectivamente. El 58,6% de las derivaciones fueron por sospecha de patología mecánica, un 18,2% inflamatoria y un 23,2% otras patologías. Entre las mujeres se da de alta en primera visita a 184 (54,4%) por 74 varones (54,8%). Altas diferidas en segunda visita entre las mujeres 92 (27,2%), por 50 varones (37%). Se revisan 62 mujeres (18,3%) por 11 hombres (8,14%). Se objetivan diferencias significativas en altas diferidas y revisiones, con menor proporción de estas últimas entre los varones (p 0,027). Respecto a la salud mental, el 45% de los pacientes derivados toman psicofármacos, con un mayor consumo de medicación psiquiátrica entre las mujeres (p 0,05) (fig. 1). La toma de psicotrópicos no influye en que se dé el alta o se revise a los enfermos (p 0,698). Sí que existen diferencias significativas entre el tipo de patologías derivadas (fig. 2). Los médicos de primaria mandan más patología mecánica que los de hospitalaria (61,79 vs. 46,39%). Curiosamente, pese a ello, no existen diferencias significativas entre las altas dadas a los pacientes de Primaria respecto a los de Hospitalaria (p 0,139). Quizás por bajo nivel de acierto en la sospecha de patología inflamatoria por parte de los médicos de hospitalaria (Alta primera-segunda visita 55,2%, Revisión 44,8%) vs. la mayor destreza de los médicos de familia (Alta primera-segunda visita 38,5%, Revisión 61,6%). No obstante, por el tamaño muestral (29 pacientes inflamatorios Hospitalaria y 60 de Primaria), no se alcanza la significación estadística.

Conclusiones: Los varones son dados de alta, con mayor frecuencia, que las mujeres en consulta de Reumatología (fig. 3). Las mujeres consumen más medicación psiquiátrica, pero esto no influye en que se le dé de alta. Los médicos de familia derivan más sospecha de patología mecánica y menos de inflamatoria, respecto a los médicos hospitalarios. Pese a ello, no hay diferencias significativas en el porcentaje de altas entre los enfermos derivados por ambos niveles, lo que sugiere una menor tasa de acierto en sospecha de patología inflamatoria, entre los facultativos del hospital. Sorprende el porcentaje global de altas en primera y segunda visita (cercano al 85%).

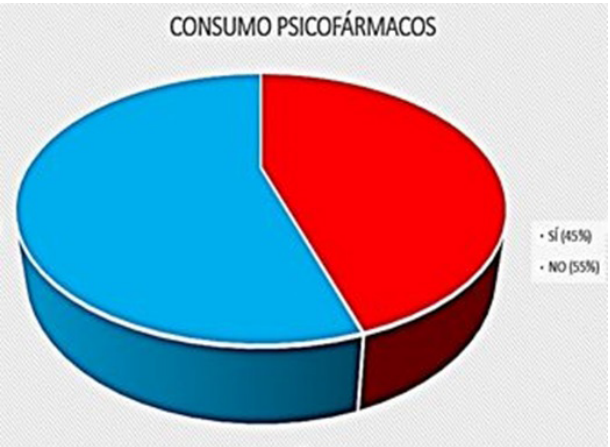


Figura 1.

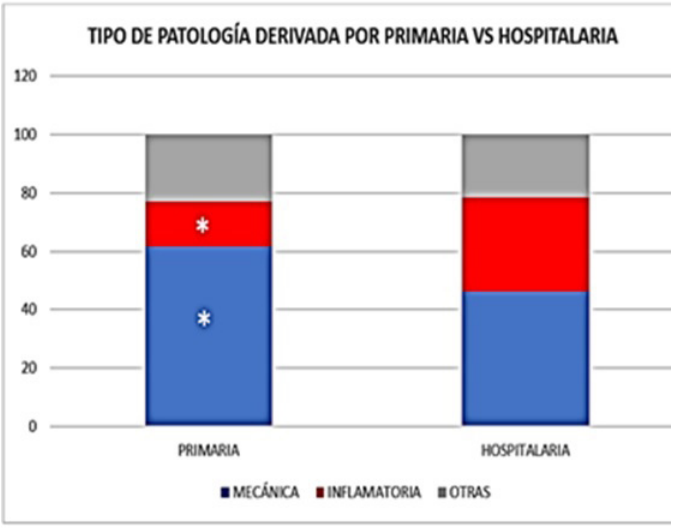


Figura 2.

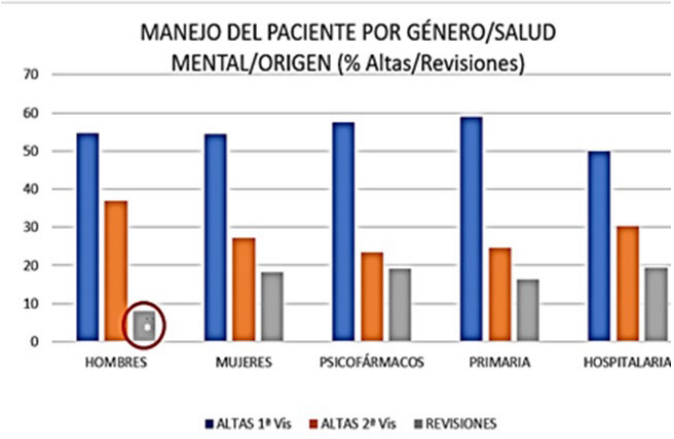


Figura 3.

RC15. PLASMA RICO EN PLAQUETAS INTRAARTICULAR EN ARTROSIS DE RODILLA: MAYOR EFICACIA FRENTE AL USO DE ÁCIDO HIALURÓNICO DE ELEVADO Y BAJO PESO MOLECULAR. ESTUDIO DE PRÁCTICA CLÍNICA

Vicenç Torrente Segarra[1], David Vázquez Corbacho[2], Elena Segarra[1], Cristina Galán[1] y Ricardo Castillejo[2]

[1]ReumaReus. Reumatología. Reus. [2]DL Clinics. Reumatologia. Granollers.

Objetivos: Analizar la eficacia y seguridad a corto plazo de la utilización de distintos preparados de ácido hialurónico (AH) y plasma rico en plaquetas en rodillas afectas de osteoartritis (OAR).

Métodos: Pacientes > 18 años de edad, con OAR diagnosticada por Radiología simple grados II y III de la Escala de Kellgren y Lawrence, refractarios a infiltraciones con corticoesteroides intraarticulares. Se eligieron pacientes de forma consecutiva que aceptaron el tratamiento con AH de bajo y elevado peso molecular (AHBPM y AHEPM, respectivamente) en dosis única (preparado comercial), y también pacientes que aceptaron tratamiento con plasma rico en plaquetas (PRP). El PRP se obtiene a partir de una fracción de sangre previamente extraída al paciente y centrifugación. Se introduce en la rodilla afecta en 4 sesiones, separadas entre ellas 15 días. Se registraron datos sociodemográficos, lateralidad y se aplicaron medidas de evaluación del dolor específicas para la OAR mediante Escala Visual

Tabla RC15
Evaluaciones de eficacia basales y al final del seguimiento

Tratamiento	EVA Basal	EVA 1m	WOMAC Dolor Basal	WOMAC Dolor 1m	WOMAC Rigidez Basal	WOMAC Rigidez 1m	WOMAC Funcionalidad Basal	WOMAC Funcionalidad 1m
AHBPM	7,8 (± 2,1)	5,9 (± 2,8)	10,8 (± 3,6)	8,7 (± 4,1)	4,3 (± 2,3)	3,9 (± 2,1)	38,4 (± 14,8)	35,1 (± 14,4)
AHEPM	8,4 (± 1,3)	6,5 (± 2,6)	11,7 (± 3,4)	10,4 (± 3,9)	4,5 (± 1,3)	4,1 (± 2,2)	44,5 (± 12,6)	40,5 (± 15,5)
PRP	7,8 (± 1,9)	2,4 (± 2,84)	10,9 (± 4,1)	4,3 (± 3,5)	3,9 (± 2,2)	1,9 (± 1,6)	32,5 (± 14,6)	14,4 (± 11,1)

Escala Visual Analógica, EVA; Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index, WOMAC; mes, m; ácido hialurónico de bajo y elevado peso molecular, AHBPM y AHEPM-respectivamente; plasma rico en plaquetas, PRP. Todos los valores se muestran como media (desviación estándar).

Analógica 0-10 cm (EVA) y de rigidez y funcionalidad Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC), a nivel basal y al mes 1 tras la realización del tratamiento.
Resultados: Se incluyeron un total de 103 pacientes afectos de OAR grado II-IV, 25 recibieron tratamiento con AHBPM, 75% mujeres, media de edad 76,4 años (± 7,2), 44% afectación bilateral; 25 pacientes recibieron AHEPM, 68% mujeres, media de edad 88,6 años (± 11,9), 40% afectación bilateral; 53 pacientes recibieron PRP, 84% mujeres, media de edad 71,4 años (± 12,5), 56% afectación bilateral. Las variables de EVA y WOMAC basales y al final del seguimiento (1 mes) se muestran en la tabla. No se registró ningún efecto secundario asociado a la administración del producto. Porcentaje de mejoría observados: tras tratamiento con AHBPM: EVA Dolor 32,3%; subescalas WOMAC Dolor 19,7%, Rigidez 8,6% y Funcionalidad 8,8%; tras tratamiento con AHEPM: EVA Dolor 22,4%; subescalas WOMAC Dolor 10,9%, Rigidez 8,9% y Funcionalidad 8,9%; tras tratamiento con PRP: EVA Dolor 68,9%; subescalas WOMAC Dolor 60,1%, Rigidez 51,1% y Funcionalidad 55,6%.
Conclusiones: En nuestro estudio de práctica clínica hemos observado una mejoría más pronunciada en los pacientes tratados con PRP en comparación con dos formulaciones diferentes de ácido hialurónico. El tratamiento con PRP se muestra como una alternativa, además, más rápidamente eficaz que AH. Aún y así, al tratarse de un estudio observacional no aleatorizado, podemos sugerir una mayor recomendación del uso de PRP en pacientes con OAR en práctica clínica, teniendo en cuenta las limitaciones metodológicas propias de este tipo de estudio.

RC16. REGISTRO LONGITUDINAL AMBISPECTIVO DE PRÁCTICA CLÍNICA DE TRATAMIENTO CON ANIFROLUMAB EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN SEGUIMIENTO EN SERVICIOS DE REUMATOLOGÍA ESPAÑOLES (ANIFRO-REU): METODOLOGÍA

Irene Carrión-Barberà[1], Tarek Carlos Salman-Monte[1], Irene Altabás-González[2], Judit Font-Urgelles[3], Anne Riveros-Frutos[3], Elvira Díez García[4], Clara Moriano Morales[4], José Andrés Román Ivorra[5], Paloma Vela[6], Carlos Marras Fernández-Cid[7], María Jesús García Villanueva[8], María Galindo[9], Jaime Calvo-Alén[10], Julia Martínez-Barrio[11], José A. Gómez-Puerta[12], Francisco Javier Narváez[13], Alejandro Muñoz Jiménez[14], Josefina Cortés[15], Consuelo Ramos Giráldez[16], Vicenç Torrente-Segarra[17], Samuel Hernández-Baldizón[18], Inmaculada Ros Vilamajó[18], Concepción Fito-Manteca[19], Ángel María García-Aparicio[20], Esther Uriarteisacelaya[21], Sergi Heredia[22], José Rosas[23], Esther Ruiz Lucea[24], Isabel María Madroñal García[25], Ana Urruticoechea[26], Silvia García Cirera[27], Ana Fernández Ortiz[28], Jorge Juan Fragío Gil[29], Samuel Leal Rodríguez[5], María Piqueras García[7], Sebastián Sandoval Moreno[15], Natividad del Val del Amo[19], Sandra Garrote Corral[8], Beatriz Frade Sosa[12], Carlos de Frías Polo[9], Andrea Hernández[30], José María Pego-Reigosa[2] e Íñigo Rúa-Figueroa[30]

[1]Servicio de Reumatología. Hospital del Mar. Barcelona. [2]Servicio de Reumatología. Hospital Meixoeiro. Vigo. [3]Servicio de Reumatología. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. [4]Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de León. [5]Servicio de Reumatología. Hospital La Fe. Valencia. [6]Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante. [7]Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. [8]Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. [9]Servicio de Reumatología. Hospital Universitario 12 de octubre. Madrid. [10]Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Araba. Vitoria-Gasteiz. [11]Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. [12]Servicio de Reumatología. Hospital Clínic. Barcelona. [13]Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. [14]Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. [15]Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. [16]Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla. [17]Servicio de Reumatología. Hospital Comarcal Alt Penedès-Garraf (CSAPG). Vilafranca del Penedès. [18]Servicio de Reumatología. Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca. [19]Servicio de Reumatología. Complejo Universitario de Navarra. Pamplona. [20]Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Toledo. [21]Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Donostia. San Sebastián. [22]Servicio de Reumatología. Hospital Moisès Broggi. Sant Joan Despí. [23]Servicio de Reumatología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. [24]Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Basurto. Bilbao. [25]Servicio de Reumatología. Hospital Quirónsalud Sagrado Corazón. Sevilla. [26]Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca. [27]Servicio de Reumatología. Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell. [28]Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Badajoz. [29]Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Valencia. [30]Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín. Las Palmas.

Objetivos: Describir los métodos del registro longitudinal ambispectivo de práctica clínica de tratamiento con anifrolumab en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) en seguimiento en Servicios de Reumatología españoles (ANIFRO-Reu). El principal objetivo del proyecto es, de manera basal, analizar las indicaciones de inicio de anifrolumab en los pacientes con LES, así como sus características en cuanto a actividad, daño, duración de la enfermedad y tratamientos previos y concomitantes. Como objetivo secundario, nos planteamos analizar de manera prospectiva (a los 3, 6 y 12 meses) la respuesta al tratamiento en términos de actividad, brotes y ahorro de glucocorticoides, así como de daño acumulado y seguridad. Las hipótesis que se pretenden responder serían si anifrolumab es un tratamiento eficaz y seguro en práctica clínica real para los pacientes con LES y en algunas de sus manifestaciones clínicas, contribuyendo al control de la actividad y reduciendo el riesgo de brote. Asimismo, si anifrolumab permite reducir la dosis de glucocorticoides y mejorar la fatiga y los trastornos neuro-cognitivos.

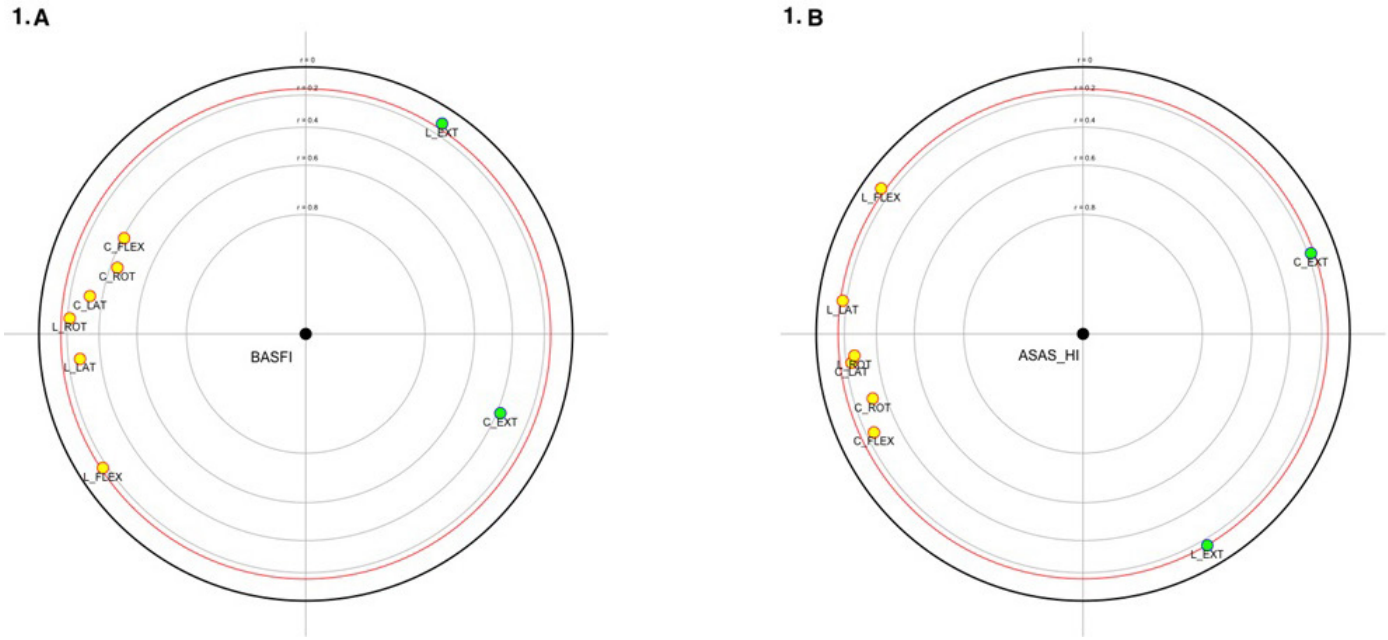
Métodos: Estudio observacional con medicamento, no controlado, longitudinal, ambispectivo y multicéntrico, de una cohorte de pacientes con LES (según criterios EULAR/ACR 2019), atendidos en 28 unidades de Reumatología en España. Todos los pacientes que hayan recibido al menos una dosis de anifrolumab serán incluidos. Los que hayan iniciado el tratamiento previamente al estudio serán casos prevalentes, mientras que los de nuevo inicio serán incidentes. El registro incluirá datos basales (T0), a los 3, 6 y 12 meses. Se recogerán variables sociodemográficas, clínicas, analíticas, tratamientos, ingresos hospitalarios, efectos adversos, mortalidad, infecciones y vacunas. Además, se calcularán índices, escalas y cuestionarios de actividad (SLEDAI-2k, índice de brote SFI, SLE-DAS, LLDAS y remisión según DORIS), daño (SLICC/ACR/DI), fatiga (FACIT), disfunción neuro-cognitiva (MoCA) y calidad de vida (LIT). El tamaño muestral mínimo necesario para encontrar diferencias intrapaciente pre y post tratamiento es de 31 pacientes, pero el propósito es obtener una cohorte de entre 84 y 140 pacientes (3-5/centro). Código CEIm: 2023/10814.
Conclusiones: El registro ANIFRO-Reu brinda la oportunidad de crear una cohorte prospectiva de pacientes con LES que inician tratamiento con anifrolumab. Con ello, ANIFRO-Reu podrá valorar la experiencia en vida real de este fármaco de manera detallada y sistemática, lo que se espera que proporcione una amplia información, incluyendo aspectos no considerados en los ensayos clínicos, y para guiar las decisiones terapéuticas de los servicios de Reumatología españoles.

RC17. ¿CÓMO INFLUYE LA LIMITACIÓN DE LA MOVILIDAD CERVICAL Y/O LUMBAR EN LA FUNCIONALIDAD Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL? DATOS DEL REGISTRO CASTRO

Clementina López Medina[1], Lourdes Ladehesa-Pineda[1,2,3], M. Ángeles Puche-Larrubia[1,2,3], M. Carmen Ábalos-Aguilera[2,3], Desirée Ruiz-Vilchez[2,3], Ignacio Gómez-García[1,2,3], Cristina González-Navas[3], Juan Luis Garrido-Castro[3] y Eduardo Collantes-Estevez[2,3]

[1]Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. [2]GC05-IMIBIC. Córdoba. [3]Universidad de Córdoba.

Introducción: Los pacientes con espondiloartritis axial (EspAax) establecida pueden sufrir una reducción de su movilidad espinal, que puede tener consecuencias en la funcionalidad y calidad de vida. Sin embargo, hay muy pocos estudios que evalúen objetivamente si esta limitación de la movilidad cervical y/o lumbar contribuyen a la reducción de la función y calidad de vida, y tampoco se sabe cuál es la magnitud de esta asociación.
Objetivos: a. Evaluar en qué medida la funcionalidad (BASFI) y calidad de vida (ASAS-HI) viene explicada por la movilidad de la columna (cervical y/o lumbar) en pacientes con EspAax. b. Identificar qué movimientos individuales cervicales y/o lumbares se asocian de forma independiente a dichas medidas de desenlace.
Métodos: Estudio transversal derivado del registro CASTRO, que incluye pacientes adultos con EspAax y que cumplen criterios ASAS. La movilidad cervical y lumbar (rotación, flexión lateral, flexión anterior y extensión) se evaluó mediante sensores inerciales que miden de forma automática el rango de movimiento. Se realizó análisis de componentes principales (ACP) para evaluar la asociación entre BASFI y ASAS-HI con los diferentes movimientos axiales. Se realizaron regresiones lineales múltiples para cuantificar la variabilidad del BASFI y ASAS-HI que viene explicada por la movilidad cervical y lumbar (mediante el coeficiente de determinación R^2). Los movimientos individuales cervicales y lumbares independientemente asociados al BASFI y ASAS-HI se identificaron mediante regresiones lineales múltiples.
Resultados: Se incluyeron un total de 156 pacientes (70,5% hombres, media de edad 48 años y media de tiempo de evolución de 22,2 años). El ACP (fig. 1A) muestra una correlación entre la disminución de los movimientos de la columna cervical y lumbar con las puntuaciones del BASFI, siendo más pronunciada la asociación con la rotación cervical (r = -0,440) y flexión cervical (r = -0,410). Se observó que el 19,9% (R^2 = 0,199) y 11,3% (R^2 = 0,113) de la variabilidad del BASFI viene explicada por la movilidad cervical y lumbar, respectivamente. El principal movimiento independientemente asociado al empeoramiento del BASFI fue la disminución de la rotación cervical.



RC17 Figura 1. *Análisis de componentes principales (ACP) para evaluar la asociación entre BASFI (1A) y ASAS-HI (1B) con los diferentes movimientos cervicales y lumbares.*

Figura 2.A. Análisis multivariante para evaluar los movimientos independientemente asociados a BASFI.

Variable	N	Estimate	p
Cervical flexion	156	-0.01 (-0.38, 0.37)	0.96
Cervical rotation	156	-0.30 (-0.59, -0.02)	0.03
Cervical lateral	156	0.07 (-0.22, 0.35)	0.64
Cervical extension	156	0.17 (-0.41, 0.74)	0.56
Lumbar flexion	156	0.35 (-0.02, 0.72)	0.06
Lumbar rotation	156	-0.29 (-0.63, 0.05)	0.09
Lumbar lateral	156	-0.18 (-0.61, 0.25)	0.41
Lumbar extension	156	0.42 (-0.12, 0.95)	0.12

Figura 2.B. Análisis multivariante para evaluar los movimientos independientemente asociados al ASAS-HI

Variable	N	Estimate	p
Cervical flexion	154	-0.01 (-0.07, 0.05)	0.729
Cervical rotation	154	-0.05 (-0.09, -0.00)	0.034
Cervical lateral	154	-0.00 (-0.05, 0.04)	0.835
Cervical extension	154	-0.06 (-0.15, 0.03)	0.178
Lumbar flexion	154	0.06 (0.00, 0.12)	0.047
Lumbar rotation	154	-0.08 (-0.13, -0.03)	0.004
Lumbar lateral	154	-0.02 (-0.08, 0.05)	0.644
Lumbar extension	154	0.10 (0.02, 0.18)	0.018

RC17 Figura 2. *Regresión lineal multivariante para identificar los movimientos independientemente asociados a la función (fig. 2A) y calidad de vida (fig. 2B).*

RC18. DESCIFRANDO LA LUMBALGIA AGUDA EN UNA PLANTA DE REUMATOLOGÍA EN UN HOSPITAL TERCIARIO: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO

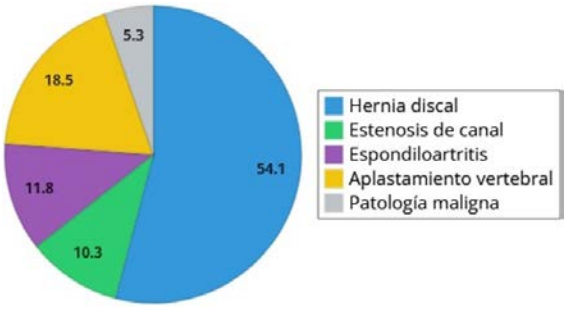
Joaquín Anino Fernández, Laura María Jiménez Rodríguez, David Velasco Sánchez, Marco Aurelio Ramírez Huaranga, David Castro Corredor, María Dolores Mínguez Sánchez, Verónica Salas Manzanedo, Eva Revuelta Evrard, Marina González Peñas, Lourdes Martín de la Sierra López, Alberto López Menchero Mora y Marcos Paulino Huertas

Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Introducción: La lumbalgia es el segundo síntoma más frecuente por el que se consulta en Atención Primaria y en Urgencias. Hay pacientes con mal control del dolor o presencia de síntomas de alarma que precisan de un estudio más exhaustivo y que necesitan de un tratamiento médico más dirigido. Nuestro servicio de Reumatología es el único de Castilla-La Mancha y de los pocos en España en el que los facultativos manejan los pacientes que ingresan por lumbalgia para el control del dolor o el estudio dirigido de la misma. Presentamos un estudio descriptivo con datos de los 3 últimos años de pacientes que han ingresado en Reumatología por esta causa. Con ello desentrañamos el perfil de pacientes, la etiología del dolor lumbar, el tiempo medio de estancia hospitalaria, las pruebas complementarias y los tratamientos dirigidos que precisan.

Métodos: Se trata de un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de una cohorte de 294 pacientes ingresados en la planta de Reumatología en el Hospital General Universitario de Ciudad Real desde 2021 a 2023. De ellos, se seleccionaron a los pacientes cuya causa de ingreso fue dolor lumbar mal controlado o con signos de alarma. El objetivo principal del presente estudio es analizar las enfermedades que provocan el ingreso por lumbalgia en nuestro hospital. Los objetivos secundarios son determinar el perfil de paciente, la estancia media hospitalaria y los tratamientos médicos e intervencionistas dirigidos.

Resultados: De los 294 pacientes que ingresaron en el servicio de Reumatología del Hospital General Universitario de Ciudad Real en los últimos 3 años, 135 (45,9%) lo hicieron por lumbalgia. Del total de pacientes que ingresaron por este motivo, el 74,8% lo hizo a través de Urgencias, habiendo consultado una media de 1,72 visitas por esta sintomatología. El resto (25,2%) ingresaron de forma programada desde consultas externas. La edad media de los pacientes registrados fue de 58,5 años de los cuales 74 (54,8%) fueron mujeres. La causa más frecuente fue la hernia discal con afectación radicular (54,1%), seguido de aplastamiento vertebral (18,5%), espondiloartritis (11,8%), estenosis de canal (10,3%) y por último patología maligna (5,3%). La estancia media hospitalaria fue de 11,4 días. Respecto al tratamiento, 94 (69,2%) pacientes precisaron la administración de opioides mayores para el control del dolor, 82 (60,7%) se beneficiaron de técnicas intervencionistas dirigidas y 32 (23,7%) necesitaron cirugía. La técnica más frecuente fue la radiofrecuencia pulsada realizada en 40 (48,7%) pacientes.



Etiología de la lumbalgia aguda en pacientes hospitalizados.

Conclusiones: La lumbalgia es la principal causa de ingreso en nuestra planta, suponiendo el 3,7% del total de pacientes hospitalizados en el hospital. Llama la atención la prevalencia de la etiología mecánica y degenerativa en pacientes de edad media. En nuestro estudio, al igual que en la literatura, el sexo no es una variable predictiva de lumbalgia. En cuanto al tratamiento, varios estudios han reportado porcentajes similares de pacientes que precisan cirugía,

técnicas intervencionistas y/o tratamiento conservador. En el periodo estudiado, 6 de los pacientes reingresaron por el mismo motivo, un porcentaje menor comparado con lo descrito en la literatura. El hecho de que la lumbalgia presente una etiología multifactorial, hace que la decisión terapéutica suponga un reto. Por tanto, es importante la formación dentro de la Reumatología para dirigir un tratamiento diseñado a la medida del paciente.

RC19. CARACTERÍSTICAS Y SUPERVIVENCIA A LOS 3 Y 6 MESES TRAS TRATAMIENTO PRECOZ EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA: DATOS PRELIMINARES DE UN PROGRAMA LOCAL-FLS

J.C. Rosas Gómez de Salazar[1], L. Pons-Canet[1], A. Pons-Bas[1], C. Raya-Santos[1], M. Cwiertniewski[2], J.C. Cortés-Quiroz[1], R. Gallego-Campuzano[1], J.M. Senabre-Gallego[1], T. Llinares[2], G. Santos-Soler[1], J.A. Bernal[1], X. Barber[3], J.A. García-Gómez[3] y Grupo AIRE-MB

[1]Sección de Reumatología. Hospital Marina Baixa. Vila Joiosa. [2]Servicio de Traumatología. Hospital Marina Baixa. Vila Joiosa. [3]CIO-Universidad Miguel Hernández. Elche.

Objetivos: Evaluar características y supervivencia a 3 y 6 meses, del tratamiento precoz antiosteoporótico tras fractura de cadera (FxC) de bajo impacto.
Métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes > 50 años ingresados en Traumatología por FxC, evaluados por Reumatología, para estudio de osteoporosis (OP), de marzo-noviembre de 2023. Se recogieron: datos epidemiológicos, factores de riesgo tratamiento de OP, evaluación previa en Reumatología, días de ingreso, otras fracturas por fragilidad, supervivencia a 3 y 6 meses, Rx lateral columna dorsal-lumbar, analítica con PTH, 25-OH-VitD, calcio, fósforo y fosfatasa alcalina. Al alta hospitalaria: se prescribió inicialmente risedronato 35 mg semanal gastrorresistente (RIS-GR), tras desayuno y DMO. Se evaluaron en Reumatología a los 3 y 6 meses para evolución, supervivencia, revisar DMO y tratamiento. Se comparó la supervivencia con pacientes ingresados en 2021 por FxC, no evaluados por Reumatología.
Resultados: Se incluyen 148 pacientes consecutivos > 50 años, de edad media (DE): 81,5 (9,5) años, 117 (79%) mujeres. La media de días de ingreso fue de 8,24 (4,6), de ≤ 7 días el 37%. En 23 (15,6%) pacientes constaba seguimiento previo en Reumatología. 27 (18%) habían recibido anti-OP (bifosfonato: 16, zoledronato: 3, denosumab: 12, PTH: 3, SERM: 4) y 38 (26%) Vit D. Factores riesgo OP: edad de menopausia: 49 (DE: 4,26) años, fumador: 13 (9%) pacientes, alcohol: 7 (4,8%), FxC padres; 19 (13%), fármacos osteopenizantes: 69 (46%): omeprazol: 63 (43%), prednisona (6 pacientes), corticoide inhalado (11 pacientes): 17 (11,5%), tiroxina: 12 (8%), inhibidor aromatasa: 2 (1,3%), alguna enfermedad osteopenizante: 42 (29%). 49 (33%) pacientes alguna fractura previa: cadera: 16 (12%), vertebral: 24 (19%), radio distal: 17 (13%), cabeza humeral: 12 (9%). En ingreso, el nivel medio de Vit D: 23,4 ng/mL (DE: 12,8), fosfatasa alcalina: 93,7 U/L (48), calcio: 8,81 mg/dl (0,95), fósforo: 3,4 mg/dl (0,93), PTH: 84,3 pg/mL (134,1). En 59/127 (46%) tenían fractura vertebral. Al alta, todos recibieron vit D y 124 (84%) anti-OP: RIS-GR: 105 (71%), denosumab: 16 (10,8%), romosozumab: 2 (1,3%), teriparatida: 1 (0,7%). El índice Ts medio de DMO en 44 pacientes que realizaron: columna lumbar: -1,33 (DE: 1,7), cuello femoral: -2,61 (1,07), cadera total: -2,36 (1,34). La mortalidad global fue de 11 *exitus*/148 pacientes: 7,4% (8 en primeros 3 meses y 3 entre 4-6 mes), tiempo desde ingreso al *exitus*: 37,18 (DE: 36,19) días. La mortalidad intrahospitalaria: 4 (3%) pacientes, media de 3,75 (DE: 2,36) días. La supervivencia, al restar *exitus* y perdidos, fue a los 3 meses: 84/105: (80%) pacientes y a los 6 meses: 31/60 (52%). Al comparar el grupo 2023 (reciben tratamiento precoz), respecto al grupo 2021 (no recibieron tratamiento), el grupo 2023, incluía de forma significativa menor número de varones y de días de FxC a *exitus* y mayor supervivencia a 6 meses, similar a 3 meses (tabla).

Comparación entre el grupo 2023 que recibe tratamiento al alta frente al de 2021, que no lo recibió

	Grupo 2023 **con tratamiento** al alta (N: 148)	Grupo 2021 **sin tratamiento** al alta (N: 126)	p
Edad, media (DE)	81,5 (9,5)	81 (9,5)	0,66
Mujer, n/N (%)	117/148 (79)	81/126 (64)	**0,020**
Exitus			
Intrahospitalaria, n/N (%)	4/11 (36%)	4/22 (18)	0,56
Tiempo (días) medio a *exitus* (DE)	3,75 (2,36)	7,75 (5,85)	0,0001
Overall mortality:			
n/N (%)	11/148 (7,4)	22/126 (17)	0,45
media días a *exitus* (DE)	37,18 (36,19)	55,42 (46,9)	**0,001**
3 meses, n/N (%)*	8/105 (7,6)	16/126 (13)	0,69
6 meses n/N (%)**	11/60 (18)	22/126 (17)	0,94
Pérdida de seguimiento			
3 meses, n/N (%)	13/105 (12)	10/126 (8)	0,75
6 meses, n/N (%)	18/60 (30)	20/126 (16)	0,30
Supervivencia (restando *exitus* + pérdida de seguimiento)			
3 meses, n/N (%)	84/105 (80)	100/126 (79)	0,86
6 meses, n/N (%)	31/60 (52)	90/126 (74)	**0,024**

Conclusiones: 1. La supervivencia tras la FxC, eliminado los pacientes fallecidos y perdidas del seguimiento, alcanza a los 3 meses el 80% y el 52% a los 6 meses. 2. La mortalidad intrahospitalaria es del 3%, ocurriendo en los primeros días del ingreso. 3. El 33% había presentado alguna fractura por fragilidad. 4. En el 46% se detectó fractura vertebral en el ingreso.

RC20. ENFERMEDAD DE WHIPPLE EN PACIENTES CON ARTRITIS. A PROPÓSITO DE UNA SERIE DE CASOS

Lina El Kadaoui El Ouariachi, Nerea Alcorta Lorenzo, Luis María López Domínguez, César Antonio Egües Dubuc, Olga Maiz Alonso, Jorge Jesús Cancio Fanlo, Esther Uriarte Isacelaya y Joaquín María Belzunegui Otano

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Donostia.

Introducción: La enfermedad de Whipple (EW), es un trastorno infeccioso crónico poco común causado por un bacilo gram positivo llamado *Tropheryma whipplei* (TW). Puede producir varias manifestaciones clínicas, las más frecuentes son: artralgias, pérdida de peso, fiebre, diarrea y dolor abdominal, pero las manifestaciones articulares son los síntomas más frecuentes y pueden preceder en años al resto de síntomas por lo que puede imitar una artritis reumatoide (AR).
Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de pacientes diagnosticados de EW en nuestro hospital. Los síntomas clínicos se evaluaron mediante revisión de las historias clínicas. La EW se diagnosticó mediante tinción con ácido periódico de Schiff (PAS) y/o reacción en cadena de la polimerasa (PCR) específica de TW.
Resultados: Los parámetros epidemiológicos y clínicos de los pacientes vienen recogidos en la tabla 1. Los pacientes estaban entre los 62 y 72 años de edad, siendo la mayoría mujeres. El tiempo medio hasta el diagnóstico fue de 4 años. Todos los pacientes presentaron poliartritis con un patrón predominantemente simétrico presentando uno de ellos artritis erosiva. Las articulaciones afectadas fueron: muñecas (3/3), articulaciones metacarpofalángicas (MCF) (3/3), rodillas (1/3), articulaciones interfalángicas proximales (IFP) (1/3), caderas (1/3), hombros (2/3) y tobillos (2/3). En cuando a los parámetros analíticos (tabla 2), todos los pacientes tenían concentraciones elevadas de proteína C reactiva (PCR) y de velocidad de sedimentación globular (VSG), mientras que el factor reumatoide (FR) y los anticuerpos anticitrulinado (aCCP) eran negativos, siendo clasificados, por este motivo, (erróneamente) como pacientes con

Tabla RC20
Tabla 1. Parámetros epidemiológicos y clínicos de EW

			Diagnóstico EW		Manifestaciones musculoesqueléticas		
Paciente	Sexo	Edad actual	Edad primera manifestación clínica (años)	Tiempo para diagnóstico EW (años)	Manifestación articular/número de articulaciones afectadas/patrón de afectación articular	Hallazgos radiográficos	Criterios ACR/EULAR DAS28
1	M	62	58	4	Poliartritis simétrica: hombros, muñecas, MCF, IFP, caderas y tobillos	Artritis no erosiva	5 5,9
2	F	72	66	6	Oligoartritis simétrica: muñecas, MCF, tobillos	Artritis no erosiva	5 4,99
3	F	65	62	3	Poliartritis simétrica: hombros, muñecas, MCF, rodillas	Artritis no erosiva	5 5,2

EW: enfermedad de Whipple; F: femenino; M: masculino; MCF: metacarpofalángicas; IFP: interfalángicas proximales.

Tabla RC20
Tabla 2. Parámetros de laboratorio de pacientes con EW

	Análisis de laboratorio						
Paciente	PCR	VSG	Anemia	FR	aCCP	TAC-TAP	Tinción PAS duodenal
1	50	36	Macrocítica	-	-	Normal	Dato ausente
2	30	50	No	-	-	Adenopatía reactiva	-
3	40	55	Normocitica- normocrómica	-	-	Normal	-

aCCP: anticuerpo anticitrulinado; FR: factor reumatoide; TAC-TAP: tomografía axial computarizada toraco-abdomino- pélvico; PCR: proteína C reactiva; VSG: velocidad de sedimentación globular.

Tabla RC20
Tabla 3. Microbiología y manifestaciones extraarticulares de pacientes con EW

	Microbiología *Tropheryma whipplei* ADN				Manifestaciones extraarticulares				
Paciente	Heces	Saliva	LCR	Biopsia duodenal	Dolor abdominal y diarrea	Pérdida de peso	Clínica neurológica	Pericarditis	Hiperpigmentación cutánea
1	-	+	-	d.a.	No	No	No	Sí	No
2	-	-	-	+	No	No	No	No	No
3	+	+	-	+	No	No	No	No	No

LCR: líquido cefalorraquídeo; d.a.: dato ausente.

Tabla RC20
Tabla 4. Tratamiento inmunosupresor y antibiótico que recibieron los pacientes con EW

Paciente	Tratamiento IS (Duración en meses)	Tratamiento ATB
1	PDN (18), MTX (48), ADA (5), BARI (4), TOCI (4), ABA (3), IXE (4), UPA (6), ETN (8), IFX (10)	TMP-SMX/12h (12 meses)
2	MTX (72), LEF (7), ADA (24), ETN (7)	CRO 2g/24h (2sem) + TMP-SMX/12h (12 meses)
3	PDN (12), MTX (36), LEF (6), ADA (8), ETN (4)	CRO 2g/24h (2sem) + TMP-SMX/12h (12 meses)

ATB: antibiótico; ABA: abatacept; ADA: adalimumab; CRO: ceftriaxona; BARI: baricitinib; ETN: etanercept; LEF: leflunomida; MTX: metotrexato; PDN: prednisona; IFX: infliximab; IS: inmunosupresor; TOCI: tocilizumab; UPA: upadacitinib; TMP-SMX: trimetoprim-sulfametoxazol.

AR seronegativa según los criterios EULAR/ACR (mediana DAS28 5,2). Además, a todos se les hizo un TAC-TAP, descubriendo en uno de ellos con una adenopatía reactiva de carácter benigno. Tras el diagnóstico inicial, los tres pacientes recibieron tratamiento (tabla 4) antirreumático consistente en prednisona con metotrexato y/o leflunomida, pero por escasa respuesta, los tres fueron tratados adicionalmente con al menos un agente biológico (adalimumab, etanercept, baricitinib, tocilizumab, abatacept, ixekizumab, upadacitinib e infliximab). La mayoría de los pacientes mostraron una respuesta insuficiente al tratamiento. Debido a la mala evolución de dichos pacientes, a pesar de tratamiento con FAMES y biológicos, se decidió descartar otras etiologías, así como infecciones, por lo que se decidió analizar la presencia de TW en heces, saliva y líquido cefalorraquídeo (LCR). En dos de los tres pacientes se detectó TW en saliva (tabla 3) y en uno de ellos en heces mediante PCR; en dos pacientes el diagnóstico de EW se confirmó mediante biopsia duodenal con resultado positivo para TW. Los síntomas gastrointestinales y otras manifestaciones extraarticulares estuvieron ausentes. Una vez confirmado el diagnóstico de EW, se inició tratamiento con trimetoprim/sulfametoxazol en los tres pacientes y dos de ellos recibieron previamente una pauta de ceftriaxona durante dos semanas. Finalmente, todos los pacientes tuvieron buenas respuestas al tratamiento con mejoría de la artritis y las manifestaciones extraarticulares.

Conclusiones: Especialmente los pacientes con AR seronegativa con un curso prolongado de la enfermedad y una respuesta insuficiente al tratamiento deben ser reevaluados para detectar la enfermedad de Whipple aun cuando no haya manifestaciones gastrointestinales.

RC21. USO DE INHIBIDORES DE JAK EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL: ANÁLISIS DE SEGURIDAD EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Ignacio González Fernández[1], Pedro Luis Baenas González[1], Carolina Díez Morrondo[1], Miriam Retuerto Guerrero[1], Clara Moriano Morales[1], Paula Pérez García[1], Cristiana Sieiro Santos[1], Carolina Álvarez Castro[1], Jose Ordás Martínez[1], María Eva Vallejo Pascual[2] y Elvira Díez Álvarez[1]

[1]Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de León. [2]Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. Departamento de Economía y Estadística. Universidad de León.

Introducción: El desarrollo de nuevas dianas[1], como los inhibidores de JAK (JAKi), ofrecen alternativas de tratamiento en enfermedades

inflamatorias crónicas, permitiendo alcanzar el objetivo terapéutico de pacientes que han fracasado a otros medicamentos previos y con adecuado perfil de seguridad.
Objetivos: Describir características clínico-epidemiológicas de pacientes que han precisado tratamiento con JAKi y analizar las complicaciones derivadas del uso de estos.
Métodos: Estudio observacional descriptivo de todos los pacientes que han recibido tratamiento con JAKi en nuestro centro hasta el 31 de diciembre de 2023. Se describen las siguientes variables: diagnóstico, sexo, edad media al diagnóstico y al inicio del tratamiento, tiempo de demora entre ambas fechas, presencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y hábitos tóxicos, complicaciones infecciosas/trombóticas/neoplásicas por JAKi, medicaciones prescritas y motivo de suspensión y remisión de la enfermedad en última consulta.
Resultados: Se incluyeron 71 pacientes (62% de mujeres). Se utilizó tofactinib (38%), upadactinib (34%) y baricitinib (28%). Filgotinib no está autorizado en nuestro centro. Edad media al inicio del tratamiento fue 54,34 ± 8,52 años con una demora entre diagnóstico de la enfermedad e inicio de JAKi de 22,9 ± 19,3 meses. 86% recibió vacuna frente a herpes zoster (HZ) y un 5,6% habían padecido previamente HZ. Un 5% había tenido previo al JAKi infecciones graves que habían requerido ingreso (3 neumonías - una por tuberculosis - y 1 episodio de tromboflebitis séptica del seno cavernoso). Un 78,9% presentaban FRCV (dislipemia en 54,9% e hipertensión arterial en 33,8%). Un 42,3% habían sido fumadores. 9,9% tenían enfermedad cardiovascular establecida (aterosclerosis 85,7%) y 8,5% habían presentado episodio trombótico previo (4 infartos, 2 tromboembolismos pulmonares y 1 colitis isquémica). Como complicaciones por JAKi, a nivel de infecciones se documentó 1 caso de HZ y 2 infecciones graves que requirieron ingreso (por SARS-CoV-2); 3 casos de neoplasias (2 carcinomas basocelulares y 1 dermatofibroma) y 1 episodio trombótico (tromboembolismo pulmonar). Estos eventos aparecieron en pacientes con tofacitinib (10 mg/día), excepto, los carcinomas basocelulares que ocurrieron con baricitinib (4 mg/día). Las complicaciones infecciosas y trombótica se registraron en pacientes con FRCV y, al menos, 5 mg/día de prednisona. No se observaron eventos adversos para upadacitinib. No se observaron diferencias estadísticamente significativas por medicamento al tener bajo tamaño muestral los subgrupos. En la última consulta, el 74,6% se encontraba en remisión clínica. De 71 pacientes, 18 (25,4%) suspendieron JAKi: Las causas más frecuentes fueron fallo primario y secundario (55-10% respectivamente), solo 1 por evento trombótico y ninguno por complicación infecciosa u oncológica.
Conclusiones: En nuestra muestra, los JAKi demuestran ser una opción terapéutica útil en el manejo de diferentes patologías inflamatorias con adecuado perfil de seguridad con bajo riesgo de infección, oncológico y/o trombótico.

Tabla 1. Diagnósticos incluidos

Diagnóstico	Número de pacientes
Artritis reumatoide	33 (46,5%)
Artritis psoriásica	14 (19,7%)
Espondiloartritis axial	9 (12,7%)
Artritis seronegativa	7 (9,9%)
Espondiloartritis enteropática	2 (2,8%)
Lupus eritematoso sistémico	2 (2,8%)
Otras (aortitis, artritis idiopática juvenil, miopatía inflamatoria)	4 (5,6%)

Tabla 2: FAMEsc

FAMEsc	Pacientes que inician	Pacientes en tratamiento en actualidad	Motivo más frecuente suspensión
Metotrexato	59 (83,1%)	14 (19,7%)	Intolerancia digestiva
Leflunomida	31 (43,7%)	0	Ineficacia
Hidroxicloroquina	9 (12,7%)	4 (5,6%)	Ineficacia
Sulfasalazina	3 (4,2%)	2 (2,8%)	Ineficacia

Tabla 3. FAMEb

FAMEb	Pacientes que inician	Pacientes en tratamiento en actualidad	Motivo más frecuente suspensión
AntiTNF	59 (83,1%)	2 (2,8%)	Fallo primario
Inhibidor IL-6	14 (19,7%)	3 (4,2%)	Fallo primario
Rituximab	9 (12,7%)	1 (1,4%)	Fallo primario
Abatacept	9 (12,7%)	5 (7%)	Fallo primario
Inhibidor IL-17	13 (18,3%)	1 (1,4%)	Fallo primario
Inhibidor IL-12-23	7 (9,9%)	0	Fallo primario
Inhibidor IL-23	2 (2,8%)	2 (2,8%)	No suspendidos

BIBLIOGRAFÍA

1. Benucci M, Bernardini P, Coccia C, et al. JAK inhibitors and autoimmune rheumatic diseases. Autoimmun Rev. 2023;22(4):103276.

RC22. COMPARACIÓN DE LA ACTITUD EN EL MANEJO DE LAS MONOARTRITIS AGUDAS ENTRE SERVICIOS DE URGENCIA Y DE REUMATOLOGÍA

P. Andújar Brazal, C. Valera-Ribera, I. Vázquez-Gómez, A. Mayo Juanatey, P. León Torralba, A. Martínez-Ferrer, E. Valls-Pascual, D. Ybáñez-García y J.J. Alegre-Sancho

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia.

Introducción: La aproximación diagnóstica y terapéutica de las monoartritis agudas que se realiza en un servicio de urgencias suele diferir de la llevada a cabo en consultas de reumatología y debería estar basada en las recomendaciones recogidas en las guías de práctica clínica. Estudiar estas diferencias puede ser útil para identificar posibles puntos de mejora en el diagnóstico, tratamiento y derivación que puedan redundar en un beneficio final para el paciente.
Objetivos: Describir la actuación del urgenciólogo ante pacientes que consultan en un servicio de urgencias por monoartritis aguda y compararla con la realizada por el reumatólogo en consultas externas.
Métodos: Se realizó una búsqueda en la base de datos del programa informático del Hospital Universitario Doctor Peset de Valencia con los términos "Monoartritis" y "Monoartritis Aguda" que apareciesen como diagnóstico principal en los informes de alta del servicio de urgencias del periodo comprendido entre enero de 2015 y enero de 2020. Se recogieron variables demográficas y clínicas registradas en el episodio de urgencias y, en aquellos que fueron remitidos a reumatología, se registró el diagnóstico final y su concordancia con el dado en el servicio de urgencias. Se realizó un análisis descriptivo con el programa SPSS en su versión 25.
Resultados: Se registraron un total de 140 consultas que cumplían los criterios de búsqueda. Un 60,7% de los pacientes fueron varones con una media de edad de 64,73 años (± 16,27 DE). La articulación más frecuentemente afectada fue la rodilla (40,7%), seguida del carpo (17,1%) y tobillo (12,9%). El tiempo medio de evolución del episodio hasta su consulta en urgencias fue de 3,4 días (± 8,7 DE) y el 60% no tenía antecedentes previos similares. En casi la mitad de las consultas (49,3%) el médico no registró la temperatura que presentaba el paciente en el momento del episodio. En el 84,3% de los pacientes se solicitó analítica con reactantes de fase aguda pero solo en un 10% se realizó artrocentesis diagnóstica en urgencias. De las realizadas, en ningún caso se visualizó el líquido sinovial en el microscopio óptico y solo el 64% fueron remitidas para cultivo microbiológico. Al alta, un 70% de los pacientes fueron remitidos a consultas de reumatología y un 15,7% ingresó por sospecha de artritis séptica. Tras su valoración por reumatología, se confirmó el diagnóstico de monoartritis en 45% de las consultas (tabla) y la tasa de artrocentesis en estas consultas fue del 68%.
Conclusiones: La tasa de artrocentesis diagnóstica y estudio del líquido sinovial en pacientes con monoartritis aguda atendidos en urgencias fue muy baja (10%) en comparación a la consulta de reuma-

tología (68%), a pesar de que las guías de práctica clínica lo recomiendan. Ello puede suponer una demora en su diagnóstico y en el inicio de tratamiento, que en ocasiones, como en el caso de las monoartritis sépticas, pueden resultar cruciales para su buena evolución. Sin embargo, la correlación diagnóstica entre servicios fue aceptablemente buena, confirmándose el diagnóstico de monoartritis en un 45 % de los pacientes valorados posteriormente por reumatología.

DIAGNÓSTICO EMITIDO EN INFORME DE CONSULTAS DE REUMATOLOGIA

	Frecuencia	Porcentaje
SIN DIAGNOSTICO CONCLUYENTE	21	15,0
TOTAL	21	15,0
ARTRITIS GOTOSA AGUDA	27	19,3
PSEUDOGOTA/CONDROCALCINOSIS	26	18,6
ARTRITIS SÉPTICA	3	2,1
OTRAS MONOARTRITIS	7	5,0
TOTAL	63	45,0
SE DESCARTA MONOARTRITIS	7	5,0
TOTAL	7	5,0
NO ACUDE A CONSULTA	9	6,4
NO REMITIDO A CONSULTA	40	28,6
TOTAL	49	35,0
Total pacientes	140	100,0

Diagnósticos emitidos en informes de consulta de reumatología de pacientes derivados desde el servicio de urgencias con diagnóstico de monoartritis aguda.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tratado de Enfermedades Reumáticas de la SER. Sociedad Española de Reumatología. Editorial Médica Panamericana. Marzo 2021.
2. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 6ª edición. Elsevier.

RC23. CARDIOVASCULAR RISK FACTORS AND SAFETY PROFILE OF ROMOSOZUMAB TREATMENT IN POSTMENOPAUSAL WOMEN WITH SEVERE OSTEOPOROSIS: A MULTICENTRE DESCRIPTIVE STUDY IN CASTILLA Y LEÓN

Carolina Cristina Chacón Vélez[1], José Ordás Martínez[2], Cristiana Sieiro Santos[2], Fred Antonio Antón Pagés[3], Marta Ibáñez Martínez[1], Paula Pérez-García[2], Belén Miguel Ibáñez[1], Pedro Baenas González[2], Laura Blanco[1], Ismael González Fernández[2], Olga Martínez González[1], Carolina Díez[2], Ana Isabel Turrión Nieves[1], Miriam Retuerto-Guerrero[2], Carlos Montilla Morales[1], Carolina Álvarez Castro[2], Manuel Martín Martín[1], Ignacio González Fernández[2], Clara Moriano[2], Cristina Hidalgo[1], Olga Compán Fernández[1], Elvira Díez Álvarez[2] and Susana Gómez Castro[1]

[1]Rheumatology. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. [2]Rheumatology. Complejo Asistencial Universitario de Leon. [3]Rheumatology. Complejo Asistencial de Segovia. Segovia.

Introduction: Osteoporosis (OP) is characterised by low mineral density and deterioration of bone microarchitecture leading to more fragile bone, which increases the risk of bone fracture. In recent years, Romosozumab, a humanised IgG2 monoclonal antibody that inhibits sclerostin, has been approved for the treatment of OP, exerting a dual effect on bone tissue.
Objectives: To analyse cardiovascular risk factors, previous osteoporosis treatments, as well as densitometric values and bone resorption markers in postmenopausal women treated with Romosozumab in Castilla y León.
Methods: A multicentre descriptive cross-sectional study was conducted in Castilla y León including postmenopausal female patients with severe OP treated with Romosozumab. Sociodemographic variables, treatment history for OP, densitometric and analytical measurements (including bone resorption markers) as well as drug discontinuations and associated side effects were evaluated.
Results: Thirty-six postmenopausal women treated with Romosozumab were included. Thirteen (36%) had an immune-mediated disease. The sociodemographic, clinical, treatment history, densitometric and analytical data are shown in table 1. Most of the patients had severe osteoporosis, mostly located at the level of the spine (89% of the total fractures, with a mean T-Score of -3,44 ± 1,24). As the most relevant cardiovascular risk factors we found arterial hypertension (15 (42%)), followed by dyslipidemia (10 (28%)). Two (6%) completed one year of treatment with subsequent sequencing to bisphosphonates. Treatment with romosozumab has shown good tolerance, with no evidence of new fractures or the appearance of relevant side effects, such as osteonecrosis of the jaw, atypical fracture of the femur, coronary or cerebrovascular events, or significant hypocalcaemia. Furthermore, it should be noted that treatment with Romosozumab did not need to be interrupted in any case.

Variable	
Autoinmune Disease (n, %)	13 (36%)
Age (median ± SD)	71 ± 10 years old
Age of Menopause (median ± SD)	47 ± 6 years old
Cardiovascular risk factors	
Arterial hypertension (n, %)	15 (42%)
Diabetes (n, %)	1 (3%)
Dyslipidemia (n, %)	10 (28%)
Obesity (n, %)	4 (11%)
Underweight (n, %)	2 (6%)
Smoking history	
Current smokers (n, %)	5 (14%)
Former Smokers (n, %)	7 (19%)
Never smokers (n, %)	24 (67%)
Previous treatments (median ± SD)	1.16 ± 0.83
Oral Bisphosphonates (n, %)	10 (28%)
Intravenous Bisphosphonates (n, %)	9 (25%)
Teriparatide (n, %)	9 (25%)
Denosumab (n, %)	7 (19%)
Raloxifene (n, %)	2 (6%)
History of fractures (median ± SD)	3 ± 2
Vertebral (n, %)	93 (89%)
Rib (n, %)	1 (1%)
Distal Radius (n, %)	7 (7%)
Hip (n, %)	3 (3%)
More than 1 factures (n, %)	24 (67%)
Average treatment duration with romosozumab (median ± SD)	205 ± 136 days
Baseline Densitometry	
Hip T-Score (median ± SD)	-2.46 ± 0.68
Vertebral T-Score (median ± SD)	-3.44 ± 1.24
Total T-Score (median ± SD)	-2.30 ± 0.76
Baseline B-Crosslap (median ± SD)	0.57 ± 0.36

Conclusions: The results obtained in this study suggest encouraging data regarding the safety of Romosozumab treatment in patients with severe osteoporosis. However, we recognise the need for follow-up studies to strengthen the evidence and better understand its future impact. In this regard, we intend to conduct a long-term follow-up study to assess the continued efficacy and safety of this treatment.

RC24. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DE RECIENTE DIAGNÓSTICO Y MANIFESTACIONES MODERADAS/GRAVES AL DEBUT

Cristina Arciniega Larios, Mirian Yaneth Orellana Gómez, Clara María Terol Muñoz, Sara María Rojas Herrera, Raúl Veroz González y Eugenio Chamizo Carmona

Hospital de Mérida.

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune de presentación muy heterogénea. Desde el año

Fármaco/Dominios	Cutáneo	Articular	PSQ	Cardiológico	Pulmonar	Hematológico	Renal
Hidroxicloroquina	100%	100%	100%(1)	100%	100%	100%	100%
Metotrexato	0%	50%(2)	0%	33%(1)	100%	0%	16,6%(1)
Micofenolato	50% (1)	25%(1)	100%(1)	0%	0%	40%(2)	50%(3)
Tacrolimus	0%	25% (1)	0%	0%	0%	0%	16,6%(1)
Belimumab	100%	75%(3)	0%	33%(1)	0%	60%(3)	83,3%(5)
Ciclofosfamida	100%	50%(2)	100%(1)	0%	0%	60%(3)	66,6%(4)
Anifrolumab	0%	0%	0%	33%(1)	0%	0%	0%

RC24 Tabla 1. *Tratamientos empleados según las manifestaciones clínicas.*

FAMEb	SLEDAI inicial (media)	SLEDAI 6 meses (media)
Anifrolumab	8	6
Belimumab	13,4	3,6
Ciclofosfamida	16,25	4
Micofenolato	16,3	3,3
Tacrolimus	8	4

RC24 Tabla 2. *Reducción de SLEDAI según el tratamiento empleado.*

2014 se propone la estrategia "Treat to Target" como objetivo terapéutico encaminada a controlar la actividad lúpica, prevenir los brotes, evitar el daño irreversible secundario, minimizar el impacto sobre la calidad de vida y la supervivencia de los pacientes.
Objetivos: Describir las características clínicas y evolutivas de pacientes con diagnóstico reciente de LES y manifestaciones moderadas/graves.
Métodos: Se realizó una búsqueda activa de pacientes con diagnóstico de LES de moderado a grave entre los años 2022-2023 de nuestro hospital recogiendo datos epidemiológicos, clínicos, analíticos y radiológicos. Incluimos como manifestaciones moderadas/graves a la afectación neurológica, cardiopulmonar, renal y a la anemia hemolítica autoinmune.
Resultados: Se identificaron 9 pacientes, todas ellas mujeres, con una edad media de 46 años (29-60 años). Del total de pacientes, el 66% presentaban afectación renal, 55% mucocutánea, 55% hematológica, 44% articular, 33% de serosas, 11% pulmonar y 11% neuropsiquiátrica. La mediana del nivel de anticuerpos antinucleares al debut fue de 1/1280 y el anticuerpo más frecuentemente asociado fue el anticuerpo antiRo/SSA (66,6%). La mediana de SLEDAI al inicio fue de 13 (2-26). De los 6 pacientes que presentaban afectación renal únicamente en el 50% (3) de ellos se realizó biopsia detectándose nefritis proliferativa focal (1), nefritis proliferativa difusa (1) y nefritis membranosa (1). La dosis de esteroides al inicio fueron bolus 250-500 mg en el 50% de los casos, y en el restante 50% se emplearon a 1 mg/kg/día. En casi el 50% de los pacientes se consiguió la reducción de esteroides ≤ 7,5 mg día a los 3 meses y en el 80% de los casos a los 6 meses. En cuanto a los fármacos modificadores de la enfermedad (FAME), en todos los casos se empleó Hidroxicloroquina desde el inicio sin reportarse efectos adversos. Metotrexato fue empleado en el 20% de los pacientes, belimumab en el 55%, ciclofosfamida en el 44%, micofenolato en el 33%, tacrolimus 11% y anifrolumab en el 11% (tabla 1). Entre los efectos adversos reportados lo más frecuente fueron las infecciones del tracto urinario asociadas a pacientes en tratamiento con ciclofosfamida y belimumab. No fueron reportados tumores ni MACEs. Tras el tratamiento, se consiguió una media de reducción de SLEDAI de 9 puntos a los 6 meses con una media de SLEDAI a los 6 meses de 3,33 (tabla 2) y del SLICC de 0 (0-5).
Conclusiones: En los últimos años se ha implantado la estrategia *Treat to target* con el objetivo de aumentar la supervivencia y disminuir el daño orgánico. Siendo agresivos desde el inicio de la enfermedad, y con las armas terapéuticas disponibles, en nuestra muestra se consiguió una importante reducción del SLEDAI y de los esteroides a los 6 meses. Destacamos la importancia del control de la enfermedad de forma temprana para lo que es necesario realizar una adecuada clasificación y diagnóstico desde el inicio y tratar de manera precoz limitando con todo esto el daño orgánico.

RC25. SÍNDROME DE SUSAC, A PROPÓSITO DE UN CASO

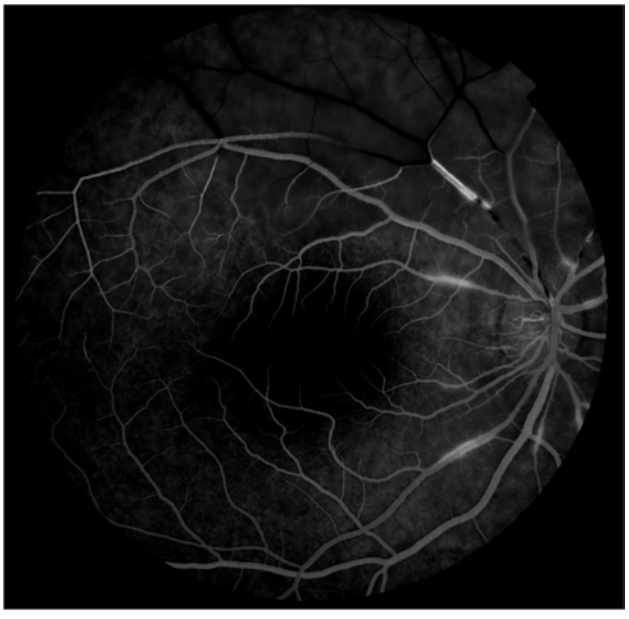
Celia Azábal Pérez[1], Sergio Antonio Rodríguez Montero[1], Álvaro Román Perea[1], Minerva Berrocal Acedo[1] y Rosario Andersen Pérez[2]

[1]Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla. [2]Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.

Introducción: El síndrome de Susac es una enfermedad poco conocida, que afecta principalmente a mujeres jóvenes. Se caracteriza por la tríada clásica de encefalopatía subaguda, déficit visual por oclusión de arterias retinianas e hipoacusia neurosensorial. Se desconoce su etiología exacta, pudiendo jugar un papel clave el sistema inmunológico.
Caso clínico: Se presenta el caso de una mujer de 20 años, fumadora y con enfermedad de Von Willebrand leve, que consultó de urgencias por pérdida de visión en ojo derecho de tres días de evolución. A la exploración, se observó infarto retiniano en fondo de ojo y engrosamiento de capas internas en la tomografía de coherencia óptica (OCT). Se realizó angiografía urgente detectándose oclusión de la rama arterial temporal superior del ojo derecho, con signos inflamatorios y vasculíticos. La clínica se autolimitó sin necesidad de tratamiento, con angiografía posterior normal. Fue valorada en una unidad multidisciplinar de Reumatología y Oftalmología, realizándose despistaje de conectivopatías y estudio de autoinmunidad, siendo ambos negativos. Durante su seguimiento, refirió pérdida auditiva previa al proceso oftalmológico, siendo valorada por otorrinolaringología con diagnóstico de hipoacusia neurosensorial bilateral grave y con resonancia magnética (RM) craneal normal. Tras ello, dada la afectación visual y auditiva, se estableció el diagnóstico de sospecha de síndrome de Susac. Al año presentó recurrencia en ojo contralateral, objetivándose de nuevo isquemia retiniana. Fue entonces cuando se inició tratamiento con bolos de metilprednisolona (500 mg iv, 3 dosis) con descenso esteroideo posterior, azatioprina 100 mg/diarios y antiagregación con clopidogrel. A pesar de ello, refractariedad al tratamiento con aparición de dos nuevos brotes a nivel ocular y empeoramiento de hipoacusia, precisando corticoides reiteradamente. Se decidió finalmente inicio de terapia biológica con fármaco antifactor de necrosis tumoral alfa (anti-TNF), en concreto adalimumab, e inmunoglobulinas intravenosas. Además, fue valorada por Neurología por cefaleas intensas, con nueva RM craneal normal, siendo diagnosticada de migraña episódica, precisando tratamiento secuencial con amitriptilina, topiramato y finalmente eremumab. Adalimumab falló, con lesiones de isquemia retiniana recidivantes. Dada la evolución tórpida, y tras fracaso terapéutico se realizó cambio

Fondo de ojo.

Angiografía.



Angiografía.

a micofenolato a dosis ascendente hasta 3 g/día, junto con anticoagulación con sintrom, suspendiéndose esta última tras un tiempo prudencial ante la ausencia de isquemia en angiografía con mínima vasculitis persistente. Nuevamente, presentó fallo a micofenolato con episodio isquémico retiniano. A consecuencia de ello, se consensuó recientemente inicio de terapia con rituximab, fuera de indicación, tras refractariedad a múltiples fármacos.

Conclusiones: Este caso demuestra la complejidad diagnóstica y terapéutica del síndrome de Susac. Son de vital importancia la identificación temprana y una atención multidisciplinar, siendo esencial la implementación de pruebas diagnósticas específicas como los estudios oftalmológicos. La investigación es necesaria para mejorar las estrategias terapéuticas y la calidad asistencial en estos pacientes.

RC26. REGRESIÓN DE LOS DEPÓSITOS DE AMILOIDE TRAS TRATAMIENTO CON TOCILIZUMAB: REVISIÓN BASADA EN UN CASO CLÍNICO

Marina Tortosa Cabañas, José Acosta Batlle, Cristian Perna, África Andreu-Suárez, Ana Corral-Bote y Javier Bachiller Corral

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: La amiloidosis AA es una enfermedad multisistémica caracterizada por el depósito de proteína amiloide A sérica, que es secundario a inflamación crónica. Tocilizumab (anticuerpo monoclonal inhibidor de la interleucina-6) se ha mostrado eficaz a la hora de suprimir la inflamación, normalizar los niveles de proteína amiloide A en suero e inducir la remisión en pacientes con amiloidosis. Recientemente, el tratamiento con tocilizumab se ha asociado no solo con la reducción sino con la desaparición de los depósitos tisulares de amiloide.

Caso clínico: Presentamos un caso de amiloidosis AA secundaria a artritis crónica en una mujer de 61 años. La paciente fue remitida a nuestro hospital en 2011 por oligoartritis de rodillas y elevación de reactantes de fase aguda. Se prescribieron corticoides y metotrexato, sin respuesta clínica. Dos años después, la paciente presentó orina espumosa, nicturia, sudoración y mareo. Analíticamente se encontraron niveles elevados de proteína C reactiva y de velocidad de sedimentación globular, así como proteinuria en rango nefrótico. Se realizaron biopsias de mucosa rectal y oral y se detectaron depósitos de amiloide AA en ambas muestras (fig. 1AB). Una resonancia magnética nuclear de la rodilla derecha mostró imágenes características de artropatía por depósito de amiloide (fig. 2). Se prescribió tocilizumab intravenoso mensual con rápida mejoría de los síntomas asociados al síndrome nefrótico, de los reactantes de fase aguda y de la proteinuria. La artritis también mejoró significativamente. Dos años más tarde, una nueva biopsia de la mucosa rectal no mostró depósitos de amiloide (fig. 1CD) y una nueva resonancia magnética de la rodilla derecha fue normal (fig. 3). Ocho años después, la paciente continúa tratamiento con tocilizumab y se mantiene clínicamente estable, sin evidencia de recurrencia. Revisión de la literatura: la eficacia de tocilizumab se ha descrito principalmente en pacientes con artritis reumatoide, pero también en amiloidosis AA secundaria a artritis idiopática juvenil sistémica, fiebre mediterránea familiar, artritis psoriásica, espondilitis anquilosante, enfermedad de Still, síndrome de Muckle-Wells, síndrome de Behçet, poliarteritis nodosa y arteritis de Takayasu. Algunos de los estudios informan una eficacia a largo plazo de hasta 9 años. En 11 *case reports* de pacientes con AA amiloidosis tratados con tocilizumab se realizó una segunda biopsia durante el seguimiento y, al igual que en nuestro caso, se observó una reducción o desaparición de los depósitos tisulares de amiloide. Lane et al. analizaron gammagrafías antes y durante el tratamiento en 20 pacientes con amiloidosis AA, y demostraron que los depósitos de amiloide AA

disminuyeron o no aumentaron mientras se administraba tocilizumab. No hemos identificado estudios previos que demuestren la desaparición de la artropatía amiloide en las imágenes de resonancia magnética.

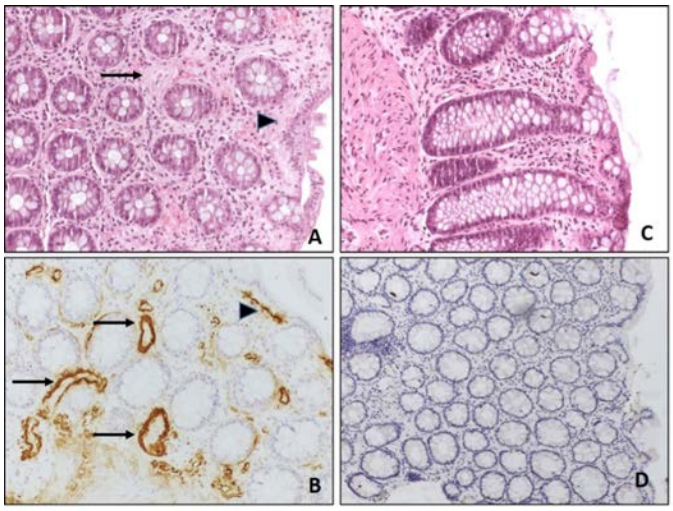


Figura 1. *Biopsia antes (A, B) y después de tocilizumab (C, D).*

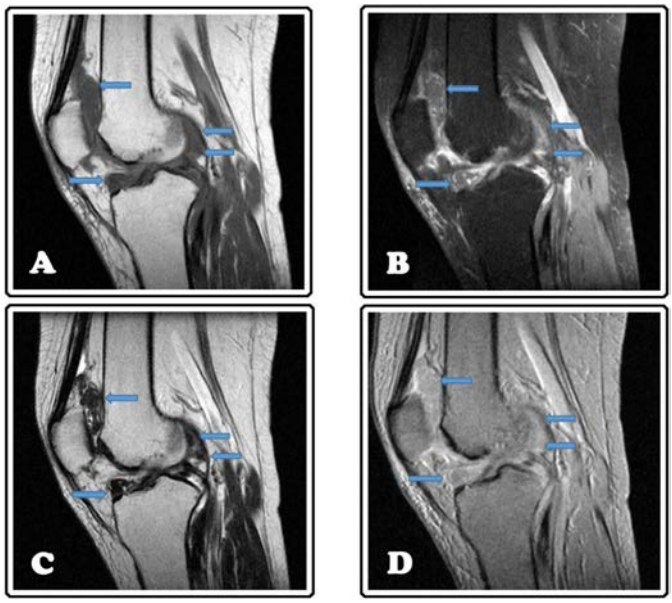


Figura 2. *RM rodilla derecha pretratamiento con tocilizumab: Se observan depósitos de amiloide (flechas) y derrame articular.*

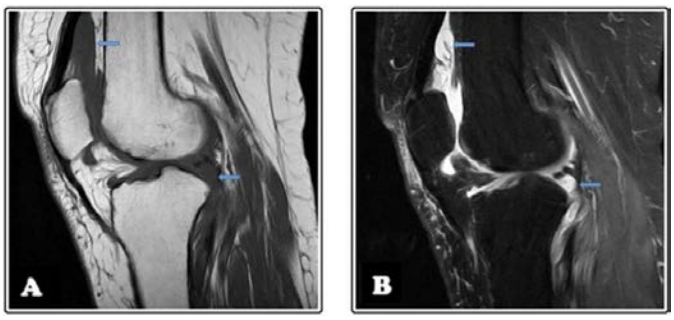


Figura 3. *RM rodilla derecha tras 22 meses de tratamiento con tocilizumab: Desaparición completa de los depósitos de amiloide. Solo se observa un leve engrosamiento sinovial con discreto derrame articular (flechas).*

Discusión: El tratamiento con tocilizumab se ha mostrado eficaz en controlar la enfermedad inflamatoria crónica y mejorar los síntomas de la amiloidosis AA. La última evidencia sugiere que, a largo plazo, podría eliminar los depósitos tisulares de amiloide, lo que llevaría a la curación definitiva de esta enfermedad.

RC27. EFICIENCIA DE GUSELKUMAB ADMINISTRADO MAYORITARIAMENTE EN LÍNEAS TEMPRANAS DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA

Ana María Fernández Ortiz[1], José Luis Álvarez Vega[1], Silvia María Pérez Sánchez[2], Luis Mª Jiménez Liñán[3], Carmen Carrasco Cubero[1], Eloy Delgado Vidal[1], Marta Llanes Gómez[4], Manuel Maqueda López[4], Lara Méndez Díaz[4], Clara Ojeda García[4], Alberto Ruiz Román[4], Daniela Decán Bardasz[5], Paloma Muñoz Reinoso[5], José Javier Pérez Venegas[5], Isabel García Hernández[6] y Leticia del Olmo Pérez[7]

[1]Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. [2]Facultad de Medicina de Badajoz. Universidad de Extremadura. Badajoz. [3]Reumatología. Hospital de Mérida. [4]Reumatología. Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez. Huelva. [5]Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. [6]Reumatología. Complejo Hospitalario Llerena-Zafra. Badajoz. [7]Reumatología. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina.

Introducción: Guselkumab es un anticuerpo monoclonal IgG1λ que bloquea específicamente la subunidad p19 de la IL-23. Ha sido aprobado para el tratamiento de la psoriasis y la artritis psoriásica (APs) moderada-grave.
Objetivos: El objetivo principal de este estudio fue evaluar la eficiencia de guselkumab a semana (s) 52 administrado en líneas tempranas de tratamiento en pacientes con APs, haciendo hincapié en parámetros de dolor y actividad.
Métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional, prospectivo, multicéntrico en pacientes diagnosticados de APs según criterios ACR, que recibieron tratamiento con guselkumab durante 52 s. Se registraron datos demográficos de los pacientes, datos de eficacia articular y en dominios de la enfermedad, resultados de dolor y actividad así como la persistencia del fármaco. Estadísticamente se analizó normalidad por el test de Shapiro-Wilk así como la significancia por Kruskal Wallis utilizando Graph Path Prism 8,0 y SPSS Inc. (2007).
Resultados: La cohorte de estudio contaba con 79 pacientes cuya edad media era 54,7 ± 1,38, el 56,96% eran mujeres y la duración media de la enfermedad de 9,69 ± 0,93 años y aproximadamente el 50% de los pacientes recibieron guselkumab en primera o segunda línea. El resto de las variables demográficas se encuentran detalladas en la tabla. Al inicio del tratamiento el valor medio de DAPSA fue de 29,66 ± 4,66 y a la semana 12 se redujo significativamente mejorando hasta las 52 s (6,99 ± 1,4). El porcentaje de pacientes con dactilitis era del 12,32% y resolviéndose hasta un 5% al año y de manera similar, todos los pacientes que tenían afectación entesítica (14,66%) dejaron de tenerla. El porcentaje de afectación cutánea basal fue del 7,09 ± 1,57 y con dos administraciones de guselkumab se redujo significativamente llegando a ser 0,05 ± 0,05 al año del tratamiento (fig.). Otros índices como el dolor y la actividad tuvieron una reducción significativa de 6,53 ± 0,47/6,3 ± 0,39 a 4,9 ± 1/3,45 ± 0,65 respectivamente a 52 s. La persistencia global del tratamiento fue del 91,28 a las 52 s siendo muy importante el número de tratamientos biológicos que se habían recibido previamente ya que en los mismos tiempos la persistencia fue más baja más allá de la tercera línea. Además, no hubo retirada por ningún efecto adverso.

Tabla 1. Características de los pacientes	n=79
Edad, media, (95% IC), años	54.72 ± 1.38
Sexo	
Mujer, n (%)	45, 56.96% %
Varón, n (%)	34, 43.03% %
IMC, mean [95% IC]	34.78 ± 5.7
Fumador/a, n (%)	23, 29.11%
Tiempo evolución psoriasis [95% IC], años	15.3 ± 1.59
Tiempo evolución artritis psoriásica [95% IC], años	9.69 ± 0.93
Nº de articulaciones dolorosas, (0-66)	2.24 ± 0.31
Nª de articulaciones tumefactas, (0-68)	4.49 ± 0.51
Escala analógica visual del dolor (0-10)	6.53 ± 0.47
Valoración global del paciente (0-10)	6.3 ± 0.39
Proteína C reactiva, mg/dl	9.9 ± 1.85
DAPSA media [95% IC]	29.66 ± 4.66
Entesitis, n (%)	11, (14.66 %)
Dactilitis, n (%)	9, (12.32%)
HLA-B27 +, n (%)	1, (1.26 %)
BSA, media [95% IC]]	7.09 ± 1.57
FAMEsc previo:	
Metotrexato, n (%)	68, (86.07 %)
Dosis de metotrexato, mg/semana	8.66 ± 2.06
Línea de tratamiento:	
Primera, n (%)	8, (10.12%)
Segunda, n (%)	30, (37.97 %)
Tercera, n (%)	20, (25.31%)
Cuarta, n (%)	7, (8.86 %)
Quinta, n (%)	8, (10.12 %)
Sexta, n (%)	4, (5.06 %)
Séptima, n (%)	1, (1.26 %)
Octava, n (%)	1, (1.26 %)

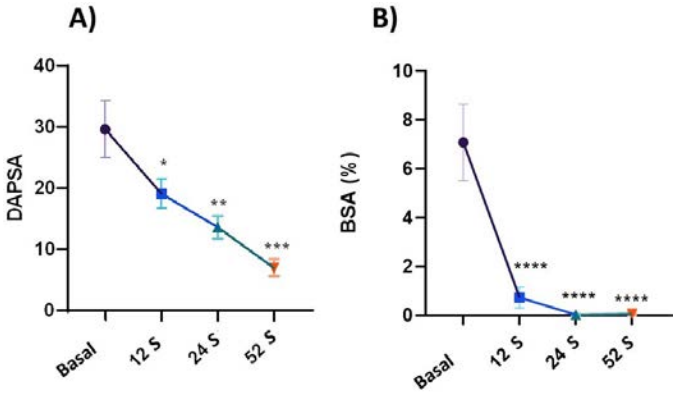


Figura1. Valores de DAPSA (A) y BSA (B) de pacientes con APs hasta 52 s.

Conclusiones: Guselkumab es eficaz a nivel articular a corto y largo plazo en una cohorte pacientes con APs. La dactilitis y entesitis mejoraron de manera importante y la piel disminuyó significativamente cercana a la remisión. La persistencia fue muy alta y mejor cuando guselkumab se prescribe en líneas tempranas sin efectos adversos.

RC28. SÍNDROME VEXAS-REPORTE DE DOS CASOS

D. Dios Santos, G. Graña Gil, M. Freire González, J.F. de Toro Santos, G. González Arribas, M.C. San José Méndez y U. Couto Lareo

Complexo Hospitalario Universitario A Coruña.

Introducción: El síndrome VEXAS (vacuolas, enzima E1, ligado a X, autoinflamatorio, somático) es un síndrome autoinflamatorio de debut en la edad adulta, por lo general en varones mayores de 60 años, debido a una mutación somática y ligada a X en el gen UBA1, implicado en el proceso de ubiquitinación. Las manifestaciones clínicas de este síndrome son variadas predominando las de perfil hematológico (anemia, síndrome mielodisplásico (SMD), gammapatía monoclonal de significado incierto (GMSI), mieloma múltiple (MM)), reumatológico/sistémico (fiebre, artritis, condritis, vasculitis, orquiepididimitis, tromboflebitis) y cutáneo (dermatosis neutrofílica, vasculitis leucocitoclástica). Hasta el día de hoy existen predominantemente tres tipos de mutaciones conocidas p.Met41Val, p.Met41Thr y p.Met41Leu. La primera es la que asocia a mayor mortalidad.
Métodos: Se reportan dos casos VEXAS con confirmación genética mediante secuenciación Sanger para p.Met41Thr y p.Met41Leu.
Objetivos: Dar a conocer las manifestaciones clínicas de la enfermedad, respuesta al tratamiento y la correlación fenotípica de cada mutación en concordancia con la evidencia en la literatura.
Resultados: Ambos pacientes estudiados son varones (enfermedad ligada a X), la edad de inicio de síntomas fue de 63 y 67 años. En ambos casos coexistía al debut afectación hematológica: anemia y aumento de volumen corpuscular medio (VCM), posteriormente SMD y GMSI respectivamente, así como elevación de reactantes de fase aguda (proteína C reactiva y velocidad de sedimentación globular). El paciente con fenotipo p.Met41Leu tenía predominio cutáneo (síndrome de Sweet) y el p.Met41Thr sistémico (fiebre recurrente, tromboflebitis, orquiepididimitis, parotiditis, vasculitis de mediano vaso). La sospecha de síndrome VEXAS se hizo en base a la afectación hematológica, incluida la anemia, el aumento del VCM, afectación sistémica, cutánea, el sexo y la edad. El tratamiento con prednisona a dosis moderadas (20 mg/día) consiguió el control de la enfermedad en ambos casos, con empeoramiento clínico con una dosis inferior a 10 mg/día. El paciente con mutación p.Met41Thr y afectación hematológica en forma de SMD se trató con azacitidina (50 ciclos durante 4 años) con buena respuesta y control sintomático durante ese período pudiendo reducir la prednisona hasta una dosis baja.
Conclusiones: La presencia de un varón de más de 60 años con afectación cutánea (dermatosis neutrofílica, vasculitis leucocitoclástica), hematológica (anemia, elevación del VCM, GMSI, SMD, MM...) y reumatológica/sistémica (fiebre recurrente, condritis, artritis, orquiepididimitis, tromboflebitis, vasculitis...) debe hacernos sospechar VEXAS y solicitar el estudio genético orientado. La mutación causante de VEXAS tipo Leu es de predominio cutáneo y Thr sistémico como sucede en nuestros dos casos. Los glucocorticoides a dosis moderadas consiguieron controlar los síntomas en ambos. El uso de azacitidina consiguió buenos resultados en el caso de afectación hematológica.

RC29. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EVALUACIÓN DEL PERFIL CARDIOVASCULAR EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON SÍNDROME SAPHO

Elena María Oliver García, Elena Cañadillas Sánchez, Eddy Eduardo Tapia Cabrera, Alicia Viñas Barros, Tamia Gil Ramos, Cilia Amparo Peralta Ginés, Pilar Susana del Río Martínez, María Camila Osorio Sanjuan, Eva Palero Díaz, Emilia Aznar Villacampa, Jimena Aramburu Llorente y Jacobo Yáñez Merino

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Introducción: El síndrome SAPHO es un trastorno caracterizado por sinovitis, acné, pustulosis, hiperostosis y osteítis. A menudo, se

Tabla 1. Descripción de la muestra

	Pacientes con diagnóstico de SAPHO (n =10)
Variables clínicas	
Sexo (mujeres)	7 (70%)
Edad al diagnóstico (años)	51,3 +/- 9,7
Retraso diagnóstico	3,8 +/5,3
Afectación articular	10 (10%)
Patrón	
Monoarticular	3 (30%)
Oligoarticular	7 (70%)
Localización	
Axial	9 (90%)
Pared torácica	5 (50%)
Lesión	
Osteítis	8 (80%)
Hiperostosis	4 (40%)
Sinovitis	8 (80%)
Afectación cutánea	6 (60%)
Acné	1 (10%)
Pustulosis palmoplantar	6 (60%)
Psoriasis	5 (50%)
Curso	
Crónico	4 (40%)
En brotes	6 (60%)
Variables analíticas	
HLA-B27 +	0
FR +	0
VSG +	6 (60%)
PCR +	3 (30%)
Variables radiológicas	
Radiografía	8/10 (80%)
TAC	2/2 (100%)
RMN	4/5 (80%)
Gammagrafía	6/7 (85,7%)
Tratamiento	
AINE	4 (40%)
MTX	2 (20%)
AntiTNF	4 (40%)

RC29 Tabla 1.

Tabla 2. Perfil cardiovascular según características clínicas y analíticas.

Perfil cardiovascular	Total SAPHO	PCR+		VSG+		Pustulosis		Curso crónico		Oligoarticular	
	n = 10	n = 3	*p*	n = 6	*p*	n = 6	*p*	n = 4	*p*	n =7	*p*
Obesidad (IMC >30kg/m^2)	5 (50%)	2 (66,7%)	1	3 (50%)	0,571	4 (67%)	0,19	3 (75%)	0,429	4 (57,1%)	0,5
Hipertensión	4 (40%)	0	0,2	2 (33,3%)	1	3 (50%)	0,571	3 (75%)	0,065	3 (42,9%)	1
Diabetes mellitus II	0										
Dislipemia	3 (30%)	1 (33,3%)	1	3 (50%)	0,2	1 (16,7%)	0,5	2 (50%)	0,26	2 (28,6%)	1
Tabaquismo	7 (70%)	2 (66,7%)	1	3 (50%)	0,2	6 (100%)	0,033	3 (75%)	0,778	6 (85,7%)	0,183
Enfermedad cardiovascular	1 (10%)	0		1 (16,7%)		1 (16,7%)		1 (25%)		1 (0,14)	

RC29 Tabla 2.

confunde con otras espondiloartropatías, fundamentalmente artritis psoriásica (APs), la cual se ha asociado con un incremento del riesgo cardiovascular (RCV).

Objetivos: Describir y caracterizar desde el punto de vista clínico una cohorte de SAPHO y estudiar su perfil cardiovascular.

Métodos: Estudio unicéntrico retrospectivo que describe variables clínicas, analíticas y radiológicas en pacientes con diagnóstico de síndrome SAPHO según los criterios Khan de 2003. Paralelamente, se analiza su perfil cardiovascular.

Resultados: Se incluyeron 10 pacientes, de los cuales 3 (30%) fueron hombres y 7 (70%) mujeres. La edad media al diagnóstico fue de 51,3 ± 9,7 años. El retraso diagnóstico medio fue de 3,8 ± 5,3 años. Clínicamente, todos los pacientes presentaron afectación articular y 6 (60%) implicación cutánea. A nivel articular, el patrón de afectación más típico fue el oligoarticular (60%), seguido del monoarticular (40%). La osteítis y la sinovitis fueron las lesiones más frecuentes, halladas ambas en el 80%, mientras que menos de la mitad presentaron hiperostosis (40%). Todos los pacientes salvo uno presentaron lesiones a nivel axial, mientras que la afectación esternoclavicular solo estuvo presente en 5 (50%). A nivel cutáneo, el cuadro más típico fue pustulosis (60%), seguida de psoriasis (50%) y, la menos frecuente, la afectación tipo acné (10%). A nivel analítico, todos los pacientes presentaron negatividad para HLA-B27 y factor reumatoide. Se encontró elevación de VSG en 6 pacientes (60%) y de PCR en 3 (30%). La radiografía se realizó a todos los pacientes al inicio del estudio y fue positiva en el 80%. El TAC únicamente se realizó a 2 individuos, apoyando en ambos el diagnóstico de SAPHO (100%). La RMN fue positiva en 4 de los 5 pacientes a los que se les solicitó (80%). En cuanto al tratamiento, 4 (40%) estaban con AINE orales, 4 (40%) con terapia antiTNF y el 10% restante con metotrexato (tabla 1). La tabla 2 muestra los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) hallados en nuestra muestra. Por orden de frecuencia: tabaquismo (70%), obesidad (50%), hipertensión (40%)

y dislipemia (30%). Se estudió la asociación de todos ellos con características clínicas y analíticas (PCR y VSG positivas, pustulosis, curso crónico y patrón oligoarticular). Únicamente se vio relación estadísticamente significativa entre el hábito de fumar y la presencia de pustulosis (p = 0,033). Un único paciente presentó un evento cardiovascular (infarto agudo de miocardio).
Conclusiones: En nuestra cohorte se ha evidenciado una asociación estadísticamente significativa entre el hábito de fumar y el desarrollo de pustulosis palmoplantar, tal y como ya se ha descrito en otras series en pacientes con otro tipo de espondiloartropatías. Las formas crónicas y aquellas que cursan con afectación de más de una articulación ocurren también más frecuentemente en pacientes fumadores y obesos, sin embargo, no hemos demostrado una relación estadísticamente significativa. Pensamos que, al igual que ocurre con otras espondiloartropatías, los pacientes con SAPHO podrían tener un riesgo cardiovascular incrementado, por tanto, resultaría interesante llevar a cabo más estudios con un mayor tamaño muestral que investiguen esta hipótesis de una forma más rigurosa.

RC30. ANÁLISIS DE PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL EVALUADOS EN EL COMITÉ DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS

M.C. Uyaguari Morocho, K. López Gloria, C. Tomas Roura, I. Salvador Adell, L. Urrelo Cerrón, C. Celis Pereira, J. Martínez Senmartí y A. Pamies Corts

Hospital Verge de la Cinta. Tortosa.

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) se manifiesta en enfermedades del tejido conectivo, procesos granulomatosos, exposición a tóxicos y otras patologías, lo que conlleva a un desafío diagnóstico. El tratamiento y el pronóstico de la EPI difieren entre las distintas causas subyacentes, por lo que resulta crucial abordar estos casos en un comité multidisciplinar para determinar la mejor estrategia terapéutica.

Diagnósticos, tratamiento y desenlace en pacientes con EPI

Diagnósticos	n = 100 (%)
IPAF	20 (20%)
Artritis reumatoide	19 (19%)
Sarcoidosis	15 (15%)
Esclerosis sistémica	11 (11%)
Síndrome de Sjögren	11 (11%)
Vasculitis	8 (8%)
Dermatomiositis/polimiositis	4 (4%)
Enfermedad mixta del tejido conectivo	3 (3%)
Neumonitis por hipersensibilidad	2 (2%)
LES	1 (1%)
EPI indiferenciada	6 (6%)
Tratamiento	
Corticoides	56 (56%)
Corticoterapia monoterapia	19 (19%)
Doble inmunosupresor	12 (12%)
Inmunosupresor monoterapia	46 (46%)
Micofenolato	24 (24%)
MTX	11 (11%)
Abatacept	10 (10%)
Hidroxicloroquina	9 (9%)
Rituximab	9 (9%)
Azatioprina	7 (7%)
Tocilizumab	1 (1%)
Inhibidores de JAK	1 (1%)
Anti-TNF	1 (1%)
Desenlace	
Continua el seguimiento	72 (72%)
Cambio de centro	6 (6%)
Perdida de seguimiento	4 (4%)
Fallece	18 (18%)
Trasplante pulmonar	1 (1%)

IPAF: *Interstitial Pneumonia with Autoinmune Features*; LES: lupus eritematoso sistémico; MTX: metotrexato; EPI: enfermedad pulmonar intersticial.

Objetivos: Analizar la frecuencia, los diagnósticos, tratamientos y desenlaces de los pacientes con EPI evaluados en el comité de enfermedades autoinmunes sistémicas.
Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes con diagnóstico con EPI comentados en comité de autoinmunes desde junio 2017 a noviembre del 2023. Se realizó un análisis descriptivo de la muestra de los datos demográficos, enfermedad de base, tratamiento y desenlace mediante el programa SPSS v.26.
Resultados: Se han evaluado un total de 100 pacientes con patología pulmonar intersticial, de los cuales 60 (60%) son mujeres, con una edad media de 69 años (± 11). Los diagnósticos asociados a EPI, el tratamiento y el desenlace se describen en la tabla.
Conclusiones: En nuestra serie el diagnóstico más frecuente relacionado con la EPI fue la IPAF seguido de artritis reumatoide, sarcoidosis, esclerosis sistémica y síndrome de Sjögren. La mayoría de los pacientes estaban en tratamiento corticoideo y recibían un inmunosupresor. El inmunosupresor más usado fue el micofenolato, en un bajo porcentaje se inició antifibróticos y la mayoría de los pacientes continúan el seguimiento en nuestro centro.

RC31. COMIENZO Y CONTINUACIÓN. AFECTACIÓN PULMONAR Y OTROS RASGOS CLÍNICOS Y COMPLEMENTARIOS EN UNA SERIE DE PACIENTES CON MIOPATÍA INFLAMATORIA

Belén Miguel Ibáñez, Marta Ibáñez Martínez, Carolina Cristina Chacón Vélez, Laura Blanco Ramis, Olga Martínez González, Manuel Martín Martín, Cristina Hidalgo Calleja, Carlos Montilla Morales, Olga Compán Fernández, Lourdes Lorenzo Rodríguez, José Vicente Hernández Madrid, Susana Gómez Castro y Ana Isabel Turrión Nieves

Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Introducción: Las miopatías inflamatorias idiopáticas de origen autoinmune (MII) son enfermedades raras adquiridas. Su manifestación más común es la debilidad muscular, pero pueden presentar afectación extramuscular incluyendo órganos diana. Junto con su potencial asociación a neoplasias y otras entidades autoinmunes pueden comprometer el pronóstico vital de los pacientes por lo que requieren seguimiento estrecho.
Objetivos: Describir las características clínicas, pruebas complementarias, complicaciones, tratamiento y mortalidad de un conjunto de pacientes con MII atendidos en un servicio de Reumatología de un hospital de tercer nivel.
Métodos: Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de las características demográficas y clínicas de 26 pacientes que se encuentran en seguimiento por miopatía inflamatoria idiopática en el servicio de Reumatología actual desde hace al menos 4 años. El análisis estadístico se realizó con el programa estadístico SPSS.
Resultados: Los pacientes eran de raza caucásica. Tenían una edad media de 56,77 años en un intervalo de 24 a 91 años con predominio de mujeres (19). El tiempo de evolución de las MII oscilaba de 2 meses a 20 años desde el diagnóstico. Las MII y características al inicio de la enfermedad aparecen recogidos en la tabla 1. La miopatía más presente fue el síndrome antisintetasa (15). La debilidad muscular (9) y la afectación pulmonar (7) fueron los síntomas de inicio más frecuentes. En cuanto a las pruebas complementarias, la mayoría de los pacientes (20) presentaron autoinmunidad específica de miopatía con mayor presencia de anti-Jo-1 (10). Casi todos los pacientes (18) tuvieron elevación de enzimas musculares al inicio de la enfermedad. Entre un 15-31% tenían alteraciones en otras pruebas como la biopsia muscular, electromiografía (EMG) o resonancia magnética (RMN). El estado actual de los pacientes aparece recogido en la tabla 2. El síntoma más frecuente es la debilidad muscular (16). Destacan también la afectación cutánea y articular. La alteración pulmonar en forma de enfer-

medad pulmonar intersticial difusa (EPID) está presente en casi la mitad de los pacientes (12), sobre todo en forma de neumonía intersticial no específica (NINE) (5). No hay afectación neoplásica actualmente. En cuanto a las hospitalizaciones (9), la mayoría fueron para la ampliación de estudios y descarte de complicaciones. Dos de las hospitalizaciones por causa respiratoria culminaron con el fallecimiento de los pacientes a causa de neumonía sobre EPID. El tratamiento corticoideo actual (11) controla síntomas en miopatías de reciente diagnóstico (5) y están en dosis de descenso en otras evolucionadas que presentan mejoría clínica con tratamiento inmunomodulador o inmunosupresor. De los tratamientos recogidos en la tabla 2, fundamentalmente se utilizan inmunomoduladores, concretamente la azatioprina. La terapia biológica (4) se utiliza en combinación con otros fármacos, siendo el más frecuente el rituximab (3).

Tabla 1. Miopatías inflamatorias idiopáticas. Características iniciales

Tipo de miopatía	Polimiositis: 3/11,54% Dermatomiositis: 6/23,08% Miopatía de cuerpos de inclusión:1/3,85% Miopatías de superposición: 16/61,54% Síndrome antisintetasa:15/93,75% Escleromiositis:1/6,25%
Primer síntoma	Muscular: 10/38,46% Debilidad muscular: 9/90% Rabdomiólisis: 1/10% Pulmonar: 7/26,92% Cutáneo: 5/19,23% Articular: 2/7,69% Raynaud: 1/3,85% Mixto: 1/3,85%
Autoinmunidad específica (20/76,92%)	Anti-Jo-1:10/50% Anti-PL-12:4/20% Anti-PL-7:1/5% Anti-Mi-2: 1/5% Anti-SRP:1/5% Anti-NXP-2:1/5% Anti-MDA5:1/5% Anti-SAE:1/5%
Biopsia patológica	8/30,77%
Electromiografía. patológica	7/26,92%
Resonancia magnética patológica	4/15,38%
CPK, LDH, AST, ALT o aldolasa elevadas	18/69,23%

Tabla 2. Miopatías inflamatorias idiopáticas. Características actuales

Clínica actual: 26/100%	Debilidad muscular:16/61,54% Proximal:15/93,75% Distal:1/6,25% Cutánea: 12/46,15% Raynaud: 11/42,31% Capilaroscopia patológica:5/45,45% Articular: 13/50% Artritis: 8/61,54% Artralgias: 5/38,46% Cardíaca: 1/3,84%
EPID: 12/46,15%	NINE:5/41,67% NOC:4/33,33% NINE+NO:1/8,33% Indeterminada: 2/16,67%
Neoplasias asociadas: 0/0%	0/0%
Hospitalizaciones por miopatía: 9/34,62%	Ampliación de estudios: 5/55,56% Empeoramiento clínica respiratoria: 3/33,33% Síndrome constitucional: 1/11,11%
Uso actual de corticoides: 11/42,31%	En descenso: 6/54,55% Control de síntomas iniciales: 5/45,45%
Tratamiento de mantenimiento: 21/80,77%	FAME:5/23,81% Metotrexato:4/80% Hidroxicloroquina:1/20% Inmunomoduladores:10/47,62% Azatioprina: 6/60% Micofenolato mofetilo: 4/40% FAME + Inmunosupresores: 2/9,52% Azatioprina+Hidroxicloroquina:1/50% Micofenolato+Hidroxicloroquina:1/50% Inmunosupresores o FAME + biológico: 4/19,05% Micofenolato + Rituximab:2/50% Azatioprina + Rituximab:1/25% Metotrexato + Tofacitinib:1/25%
Mortalidad: 2/7,69%	Neumonía sobre EPID: 2/100%
Otras enfermedades autoinmunes:6/23,98%	Artritis reumatoide: 2/33,33% Esclerosis sistémica: 1/16,67% Síndrome antifosfolípido: 1/16,67% Hipotiroidismo autoinmune: 1/16,67% Hepatitis autoinmune: 1/16,67%

EPID: enfermedad pulmonar intersticial difusa; NINE: neumonía intersticial no específica; NOC: neumonía organizada criptogénica; FAME: fármacos modificadores de enfermedad.

Conclusiones: La debilidad muscular es el síntoma inicial y de continuación más frecuente. La EPID afecta a un número importante de pacientes y ha sido la base de mortalidad por infección respiratoria de los pacientes fallecidos. Se debe continuar analizando la evolución clínica y terapéutica de los pacientes con el objetivo de evitar complicaciones y reducir lo máximo posible el tratamiento corticoideo.

RC32. ESTUDIO EN VIDA REAL DE JAKI FRENTE A ADALIMUMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE, ARTRITIS PSORIÁSICA Y ESPONDILOARTROPATÍAS

Marina Soledad Moreno García[1], Yedra Usón Rodríguez[1], Erardo Ernesto Meriño Ibarra[2], Julia Ulier Bellmunt[1], Giuliano Boselli Oporto[1], Ángela Pecondón Español[1] y Francisco Javier Manero Ruíz[1]

[1]Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. [2]Hospital San Jorge. Huesca.

Introducción: Los inhibidores del factor de necrosis tumoral (TNFi) como el adalimumab (ADA), fueron los primeros biológicos utilizados en el tratamiento de la artritis reumatoide (AR), artritis psoriásica (Apso) y espondiloartritis (Spa). A lo largo de los años han ido apareciendo nuevas terapias dirigidas, como los inhibidores JAK (JAKi). Se han observado beneficios clínicos tanto con TNFi como con JAKi. En el año 2023 la EMA (Agencia Europea del Medicamento) publicó recomendaciones sobre el uso de los JAKi para minimizar el riesgo de efectos secundarios graves, abogando por un uso cauteloso.
Objetivos: Conocer, en una serie de pacientes con AR, Apso y Spa tratados con JAKi o con ADA su perfil clínico y la supervivencia de los fármacos.
Métodos: Estudio observacional y retrospectivo realizado en el Servicio de Reumatología del HU Miguel Servet de Zaragoza, en el que se han recogido datos de una serie de pacientes correspondientes al periodo comprendido entre enero del 2018 y abril del 2022. Los criterios de selección fueron: 1. Pacientes que tuvieran alguna de las enfermedades siguientes: AR, Apso o algún tipo de Spa. 2. Que hubieran iniciado tratamiento durante ese periodo, bien con un JAKi o con ADA. Los datos recopilados fueron: edad, sexo, años de evolución hasta inicio de JAKi o ADA, motivos de retirada, acontecimientos adversos (AA) y comorbilidad/antecedentes de: HTA, diabetes mellitus, dislipemia, tabaquismo, neoplasias, eventos cardiovasculares mayores (MACE).
Resultados: Se incluyeron un total 250 pacientes (125 con JAKi y 125 con adalimumab). Las características demográficas y clínicas de los pacientes según tratamiento se detallan en la tabla 1, objetivándose algunas diferencias entre los grupos: 1. En el grupo de pacientes tratados con JAKi, la edad (p = 0,038) y el tiempo de evolución de la enfermedad hasta el inicio del tratamiento (p = 0,01) fueron mayores. 2. El perfil de pacientes también fue distinto, los JAKi se prescribieron en 3ª línea o más de tratamiento en un 73,3% de los casos y adalimumab en 1ª línea en un 60,8%. 3. Por diagnósticos, globalmente la AR fue la enfermedad más frecuente (68%), especialmente en el grupo de los JAKi, mientras que ADA fue el fármaco más prescrito en SPA y Apsp (p ≤ 0,001). 4. Entre los pacientes tratados con JAKi fueron más prevalentes algunas comorbilidades como la diabetes (p = 0,03), dislipemia (p = 0,025) y la historia de neoplasias previas (p = 0,011). El análisis comparativo sobre causas de interrup-

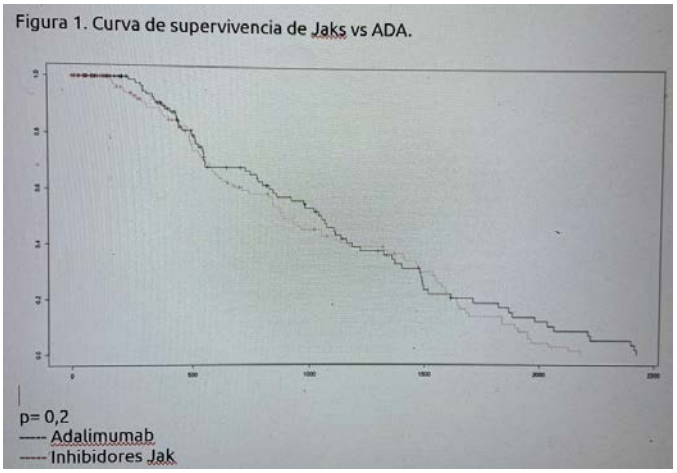
Tabla RC32
Tabla 1. Características de los pacientes estudiados en la muestra

Variable		JAKi (N = 125)	Adalimumab (N = 125)	p
Mujer, n (%)		97 (77,6)	68 (54,4)	**< 0,001**
Edad, media ± DE		60,8 ± 11,8	53,8 ± 14,1	**0,038**
IMC, media ± DE		26 ± 5,4	28,2 ± 6,25	0,058
Comorbilidades, n (%)	HTA	44 (35,2)	35 (28)	0,221
	Dislipemia	53 (42,4)	36 (28,8)	**0,025**
	Diabetes mellitus	20 (16)	9 (7,2)	**0,03**
	Fumador	14 (11,2)	10 (8)	0,39
	MACE previo	1 (0,8)	1 (0,8)	1
	Neoplasia previa	11 (8,8)	2 (1,6)	**0,011**
Diagnóstico, n (%)	AR	115 (92)	55 (44)	
	APS	8 (6,4)	27 (21,6)	**< 0,001**
	SPA	2 (1,6)	43 (34,4)	
Tiempo de evolución (años), media ± DE		29,3 ± 21,6	15,4 ± 7,74	**0,01**
Fármaco, n (%)	Baricitinib	47 (37,6)	-	
	Filgotinib	13 (10,4)	-	
	Tofacitinib	36 (28,8)	-	
	Upadacitinib	29 (23,2)	-	
	Adalimumab	-	125	
Línea de tratamiento, n (%)	1ª	7 (5,7)	76 (60,8)	< 0,001
	2ª	26 (21,3)	31 (24,8)	
	3ª o más	89 (73,3)	18 (14,4)	
Meses de tratamiento, media ± DE		15,4 ± 7,74	13,1 ± 12,4	0,545
Suspensión fármaco, n (%)		41 (32,8)	51 (40,8)	0,19

Tabla RC32
Tabla 2. Características de la suspensión de JAKi y adalimumab

Variable		IJAKs	Adalimumab	p
Suspensión fármaco (pacientes)		41	51	0,19
Fármaco suspendido, n (%)	Baricitinib	11 (26,8)	-	
	Filgotinib	1 (2,4)	-	
	Tofacitinib	23 (56,1)	-	
	Upadacitinib	6 (14,6)	-	
	Adalimumab	-	51	
Tiempo con el fármaco hasta suspensión (meses), media ± DE		11,2 ± 13,2	13,1 ± 12,4	0,542
Motivo retirada, N (%)	Decisión del paciente	2 (4,9)	6 (11,8)	
	Efecto adverso	13 (31,7)	10 (19,6)	0,599
	Ineficacia	26 (63,4)	35 (68,6)	0,183
Efecto adverso/neoplasia, n (%)	Intolerancia	2 (15,4)	-	0,062
	AA gastrointestinal	3 (23,1)	-	
	AA cutáneo	2 (15,4)	5 (50)	
	Tos	1 (4,3)	-	
	NRL	1 (7,7)	1 (10)	
	Infección (no TBC)	1 (7,7)	1 (10)	
	TBC	-	2 (20)	
	Alt. Analítica	-	1 (10)	
	Neoplasia	3 (23,1)	-	

ción de los tratamientos (tabla 2) no mostró significación estadística ni en el porcentaje de suspensiones (JAKi en un 32,8% y adalimumab un 40,8%, p = 0,19), momento de retirada o motivos de suspensión. pero es importante señalar que en 3 pacientes del grupo JAKi la causa fue una neoplasia pulmonar y en 2 con ADA la causa fue por tuberculosis pulmonar. Por último, tampoco hubo diferencias entre Jaki vs. ADA en el análisis de supervivencia (fig.).



Conclusiones: En nuestro estudio, el grupo de pacientes tratados con JAKi presentaron más comorbilidades, posiblemente en relación con el perfil clínico más prevalente: mujeres con AR de mayor edad, enfermedad más evolucionada e indicación JAKi en estadios más tardíos frente al de los pacientes con ADA (más jóvenes, indicado en 1er nivel, Spa+Apso). No se encontraron diferencias significativas ni en AA ni en ineficacia ni en supervivencia, pero se detectó neoplasia pulmonar en 3 pacientes del grupo JAKi y 2 TBC en el de ADA.

RC33. PROGRESIÓN DEL DAÑO VASCULAR EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA

L. Montolío Chiva[1], I. Vázquez Gómez[2], M. Robustillo Villarino[3], J. Lacasa Molina[2], C. Valera-Ribera[2], A. Martínez Ferrer[2], E. Valls Pascual[2], D. Ybáñez García[2], C. Vergara Dangond[4], I. Torner Hernández[2], A. Conesa Mateos[1], E. Flores Fernández[1], A. Lozano Sáez[1], M.A. Belmonte Serrano[1] y J.J. Alegre Sancho[2]

[1]Sección de Reumatología. Hospital Universitario General de Castellón. [2]Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia. [3]Sección de Reumatología. Hospital Universitario de La Plana. Villarreal. [4]Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Infanta Sofía. Madrid.

Introducción: Los pacientes con artritis psoriásica (APs) presentan una mayor prevalencia de factores de riesgo vascular clásicos

(FRVC), y una aterosclerosis precoz determinada por mecanismos de inflamación crónica.
Objetivos: Estudiar la evolución en el tiempo de la aterosclerosis subclínica en pacientes con APs e investigar los factores relacionados con estos cambios.
Métodos: Estudio longitudinal pre-post con componentes analíticos. Se incluyeron pacientes con APs y afectación articular periférica, aquellos con filtrado glomerular (FG-MDRD) < 60 mg/dL, evento previo y/o diabetes mellitus fueron excluidos. Se recogieron variables demográficas (edad, sexo), antropométricas [índice de masa corporal (IMC), perímetro abdominal (PA)], clínicas (duración de la enfermedad, patrón de afectación, tratamiento actual, FRVC, eventos vasculares) y analíticas (índice aterogénico, FG-MDRD, fibrinógeno, hemoglobina glicosilada, PCR, VSG, PCR ultrasensible, apolipoproteína A1, apolipoproteína B, lipoproteína A, microalbuminuria, albúmina, ácido úrico y 25-hidroxivitamina D). Se evaluó la actividad de la enfermedad mediante el índice DAPSA, y la calidad de vida mediante el cuestionario HAQ. El resto de variables se recogieron retrospectivamente de la historia clínica. Se estimó basalmente el riesgo vascular a través de la herramienta SCORE. Se exploró el árbol carotídeo extracraneal con un ecógrafo Esaote MyLab70XVG con sonda lineal (7-12 mHz), recogiendo la presencia de placas de ateroma según el consenso de Mannheim. El estudio vascular se repitió en un período igual o superior a 24 meses. Se definió progresión vascular como la aparición y/o aumento del número de placas de ateroma y/o aparición de estenosis significativa respecto a basal. El estudio estadístico se realizó con el programa SPSS 17.0.
Resultados: Se analizaron 108 pacientes, la mayoría mujeres (59,3%) con una edad media de 61,9 (DE 10,9) años. La duración media de la enfermedad fue de 14 (DE 6,5) años. Los valores medios de DAPSA y HAQ fueron de 25,1 (DE 13,6) y 0,5 (DE 0,6), respectivamente. El 21,3% recibía glucocorticoides, 56,5 % AINE, 97,2% FAME y 45,4% biológicos. El valor medio del IMC fue de 28,2 (DE 7,8) kg/m^2 y del PA de 97,1 (DE 14,6) cm. El 35,5% tenían hábito tabáquico, un 23,1% eran hipertensos (33,3% diuréticos, 8,3% betabloqueantes, 66,7% ARA2, 20,8% IECA, 20,8% antagonistas del calcio) y un 25,9% eran dislipémicos, la mayoría tratados con estatinas (92,6%). La media del SCORE fue de 1,45 (DE 1,6). Al inicio, un 31,5% de los pacientes tenía placas de ateroma y el recuento medio de las mismas fue de 1,45 (DE 1,6). Durante el período de seguimiento, se detectó progresión vascular en un 34,3% de los pacientes, dos pacientes desarrollaron evento vascular (1 cardíaco y 1 arterial periférico) y únicamente se registró un fallecimiento. Los factores relacionados con la progresión del daño vascular fueron: género masculino (p = 0,042), exposición al tabaco (p = 0,033), ausencia de toma de AINEs (p = 0,016), HLAB27- (p = 0,044), PA (p = 0,028) e IMC (p = 0,042) bajos, así como el descenso de los niveles de albúmina (p = 0,03) y de FG (p = 0,015); siendo los 3 últimos factores los que determinaron la progresión vascular en la regresión logística binaria.
Conclusiones: La progresión del daño vascular en pacientes con APs se relaciona fundamentalmente con FRVC, por ello es imprescindible intervenir sobre ellos de forma precoz.

RC34. DATOS DE VIDA REAL DE ANIFROLUMAB COMO TRATAMIENTO PARA EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Laura Salvador Maicas, Jorge Juan Fragío Gil, Pablo Martínez Calabuig, Roxana González Mazarío, Mireia Lucía Sanmartín Martínez, Clara Molina Almela, Amalia Rueda Cid, Juan José Lerma Garrido y Cristina Campos Fernández

Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Valencia.

Introducción: El tratamiento del lupus eritematoso sistémico (LES) es complejo y supone un reto terapéutico. Minimizar el uso de glucocorticoides es un objetivo primordial en el manejo con el fin de evitar los efectos secundarios asociados con su uso a largo plazo. Recientemente se ha aprobado anifrolumab, un anticuerpo monoclonal dirigido contra el receptor de INF de tipo 1, molécula con un papel central en la fisiopatología de la enfermedad. Anifrolumab ha presentado eficacia y seguridad en los ensayos clínicos aleatorizados realizados. Sin embargo, son necesarios más datos provenientes de condiciones de vida real.
Objetivos: Analizar la eficacia de anifrolumab en pacientes con LES extraídos de una cohorte de vida real.
Métodos: Se realizó un estudio observacional monocéntrico en el que se incluyó pacientes con LES que iniciaron tratamiento con anifrolumab desde enero hasta diciembre de 2023. Se recogió variables demográficas, manifestaciones clínicas, parámetros de laboratorio y tratamientos recibidos. El diagnóstico de LES se realizó a través de criterios de clasificación ACR/EULAR 2019. Las manifestaciones clínicas y su evolución fueron definidas por criterio de su médico responsable o a través de pruebas complementarias. Se utilizaron los índices SLEDAI y SLE-DAS para evaluar la actividad de la enfermedad. Se analizaron las diferentes variables haciendo una comparación de la situación basal con los resultados a los 3 meses de tratamiento.
Resultados: Se incluyeron 4 pacientes en el estudio. Todos los pacientes incluidos fueron mujeres, con una mediana de edad de 38 años y un tiempo medio de evolución de su enfermedad de 8 años. El 100% de las pacientes presentaban anticuerpos antinucleares (ANA) positivos, afectación cutánea y hematológica. Los diferentes tratamientos recibidos, así como el resto de características basales de los pacientes pueden encontrarse analizados en tabla 1. Tras tratamiento con anifrolumab, se observa un descenso en la dosis de prednisona de una mediana de 7,5 mg/día a 2,5 mg/día. El valor de VSG mejoró en el 100% de las pacientes, mientras que el valor de PCR mejoró en el 25%. No se produjo mejoría de títulos de anti-dsDNA en ninguna de las 3 pacientes con títulos elevados ni se produjo variación del complemento C3 en la única paciente que presentaba consumo inicialmente. Se produjo mejoría analítica de citopenias en las 3 pacientes que las presentaban. Con respecto a manifestaciones clínicas, se observa mejoría articular en 2 de las 3 pacientes afectadas, mejoría cutánea en las 4, mejoría de alopecia en las 2 pacientes que la presentaban y resolución de aftosis en la única paciente con esa afectación. Se observa mejoría de los índices de actividad SLEDAI y SLE-DAS en todas las pacientes. Las diferentes variables clínicas y de laboratorio analizadas se recogen en tabla 2. Ninguna paciente presentó reacción infusional durante el tratamiento con anifrolumab ni tuvo que suspender el tratamiento.
Conclusiones: El tratamiento con anifrolumab permitió la reducción de corticoides en el 100% de los casos. Produjo mejoría clínica especialmente a nivel articular, cutáneo, alopecia y aftosis. Presentó mejoría de niveles de VSG, aunque no redujo los títulos de anti-ds-DNA ni el consumo de C3. En el 100% de las pacientes se produjo reducción en los niveles de actividad de la enfermedad con mejoría de los índices SLEDAI y SLE-DAS.

Tabla 1. Características basales pacientes en tratamiento con anifrolumab. Datos demográficos, características clínico-analíticas del LES y tratamientos

Sexo femenino, n (%)	4 (100%)
Edad, mediana (IC), años	38 (33-47)
Tiempo evolución desde diagnóstico, mediana (IC), años	8 (7-10)
ANA positivos, n (%)	4 (100%)
Anticuerpos antifosfolípido positivos, n (%)	0 (0%)
síndrome Antifosfolípido, n (%)	0 (0%)
Afectación cutánea, n (%)	4 (100%)
Afectación hematológica, n (%)	4 (100%)
Afectación renal, n (%)	0 (0%)
Nº FAME previos, mediana (IC)	1 (1-2)
Biológicos previos, n (%)	2 (50%)
Bolos corticoides, n (%)	1 (25%)
Reacción infusional, n (%)	0 (0%)
Suspensión anifrolumab, n (%)	0 (0%)

Tabla 2: Variables clínicas y analíticas recogidas

	Basal	3 meses
Prednisona, mediana (IC), mg	7,5 (0-20)	2,5 (0-15)
VSG, mediana (IC), mm/h	21 (6-38)	11 (2-25)
PCR, mediana (IC), mg/dL	5,25 (1,9-13)	6,3 (2,3-12,1)
Anti-DNA elevados, n (%)	3 (75%)	3 (75%)
Anti-DNA títulos, mediana (IC), UI/mL	68 (0-372)	90,5 (0-450)
Consumo de C3, n (%)	1 (25%)	1 (25%)
C3 títulos, mediana (IC), mg/dL	96 (62-144)	103 (45-142)
Consumo de C4, n (%)	0 (0%)	0 (0%)
C4 títulos, mediana (IC), mg/dL	28 (16-46)	16 (13-49)
Citopenias, n (%)	3 (75%)	2 (50%)
Proteinuria, n (%)	0 (0%)	0 (0%)
Clínica articular, n (%)	3 (75%)	1 (25%)
Serositis, n (%)	1 (25%)	0 (0%)
Afectación cutánea, n (%)	4 (100%)	4 (100%)
Alopecia, n (%)	2 (50%)	2 (50%)
Aftas, n (%)	1 (25%)	0 (0%)
Manifestaciones neuropsiquiátricas, n (%)	0 (0%)	0 (0%)
SLEDAI, mediana (IC)	8 (4-11)	3 (0-10)
SLE-DAS, mediana (IC)	10,36 (4,48-10,36)	4,47 (4,46-6,19)

BIBLIOGRAFÍA

1. Ugarte-Gil MF, González LA, et al. Lupus: the new epidemic. Lupus. 2019;28(9):1031-50.

RC35. RITUXIMAB EN LA ARTRITIS REUMATOIDE (AR): UNA OPCIÓN DE TRATAMIENTO MÁS ALLÁ DE LA PANDEMIA COVID

Elena Abad Plou[1], María Enjuanes[1], Guillermo González-Mozo[1], Eva Galíndez-Agirregoikoa[1], Eduardo Cuende[1], María Rosa Expósito-Molinero[1], M.E. Ruiz Lucea[1], A.R. Inchaurbe[1], Juan María Blanco-Madrigal[1], I. Torre[1], O. Fernández[1], David Martínez-López[1], María Jesús Allande[2], Natalia Rivera[2], Íñigo Gorostiza[2] y María L. García Vivar[1]

[1]Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. [2]IIS Biobizkaia. Instituto de Investigaciones.

Introducción: Rituximab (RTX) es un Ac monoclonal antiCD20 usado para conectivopatías (CTV) y con indicación en vasculitis y en AR tras fallo a anti-TNF. Obtiene mejores respuestas en AR muy seropositiva, y podría ser el tratamiento (tto) biológico inicial en cuadros de solapamiento, esto es, en AR con clínica y marcadores de otras CTV. El uso de RTX se recomienda también en AR y enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID). La pauta habitual en AR consiste en ciclos semestrales de dos dosis de RTX 1 g IV separados dos semanas, aunque están publicadas otras (ciclos de 500 mg u otros intervalos). Durante la pandemia covid no se inició en nuestro centro ningún tto de RTX en AR y se administraron ciclos unidosis de 1g en las AR ya en tto solo ocasionalmente.

Objetivos: Estudio observacional retrospectivo para valorar: el perfil de los pacientes (pcts) con AR tratados con RTX en nuestro centro; resultados clínicos y causa de fallo de tto cuando sucede; proporción de pacientes con enfermedad controlada tras la suspensión de RTX.

Métodos: Revisamos las historias clínicas de 47 pcts con AR tratados con RTX en nuestro hospital de día durante los últimos 6 años, a pesar de que el inicio del tto fuese previo. Recogemos datos acerca de los pcts y su enfermedad (edad, genero, comorbilidades, duración de la enfermedad, marcadores serológicos, presencia de EPID, solapamiento nodulosis...), la duración y respuesta al tto, motivos de suspensión, ultima dosis de RTX y tto actual.

Resultados: Tabla 1. Incluimos 47 pcts con AR, 80,9% mujeres, con mediana de edad de 50 años (percentil 25-75, 40-59) y enfermedad evolucionada (mediana de 11 años (pc 25-75, 8-19)). 14,9% fumadores activos, y 55,3% nunca fumadores. 61,7% no presentaban comorbilidades significativas. 61,7% presentaban moderada-alta seropositividad (títulos de FR > 100 UI), y 46,8% eran ANAs +. 27,7% se consideraron solapamientos (Sjögren o RHUPUS), 25,5% tenían EPID (NIU 14,9% y NINE 10,6%), y 12,8% nódulos reumatoides. RTX fue el tto biológico (TB) inicial en el 29,8%, el 70,2% habían recibido previamente otras TBs (TNF, JAKi, IL6, abatacept). 85,1% de los pcts

		RESPONDEDORES	FALLO DE TRATAMIENTO	TOTAL (n: 47)
GENERO (%)	MUJER	74.51	6.39	80.9
	HOMBRE	14.86	2.84	19.1
EDAD (mediana)		50	48	50
DIAGNOSTICO (%)	AR	64.13	8.17	72.3
	SS	25.58	2.13	27.7
EPID (%)	NINE	6.36	4.24	10.6
	NIU	14.9	0	14.9
COMORBILIDADES (%)	SI	35.10	3.19	38.3
	NO	61.7	0	61.7
TABACO (%)	FUMADORES	10.6	4.3	14.9
	EXFUMADORES	29.8	0	29.8
	NO FUMADORES	48.94	6.36	55.3
ANTICUERPOS (%)	FR > 1000	13.27	1.63	14.9
	FR 999-100	40.44	6.36	46.8
	FR <100	38.3	0	38.3
	CCP (mediana)	250	301	250
	ANA SI	42.54	4.26	46.8
	ANA no	41.18	5.62	53.2
DURACIÓN DE ENFERMEDAD (mediana)		17	20	18
TIPO DE TB PREVIA (%)	Anti-TNF	75.73	9.07	84.8
	Anti-IL6	27.27	3.03	30.3
	iJAK	33.33	6.06	39.4
SDAI (mediana)		23.15	35.30	18

RC35 Tabla 1.

	Genero	Diagnóstico	ILD	Anticuerpos FR CCP ANA	Comorbilidades	Nº TB previas	SDAI	Dosis anual (mg)	Intervalo dosificación (mese)	Duración tratamiento (meses)	Ultima dosis	FAMEsc actual
n1	H	SS	NO	20 131 SI	0	0	12.5	4000	6	16	Nov 21	MTX
n2	M	SS	NO	67 103 SI	0	0	18.3	2000	7	25	Jun 20	LEF
n3	M	AR	NO	178 99 NO	2	3	8.9	4000	6	31	Feb 22	HQC
n4	H	AR	NO	183 334 SI	0	1	30.8	1000	12	96	Dic 22	HQC
n5	M	AR	NO	2300 340 NO	2	0	48.9	4000	6	15	Sept 19	
n6	H	SS	NO	200 289 SI	1	0	1.7	2000	6	6	Ago 18	MTX-HQC
n7	M	AR	NO	28 20 NO	0	1	20.4	500	6	110	Ene 19	
n8	M	SS	NO	598 250 SI	0	2	13.1	4000	6	18	Feb 20	HQC

RC35 Tabla 2.

recibían también FAMEsc (OHcloroquina 47,5%, MTX 27,5%, leflunomida 25%). Casi un 90% de los pcts presentaron mejoría articular, y la EPID se mantuvo estable. La mediana de exposición a RTX fue de 19 meses. El fallo al tratamiento se relacionó significativamente con la carga inflamatoria (SDAI, DAS28, NAD, NAT) y la discapacidad física medida por HAQ. 1 pct se trasladó 2 y 2 fallecieron (1 neumonía y 1 cáncer). 5 pcts precisaron cambio de TB (2 tocilizumab, 2 abatacept y 1 upadacitinib). Seleccionamos un grupo de 8 pcts respondedores que no han recibido RTX al menos durante el último año (tabla 2); 4 SS y 4 AR, ninguno con EPID. En 4 RTX era el primer TB, y salvo un caso, el resto recibieron un mínimo de 2 ciclos de tto. 4 de ellos retiraron RTX antes de la pandemia, 2 de ellos no han presentado recaída incluso después de retirar la TB y el FAMEsc. (remisión libre de fármaco).

Conclusiones: El RTX es una buena TB en pcts con AR seropositiva, especialmente en aquellos con SS y/o EPID. Es factible reducir dosis, espaciar e incluso suspender tratamiento en los perfiles adecuados, incluso conseguir remisión libre de fármaco. No es así en los pacientes con EPID en nuestro centro.

RC36. SUPERVIVENCIA TERAPÉUTICA DE GUSELKUMAB EN PRÁCTICA CLÍNICA

A.M. Torrat Novés[1], M. Samper Calatayud[2], E. Grau García[1], P. Muñoz Martínez[1] C. Riesco Bárcena[1], J. Oller Rodríguez[1], J. Ivorra Cortés[1,2], S. Leal Rodríguez[1], L. González Puig[1], A.V. Huaylla Quispe[1], D. Ramos Castro[1], L. Mas Sánchez[1], I. Cánovas Olmos[1], H. Charia[1], I. Martínez Cordellat[1], C. Nájera Herranz[1], R. Negueroles Albuixech[1], M. de la Rubia Navarro[1], E. Tovar Sugrañes[1], E. Vicens Bernabéu[1], I. Alcántara Álvarez[1], B. Villanueva Mañes[1] y J. Román Ivorra[1,2]

[1]Servicio de Reumatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. [2]Facultad de Medicina. Universidad Católica de Valencia.

Introducción: Guselkumab es un fármaco biológico cuyo mecanismo de acción consiste en la inhibición de la interleucina 23. Su aprobación terapéutica ha tenido lugar en los últimos años, por lo que aún se disponen de pocos datos sobre su seguridad en condiciones de vida real así como sobre supervivencia terapéutica.

Objetivos: El objetivo del presente trabajo es analizar los factores que influyen en la supervivencia terapéutica de guselkumab en condiciones de práctica clínica.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes que habían iniciado tratamiento con guselkumab. Se recogieron variables demográficas, clínicas y analíticas al inicio del tratamiento y en la última visita recogida tras el inicio del fármaco.

Resultados: Se incluyeron 22 pacientes (68,2% hombres) con una edad media de 53 (12), de los cuales 14 continuaron con guselkumab y 8 retiraron el tratamiento (6 por ineficacia y 2 por reacciones adversas consistentes en artralgias generalizadas, diarrea y lesiones cutáneas). Las características de ambos grupos se muestran en la tabla. De los pacientes con fallo a guselkumab, 6 de ellos habían recibido al menos 4 tratamientos biológicos o sintéticos dirigidos. No se observa una asociación estadísticamente significativa entre la retirada del fármaco y los niveles de PCR y VSG al inicio del tratamiento, la edad o el tiempo de evolución de la enfermedad, ni con las manifestaciones clínicas recogidas. Sin embargo un mayor número de terapias dirigidas previas parece condicionar a un mayor fallo terapéutico con guselkumab.

Variable	Pacientes con guselkumab en tratamiento activo (N = 14)	Pacientes con guselkumab retirado (N = 8)
	Media (DE)/n (%)	Media (DE)/n (%)
Edad al diagnóstico (años)	48 (12)	35 (15)
Edad (años)	55 (10)	49 (15)
Duración del tratamiento (meses)	11 (17)	6 (4)
Tiempo de evolución de la enfermedad hasta inicio de tratamiento (meses)	74 (106)	164 (64)
Sexo (hombre)	11 (78,57%)	4 (50%)
PCR al inicio del tratamiento	7,82 (10,47)	5,6 (6,02)
VSG al inicio del tratamiento	18,62 (12,79)	23,62 (15,33)
Tratamiento biológico previo	8 (57,14%)	8 (100%)
FAME asociado a guselkumab	7 (50%)	3 (37,5%)

Conclusiones: El 36,36% de los pacientes abandonaron el tratamiento, en la mayoría de los casos por ineficacia del mismo, y se caracterizaban por haber recibido un mayor número de terapias dirigidas previas.

RC37. TERAPIA BIOLÓGICA EN EL SÍNDROME SAPHO: RESULTADOS A LARGO PLAZO EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

Chafik Alejandro Chacur Kiss, Anastasia Mocritcaia y Raimon Sanmartí

Hospital Clínic de Barcelona.

Introducción: El síndrome SAPHO (sinovitis, acné, pustulosis, hiperostosis, osteítis) es una entidad de naturaleza inflamatoria y patogenia desconocida que engloba un conjunto de manifestaciones clínicas dermatológicas y musculoesqueléticas características. Dada su baja prevalencia, en la actualidad no existen guías estandarizadas de tratamiento, siendo los fármacos modificadores de enfermedad biológicos (FAMEb) una opción terapéutica en los casos refractarios a tratamiento convencional. Se conocen poco los resultados clínicos a largo plazo de la terapia biológica en esta entidad.

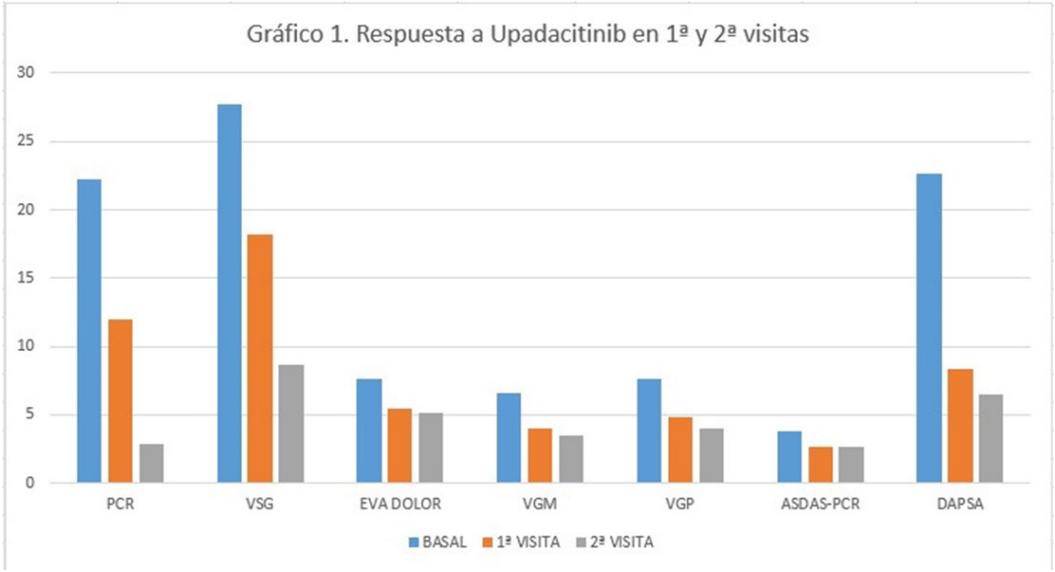
Objetivos: Describir la efectividad y seguridad a largo plazo de la terapia biológica en pacientes diagnosticados de SAPHO en el servicio de Reumatología de un hospital terciario.
Métodos: Análisis retrospectivo de los pacientes diagnosticados de síndrome SAPHO, en seguimiento por el servicio de Reumatología. Se analizaron los datos clínicos y de imagen (radiología, gammagrafía ósea, PET Scan) de aquellos que hayan recibido o estén recibiendo FAMEb, resaltando el tipo de tratamiento, el tiempo de evolución, la eficacia clínica a nivel articular y cutáneo, así como los motivos que originaron un cambio y/o suspensión del tratamiento.
Resultados: Se incluyó un total de 8 pacientes (6 mujeres y 2 hombres), con una mediana de edad de 58,1 años y 12 años de evolución de los síntomas, que estaban recibiendo o habían recibido terapia biológica por un síndrome SAPHO refractario. Todos los pacientes habían recibido tratamiento previo con AINE, zoledronato y/o FAME sintéticos convencionales (metotrexato, leflunomida). La indicación de la terapia biológica fue principalmente por afectación osteoarticular. La duración mediana del primer fármaco biológico fue de 4,4 años. En 7 de los 8 pacientes el primer fármaco biológico utilizado fue un anti-TNF y en un paciente secukinumab (SEC). Solo 3 pacientes presentaron una respuesta sostenida en el tiempo tanto cutánea como articular sin necesidad de cambio de tratamiento: 2 tratados con infliximab (INF) y 1 con secukinumab (SEC). En otros 3 fue necesario un cambio de tratamiento, habiendo pasado 1 paciente de INF a adalimumab (ADA), 1 de INF a etanercept (ETN) y el restante de INF a SEC principalmente por actividad a nivel cutáneo. En los 2 casos restantes (ETN y golimumab [GOL]), el fármaco biológico se suspendió sin volverse a reiniciar, por la presencia de neoplasia activa y reacción paradójica cutánea, respectivamente. No se identificaron infecciones graves ni otros eventos adversos que motivaran una suspensión y/o cambio del tratamiento biológico.
Conclusiones: Los FAMEb representan una alternativa válida y segura en el tratamiento de las manifestaciones músculoesqueléticas y dermatológicas del síndrome SAPHO refractario a tratamiento convencional, siendo los fármacos anti-TNF y anti-IL17 los con mayor experiencia acumulada hasta la fecha. No es infrecuente la necesidad de cambio terapéutico, principalmente en contexto del difícil control de las manifestaciones cutáneas

RC38. RESPUESTA TERAPÉUTICA Y PERFIL DE PRESCRIPCIÓN EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ESPONDILOARTROPATÍAS TRATADOS CON UPADACITINIB

José Antonio Carrasco Fernández, Luisa Marena Rojas Vargas, Adela Alia Jiménez, Paula Virginia García Morales y Simón Ángel Sánchez Fernández

Hospital Mancha Centro. Alcázar de San Juan.

Introducción: Las espondiloartropatías (SpA) son un grupo heterogéneo de enfermedades inflamatorias crónicas con afectación de estructuras axiales y/o periféricas, que comparten manifestaciones extraarticulares. Los inhibidores de la JAK (iJAK) han surgido como una opción terapéutica prometedora en estas patologías, aunque los datos de eficacia en práctica clínica diaria son limitados. Upadacitinib (UPA) es un iJAK que inhibe preferente JAK1 o JAK1/3 con indicación en el tratamiento de la espondiloartritis axial no radiográfica (SpAxnr), espondilitis anquilosante (EA) y artropatía psoriásica (APso) por lo que su uso en esta familia de enfermedades es mayor.
Objetivos: Evaluar la respuesta terapéutica y perfil de prescripción según práctica clínica diaria en pacientes con SpA tratados con UPA.
Métodos: Estudio retrospectivo en pacientes con SpA que recibieron UPA en nuestro centro entre agosto/2022 hasta noviembre/2023. Se recopilaron datos demográficos, características clínicas, de actividad y efectos adversos.
Resultados: Recogimos 12 pacientes, 3 APso, 3 EA y 6 SpAxnr. Un 75% eran mujeres con edad media en 56,9 ± 9,94 años, el 33,3% fueron HLA B27+, con un tiempo de evolución de la enfermedad de 11,75 ± 8,8 años (SpAxnr con tiempo de evolución significativamente menor (4,83 ± 4,1 años; p = 0,019). En cuanto a la actividad basal de la enfermedad, presentaron PCR de 22,25 ± 34,5 mg/L, VSG 27,56 ± 30,28 mm/h, ASDAS 3,76 ± 0,87 (solo EA y SpAxnr) y DAPSA 22,67 ± 10,5 (solo APso). La media de tratamientos biológicos previos fue de 2,5 ± 1,34. Un 66,7% recibieron el tratamiento en combinación (41,7% MTX, 8,3% LFN y 16,7% SSZ) y el 50% junto con GC (ver tabla para resto de características basales). La media de exposición al tratamiento fue de 7,75 ± 5,61 meses. Se suspendió en 4 pacientes (3 por ineficacia y 1 por IRVB) con un tiempo hasta la discontinuación de 10,5 ± 5,97 meses. Se observó una rápida mejora en los parámetros de actividad desde la primera revisión (media 4,08 ± 2,23 meses) con descenso de PCR (12 ± 20,45 mg/L), VSG (18,17 ±



RC38 Figura 1.

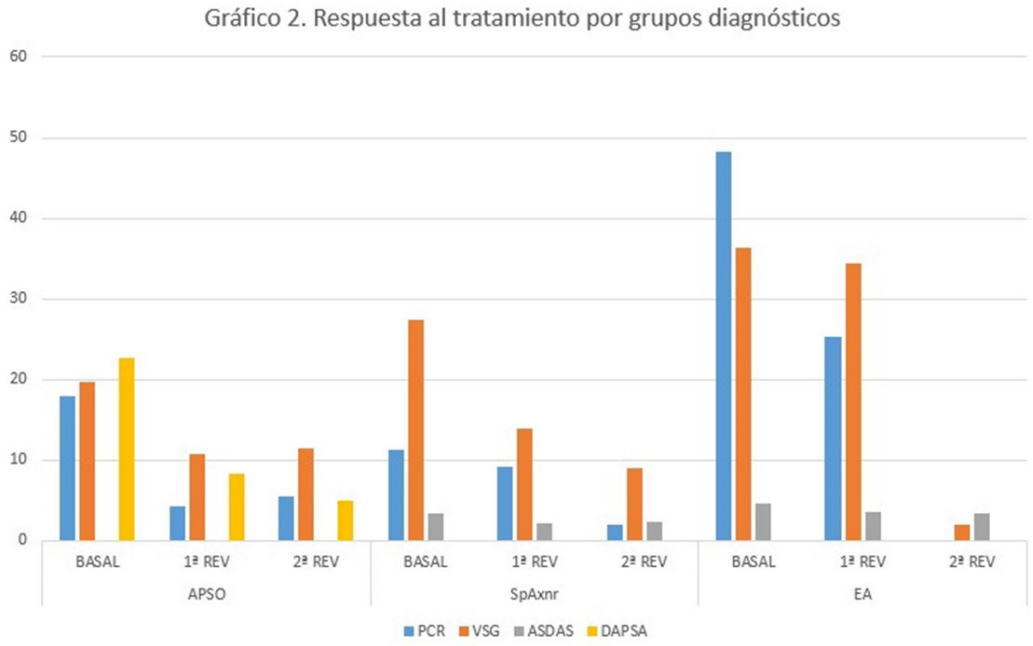


Figura 2.

Características basales de los pacientes

Diagnóstico									
		SpAxnr (n = 6)		EA (n = 3)		APso (n = 3)		Total (n = 12)	
Variables		Media (DE)	% (N)	Media (DE)	% (N)	Media (DE)	% (N)	Media (DE)	% (N)
Género	Mujer		100% (6)				100% (3)		75% (9)
	Hombre				100% (3)				25% (3)
Edad		55,7 (9,64)		62,33 (6,65)		55 (9,64)		56,92 (9,94)	
Tiempo evolución (años)		4,83 (4,07)*		22 (7,21)		15,33 (4,51)		11,75 (8,88)	
HLA B27 +			16,7% (1)		100% (3)		0		33,3% (4)
Afectación axial			100% (6)		100% (3)		0		75% (9)
Afectación periférica			50% (3)		66,7% (2)		100% (3)		66,7% (8)
Afectación mixta			50% (3)		66,7% (2)		0		58,3% (5)
Entesitis			16,7% (1)		0		0		8,3% (1)
Dactilitis			0		0		33,3% (1)		8,3% (1)
NAD		0,83 (0,98)		1 (1,73)		4,33 (3,06)		1,75 (2,26)	
NAT		0,5 (0,83)		1 (1,73)		4,33 (3,06)		1,58 (2,31)	
PCR (mg/L)		11,33 (9,93)		48,33 (69,21)		18 (10,39)		22,25 (34,51)	
VSG (mm/h)		27,33 (22,68)		36,33 (58,60)		19,67 (10,69)		27,67 (30,28)	
Dolor (EVA, cm)		7,5 (0,83)		9 (1)		6,67 (1,15)		7,67 (1,23)	
VGM (EVA, cm)		6,33 (1,86)		8 (1,73)		5,56 (3,21)		6,58 (2,19)	
VGP (EVA, cm)		7,33 (1,03)		9,67 (0,57)		6 (2,65)		7,58 (1,92)	
ASDAS-PCR		3,36 (0,77)		4,56 (0,40)				3,76 (0,87)	
DAS28-VSG		NR		NR			4,52 (1,34)	4,52 (1,34)	
DAPSA		NR		NR			22,67 (10,50)	22,67 (10,50)	
Vacunación VVZ			50% (3)		66,7% (2)		33,3% (1)		50% (6)
Uso de GC			50% (3)		33,3% (1)		66,7% (2)		50% (6)
Tratamiento concomitante	MTX		50% (3)		33,3% (1)		33,3% (1)		41,7% (5)
	LFN		0		0		33,3% (1)		8,3% (1)
	SSZ		0		66,7% (2)		0		16,7% (2)
Tratamiento previo	No. Biológicos	2 (0,63)		2,66 (1,15)		3,33 (2,08)		2,5 (1,34)	
TNFi	IFX		0		66,7% (2)		0		16,7% (2)
	ETN		33,3% (2)		33,3% (1)		66,7% (2)		33,3% (4)
	ADA		66,7% (4)		100% (3)		100% (3)		83,3% (10)
	CERTO		16,7% (1)		0		0		8,3% (1)
	GOLI		50% (3)		33,3% (1)		33,3% (1)		41,7% (5)
IL-17	IXE		0		0		66,7% (2)		8,3% (1)
	SECU		33,3% (2)		33,3% (1)		66,7% (2)		41,7% (5)
IL-23	GUSEL		0		0		33,3% (1)		8,3% (1)
JAKi	TOFA		0		0		33,3% (1)		8,3% (1)
Comorbilidades	Fumador		0		0		0		0
	Ex-fumador		16,7% (1)		100% (3)		0		33,3% (4)
	DM		0		33,3% (1)		33,3% (1)		16,7% (2)
	Obesidad		33,3% (2)		66,7% (2)		33,3% (1)		41,7% (5)
	DLP		0		33,3% (1)		0		8,3% (1)
	C isq		0		0		0		0
	TV		0		0		0		0
Manif extraarticulares	EIIC		16,7% (1)		0		0		8,3% (1)
	Uveitis		0		66,7% (2)		0		16,7% (2)
	Psoriasis		0		0		66,7% (2)		16,7% (2)

26,69 mm/h), ASDAS (2,62 ± 1,27; solo EA y SpAxnr) y DAPSA (8,33 ± 2,08; solo APso) más acentuado en la 2ª visita (media 9 ± 4,7 meses) donde con PCR de 2,83 ± 3,54 mg/L, VSG 8,67 ± 7,63 mm/h, ASDAS 2,61 ± 0,68 (solo EA y SpAxnr) y DAPSA 6,5 ± 4,95 (solo APso) (fig. 1). No se encontraron diferencias significativas en ninguna de las variables estudiadas ni entre ninguno de los grupos diagnósticos (fig. 2). En cuanto al perfil de prescripción, solo 3 de los pacientes fueron mayores de 65 años, ninguno fumador activo (33,3% exfumadores), un 41,7% eran obesos, 8,3% dislipemia y ninguno presentó antecedentes de cardiopatía isquémica o trombosis.

Conclusiones: Nuestros hallazgos sugieren que UPA pueden ser eficaz en el tratamiento de las SpA según práctica clínica incluso en pacientes refractarios a varias terapias biológicas previas y con largo tiempo de evolución. Así mismo, encontramos un perfil de prescripción adecuado a las recomendaciones del PRAC de la EMA.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tratado de Enfermedades reumáticas. 2ª Edición. Sociedad Española de Reumatología.
2. Ficha técnica de Rinvoq. Agencia española del medicamente y productos sanitarios.
3. AEMPS. Nota de seguridad: "Inhibidores de la quinasa Janus para enfermedades inflamatorias crónicas: recomendaciones para minimizar los riesgos de reacciones adversas graves". 2 de noviembre del 2022.

RC39. INFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS AUTOINMUNES SISTÉMICAS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Doryan José García Olivas[1], Judith Hernández Sánchez[1], Tomás Tosco-Núñez[2], Luis Bausá Gimeno[1], José Ángel Hernández Beriain[1], Daniel Batista Perdomo[1], Sergio Machín García[1], Javier Nóvoa Medina[1], M. Ángeles Acosta Mérida[1], Diana Botello Corzo[1] y Beatriz Tejera Segura[1]

[1]Sección de Reumatología. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. [2]Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria.

Introducción: La reactivación de la infección por citomegalovirus (CMV) puede ser grave en el paciente inmunodeprimido como es el caso de los pacientes con enfermedades reumáticas autoinmunes sistémicas (ERAS). Dado que se trata de infecciones poco prevalentes, existen escasos estudios que evalúen los factores de riesgo para el desarrollo de dicha infección.

Objetivos: Describir los casos de CMV en los pacientes con ERAS en seguimiento por el servicio de reumatología en un hospital de tercer nivel y las características demográficas y clínicas de dichos pacientes.

Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo que incluyó todos los pacientes con ERAS con infección por CMV en un periodo de 11 años (1 de enero 2012-30 de diciembre 2023). La determinación de CMV se realizó mediante PCR en tiempo real (Cobas CMV, Rocha). Se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para comprobar la normalidad de los datos. Para las variables cualitativas se calcularon la frecuencia y el porcentaje. El programa estadístico utilizado fue STATA MP-Parallel Edition 17.0.

Resultados: De un total de 403 pacientes con carga viral y/o confirmación histológica por CMV, 11 (2,7%) fueron pacientes con ERAS. La enfermedad más prevalente fueron las conectivopatías (54,5%) seguida de la artritis reumatoide (45,4%). Hubo 7 mujeres (63,6%) y 4 hombres (36,4%), con una edad media de 64 (± 7,6). De los 11 pacientes con CMV, 5 (45%) fueron diagnosticados por confirmación histológica (4 a nivel intestinal, 1 hematológico). Un tercio de los pacientes fallecieron (n = 4, 36,4%). La media de evolución de la enfermedad fue de 12 años (± 12,2). La mayoría de los pacientes habían estado en tratamiento con glucocorticoides (81,8%) o se encontraba con dicho tratamiento en el momento de la infección (63,6%). La dosis media de glucocorticoides fue de 16,3 (± 8,3) mg/día. El 54,5% (n = 6) había recibido algún fármaco modificador de la enfermedad sintético y/o biológico antes de la infección por CMV. Ninguno había recibido ciclofosfamida los 6 meses previos a la infección por CMV mientras que 2 pacientes habían recibido tratamiento biológico (rituximab y tocilizumab). Los parámetros de laboratorio en el momento previo a la infección por CMV se describen en la tabla.

Parámetros de laboratorio en momento previo a la infección por CMV

Parámetros de laboratorio Media (DE)		Rango normal
Leucocitos ($10^3/\mu L$)	7,0 (4,9)	4,5-10
Neutrófilos ($10^3/\mu L$)	3,7 (3,3)	
Linfocitos ($10^3/\mu L$)	1,4 (1,2)	
Hemoglobina (g/dL)	9,9 (1,4)	12-17
Plaquetas ($10^3/\mu L$)	126 (98)	140-400
Creatinina (mL/min/1,73 m^2)	1,6 (1,2)	0,6-1,1
Albúmina (g/dL)	2,9 (0,6)	3,4-5,4

Conclusiones: En nuestro centro la prevalencia de infección por CMV fue baja, siendo más común en pacientes con conectivopatías y en tratamiento con glucocorticoides asociado a otros inmunosupresores. Un tercio de los pacientes fallecieron.

RC40. INFECCIÓN POR *PNEUMOCYSTIS JIROVECII* EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Judith Hernández Sánchez[1], Doryan García Olivas[1], Luis Bausá Gimeno[1], Fernando Cañas Hernández[2], Jose Ángel Hernández Beriain[1], Daniel Batista Perdomo[1], Sergio Machín García[1], Javier Nóvoa Medina[1], M Ángeles Acosta Mérida[1], Diana Botello Corzo[1] y Beatriz Tejera Segura[1]

[1]Sección de Reumatología. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. [2]Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria.

Introducción: *Pneumocystis jirovecii* (PJ) produce infecciones oportunistas en los pacientes con tratamiento inmunosupresor (IS) pudiendo llegar a ser letal en algunos pacientes. El riesgo asociado a las diferentes enfermedades reumáticas autoinmunes (ERA) varía entre una y otra y el uso de la profilaxis sigue sin estar muy extendido.

Objetivos: Investigar la prevalencia y mortalidad de PJ en los pacientes con ERA seguidos en la sección de reumatología de un hospital universitario. Como objetivo secundario, describir las características de los pacientes con ERA que han sufrido la infección en un periodo de 8 años.

Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo que incluyó todos los pacientes con ERAs que hubiese padecido infección por PJ en un periodo de 8 años (1 de enero 2016-1 de enero 2024). La detección de PJ se realizó mediante inmunofluorescencia directa (Monofluo *P. jirovecii*, Biorad) o PCR en tiempo real (MycoGENIE *P. jirovecii* Ademtech). Se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para comprobar la normalidad de los datos. Para las variables cualitativas se calcularon la frecuencia y el porcentaje. El programa estadístico utilizado fue STATA MP-Parallel Edition 17.0.

Resultados: del total de pacientes que sufrieron infección por PJ en un hospital universitario en un periodo de 8 años (90 pacientes), 5 pacientes estaban en seguimiento por reumatología por una ERA, con una edad media de 53,5 (± 20,2). Las características demográficas y clínicas de los pacientes se describen en la tabla 1. Ninguno de

Tabla RC40
Tabla 1. Características demográficas y clínicas de los pacientes con PJ

Paciente	Edad	Sexo	Diagnóstico (ERA)	Fecha diagnóstico ERA	Fecha diagnóstico PJ	Comorbilidad crónica	Trat IS*	Dosis de GC*
Núm 1	46	Hombre	Artritis seronegativa	01/12/2020	05/03/2020	Si (VIH)	Ninguno	
Núm 2	21	Mujer	Déficit receptor interferón alfa	01/12/2021	02/07/2021	Si (Asma, rinitis alérgica)	Metotrexate	10 mg/día
Núm 3	69	Mujer	Artritis reumatoide	20/02/2014	13/09/2021	Si (HTA, DM tipo II)	Metotrexate	5 mg/día
Núm 4	68	Hombre	Artritis reumatoide	03/12/2021	10/02/2023	Si (HTA,DM tipo II, dislipemia)	Adalimumab	60 mg/día
Núm 5	73	Mujer	Artritis reumatoide	10/05/2022	27/04/2023	No	Metotrexato	2,5 mg/día
Núm 6	44	Mujer	Artritis reumatoide	13/12/2021	05/05/2023	Si (HTA, DM tipo II)	Leflunomida	30 mg/día

*Tratamiento inmunosupresor y dosis de glucocorticoides en momento de la infección.

los pacientes tuvo exposición previa a ciclofosfamida. Un paciente recibió un ciclo de rituximab (2 gramos). Todos habían estado expuestos a glucocorticoides (GC) en algún momento de la enfermedad siendo la dosis media en momento de infección de 18 (± 23,3) mg/día. Respecto a los parámetros de laboratorio previo a la infección por PJ se recogen en la tabla 2. Un paciente tenía déficit de IgG (< 700 mg/dL). En más de la mitad de los casos (66,7%) la infección se desarrolló en los dos primeros años del diagnóstico de la ERA. En un caso el diagnóstico de PJ fue previo al desarrollo de la ERA. Ninguno de los pacientes estaba con profilaxis y todos requirieron estancia en la unidad de cuidados intensivos. En un 36% hubo una infección respiratoria concomitante.

Tabla 2. Parámetros de laboratorio previos a la infección por PJ

Parámetros de hemograma Media (DE)	
Leucocitos ($10^3/\mu L$)	9,8 (2,2)
Linfocitos ($10^3/\mu L$)	1,3 (0,9)
Plaquetas ($10^3/\mu L$)	236 (125)
Hemoglobina (g/dL)	12,2 (2,3)
Parámetros de bioquímica Media (DE)	
Ferritina (ng/mL)	1.391 (2113,1)
Proteína C reactiva (PCR) (mg/dL)	9,9 (13,6)
Albúmina (g/dL)	3,2 (0,6)

*DE desviación estándar.

Conclusiones: La prevalencia de PJ en los pacientes con ERA fue baja en nuestra serie, no obstante, ninguno de los que padecieron la infección estaba con profilaxis a pesar del uso de esteroides a dosis altas. Es importante individualizar cada caso y valorar con antelación si el paciente necesita o no profilaxis así como el riesgo de padecer infecciones oportunistas.

RC41. GRUPO NOMINAL AFRONTAR EL PROCESO DE DEJAR DE FUMAR

Josep Vergés Milano[1], José Luis Baquero[1], Manel Santiña[2], Nina Martínez[1], Sheng Jie Lin[1], Alejandro Baquero[1] y Rita Bachiller[1]

[1]Osteoarthritis Foundation International. Barcelona. [2]Past-president y Coordinador de Investigación de SECA. Barcelona.

Introducción: El 60% de las personas mayores de 65 años sufren más de una enfermedad crónica, siendo la patología osteoarticular especialmente prevalente. Fumar se ha relacionado con numerosas patologías, incluyendo oncología, problemas metabólicos, sistema respiratorio, cardiovascular, digestivo, urinario, reproductor y articular, entre otros. De hecho, el tabaco mata a la mitad de sus consumidores según la OMS.
Objetivos: La prevención del acceso al tabaco es crucial, pero también es esencial dar apoyo a quienes desean dejar de fumar. El proyecto Afrontar tiene como objetivo principal mejorar la capacidad de afrontamiento y autocuidado del paciente para dejar de fumar. Los objetivos secundarios incluyen identificar las principales motivaciones y barreras, valorar la efectividad de las estrategias de afrontamiento y hacer propuestas que podrían contribuir al éxito y dejar de fumar.
Métodos: El Grupo Nominal lo componía fumadores y exfumadores recientes (< 5 años) con patología osteoarticular, mayores de edad, anonimizados, que dieron consentimiento informado. Se desarrolló en dos etapas: en la primera, el Grupo Nominal se reunió de forma telemática/virtual, siguiendo el método descrito por McMillan, se recopilaron motivaciones, identificaron las barreras en las áreas, física, emocional, social y laboral, y se generaron propuestas. En la segunda, vía correo electrónico para recopilar respuestas independientes sobre la efectividad de las estrategias de afrontamiento valoradas sobre una escala Likert del 1 al 10 (mínima y máxima respectivamente): 1, proactividad (poner medidas uno mismo para resolver el problema); 2, autocrítica (ser crítico con uno mismo para mejorar); 3, manifestación emocional (expresar lo que se siente); 4, pensamiento desiderativo (buscar el lado bueno y meta deseada); 5, apoyo social (hablar con una persona de confianza); 6, reestructuración cognitiva (intentar ver lo positivo de las cosas); 7, evitación de problemas (no dejar que afecte y evitar pensar demasiado en ello); 8, retirada social (ocultándose).
Resultados: Participaron 11 pacientes (7 mujeres y 4 hombres) con edad media de 52,80 (DE 12,16), siendo 7 fumadores y 4 exfumadores recientes; procedentes de 4 comunidades autónomas. Todos presentaban ciertos hábitos poco saludables, como el sedentarismo o inadecuada alimentación. Entre las motivaciones destacan la conciencia de las limitaciones que produce la dependencia y el problema de salud. Según las diferentes áreas, las cuatro principales barreras seleccionadas fueron: en el aspecto físico, la adicción a la nicotina; en el emocional, el placer y ayuda que aporta; en el social, el fácil acceso; y en lo laboral, la presión de grupo. Las estrategias de afrontamiento más efectivas fueron la autocrítica, la proactividad y la reestructuración cognitiva; mientras que la retirada social no lo fue. Entre las diversas sugerencias, destaca el conocerse a sí mismo y las circunstancias que más afectan.
Conclusiones: Dejar de fumar es un desafío real y complejo, la satisfacción con la ayuda/apoyo recibido se percibe como limitado, y el escaso acompañamiento en el proceso sugieren que reducir al menos el daño podría ser una alternativa muy adecuada.
Agradecimientos: a los “pacientes expertos” de OAFI que participaron en el proyecto.

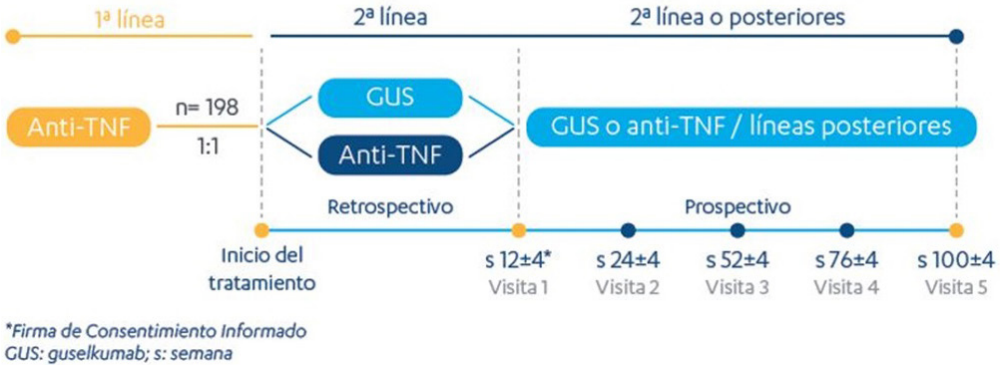
RC42. ESTUDIO MANHATTAN: ESTUDIO OBSERVACIONAL, AMBISPECTIVO SOBRE LA PERSISTENCIA DE GUSELKUMAB O TNFI COMO TERAPIA DE SEGUNDA LÍNEA PARA EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS PSORIÁSICA

S. Díaz Castroverde[1], J. Ramírez García[2], J.A. Pinto Tasende[3], S. Muñoz Fernández[4] y C. Novella[1]

[1]Departamento Médico Johnson & Johnson Innovative Medicine [2]Hospital Clínic de Barcelona. [3]Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. [4]Hospital Universitario Infanta Sofía. Madrid.

Introducción: La artritis psoriásica (APs) es una enfermedad inflamatoria crónica con manifestaciones musculoesqueléticas y derma-

Figura 1: Diseño del estudio Manhattan



RC42 Figura

tológicas que puede alterar la calidad de vida de los pacientes. El tratamiento se centra, en general, en fármacos antirreumáticos modificadores de enfermedad sintéticos convencionales (FAMEsc) y, en caso de respuesta insuficiente, las guías clínicas recomiendan el uso de FAMES biológicos (FAMEb) o inhibidores de la JAK (iJAK). Las directrices sobre los tratamientos de primera línea difieren entre países, y, en el caso específico de España, una práctica habitual consiste en utilizar inhibidores del factor de necrosis tumoral (iTNF) como primera línea de tratamiento biológico tras el fracaso o la intolerancia a FAMEsc. Su perfil de eficacia y seguridad, la experiencia acumulada a lo largo de los años y el impacto económico de los biosimilares son los principales factores que explican esta situación. Existe poca información sobre el uso secuencial de los diferentes tratamientos biológicos en la práctica clínica en cuanto a efectividad y supervivencia. Los ensayos clínicos aportan datos relativos a la eficacia y seguridad de nuevos fármacos tras el fracaso o la intolerancia a iTNF, pero no hay estudios sobre otras posibles situaciones, como el fracaso a otros biológicos o pequeñas moléculas sintéticas dirigidas. Además, en la práctica clínica, los pacientes tienen características diferentes de las que se observan en los ensayos clínicos, a menudo con más comorbilidades y en general más complejos que los reclutados para estudios con criterios de inclusión más estrictos. Por ello, se necesitan estudios que reflejen la práctica clínica real, con el objetivo de analizar las características de los pacientes con APs que fracasan a una primera línea de iTNF y conocer la secuencia de uso de tratamientos biológicos en práctica clínica en España.

Objetivos: Describir la efectividad y la supervivencia a los 12 meses de GUS o un segundo iTNF después de haber recibido un iTNF como primera línea en condiciones de práctica clínica real.

Métodos: Estudio nacional, no intervencionista, en vida real, observacional, multicéntrico, ambispectivo (fig.). Los criterios de elegibilidad incluyeron pacientes ≥ 18 años y diagnóstico confirmado de APs activa (al menos 6 meses antes de la inclusión), que recibieron iTNF como tratamiento biológico de primera línea y, posteriormente, cambiaron a GUS o un nuevo iTNF como tratamiento biológico de segunda línea. Los pacientes son reclutados cuando acuden a una visita habitual y la participación se ofrece a todos los pacientes en concordancia con los criterios de elegibilidad. Las variables incluidas en el estudio están relacionadas con la efectividad y seguridad relativos a cada uno de los dominios de la APs, como entesitis, dactilitis, psoriasis cutánea y ungueal, cuestionarios de calidad de vida y satisfacción con el tratamiento, así como uso de medicación concomitante al tratamiento biológico. Aunque el objetivo principal sea la descripción de la persistencia medida a 12 meses, el seguimiento de los pacientes será de dos años, con el objetivo de conocer la secuencia de elección de tratamientos en condiciones de práctica clínica real.

Conclusiones: Los resultados de este estudio permitirán un mejor conocimiento del manejo de los pacientes con APs en España, proporcionando información sobre el uso secuencial de terapias biológicas e iJAK en condiciones de práctica clínica real.

RC43. SINOVITIS PROLIFERATIVA: UN PATRÓN ECOGRÁFICO ASOCIADO A ENFERMEDAD EROSIVA Y AL USO CRÓNICO DE CORTICOIDES EN PACIENTES CON ARTRITIS. ESTUDIO TRANSVERSAL Y MULTICÉNTRICO

Julio Ramírez[1], Vicenç Torrente-Segarra[2], Andrea Cuervo[3], Mireia Moreno[4], Ana Belén Azuaga[1], Lourdes Mateo[5], Beatriz Frade[1], Andrea Zacarías[1], Noemí Busquets[3], Susana Holgado[5], Paula Estrada[6], Delia Reina[6], Juan José de Agustín[7], Carme Moragues[8], María Bonet[2], Sandra Farietta[1], Patricia Corzo[1], Andrés Ponce[1], Virginia Ruiz-Esquide[1], Lucía Alascio[1] y Juan D. Cañete[1]

[1]Unidad de Artritis. Servicio de Reumatología. Hospital Clínic de Barcelona. [2]Servicio de Reumatología. Hospital Comarcal Alt Penedés-Garraf. [3]Servicio de Reumatología. Hospital de Granollers. [4]Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Parc Taulí (I[3]PT-CERCA). Sabadell. [5]Servicio de Reumatología. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. [6]Servicio de Reumatología. Hospital Moisés Broggi. Sant Joan Despí. [7]Servicio de Reumatología. Hospital Vall d´Hebron. Barcelona. [8]Servicio de Reumatología. Hospital de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat.

Introducción: En un trabajo previo describimos la asociación de un patrón ecográfico denominado sinovitis proliferativa (SP): [Hipertrofia Sinovial (HS) > 2+Power Doppler (PD), con enfermedad erosiva, ACPA y una mayor necesidad de cambio de tratamiento en pacientes con Artritis Reumatoide (AR) (Ramírez J, et al. Clin Exp Rheumatol. 2022;40(5):960-6).

Objetivos: Evaluar la asociación de la SP ecográfica con factores de mal pronóstico como enfermedad erosiva o mayor necesidad de tratamiento en pacientes con artritis crónica más allá de la AR.

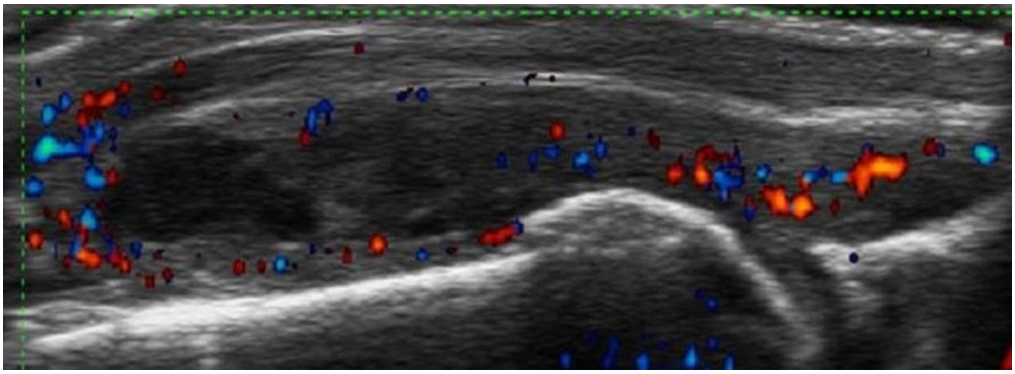
Métodos: Estudio transversal y multicéntrico. Se recogieron variables clínicas, epidemiológicas y ecográficas de pacientes con artritis crónica que presentaran inflamación activa en articulaciones de manos en la exploración física. Las artropatías microcristalinas y artritis de reciente inicio (< 6 meses) fueron excluidas. Se evaluó la presencia de HS y señal PD en ambos carpos, metacarpofalángicas, tendones extensores del carpo y flexores de las manos. El patrón ecográfico de SP fue definido como la presencia de HS > 2 + señal PD. Este estudio fue aprobado por el comité ético HCB/2022/0212

Resultados: Se han incluido 223 pacientes: 65,9% mujeres, con edad media de 58,1 años (DE+14,5) y tiempo de evolución medio de

Tabla RC43
Características clínicas y demográficas

Diagnóstico	Total	AR sero+	AR sero-	APs	SpAp	Artritis anciano	LES	EMTC	AI
n (pacientes), %	223 (100)	73 (32,7)	34 (15,2)	88 (39,5)	5 (2,2)	9 (4)	1 (0,4)	4 (1,7)	9 (4)
Sexo femenino, n (%)	147 (65,9)	63 (86,3)*	20 (58,8)	47 (53,4)	4 (80)	4 (44,4)	1 (100)	4 (100)	4 (44,4)
Edad (años), media (+DE)	58,1 (14,5)	57,5 (15,5)	62,0 (13,6)	55,9 (12,9)	51,6 (13,6)	79,4 (6,8)*	30 (0)	58 (11,3)	56 (13,3)
Duración enfermedad (meses), media (+DE)	113 (139,9)	159 (170,5)*	91 (130,7)	103 (104)	53,6 (44,2)	10,1 (9,7)	24 (0)	159,2 (147)	45 (48,2)
Corticoides, n (%)	96 (43)	37 (50,7)*	16 (47,1)	24 (27,3)	3 (60)	6 (66,7)	0	4 (100)	6 (66,7)
FAMEc, n (%)	94 (42,2)	42 (57,5)*	12 (35,3)	31 (35,2)	0	2 (22,2)	1 (100)	3 (75)	3 (33,3)
Terapias dirigidas, n (%)	83 (37,2)	34 (46,6)	12 (35,3)	31 (35,2)	3 (60)	0	0	2 (50)	1 (11,1)
NAD, media (+DE)	4,9 (4,8)	5,5 (4,9)	4,9 (5,8)	4,4 (4,7)	3 (2,3)	5,8 (3,1)	2 (0)	3,2 (1,5)	5,1 (3,5)
NAI, media (+DE)	3,9 (3,6)	4,9 (4,3)	4,2 (4,2)	3,1 (2,7)	1,6 (1,1)	4,4 (3,4)	2 (0)	2 (1,8)	4 (2,8)
PCR (mg/dl), media (+DE)	2,4 (5,2)	2,2 (4,9)	3,1 (6,2)	1,7 (2,5)	0,9 (1,3)	10,2 (13,7)	0,4 (0)	1,8 (1,1)	3,5 (6,7)
Enfermedad Erosiva, n (%)	104 (47,1)	51 (69,9)*	14 (41,2)	35 (40,2)	1 (25)	1 (11,1)	0	1 (25)	1 (11,1)
SDAI, media (+DE)	27,9 (25,1)	29,6 (27,2)	28,6 (25,1)	24,2 (19,5)	25,2 (20,2)	40 (37,7)	10,4 (0)	26,6 (17,3)	38,4 (43,2)
DAPSA, media (+DE)	19,9 (9,3)	-	-	19,9 (9,3)	-	-	-	-	-
Sinovitis Proliferativa, n (%)	114 (51,4)	53 (73,6)*	18 (52,9)	35 (39,8)	1 (20)	2 (22,2)	0	3 (75)	2 (22,2)
Afectación Tendinosa, n (%)	102 (46,2)	32 (44,4)	14 (41,2)	44 (50,6)	2 (40)	3 (33,3)	0	4 (100)	3 (33,3)
Paratendonitis, n (%)	40 (18,6)	5 (7,2)	4 (12,1)	25 (29,1)*	1 (25)	1 (11,1)	0	1 (25)	3 (33,3)
Anquilosis Radiográfica, n (%)	10 (4,9)	0	0	10 (12,2)*	0	0	0	0	0
Score ecográfico (0-100), media (+DE)	13,9 (13,2)	17 (13,3)	15,3 (13,1)	10,8 (12,9)	6,2 (6)	14,4 (12,7)	5 (0)	25,7 (12,1)	12,1 (12,1)

AR: artritis reumatoide; sero+: seropositiva; sero-: seronegativa; APs: artritis psoriásica; SpAp: espondiloartritis periférica; LES: lupus eritematoso sistémico; EMTC: enfermedad mixta del tejido conectivo; AI: artritis indiferenciada. DE: desviación estándar. FAMEc: fármaco modificador de la enfermedad convencional; NAD: número de articulaciones dolorosas; NAI: número de articulaciones inflamadas; PCR: proteína C reactiva; SDAI: Simplified Disease Activity Index; DAPSA: Disease Activity for PSoriatic Arthritis; *p < 0,05.



RC43 Figura. *Imagen ecográfica de articulación metacarpofalángica con sinovitis proliferativa.*

113 meses (DE+134,9). Ciento siete pacientes (47,9%) tenían AR (31,4% seropositivos) y 88 pacientes (39,5%) tenían artritis psoriásica (APs). Los 28 pacientes restantes tenían diferentes diagnósticos (tabla). En global, 104 pacientes (46,6%) tenían enfermedad erosiva y 83 (37,2%) estaban en tratamiento con terapias dirigidas. Noventa y seis pacientes (43%) tomaban corticoides (< 5 mg de prednisona o equivalente). En el momento de la visita, todos los pacientes estaban activos (media SDAI 27,9, DE+25,1 y media DAPSA 22,1, DE+11,6). La actividad de la enfermedad (p = 0,05) y el SCORE ecográfico (p = 0,037) fueron mayores y la duración de la enfermedad más prolongada (p = 0,013) en los pacientes con AR. El uso de FAMEs convencionales (p = 0,039) y de corticoides (p = 0,0001) fue superior también en los pacientes con AR, aunque no se encontraron diferencias por diagnóstico en el uso de terapias dirigidas. El porcentaje de pacientes con enfermedad erosiva fue numéricamente mayor en los pacientes con AR en comparación con el resto de los grupos (52,6 vs. 38,8%, p = 0,055). Desde el punto de vista ecográfico, 114 pacientes (51,1%) presentaban SP y 102 pacientes (45,7%) tenían afectación tendinosa. La presencia de SP fue más frecuente en AR vs. otros diagnósticos (60 vs. 39,1%, p < 0,003) y en AR seropositiva (73,6%) vs. seronegativa (52,9%, p < 0,001). La afectación exclusiva tendinosa (sin afectación articular) (16,1%, p = 0,033) y la paratendonitis de los tendones extensores (29,1%, p = 0,035) fueron más frecuentes en APs. Entre los 114 pacientes con SP, el 76% tenían enfermedad erosiva, por solo un 22% los que no presentaban este patrón ecográfico (p = 0,0001). En el análisis multivariante, ajustando por edad, sexo, tiempo de evolución, diagnóstico, actividad de la enfermedad y tratamiento, la presencia de enfermedad erosiva [OR 8,5 (4,2-17,2), p = 0,0001] y el tratamiento con corticoides [OR 1,9 (1,0-3,9), p = 0,046] se asociaron de manera independiente con la presencia de SP por ecografía.

Conclusiones: En pacientes con artritis de manos activa con hasta 8 diagnósticos diferentes, la presencia de SP ecográfica se asoció a factores de mal pronóstico como enfermedad erosiva y uso crónico de corticoides.

RC44. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN TRATAMIENTO CON METROTEXATO SUBCUTÁNEO EN LA CONSULTA ENFERMERA DE REUMATOLOGÍA

S. Azcarate Jiménez[1], R. Sanz Berruete[1], A. Guinea Urtizberea[1], N. Liceaga Otazu[2], A. Aldasoro Ruiz[1], B. Arrillaga Domínguez[1], C.A. Egües Dubuc[1] y J. Belzunegui Otano[1]

[1]OSI Donostialdea. [2]Facultad de Medicina y Enfermería de la UPV/EHU.

Introducción: La adherencia al tratamiento en pacientes con artritis reumatoide (AR) es fundamental para prevenir el daño articular irreversible y evitar la aparición de manifestaciones extraarticulares. Según la revisión sistemática de Curtis *et al.,* 2016, los pacientes con AR en tratamiento con metrotexato (MTX) subcutáneo (sc) y ácido fólico (AC) a los que se les proporcionó educación y entrena-

miento para la autoinyección, obtuvieron una adherencia al tratamiento entre 60-92%. Por lo tanto, es de especial interés conocer nuestros datos para saber si debemos mejorar nuestro sistema de educación en la consulta.
Objetivos: Conocer la adherencia del tratamiento con MTX sc y AC en pacientes con AR educados en la consulta enfermera de reumatología (CER) de la Organización Sanitaria Integrada (OSI) Donostialdea en el 2023.
Métodos: Se trata de un estudio observacional retrospectivo. Se revisaron las historias clínicas (HC) de pacientes diagnosticados de AR en tratamiento con MTX sc y AC evaluados en CER en el periodo del 01-01-2023 al 31-12-2023. Se recogieron las variables demográficas, clínicas y el porcentaje de adherencia calculada en el sistema informático. Las variables cualitativas se muestran con el valor absoluto y porcentaje. Las variables cuantitativas se muestran con la mediana y percentil 25 y 75.
Resultados: Se realizaron 2.823 intervenciones en la CER, de los cuales 447 (16,6%) fueron intervenciones relacionadas con pacientes con AR. Se valoró 32 pacientes que recibieron adiestramiento y formación con la autoinyección de MTX sc y AC. Los 32 pacientes [20 mujeres (68%)] presentaron una mediana de edad 61,5 años (51,5-71,5). La mediana de adherencia al MTX fue de 96,2% (86,5-98,9%) y del AC 99,7% (81,1-100%). En cuanto al formato utilizado, un 13% fue formato jeringa y un 87% fue formato pluma.
Conclusiones: La adherencia al MTX en pacientes con AR educados en la CER en nuestro centro fue elevada (cercano al límite superior) en comparación con los datos publicados en la bibliografía.

RC45. CARACTERIZACIÓN DE HALLAZGOS CLÍNICOS Y RADIOLÓGICOS DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON LUPUS NEUROPSIQUIÁTRICO

Montserrat Bordoy Pastor[1], Lilian López[1], Viviana Escobar[2], Manuel Rodríguez[3], Samuel Hernández[1], Aina Darder[1], Jair Javier Bastidas[1], Inmaculada Ros[1], Regina Faré[1], Mónica Ibáñez[1] y Antoni Juan[1]

[1]Servicio de Reumatología; [2]Servicio de Neurología; [3]Servicio de Radiología. Hospital Universitari Son Llàtzer. Palma de Mallorca.

Introducción: La afectación neuropsiquiátrica del lupus eritematoso sistémico (NPLES) tiene una elevada morbimortalidad y presenta un reto diagnóstico para el clínico. Estas manifestaciones requieren de un manejo multidisciplinar complejo.
Objetivos: Determinar la prevalencia del NPLES en una cohorte de pacientes. Describir las características clínico-analíticas y los hallazgos radiológicos en resonancia magnética y valorar su relación con los índices de actividad de estos pacientes en el momento del evento.
Métodos: Estudio observacional transversal retrospectivo, mediante el análisis de la historia clínica, de pacientes con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico (LES) que cumplen los criterios SLICC 2012 que han realizado seguimiento en el servicio de Reumatología del Hospital Universitario Son Llàtzer entre 2002-2023.
Resultados: Se revisaron 97 historias clínicas de pacientes con LES. Se encontraron 11 pacientes NPLES, lo que representa un 11,4% (11/97). 10 (91%) eran mujeres, con una edad media de 45,7 años (± DE 14,4). Desde el diagnóstico de LES hasta el evento neuropsiquiátrico (NP) pasaron una media de 5,1 años. Entre las manifestaciones de NPLES (según la clasificación ACR 1999) encontramos: 5 (45,4%) pacientes con enfermedad cerebrovascular (ECV), 2 (18,2%) cefalea, 2 (18,2%) psicosis, 1 (9,1%) deterioro cognitivo, 1 (9,1%) crisis comiciales. 5 (45,4%) de los pacientes presentaron secuelas neurológicas tras el evento. En el momento del evento presentaban DNA + 6 (54,6%) pacientes, anticuerpos relacionados con síndrome antifosfolípido (APL) 8 (72,7%). 6 (54,6%) pacientes presentaban > 2 APL distintos y 1 (9,1%) anticuerpos atípicos. 9 (81,2%) pacientes presentaron consumo de C4, 6 (54,6%) de C3 y 4 (36,4%) de CH50 en el momento del evento NP. Encontramos anticuerpos anti-SSA positivos en 5 pacientes (45,4%). Se encontró 1 (9,1%) paciente con anticuerpo antirribosoma positivo, en contexto de clínica psicótica. Respecto a los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) se incluyeron: hipertensión arterial (HTA), dislipemia (DLP), diabetes mellitus (DM) y tabaquismo; se encontró algún FRCV en 8 (72,3%) de los pacientes, siendo el más frecuente el tabaquismo en 6 (54,6%) pacientes (tabla 1). A nivel radiológico, se encontraron imágenes sugestivas de enfermedad vascular de pequeño vaso (hiperintensidades en T2) en 7 (63,6%) de los pacientes. Dentro de este grupo, todos los pacientes tenían niveles bajos de algún factor de complemento (7, 100%), mayor proporción de APL positivos (6/7, 85,7%) y mayor frecuencia de FRCV (6/7 85,7%). Presentaron DNA positivo 4 pacientes (57,1%) dentro de este grupo. La media del índice de actividad SLEDAI-2K fue superior en el grupo con presencia de microinfartos en comparación con los pacientes que no presentaban este tipo de lesiones en resonancia magnética. Sin embargo, no se alcanzaron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de estos análisis, probablemente por el pequeño tamaño muestral (tabla 2).

Tabla 1: Características clínicas y sociodemográficas de la cohorte

	NPLES (n = 11)
Mujeres, n (%)	10 (9,1)
Edad, años (media ± DE)	45,7 ± 14,4
Años desde diagnóstico LES hasta evento NP (media)	5,1
Manifestaciones clínicas	
ECV, n (%)	5 (45,4)
Cefalea, n (%)	2 (18,2)
Psicosis, n (%)	2 (18,2)
Deterioro cognitivo, n (%)	1 (9,1%)
Crisis comiciales, n (%)	1 (9,1%)
Secuelas neurológicas tras evento, n (%)	5 (45,4)
Autoanticuerpos	
DNA +, n (%)	6 (54,6)
Antifosfolípidos, n (%)	8 (72,7)
≥ 2 antifosfolípidos simultáneos, n (%)	6 (54,6)
Anticuerpos atípicos, n (%)	1 (9,1)
AntiSSA, n (%)	5 (45,4)
AntiSSB, n (%)	0 (0)
Antirribosoma, n (%)	1 (9,1)
Complemento bajo	
C4, n (%)	9 (81,2)
C3, n (%)	6 (54,6)
CH50, n (%)	4 (36,4)
FRCV, n (%)	8 (72,3)
HTA, n (%)	5 (45,4)
DLP, n (%)	4 (36,4)
DM, n (%)	2 (18,2)
Tabaco, n (%)	6 (54,6)

Tabla 2: Hallazgos radiológicos en resonancia magnética

	Afectación vascular de pequeño vaso		
	Presente (n = 7)	Ausente (n = 3)	p
APL +, n (%)	6 (85,7)	1 (33,3)	0,35
Complemento bajo, n (%)	7 (100)	0 (0)	-
DNA +, n (%)	4 (57,1)	2 (66,7)	0,74
FRCV, n (%)	6 (85,7)	2 (66,7)	0,35
SLEDAI-2K (media)	32,14	25	0,52

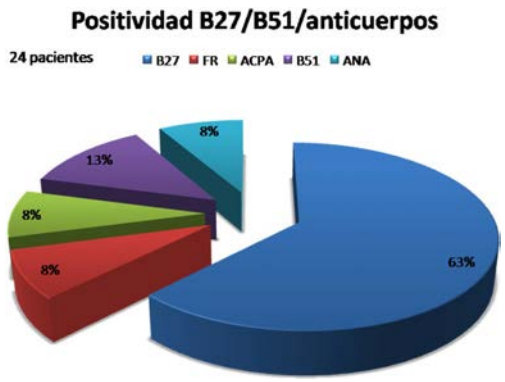
Conclusiones: En nuestra cohorte, la prevalencia de NPLES fue 11,4% (11/97). La afectación en forma de ACV fue la más frecuente. Los eventos NP sucedieron en los primeros años del diagnóstico. Había una alta frecuencia de FRCV entre estos pacientes. Los pacientes con enfermedad vascular de pequeño vaso en RMN, tenían mayor frecuencia de complemento bajo, más APL positivos e índices de actividad más altos, sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas.

RC46. PACIENTES CON PATOLOGÍA OCULAR INFLAMATORIA EN CONSULTA DE REUMATOLOGÍA: NUESTRA EXPERIENCIA

Silvia Pérez Esteban y Olga Sánchez González

Hospital Universitario del Sureste. Arganda del Rey.

Introducción: La inflamación ocular constituye una manifestación clínica frecuente de múltiples enfermedades sistémicas autoinmunes. Es la respuesta local del ojo y sus anexos a agresiones de distintas etiologías, pudiéndose producir daño irreversible que puede causar ceguera. En los países desarrollados, la incidencia de uveítis es de 52 por 100.000 habitantes/año y supone la tercera causa de ceguera, lo que conlleva un gran impacto sociosanitario y el deterioro de la calidad de vida de los afectados. La prevalencia de enfermedades sistémicas en los pacientes con uveítis es del 20 al 45%. La patología ocular puede ser la primera manifestación de una enfermedad sistémica o una manifestación secundaria.
Objetivos: Describir las características de una población de pacientes con patología ocular inflamatoria valorados en nuestras consultas de Reumatología.
Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de una cohorte de pacientes con patología ocular inflamatoria en seguimiento en consulta de Reumatología de nuestro hospital. Se revisaron las historias clínicas de pacientes entre el 1 de agosto de 2023 y el 15 de enero de 2024, seleccionando aquellas con patología ocular inflamatoria. Se recogen datos como sexo, edad, tipo de patología ocular inflamatoria, asociación a enfermedades inflamatorias sistémicas, fecha de diagnóstico, tratamientos recibidos y la presencia de anticuerpos.
Resultados: Se revisaron las historias clínicas de 51 pacientes, 59% de los cuales eran mujeres, con un rango de edad entre 23 y 81 años. Con respecto a la afectación ocular el 49% de los pacientes presentaron una uveítis anterior aguda y el 37% una escleritis/epiescleritis, el resto de patologías fueron 3 pacientes con uveítis anterior crónica, 2 pacientes con panuveítis, 1 paciente con una coroiditis serpiginosa y 1 paciente con retinopatía de Birdshot. En el 49% de los pacientes la afectación ocular fue bilateral. Tenían patología reumatología asociada el 39% de los pacientes. 14 pacientes tenían una espondiloartritis axial (incluidas espondilitis anquilosante, espondiloartritis no radiográfica y asociada a enfermedad inflamatoria intestinal), 3 pacientes artritis psoriásica, 1 paciente artritis reumatoide, 1 paciente enfermedad de Behçet y 2 pacientes polimialgia reumática. Solo en 7 pacientes se había diagnosticado la patología reumatológica previamente a la ocular. Distribución de anticuerpos en la figura. Al finalizar la revisión recibían tratamiento biológico el 37% de los pacientes. El biológico más empleado es adalimumab en el 73% de los pacientes, el resto de tratamientos se distribuían de la siguiente manera en los pacientes: etanercept 2, certolizumab 1, guselkumab 1 y secukinumab 1. El 79% de los pacientes se encontraban en remisión clínica desde el punto de vista oftalmológico, persistía actividad ocular en 4 pacientes (1 con adalimumab, 1 con etanercept, 1 con guselkumab y 1 con secukinumab).



Conclusiones: Las enfermedades inflamatorias oculares requieren ser valoradas de forma precoz para realizar un diagnóstico y tratamiento oportuno, con la finalidad de preservar la visión por el mayor tiempo posible. En nuestra serie las patologías oftalmológicas más frecuentes fueron la uveítis anterior aguda y la escleritis/epiescleritis, el 39% de los pacientes tenían una enfermedad reumatológica asociada, siendo la espondiloartritis la más frecuente. La mayoría de los pacientes respondieron de forma favorable al tratamiento biológico.

RC47. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, SEROLÓGICAS Y RADIOGRÁFICAS Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD MIXTA DEL TEJIDO CONECTIVO Y AFECTACIÓN PULMONAR INTERSTICIAL

Alicia Pérez González, Gloria Albaladejo Paredes, Esther Monleón Acosta, José Andrés Rodríguez Fernández, José María Andreu Ubero, María del Rosario Oliva Ruiz, Paloma Valentina Castillo Dayer, Carlos Fernández-Díaz, Edgar Soriano Navarro, Montse Fernández Salamanca y Vicente Cogolludo Campillo

Hospital General Universitario Santa Lucía.

Introducción: La enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC) es una enfermedad autoinmune caracterizada por la combinación de manifestaciones propias de lupus eritematoso sistémico (LES), de esclerosis sistémica (ES) y de polimiositis (PM) con positividad para antiU1RNP[1]. La EMTC se asocia a afectación pulmonar intersticial en forma de neumonía intersticial no específica (NINE), siendo la más frecuente, seguida de neumonía intersticial usual (NIU) y neumonía organizada[2]. Los factores de progresión hacia enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) son fenómeno da Raynaud, úlceras digitales y afectación esofágica con la presencia de positivada para antiRo y antiSm[2].
Objetivos: Como objetivo principal, describir las principales manifestaciones clínicas, serológicas y radiográficas en pacientes con EMTC y EPID. Como objetivo secundario, evaluar la respuesta al tratamiento a los 3 y 12 meses mediante la realización de espirometría.
Métodos: Se ha realizado un estudio descriptivo, retrospectivo, unicéntrico. La población incluida en el estudio fueron pacientes de la consulta de reumatología con diagnóstico de enfermedad de enfermedad mixta del tejido conectivo y enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID). Se analizó la edad, sexo, manifestaciones clínicas, anticuerpos, patrón radiológico, tratamiento y espirometría con medición de la capacidad vital forzada (CVF) y capacidad de difusión de monóxido de carbono (DLCO), al inicio, a los 3 y a los 12 meses del tratamiento.
Resultados: Se ha recogido una muestra de 6 pacientes con EMTC y EPID. Todos eran mujeres, con una media de edad de 62,17 ± 12,38 años. Las principales manifestaciones clínicas fueron fenómeno de Raynaud (100%) y síndrome de Sjögren (33%). Los principales anticuerpos asociados a anti1RNP fueron anticentrómero (16,67%), antiSm y antiRo (16,67%) y antiRNP70 (16,67%). El patrón radiológico predominante fue NINE (83,33%) seguida de neumonía intersticial usual (NIU) (tabla 1). Todos los pacientes menos uno estaban en tratamiento activo con glucocorticoides y el inmunosupresos de inicio fue variable. Las figuras 1 y 2 muestran la CVF y DLCO de 5 de los 6 pacientes en los que se realizó espirometría de control, con estabilidad en dichos parámetros a los 12 meses de haber iniciado el tratamiento inmunosupresor en el 80% de los pacientes.
Conclusiones: En este estudio la afectación clínica más frecuente, presente en todos los pacientes, fue el fenómeno de Raynaud, y el patrón radiológico predominante fue NINE, coincidiendo con lo descrito en la literatura. A pesar de la variabilidad de fármacos bio-

Tabla 1. Características clínicas, serológicas, radiológicas y de tratamiento en pacientes con EMTC y EPID

N = 6	Edad/sexo	Manifestaciones clínicas	Fumador	Autoanticuerpos	Patrón radiológico	Primera línea de tratamiento	Segunda línea de tratamiento	Corticoides, mg/d
Paciente 1	65/F	Fenómeno de Raynaud	No	AntiU1RNP	NINE	AZT	MMF	5
Paciente 2	82/F	Fenómeno de Raynaud Sd. Sjögren	No	Anti U1RNP Anticentrómero Anti-DNA	NIU	MMF		6
Paciente 3	55/F	Fenómeno de Raynaud Sd. Sjögren Af NRL	No	AntiU1RNP Anti-Sm Anti-Ro	NINE	MMF		6
Paciente 4	48/F	Fenómeno de Raynaud	No	AntiU1RNP	NINE	MTX	LFN, MMF, RTX	6
Paciente 5	54/F	Fenómeno de Raynaud Úlceras digitales *Rash* malar	Si	AntiU1RNP	NINE	Cloroquina		NO
Paciente 6	69/F	Fenómeno de Raynaud	No	AntiU1RNP AntiRNP-70	NINE	AZT		7,5

EMTC: enfermedad mixta del tejido conectivo; EPID: enfermedad pulmonar intersticial difusa; NINE: neumonía intersticial no específica; NIU: neumonía intersticial usual; AZT: azatrioprina; MTX: metotrexato; LFN: leflunomida; MMF: micofenolato mofetil; RTX: rituxumab; F: femenino.

Tabla 2. Capacidad vital forzada (CVF) y capacidad de difusión de monóxido de carbono (DLCO) en pacientes con EMTC y EPID

N = 5		Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4	Paciente 5
CVF, ml (%)	Inicio de tratamiento	2.240 (97%)	1870 (73%)	1.720 (76%)	3.980 (110%)	3.680 (113%)
	3 meses	2.020 (96%)	1.640 (62%)	2.230 (95%)	3.460 (102%)	3.670 (114%)
	12 meses	2.530 (111%)	1.700 (65%)	2.590 (92%)	4.300 (121%)	3.800 (117%)
DLCO (%)	Inicio de tratamiento	70%	47%	68%	85%	67%
	3 meses	70%	45%	80%	66%	82%
	12 meses	58%	50%	68%	88%	83%

CVF: capacidad vital forzada; DLCO: capacidad de difusión del monóxido de carbono.

lógicos modificadores de la enfermedad (FAME) iniciados, los pacientes presentaron estabilidad funcional a los 12 meses del inicio del tratamiento. Se necesitan más estudios para conocer la heterogeneidad de la enfermedad y homogeneizar las estrategias de tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alves MR, et al. Mixed connective tissue disease: a condition in search of an identity. Clin Exp Med. 2020;20(2):159-66.
2. Santacruz JC, et al. Interstitial Lung Disease in Mixed Connective Tissue Disease: An Advanced Search. Cureus. 2023;15(3):e36204.

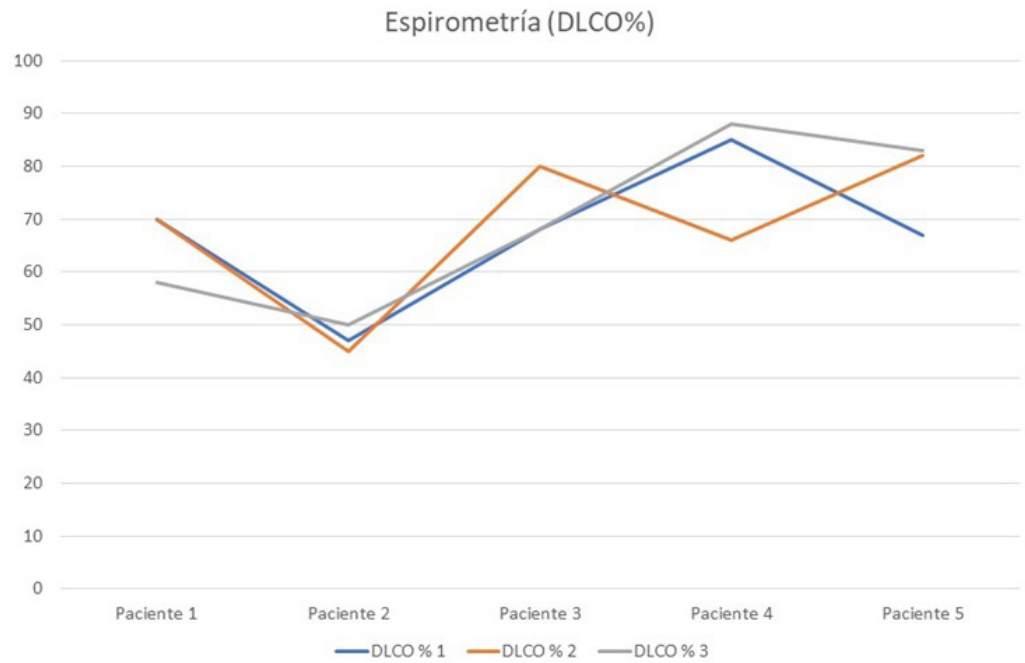
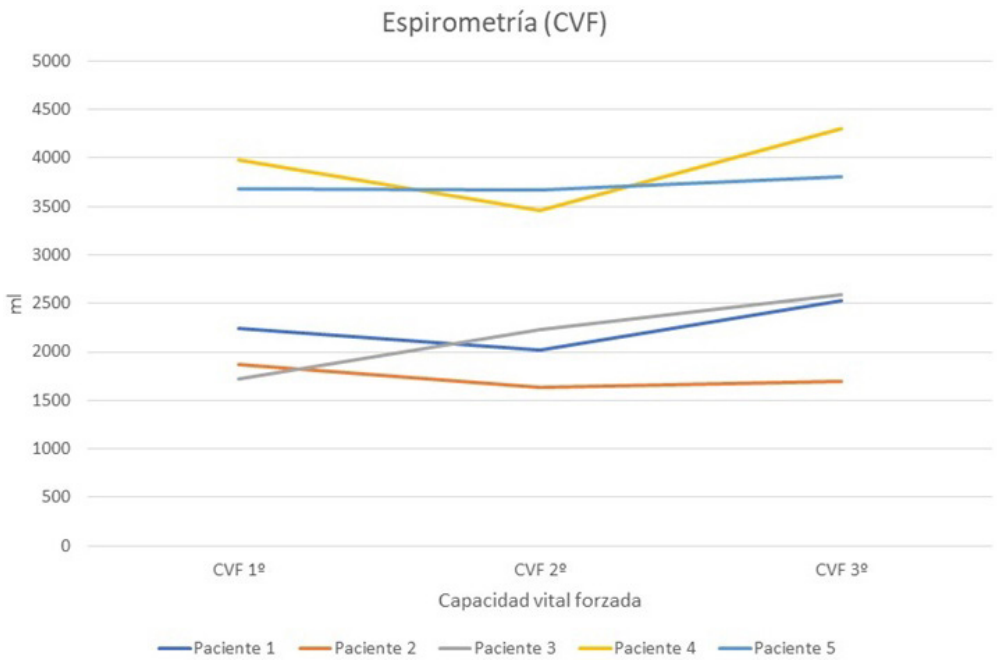


Figura 1. *Espirometría con capacidad de difusión del monóxido de carbono (DLCO) al inicio, a los 3 y 12 meses del inicio del tratamiento en pacientes con EMTC y EPID.*



RC47 Figura 2. *Espirometría con capacidad vital forzada (CVF) al inicio, a los 3 y 12 meses del inicio del tratamiento en pacientes con EMTC y EPID.*

RC48. REUMATOLOGÍA HOSPITALARIA: ¿QUIÉN LLAMA A NUESTRA PUERTA?

Gabriel Pulido Pallarés, Fernando Pérez Ruiz
y Consuelo Modesto Caballero

Hospital Universitario Cruces. Vizcaya.

Introducción: Durante las últimas dos décadas, la disminución del número de hospitalizaciones de pacientes con artritis reumatoide coincide con el incremento de las mismas en pacientes con artritis gotosa debido a la creciente incidencia en la población global de esta patología (muchos de ellos ingresados desde un servicio de urgencias). El reumatólogo hospitalario no solo asiste a pacientes con enfermedades reumáticas previamente conocidas, sino también a aquellos que presentan manifestaciones articulares durante su ingreso en otros servicios.
Objetivos: Analizar la actividad clínica del Servicio de Reumatología de un hospital terciario a través de consultas realizadas para otros servicios asistenciales entre los años 2021-2022 y 2022-23.
Métodos: Estudio transversal con datos recogidos de manera prospectiva desde el 1 de diciembre de 2021 al 1 de diciembre de 2023. Se incluyeron las siguientes variables: a) datos demográficos (sexo, edad); b) servicio que solicitó la consulta; c) motivo de consulta; d) diagnóstico reumatológico durante el ingreso; e) especialidad a la que se deriva para seguimiento tras el ingreso; f) tiempo desde la petición de la consulta hasta la respuesta del reumatólogo. Se realizó un estudio estadístico con análisis descriptivo y un test de proporciones para las variables adecuadas.
Resultados: El número total de consultas realizadas fue de 557. La proporción hombre/mujer fue 354/203. La mediana de edad fue de 71 años [IQ 59,00; 80,00]. Los servicios que realizaron mayor número de consultas fueron Enfermedades Infecciosas, Medicina Interna y Urgencias Generales (54,40%). El motivo más frecuente de consulta fue dolor articular agudo (67,15%). El principal diagnóstico durante el ingreso fue gota/artritis por cristales de pirofosfato (34,83/19,03%, respectivamente). La especialidad a la que derivó para seguimiento al alta con mayor frecuencia fue Reumatología (45,96%) (tabla). El tiempo hasta la respuesta del reumatólogo fue de 1,27 horas [IQ 0,68; 2,58]. Comparando los años 2021-2022 y 2022-2023, la única diferencia encontrada entre ambas poblaciones de pacientes fue la existencia de un diagnóstico reumatológico previo (78,45 vs. 90,95%, respectivamente). No se observó estacionalidad en el número de consultas, aunque hubo una tendencia menor durante los meses de primavera y otoño.

Servicio que realiza consulta	Enfermedades Infecciosas/ Medicina Interna/ Urgencias Generales 303 (54,40%)	Resto especialidades 254 (45,60%)	p= 0.004
Motivo de consulta	Dolor articular agudo 374 (67,15%)	Otros motivos 183 (32,85%)	p<0.001
Diagnóstico reumatológico durante ingreso	Gota/ Artritis por cristales de pirofosfato 194 (34,83%)/ 106 (19,03%).	Otros diagnósticos 257 (46,14%)	p= 0.012
Especialidad derivada para seguimiento	Reumatología 256 (45,96%)	Atención Primaria/ Otras especialidades hospitalarias/ Otros motivos 301 (54,04%)	p< 0.001

Conclusiones: Los servicios que consultaron con mayor frecuencia fueron servicios médicos (Enfermedades Infecciosas, Medicina Interna y Urgencias Generales). El motivo principal de consulta en el ámbito hospitalario fue el dolor articular agudo, y el diagnóstico más frecuente fue gota/artritis por cristales de pirofosfato. La mayoría de los pacientes por los que se consultó se derivaron a una especialidad médica para su seguimiento. Una primera valoración hospitalaria por parte de Reumatología especializada facilita el diagnóstico y manejo de los pacientes tras el ingreso.

RC49. EVOLUCIÓN CLÍNICA EN LOS PRIMEROS 9 MESES DE PACIENTES CON ARTRITIS DE RECIENTE COMIENZO: UN ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE NUESTRA CONSULTA MONOGRÁFICA

Elena Cañadillas Sánchez, Elena María Oliver García, Alicia Viñas Barros, María Camila Osorio Sanjuan, Eddy Eduardo Tapia Cabrera, Tamia Gil Ramos, Cilia Amparo Peralta Ginés, Evangelina Palero Díaz, Emilia Aznar Villacampa y Pilar Susana del Río Martínez

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Introducción: Las artritis de reciente comienzo plantean un reto tanto en el diagnóstico como en el tratamiento dentro del ámbito reumatológico. La creación de una consulta especializada que se dedique a la evaluación sistemática y continua de la actividad inflamatoria en los primeros meses reviste un valor significativo. En este periodo inicial, se presenta una ventana de oportunidad crucial para instaurar el tratamiento de manera precoz, con el objetivo de lograr la remisión o, alternativamente, mantener al paciente con la menor actividad inflamatoria posible. Este enfoque proactivo no solo beneficia a los pacientes, sino que también contribuye a optimizar los resultados terapéuticos a largo plazo.
Objetivos: El principal objetivo de este estudio es analizar retrospectivamente la evolución clínica de pacientes con artritis de reciente comienzo durante los primeros 9 meses de seguimiento. Se busca entender la variabilidad en los diagnósticos, la respuesta a diferentes tratamientos y la evolución de parámetros clínicos y de laboratorio.
Métodos: Se llevó a cabo un estudio unicéntrico descriptivo retrospectivo de los pacientes atendidos en nuestra consulta de Artritis de Reciente Comienzo entre junio 2022 y noviembre 2023. Se han recopilado variables sociodemográficas, analíticas, clínicas y terapéuticas en la primera visita y en intervalos de 3, 6 y 9 meses.
Resultados: Se incluyeron 42 pacientes (42,85% hombres y 57,14% mujeres) que habían iniciado clínica de inflamación articular en un plazo de tiempo inferior a un año. La media de los días transcurridos desde el inicio de los síntomas hasta la primera consulta en Reumatología fue de 101 días. El 17,94% presentaba erosión radiográfica en la

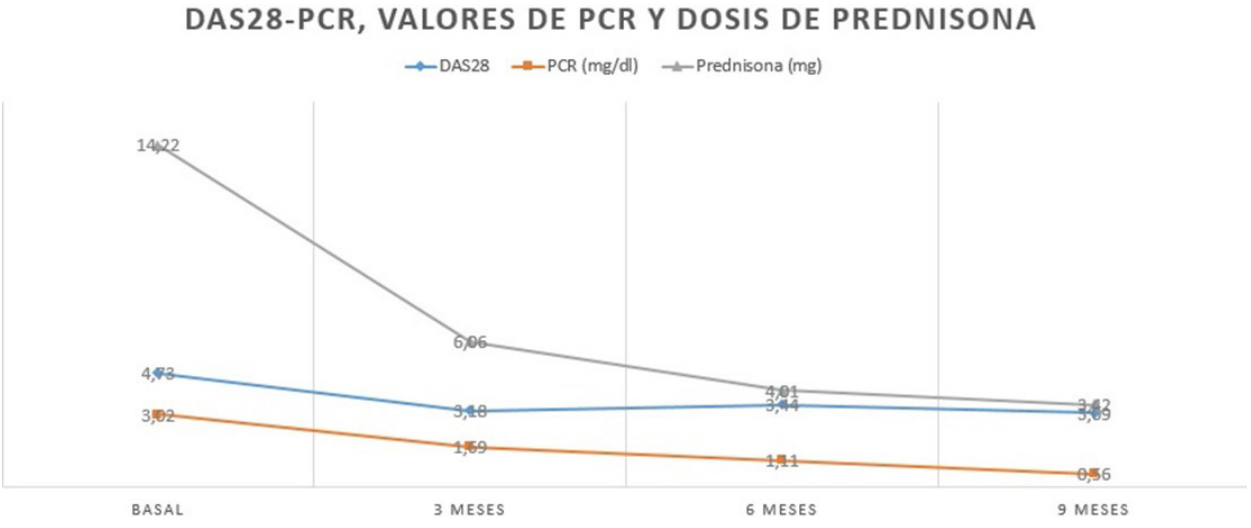


Gráfico 1. Evolución de DAS28-PCR, valores de PCR y dosis de prednisona necesaria. Fuente: elaboración propia.

Figura 1. *Evolución de la actividad.*

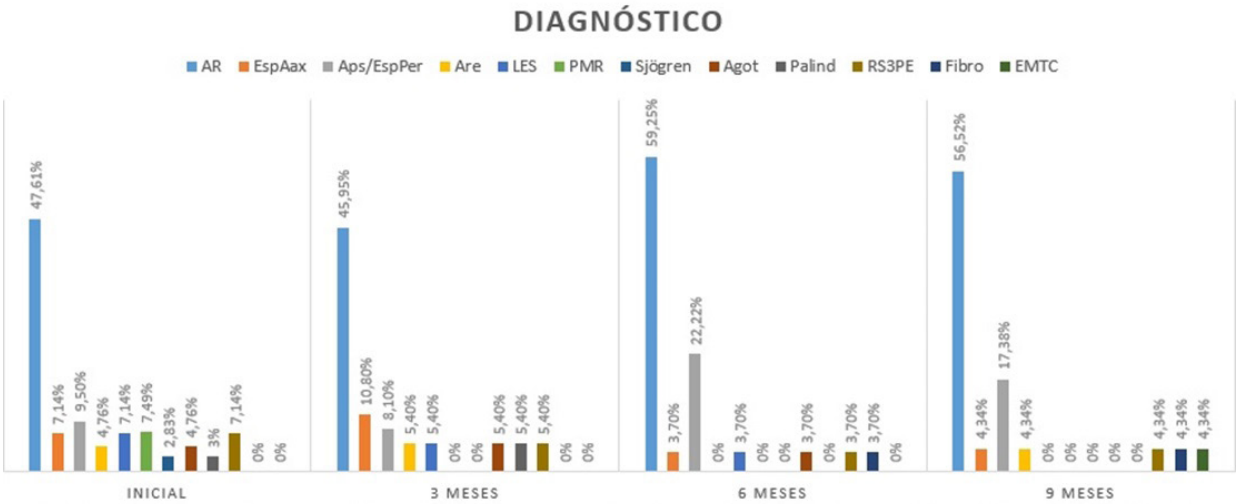


Gráfico 2. Evolución de la sospecha diagnóstica. AR: artritis reumatoide. EspAax: espondiloartritis axial. Aps: artritis psoriásica. EspPer: espondiloartritis periférica. Are: artritis reactiva. LES: lupus eritematoso sistémico. PMR: polimialgia reumática. Agot: artritis gotosa. Palind: reumatismo palindrómico. RS3PE: remiting seronegative simetrical sinovitis with pitting edema. Fibro: fibromialgia. EMTC: enfermedad mixta del tejido conectivo. Fuente: elaboración propia.

Figura 2. *Evolución de la sospecha diagnóstica.*

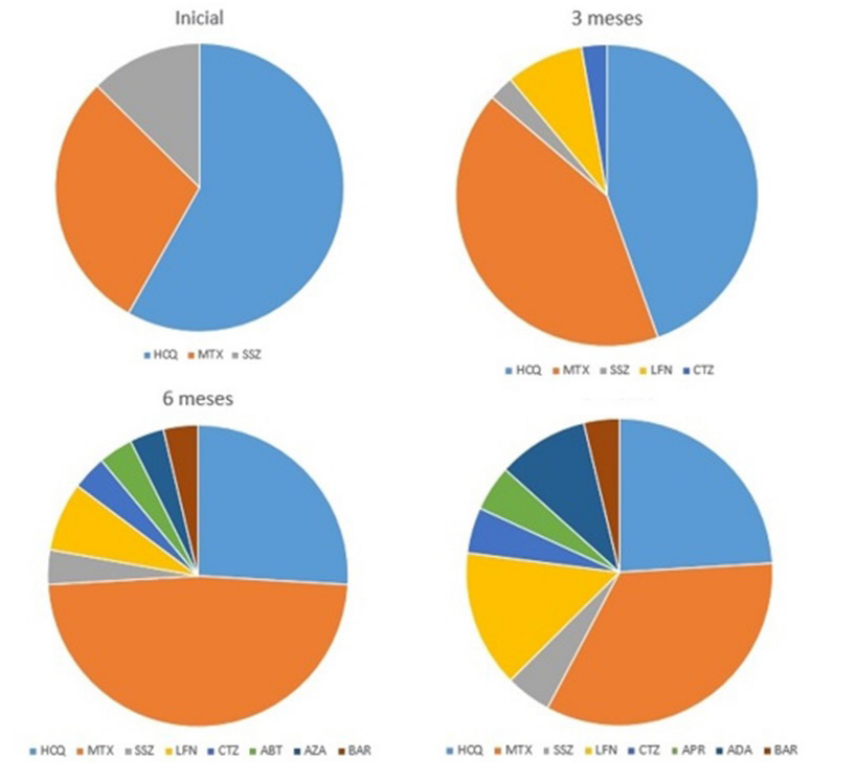


Gráfico 3. Evolución del tratamiento prescrito. HCQ: hidroxicloroquina. MTX: metotrexato. SSZ: sulfasalazina. LFN: leflunomida. CTZ: certolizumab. ABT: abatacept. AZA: azatioprina. BAR: baricitinib. APR: apremilast. ADA: adalimumab. Fuente elaboración: propia.

RC49 Figura 3. *Evolución del tratamiento.*

visita basal. Los resultados revelaron una mejora progresiva en los valores de la PCR y una reducción en la dosis necesaria de prednisona (fig. 1). En relación con la artritis reumatoide, principal diagnóstico, se observó una disminución significativa del DAS28-PCR principalmente desde la visita basal, donde tenía actividad moderada, a los 3 meses, con actividad baja, manteniéndose en niveles similares después de ese período (fig. 1). En cuanto al diagnóstico (fig. 2), la artritis reumatoide fue la enfermedad más destacada, con un porcentaje de diagnóstico inicial del 46,71% y un aumento al 56,52% transcurridos los 9 meses. En relación al tratamiento (fig. 3), la hidroxicloroquina fue el FAME más utilizado en la primera visita (58,33%), principalmente debido a la falta de serologías de hepatitis en la mayoría de los casos remitidos. En la segunda visita, con dichos resultados serológicos, se observó un aumento en las prescripciones de metotrexato (41,66%). El metotrexato continuó siendo el FAME más utilizado a los 6 meses (48,14%) y a los 9 meses (33,33%) con incorporación progresiva de terapias biológicas en el abordaje terapéutico (23,8% a los 9 meses).

Conclusiones: La variabilidad en los diagnósticos a lo largo del estudio subraya la complejidad inicial en la identificación precisa de las artritis de reciente comienzo. El cambio en la prescripción de FAME y el aumento gradual de terapias biológicas indican la adaptabilidad en las estrategias terapéuticas a lo largo del tiempo. Estos hallazgos subrayan la necesidad de un enfoque personalizado en el manejo de las artritis de reciente comienzo y la importancia de intervenciones tempranas para optimizar los resultados a largo plazo.

RC50. ARTRITIS PSORIÁSICA Y ESTEATOSIS HEPÁTICA METABÓLICA, NUESTRA EXPERIENCIA

Nuria Molina Osorio[1], Alba Belmonte Mora[1], Ana Peña Almagro[1], Cristina Caro Hernández[2] y Pilar Morales Garrido[1]

[1]Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada. [2]Hospital Santa Ana. Motril.

Objetivos: Evaluar la prevalencia, los factores de riesgo y las características de la esteatosis hepática metabólica (EHmet) en pacientes con artritis psoriásica (APs).

Métodos: Se incluyeron todos los pacientes revisados en la Consulta Conjunta Derma-Reuma de Enfermedad Psoriásica del Hospital Universitario Clínico San Cecilio, entre julio de 2023 y diciembre de 2023. Se analizaron la edad, el género, los tratamientos previos, la hepatopatía previa y las transaminasas y serologías virales. Se analizaron también factores como el índice de masa corporal, el perímetro abdominal, la diabetes y la hipertensión. El diagnostico de EHmet se realizó mediante bioquímica, marcadores no invasivos de fibrosis hepática y mediante pruebas de imagen como la ecografía abdominal.

Resultados: Se incluyeron un total de 84 pacientes, (45 mujeres y 39 hombres), con una edad media de 55,5 años. El 84,5% de los pacientes presentaban artritis psoriásica periférica poliarticular, el 14,1% oligoarticular, y el 26,1% tenían también afectación axial. Se analizaron los cambios y la inflamación hepática medida por GOT, GPT y GGT en suero, así como los cambios en marcadores no invasivos como FIB-4. Se demostró esteatosis hepática en el 26,1% de los pacientes evaluados.

Datos demográficos y clínicos

n	84
Edad media	55,5
Sexo (M/H)	45/39
HTA	41,8
DM	9,1
Obesidad	48,5
DLP	41,6

HTA: hipertensión arterial; DM: diabetes mellitus; DLP: dislipemia.

Conclusiones: La relación entre la APs y la EHmet es compleja y multifactorial. Comprender estos vínculos es crucial para implementar estrategias que reduzcan el riesgo de complicaciones asociadas, eligiendo dianas terapéuticas que permitan un abordaje integral en esta población de pacientes.

RC51. TOCILIZUMAB SUBCUTÁNEO EN GOTA TOFÁCEA DIFÍCIL DE TRATAR CON FRACASO PREVIO A ANAKINRA

María Fernanda del Pino Zambrano[1], Patricio Cardoso-Peñafiel[1], Claudia María Gómez-González[1], Laura Cebrián Méndez[1], Carolina Marín-Huertas[1], Leticia Lojo[1], María Ángeles Matías de la Mano[1], María Sanz Jardón[1], José Antonio Ángel-Sesmero[1], Teresa Navío Marco[1], Santos Esteban-Casado[2] y Enrique Calvo-Aranda[1]

[1]Sección de Reumatología. Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. Universidad Complutense de Madrid. [2]Servicio de Farmacia. Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid.

Introducción: La gota es una de las enfermedades autoinflamatorias más prevalentes. Las interleuquinas (IL) 1 y 6 son citoquinas proinflamatorias clave en inmunidad innata y autoinflamación. Desde hace años se emplean inmunomoduladores biológicos subcutáneos en gota tofácea difícil de tratar (*difficult-to-treat*, D2T), principalmente anakinra (anti-IL1). Sin embargo, algunos pacientes presentan respuesta parcial o mala tolerancia a este tratamiento. El bloqueo de IL6 con tocilizumab (TCZ), con varios reportes en artritis cristalinas, podría ser una alternativa terapéutica.
Objetivos: evaluar eficacia y tolerancia del tratamiento con TCZ subcutáneo en gota tofácea D2T con fracaso previo a anakinra.
Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Pacientes con diagnóstico de gota tofácea D2T (≥ 3 ataques/año y mala respuesta o contraindicaciones/intolerancia a tratamiento estándar), criterios ACR/EULAR 2015 y fracaso previo a anakinra tratados con TCZ subcutáneo. Se recogieron variables demográficas y clínicas relacionadas con la gota, comorbilidades, tratamientos concomitantes y parámetros analíticos: hemograma, proteína C reactiva (PCR), enzimas hepáticas, colesterol, triglicéridos y ácido úrico sérico.
Resultados: Se incluyeron 3 pacientes tratados con TCZ s.c. (162 mg/semana), todos varones, con mediana de edad de 56 años (rango 49-90), gota avanzada (mediana 27 años, rango 7-40), niveles basales elevados de ácido úrico sérico (> 9 mg/dl) antes de iniciar reductor de uricemia, varias comorbilidades y tratamientos concomitantes (tabla). Todos recibían febuxostat (fracaso/intolerancia a alopurinol) y tenían mal control de artritis con tratamiento estándar (colchicina, AINE, corticoides; un paciente también recibió tetracosáctida), con ataques oligo/poliarticulares recurrentes limitantes. Dos pacientes presentaban mala tolerancia a colchicina. Todos habían experimentado fracaso/intolerancia previa a anakinra s.c. (100 mg/día; mediana 5 dosis, rango 2-9). TCZ permitió controlar la artritis en todos los pacientes, con normalización de PCR, ofreciendo una respuesta rápida y sostenida. Un paciente pudo ampliar progresivamente intervalo de administración hasta suspensión definitiva a los 18 meses; uno amplió intervalo progresivamente hasta administración mensual y se planea suspensión tras 24 meses; uno ha realizado tratamiento durante casi 6 meses y se planea ampliación inminente de intervalo. No se registraron eventos adversos graves. Observamos alteración leve de transaminasas y perfil lipídico en un paciente (alcoholismo, esteatosis), y citopenias leves en un paciente con síndrome mielodisplásico previo (sin repercusiones clínicas; se suspendió TCZ dos semanas, reanudándose posteriormente tras nuevo ataque, con buena respuesta y sin consecuencias hematológicas significativas).
Conclusiones: TCZ subcutáneo fue bien tolerado en nuestra muestra de pacientes con gota tofácea D2T y fracaso a anakinra, con una respuesta clínica-analítica rápida y sostenida.

Figura 1. Características de los pacientes con gota tratados con tocilizumab subcutáneo y cambios en parámetros analíticos durante el seguimiento. TCZ: tocilizumab; FBX: febuxostat; FGE: filtrado glomerular estimado; PCR: proteína C reactiva

	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3
Sexo	varón	varón	varón
Edad al inicio de TCZ (años)	56	49	90
Tiempo de evolución (años)	27	7	40
Tipo de ataques	poliarticulares	oligoarticulares	poliarticulares
Ataques/año antes de TCZ	10	6	8
Alcohol (>15 bebidas/semana)	sí	sí	no
Tabaquismo	sí	sí	exfumador
Hipertensión	sí	sí	sí
Dislipemia	sí	sí	no
Diabetes mellitus	no	no	no
Cardiopatía isquémica	no	no	no
Enfermedad renal crónica	no	no	sí
Otras comorbilidades	hemocromatosis	glaucoma, depresión	colelitiasis
Nefrolitiasis	no	no	no
Diuréticos	sí	no	no
FBX antes de TCZ (mg/día)	80	120	120
Anakinra antes de TCZ (dosis, #)	9	2	5
Otros tratamientos antes de TCZ	colchicina, corticoides orales/i.m./i.a.	colchicina, AINE, tetracosáctida, corticoides orales/i.m./i.a./i.v.	colchicina, corticoides orales/i.m./i.a./i.v.
Tiempo con TCZ (meses)	18	24	8
Úrico antes de FBX (mg/dl)	6.9	11.5	4.2
Úrico antes de TCZ (mg/dl)	7.9	9.4	5.2
Úrico tras 3m de TCZ (mg/dl)	3	8.1	4.6
Úrico tras 6m de TCZ (mg/dl)	6.7	12.9	--
Úrico tras 12m de TCZ (mg/dl)	2.7	3.8	--
Creatinina antes de FBX (mg/dl)	0.92	0.69	1.45
FGE al inicio de TCZ (ml/min)	>90	>90	35
FGE tras 1m de TCZ (ml/min)	>90	>90	48
FGE tras 3m de TCZ (ml/min)	>90	>90	36
PCR antes de FBX (mg/L)	10.7	20.7	68.7
PCR antes de TCZ (mg/L)	2.4	125.1	257.7
PCR tras 1m de TCZ (mg/L)	0.0	0.5	<0.5
PCR tras 3m de TCZ (mg/L)	0.0	0.1	<0.5
PCR tras 6m de TCZ (mg/L)	0.0	<0.5	2.1

BIBLIOGRAFÍA
1. Calvo-Aranda E, Sanchez-Aranda FM. Efficacy of subcutaneous tocilizumab in a patient with severe gout refractory to anakinra. Rheumatology 2021; 60(11):e375-e377.
2. Latourte A, Ea HK, Frazier A, et al. Tocilizumab in symptomatic calcium pyrophosphate deposition disease: a pilot study. Ann Rheum Dis 2020;79(8):1126-8.
3. Quilis N, Andrés M, Vela P, et al. Interleukin-6 pathway blockade as an option for managing refractory cases of crystal arthritis: Two cases report. Joint Bone Spine 2018;85(3):377-8.

RC52. NINTEDANIB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL ASOCIADA A ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS

Rosalía Martínez Pérez[1], Zulema Palacios[2], Elisa Marañón Piñero[3] y María Luisa Velloso[1]

[1]Unidad de Reumatología. Hospital de Valme. Sevilla. [2]Unidad de Neumología. Hospital de Valme. Sevilla. [3]6º año de Medicina. Universidad de Sevilla.

Introducción y objetivos: Las enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID) forman un grupo de entidades diversas que comparten en distinto grado la inflamación, remodelación y fibrosis del intersticio pulmonar. Las EPID asociadas a enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS) aparecen con más frecuencia en pacientes con esclerosis sistémica (50% de los pacientes con enfermedad difusa y 30% en enfermedad limitada), artritis reumatoide (10-40%) y dermatomiositis/polimiositis (45%). Hasta ahora, el tratamiento de las secundarias a EAS se ha basado en el uso de inmunosupresores, pero estos tratan el componente inflamatorio, no el fibrótico. Los antifibróticos (pirfenidona y nintedanib) estaban reservados para pacientes con fibrosis pulmonar idiopática. En 2022 se aprueba el uso de nintedanib en pacientes con EAS que presenten un patrón fibrosante progresivo. Nuestro objetivo es evaluar la efectividad y seguridad de nintedanib en pacientes con enfermedad pulmonar intersticial asociada a enfermedades autoinmunes sistémicas.
Métodos: Estudio descriptivo de una serie de pacientes con EAS y EPID que inician tratamiento con nintedanib desde agosto de 2022 hasta septiembre de 2023. Se recogen variables tanto demográficas como de efectividad del fármaco. Se realiza análisis de las variables por SPSS.
Resultados: Seis pacientes, 4 son mujeres y 2 hombres, edad media de 69,83 ± 7,6 años. Tres pacientes con artritis reumatoide, uno síndrome de Sjögren, uno enfermedad mixta del tejido conectivo y uno esclerosis sistémica. Los años desde el diagnóstico de su EAS hasta el inicio de EPID fue de 6,67 ± 5,12. La media de años desde el inicio de EPID al tratamiento con nintedanib 11,67 años. Cuatro pacientes eran exfumadores. Los pacientes llevan una media de meses de tratamiento de 11,3 ± 3,38. Tres pacientes presentan patrón NINE y otros 3 patrón NIU. Se consigue una estabilidad de CFV 60,33% al 63,8%, al igual ocurre con DLCO 48% al 45,50%. De los 6 pacientes, 4 precisaron de ingreso por agudización, falleciendo 2 (uno por agudización de insuficiencia respiratoria y otro por shock séptico). De los 4 pacientes restantes en 3 se ha conseguido estabilidad radiológica. La clase funcional (CF) disnea basal previa fue en un 33,3% II y el 66,6 % IV, tras el tratamiento el 75% (3 pacientes) CF I-II. El 100% recibían tratamiento inmunosupresor concomitante. En todos ellos se recogieron EA a nivel digestivo, sin motivar la suspensión del fármaco.
Conclusiones: El nintedanib en nuestros pacientes con EAS ha permitido cierta estabilidad radiológica y funcional. Un dato importante a tener en cuenta son los años desde el inicio de la EPID hasta iniciar tratamiento con nintedanib. La falta de arsenal terapéutico en estos pacientes ha conllevado que un importante porcentaje de los pacientes que han iniciado el tratamiento presentaban una severa afectación respiratoria con un DLCO basal del 48%. Tendremos que seguir realizando estudios en práctica clínica real que nos refleje la respuesta al fármaco en fases no tan avanzadas.

RC53. PRINCIPALES MANIFESTACIONES OTORRINOLARINGOLÓGICAS EN PACIENTES CON GRANULOMATOSIS EOSINOFÍLICA CON POLIANGEÍTIS. ESTUDIO DE UN ÚNICO CENTRO HOSPITALARIO

Fabricio Benavides Villanueva[1], Vanesa Calvo-Río[1], Diana Prieto Peña[1], Julia Fernández Enseñat[2], Ramón Cobo-Díaz[2], Celia Cantolla Nates[3], Carmelo Morales Angulo[2] y Ricardo Blanco[1]

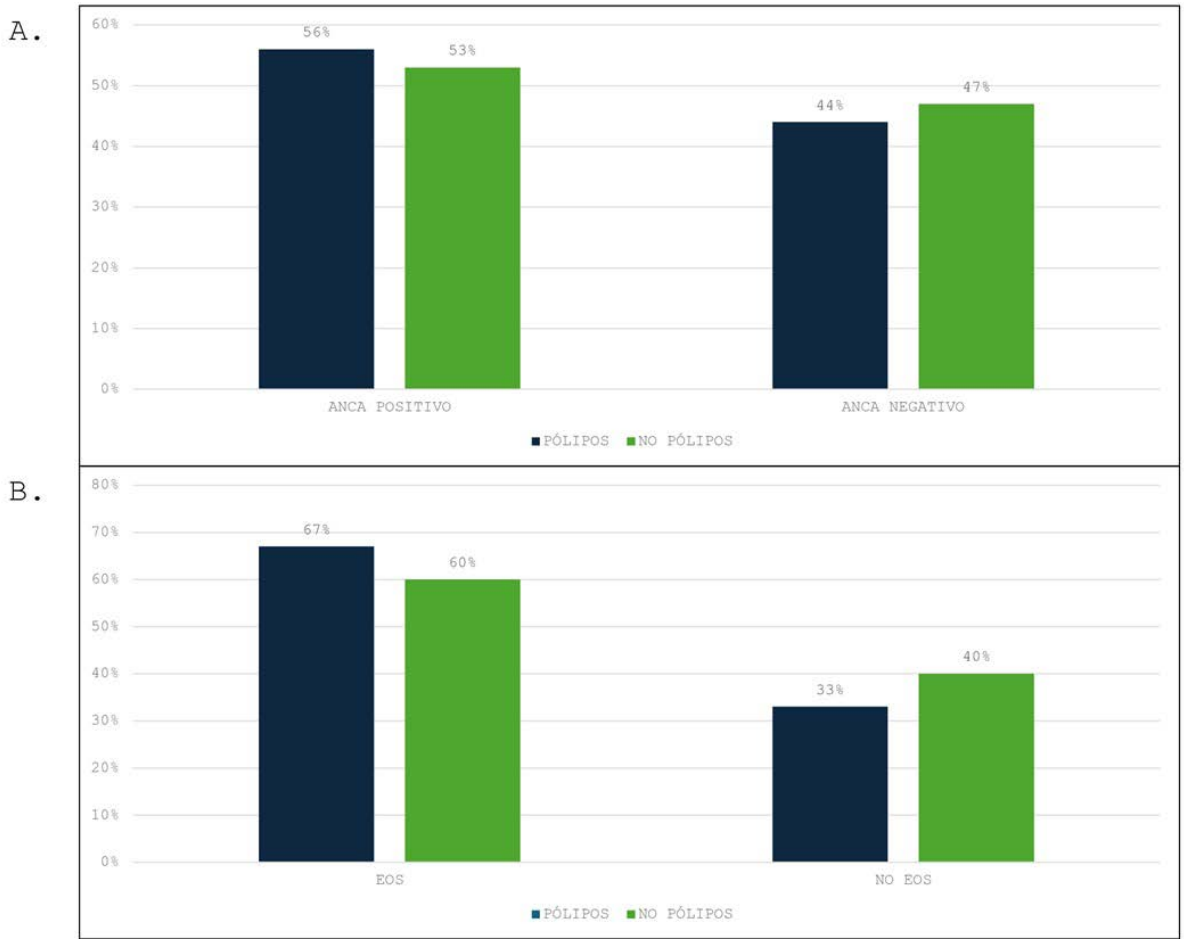
[1]Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. [2]Otorrinolaringología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. [3]Radiología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción: La granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (GEPA) es una vasculitis de pequeño vaso asociada a la producción de anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA). Puede afectar a varios niveles: pulmonar, renal, cutáneo, entre otros. No es raro encontrar una afectación otorrinolaringológica (ORL) incluso antes del diagnóstico.
Objetivos: Determinar: a) la afectación ORL más frecuente en pacientes diagnosticados con GEPA y b) comparar la relación entre la presencia de pólipos nasales con hallazgos analíticos como presencia de ANCA y eosinofilia.

Principales características de 24 pacientes con GEPA y su compromiso a nivel ORL

Características demográficas	Resultados (n = 24)
Edad de diagnóstico, media ± DE	60,5 ± 13,8
Hombre/Mujer, n (% hombre)	12/12 (50)
Compromiso ORL	
Rinosinusal (datos disponibles n = 21)	19 (90,5)
Rinosinusitis	6 (25)
Pólipos nasales	9 (37,5)
Rinitis	5 (20,1)
Úlceras nasales	1 (4,17)
Perforación de septo	1 (4,17)
Otológico (datos disponibles n = 21)	10 (47,6)
Hipoacusia neurosensorial por Audiometría.	9 (37,5)
Ototubaritis	1(4,7)
Vértigo periférico	1 (4,7)
Cavidad oral, laringe, G. salivales	0
Anatomía patológica (datos disponibles n = 21)	2 (66,7)
Pólipos	8
Vasculitis	0
Hallazgos analíticos	
PCR (mg/dL), mediana [RIQ]	1,3 [0,4-5,2]
VSG mm/1ª hora, mediana [RIQ]	35,5 [23,2-61,2]
Eosinofilia, n (%)	15 (62,5)
Eosinofilia mediana [RIQ] x 10^3/μL	0,9 [0,3-2,3]
ANCA Positivo, n (%)	13 (54,2)
PR3-ANCA, n (%)	0
MPO-ANCA, n (%)	13 (100)
Hallazgos de imagen	
Tomografía (TAC) (datos disponibles n = 21)	13 (86,7)
Ocupación rinosinusal	12 (80)
Fosas nasales	9 (75)
Seno maxilar	9 (75)
Seno frontal	5 (41,7)
Seno etmoidal	6 (50)
Seno esfenoidal	4 (33,3)
Afectación cornetes	4 (30,7)
Destrucción/Perforación nasal	1 (7,69)
Resonancia magnética (datos disponibles n = 21)	2 (66,7)

ANCA: anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo; DS: desvío estándar; mg: miligramo; mm: milímetro; n: número; ORL: Otorrinolaringología; PCR: proteína C-reactiva; RIQ: rango intercuartílico; VSG: velocidad de eritrosedimentación.



RC53 Figura. *Relación entre pólipos nasales con: A) ANCA+ y B) Eosinofilia.*

Métodos: Estudio observacional en pacientes diagnosticados de GEPA entre los años 2000 y 2023 en un único centro Hospitalario en el norte de España. El diagnóstico de GEPA fue acorde a los criterios ACR/EULAR 2022. Los exámenes de ORL (rinoscopía, otoscopía, audiometría) han sido realizado a la mayoría de los pacientes para buscar las manifestaciones clínicas más frecuentes, en algunos casos se cuenta con un informe de anatomía patológica que sustente el diagnóstico. Se han buscado informes radiológicos para determinar los hallazgos más frecuentes donde las pruebas más utilizadas fueron la tomografía axial computarizada (TAC) y la resonancia magnética (RM).
Resultados: Se han estudiado un total de 24 pacientes diagnosticados de GEPA. Los hallazgos ORL más frecuentes fueron el compromiso a nivel rinosinusal con un 90,5% (19 de 21 pacientes) y a nivel Otológico con un 47,6% (10 de 21 pacientes). No hemos encontrado otras características en las revisiones ORL. Los pólipos nasales han sido el hallazgo más frecuente en las revisiones de ORL como en la mayoría de las biopsias realizadas (8 pacientes) (tabla). La presencia de pólipos nasales en relación con la presencia de anticuerpos ANCA positivos (ANCA+) y eosinofilia no fue estadísticamente significativa (p = > 0,99 con la prueba de Fisher) (fig.).
Conclusiones: Hemos observado las principales características a nivel ORL en pacientes diagnosticados de GEPA donde el compromiso a nivel rinosinusal y otológico fueron los más frecuentes. Los pólipos nasales fueron el hallazgo más frecuente a nivel clínico, radiológico y anatomopatológico. La relación de estos con la presencia de ANCA+ y Eosinofilia no fue estadísticamente significativa.

BIBLIOGRAFÍA

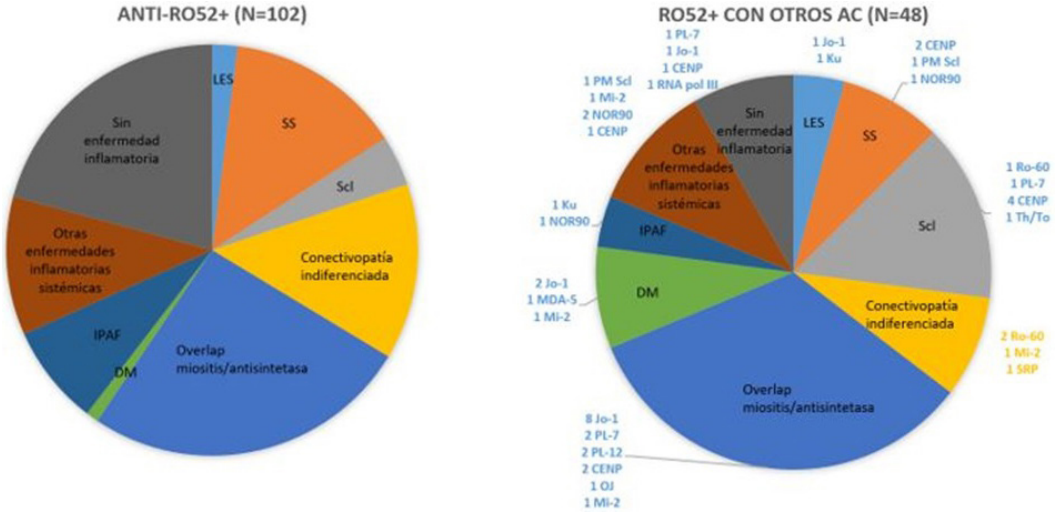
1. Brescia G, et al. American Journal of Otolaryngology - Head and Neck Medicine and Surgery. 2020;41.

RC54. ASOCIACIONES CLÍNICAS DE ANTICUERPOS ANTI-RO52 DETECTADAS EN 150 PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS AUTOINMUNES SISTÉMICAS EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA

Diana Prieto Peña[1], Mónica Renuncio-García[2,3], Carmen Secada-Gómez[1], Juan Irure-Ventura[2], Marcos López-Hoyos[2] y Ricardo Blanco[1]

[1]Rheumatology. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. [2]Immunology. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. [3]MTVAL22/01 from IDIVAL. Santander.

Introducción: Los autoanticuerpos anti-SSA/Ro (Ac) tienen su diana frente a los antígenos Ro60 y Ro52. La presencia de Ac anti-Ro60 ha sido ampliamente descrita en pacientes con enfermedades reumatológicas autoinmunes sistémicas (ERAS). Sin embargo, la implicación clínica de los Ac anti-Ro52 para el diagnóstico y tratamiento de las ERAS aún no está clara.
Objetivos: Evaluar las posibles asociaciones clínicas de anticuerpos anti-Ro52 en pacientes con ERAS.
Métodos: Entre noviembre de 2017 y noviembre de 2023, un total de 150 pacientes de nuestro hospital dieron positivo a Ac anti-Ro52 y se recogieron datos de sus características clínicas. Los pacientes se



RC54 Figura. *Diagnósticos asociados con la positividad de anti-Ro52 y especificidades que se encuentran en combinación. LES: lupus eritematoso sistémico; SS: síndrome de Sjögren; Scl: esclerodermia; DM: dermatomiositis; IPAF: Neumonía intersticial con características autoinmunes.*

dividieron en 2 grupos: 1) anti-Ro52+ aislado 2) antiRo52+ con otros Ac. Se realizó un estudio comparativo entre grupos.

Resultados: Se identificaron 150 pacientes (115 mujeres/35 hombres; edad media 62,47 ± 13,73 años) con Ac anti-Ro52+. Los diagnósticos finales fueron: superposición miositis/antisintetasa (n = 42), conectivopatía indiferenciada (n = 18), síndrome de Sjögren (n = 18), otras enfermedades inflamatorias sistémicas (n = 16), esclerodermia (n = 11), neumonía intersticial con características autoinmunes (n = 10), lupus eritematoso sistémico (n = 5) y dermatomiositis (n = 5). En 25 (16,66%) pacientes se descartó finalmente el diagnóstico de enfermedades inflamatorias. Se clasificaron 102 pacientes en el grupo Ro52+ aislado y 48 en el Ro52+ con otros Ac. Los anti-Ro52+ aislados se asociaron con mayor frecuencia con neoplasias (p = 0,04), mientras que fue más común encontrar fenómeno de Raynaud en pacientes con Ac anti-Ro52+ y otros Ac+ (p = 0,02) (tabla). Finalmente, se muestran las diferencias en el diagnóstico entre ambos grupos, así como las especificidades combinadas con anti-Ro52 (fig.).

Características demográficas y clínicas de 150 pacientes con Ro52+

	Anti-Ro52+ aislado (n = 102)	**Anti-Ro52+ con otros Ac** (n = 48)
Edad (años), media ± DE	62,69 ± 12,95	61,68 ± 15,4
Sexo (mujeres), n (%)	79 (77,45)	36 (75)
Manifestaciones clínicas de anti-Ro52, n (%)		
Artralgias/artritis	50 (49,02)	32 (66,66)
Fenómeno de Raynaud	29 (28,43)	22 (45,83) *
Miopatía	13 (12,75)	6 (12,5)
Diagnóstico final, n (%)		
Lupus eritematoso sistémico	3 (2,94)	2 (4,16)
Síndrome de Sjögren	14 (13,72)	4 (8,33)
Esclerodermia	4 (3,92)	7 (14,58)
Conectivopatía indiferenciada	14 (13,72)	4 (8,33)
Overlap miositis/antisintetasa	26 (25,5)	16 (33,33)
Dermatomiositis	1 (0,98)	4 (8,33)
Neumonía intersticial con características autoinmunes	8 (7,84)	2 (4,16)
Otras enfermedades inflamatorias sistémicas	11 (10,78)	5 (10,41)
Sin enfermedad inflamatoria	21 (20,58)	4 (8,33)
Comorbilidades, n (%)		
Neumonía intersticial pulmonar	34 (33,33)	17 (35,41)
Neoplasia	18 (17,64) *	2 (4,16)

*p < 0,05.

Conclusiones: La determinación de Acs anti-Ro52 tiene implicaciones clínicas en el diagnóstico de ERAS.

RC55. MANIFESTACIONES MUSCULOESQUELÉTICAS EN LA ENFERMEDAD INJERTO CONTRA RECEPTOR CRÓNICA

Marta de la Rubia Navarro[1], José Eloy Oller Rodríguez[1], Daniel Ramos Castro[1], Carmen Riesco Bárcena[1], Alba Torrat Novés[1], Ernesto Tovar Sugrañes[1], Elvira Vicens Bernabeu[1], Belén Villanueva Mañes[1], Elena Grau García[2], Iago Alcántara Álvarez[1], Hikmat Charia[2], Luis González Puig[1], Anderson Víctor Huaylla Quispe[1], José Ivorra Cortés[1], Samuel Leal[2], Isabel Martínez Cordellat[1], Laura Mas Sánchez[1], Pablo Francisco Muñoz Martínez[1], Rosa Negueroles Albuixech[1], Inés Cánovas Olmos[1], Carmen Nájera Herranz[1] y José Andrés Román Ivorra[1]

[1]Servicio de Reumatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. [2]Grupo de Investigación de Reumatología. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

Introducción: La enfermedad injerto contra receptor (EICR) representa la principal complicación del trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos (alo-TPH). Históricamente se ha clasificado como aguda o crónica en relación con un criterio temporal (menos o más de 100 días, respectivamente). A este respecto, la EICR crónica es una entidad que genera una importante morbimortalidad en pacientes receptores de alo-TPH y puede manifestarse clínicamente como una enfermedad autoinmune, como la esclerosis sistémica o el síndrome de Sjögren. Puede tener diversas manifestaciones cutáneas, oftalmológicas, respiratorias o musculoesqueléticas.

Objetivos: Describir las manifestaciones musculoesqueléticas (MMSK) observadas en pacientes con enfermedad injerto contra receptor (EICR) crónica.

Métodos: Estudio descriptivo transversal de pacientes con diagnóstico de EICR crónica (febrero 2022 a septiembre 2023) evaluados en una consulta multidisciplinar formada por un hematólogo, oftalmólogo, dermatólogo y reumatólogo. Se recogieron datos de manifestaciones clínicas, serológicos y de imagen (ecografía musculoesquelética y/o densitometría ósea).

Resultados: De un total de 183 pacientes sometidos a alo-TPH en 2022, se incluyeron 17 pacientes (52,73% varones) con MMSK, con una edad media de 53 (13) años y con un periodo medio del diagnóstico oncológico al alo-TPH de 29 (50) meses. El tiempo desde el alo-TPH hasta el inicio de las MMSK oscilaba entre 6 y 156 meses, con una mediana de 8 (10,8) meses. Los resultados obtenidos se muestran en la tabla. Además de las manifestaciones MSK, en 11 pacien-

tes se presentaron manifestaciones dermatológicas, en 10 manifestaciones oftalmológicas, en 5 hepáticas, en 4 respiratorias y en uno digestivas.

Diagnóstico hematológico	Leucemia mieloide aguda	29,4%
	Síndrome mielodisplásico	11,8%
	Leucemia mieloide crónica	11,8%
	Mieloma múltiple	11,8%
	Leucemia linfoblástica aguda	11,8%
	Leucemia bifenotípica aguda	5,9%
	Linfoma T periférico angioinmunoblástico	5,9%
	Leucemia mielomielocítica crónica	5,9%
	Linfoma linfoblástico b	5,9%
Manifestaciones musculoesqueléticas	Osteoporosis	35,3%
	Artralgias inflamatorias	29,4%
	Osteopenia	17,6%
	Dolor óseo	11,8%
	Artralgias mecánicas	5,9%
	Infartos óseos	5,9%
Ecografía	Sinovitis	29,41%
	Tenosinovitis porción larga del bíceps	11,76%
Autoinmunidad	Ana positivo	29,4%
	Fr positivo	5,9%

Conclusiones: Las MMSK más frecuentes fueron las artralgias inflamatorias y la osteoporosis y, a nivel ecográfico, la sinovitis y tenosinovitis de la porción larga del bíceps. Estos hallazgos implican un importante deterioro en la calidad de vida de estos pacientes.

RC56. UTILIDAD DE LA INDICACIÓN DE ECOCARDIOGRAMA BASADA EN EL ÍNDICE DE NORMANDÍA EN PACIENTES CON ARTRITIS SÉPTICA

Mónica Rico Muñoz[1], I.C. Aranda-Valera[1,2,3], Santiago Dans-Caballero[1,3], Lourdes Ladehesa-Pineda[1,2,3], Clementina López-Medina[1,2,3] y Alejandro Escudero-Contreras[1,2,3]

[1]Hospital Universitario Reina Sofía. [2]Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). [3]Universidad de Córdoba.

Introducción: La artritis séptica pertenece al grupo de las "Infecciones nativas de las articulaciones y los huesos" (NJBI) las cuales se asocian hasta en un 15% de las ocasiones a la presencia de Endocarditis infecciosa. El Índice de Normandía se validó con la intención de guiar a los médicos en la necesidad de realización de ecocardiografía y está basado en tres premisas: la condición valvular, la cepa bacteriana y el mecanismo patogénico de la NJBI.
Objetivos: Determinar la utilidad del Índice de Normandía a la hora de indicar la solicitud de ecocardiograma en una cohorte de pacientes con artritis séptica.
Métodos: Se incluyeron aquellos pacientes ingresados por artritis séptica en la UGC de Reumatología del Hospital Universitario Reina Sofía en un periodo de 5 años (desde 2018 hasta octubre de 2023). Todos ellos tuvieron diagnóstico de certeza de artritis séptica mediante análisis del líquido sinovial, cultivo del mismo y/o resonancia magnética.
Resultados: Se incluyeron 30 pacientes con artritis séptica a los que se aplicó el índice de Normandía obteniendo un resultado > 0 en 7 de ellos (23,3%), y un resultado ≤ 0 en 22 (76,7%). De entre los pacientes con un resultado > 0, se realizó ecocardiograma en el 85,7% de ellos, siendo su resultado negativo para endocarditis en el 100% de los casos. En caso de un índice ≤ 0, la prueba se realizó en el 58,3%, siendo asimismo negativo para endocarditis en el 100% de los casos. Tomando estos resultados, el índice demostró en nuestra cohorte un valor predictivo negativo (VPN) del 100% y una especificidad del 70%.
Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que el Índice de Normandía podría ser aplicado para optimizar la prescripción de ecocardiograma, ya que en la actualidad aún no existe una indicación clara a la hora de solicitar esta prueba en pacientes con artritis séptica.

RC57. PERSPECTIVA DE GÉNERO EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DIFÍCIL DE TRATAR

M. Ibáñez Martínez, B. Miguel Ibáñez, C. Chacón Vélez, L. Blanco Ramis, O. Compán Fernández, O. Martínez González, M. Martín Martín, C. Montilla Morales, C. Hidalgo Calleja, S. Gómez Castro y A. Turrión Nieves

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción: El tratamiento de la artritis reumatoide (AR) ha avanzado significativamente y la remisión clínica, estructural y funcional son objetivos terapéuticos alcanzables en las últimas décadas. Sin embargo, un número importante de pacientes muestra resistencia a múltiples fármacos, englobándose este como uno de los criterios de la definición de artritis difícil de tratar (D2T AR). Cobra interés buscar factores que contribuyan a la AR D2T. Clásicamente el sexo masculino se ha considerado un factor de peor pronóstico, sin embargo, en muchos estudios el sexo femenino se postula como un factor predictivo para un curso refractario de la enfermedad.
Objetivos: Describir según el género el perfil de pacientes con AR en nuestro centro que han requerido al menos 2 líneas de tratamiento biológico o sintético dirigido (FAME-b/sd) con mecanismo de acción distinto.
Métodos: Estudio observacional, longitudinal y retrospectivo. De una cohorte de 370 pacientes diagnosticados de AR en tratamiento con FAME-b/sd, se recogen datos de los pacientes que cumplen la definición AR D2T según los criterios EULAR (fracaso del tratamiento, signos sugestivos de enfermedad actualmente activa/progresiva y manejo percibido como problemática por parte del reumatólogo y/o paciente). Se divide la muestra según el género del paciente y se estudian variables epidemiológicas, relacionadas con las características de la AR y relacionadas con su tratamiento, la duración y los motivos de suspensión del mismo.

Tabla RC56
Índice de Normandía aplicado a la cohorte del Hospital Reina Sofía

				Indicación ecocardiografía (IN > 0)	
Índice de Normandía		Punt IN	Total (n = 30)	No (n = 24)	Sí (n = 7)
Condición cardiaca	Riesgo m/b (%)	0	6 (19,4)	5 (20,8)	1 (14,3)
	Riesgo alto (%)	1,5	0	0	0
	Soplo desconocido (%)	1,25	3 (9,7)	0	3 (42,9)
Cepa bacteriana aislada	*S. bovis*	1	0	0	0
	Enterococcus ssp.	0,5	0	0	0
	Bacterias no convencionales	-1,5	0	0	0
Diseminación hematógena/Inoculación directa	HC+ = 1	1	0	0	0
	HC+ ≥ 2	2	3 (9,7)	1 (4,2)	2 (28,6)
	Infección multifocal	0,5	5 (16,1)	0	5 (71,4)
	Inoculación directa	-0,75	13 (41,9)	13 (54,2)	0
Realización ecocardiografía (%)			20 (64,5)	14 (58,3)	6 (85,7)
Ecocardiografía sugestiva endocarditis (%)			0	0	0

Punt.: puntuación; IN: Índice de Normandía.

TABLA 2. Características de las distintas líneas de tratamiento con fármacos biológicos y sintéticos dirigidos

Variables	*MUJERES N=57*	*VARONES N=13*
Tiempo medio diagnóstico-inicio primer FAME-b/sd (*años*)	6 (0,5-27)	8 (0,5-21)
Nº pacientes que abandonan la línea de tratamiento*		
- 3ª línea FAME-b/sd	28 (49,1%)	6 (46,1%)
- 4ª línea FAME-b/sd	9 (15,8%)	3 (23%)
- 5ª línea FAME-b/sd	3 (5,3%)	2 (15,4%)
Tiempo medio duración del tratamiento (*meses*)		
1ª línea FAME-b/sd	33,3 (0-228,4)	32,7 (2-114,9)
2ª línea FAME-b/sd	28,5 (0-158,7)	32,1 (0-152,2)
3ª línea FAME-b/sd[1]	33,2 (0-145,8)	37,4 (2,6-97,3)
4ª línea FAME-b/sd[1]	17,3 (0,5-44,7)	17,5 (2-44,2)
5ª línea FAME-b/sd[1]	6,6 (0,9-14,4)	10,4 (4,4-16,4)
FAME CONCOMITANTE [MTX/LFN]		
1ª línea FAME-b/sd	44 (77,2%) [22/21]	12 (92,3%) [4/7]
2ª línea FAME-b/sd	40 (70,2%) [19/14]	8 (61,5%) [1/6]
3ª línea FAME-b/sd	41 (72%) [18/13]	7 (53,8%) [2/3]
4ª línea FAME-b/sd[2]	12 (44,4%) [4/5]	3 (50%) [2/1]
5ª línea FAME-b/sd[2]	6 (66,7%) [3/1]	2 (66,7%) [1/1]
Motivo suspensión [FP[3]/FS[4]/EA/Otros[5]]		
1ª línea FAME-b/sd	10 (17,5%)/18 (31,6%)/20 (35%)/4 (7%)	4(30,8%)/5(38,4%)/3 (23%)/1 (7,7%)
2ª línea FAME-b/sd	21 (36,8%)/18 (31,6%)/14 (24,6%)/1 (17,5%)	8 (61,5%)/2 (15,4%)/1(7,7%)/2 (15,4%)
3ª línea FAME-b/sd[1]	7 (25%)/7(25%)/12 (42,8%)/2 (7,1%)	1 (16,7%)/4(66,7%)/1(16,7%)/0
4ª línea FAME-b/sd[1]	4 (44,4%)/ 1 (11,1%)/ 4 (44,4%)	1(33,3%)/1(33,3%)/0/ 1 (33,3%)
5ª línea FAME-b/sd[1]	1 (33,3%)/ 0/ 2 (50%)	0/0/1(50%)/1(50%)

**a partir de la tercera línea, ya que la totalidad de los pacientes por los criterios establecidos en su selección llegan a ella.*

[1] calculado sobre el porcentaje de pacientes que suspenden esta línea de tratamiento
[2] calculado sobre el porcentaje de pacientes que están en esa línea
[3] Fallo primario: respuesta insuficiente desde el principio
[4] Fallo secundario: respuesta inicial pero posterior pérdida de eficacia
[5] mayoritariamente cirugía o suspendido en relación con pandemia COVID-19

RC57 Figura

Tabla 1. Características generales y clínicas de los pacientes con AR

Variables	Mujeres (N = 57)	Varones (N = 13)
Edad media (años)	66,4 (40-92)	65,4 (41-82)
Edad ≥ 65 n (%)	33 (57,9%)	10 (61,5%)
Edad al Dx (años)	47 (17-75)	43,8 (17-60)
Tiempo de evolución (años)	20 (6-36)	20,6 (6-35)
Fumador/exfumador n (%)	8 (14%) /12 (21%)	2 (15,3%)/5 (38,4%)
Hipertensión arterial n (%)	26 (45,6%)	7 (53,8%)
Diabetes mellitus n (%)	5 (8,7%)	2 (15,3%)
Dislipemia n (%)	25 (43,8%)	6 (46,1%)
IMC		
Normopeso	27 (47,4%)	3 (23%)
Sobrepeso	20 (35%)	9 (69,2%)
Obesidad tipo I	8 (14%)	1 (7,7%)
Obesidad tipo II	0	0
Obesidad mórbida	2 (3,5%)	0
Depresión-ansiedad* n (%)	24 (42,1%)	2 (15,3%)
Actividad DAS28-PCR al Dx		
Actividad leve	1 (1,7%)	0
Actividad moderada	25 (43,8%)	6 (46,1%)
Actividad alta	10 (17,5%)	3 (23%)
Datos perdidos	21 (36,8%)	4 (30,7%)
FAMEsc previos		
1	5 (8,8%)	1 (7,7%)
2	20 (35%)	5 (38,4%)
3	22 (38,6%)	7 (53,8%)
4	8 (14%)	0
5	2 (3,5%)	0
FR +	52 (91,2%)	13 (100%)
ACPA +	49 (86%)	12 (92,3%)
Erosiones	35 (61,4%)	9 (69,2%)
Manifestaciones extraarticulares	27 (47,3%)	3 (52,6%)
Nódulos subcutáneos	15 (26,3%)	2 (15,3%)
Sd. Sjögren- sd. seco	11 (19,3%)	0
Afectación pulmonar	10 (8,8%)	2 (15,3%)
Afectación intersticial	5 (8,8%)	1 (7,7%)
Nodulosis pulmonar	4 (7%)	1 (7,7%)
Afectación vía aérea	1 (1,7%)	0

*Considerado si existe tratamiento para dicha patología (no medido a través de cuestionarios)
IMC: índice de masa corporal; FAMEsc: fármaco modificador de la enfermedad sintético convencional; FR: factor reumatoide; ACPA: anticuerpo antipéptido citrulinado.

Resultados: 70 pacientes cumplen criterios de AR D2T. De estos, 57 son mujeres (81,4%). En la tabla 1 se muestran las características basales de los pacientes y relacionadas con la AR. Se observa en ambos grupos que más de la mitad de los pacientes es mayor de 65 años, con una larga evolución de la enfermedad (en torno a 20 años) y con una actividad moderada-alta al inicio de la enfermedad. Son pacientes con alto porcentaje de enfermedad erosiva y de seropositividad, sobre todo en varones. Se observa una prevalencia mayor en varones de sobrepeso y relación con el tabaco; y de depresión y ansiedad en mujeres. En cuanto a las características de las líneas de tratamiento reflejado en la tabla 2, se puede observar que el tiempo medio de duración de las distintas líneas terapéuticas y la tasa de suspensión a partir de la tercera línea es similar en ambos grupos. Los FAMEsc concomitantes van disminuyendo, y destaca la mayor asociación de leflunomida en los varones. Hay mayor prevalencia de suspensión del fármaco por evento adverso en mujeres que en varones, quienes suspenden más por fallo primario o secundario del mismo.
Conclusiones: Las características en ambos sexos son similares. En la muestra presentada los pacientes con AR D2T tienen larga evolución de la enfermedad, elevada seropositividad, actividad moderada-alta al diagnóstico y edad avanzada, lo que también limita su inclusión en algunas terapias. Los eventos adversos son más frecuentes como motivo de suspensión de las distintas líneas terapéuticas en las mujeres y la ineficacia en los varones.

RC58. ALTERACIONES EN LA BIOMECÁNICA DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR EN PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN, ECOGRAFÍA, LABORATORIO

Enrique Pérez Araña y Oneida Paez Mena

Clínica Universitaria Aconcagua. San Luis. Argentina.

Introducción: El síndrome de Sjögren como una enfermedad crónica autoinmune, caracterizada por un infiltrado inflamatorio a nivel de las glándulas exocrinas, puede ser primario o secundario, existe la destrucción de las glándulas exocrinas y conduce a un síndrome seco y pueden aparecer manifestaciones extraglandulares, para el diagnóstico se aceptan los criterios europeos-americanos 2002, biopsia de la glándula salival positiva o bien Ac anti -Ro/La, se ha visto que las glándulas parótidas y salivales con una gran afectación
Objetivos: Determinar la prevalencia de la articulación temporomandubular en pacientes con síndrome de Sjögren.
Métodos: Se realizó un método descriptivo, correlacional y explicativo, que incluyo a 38 pacientes, se utilizó, para el estudio, exámenes de laboratorio, incluyendo aC anti Ro/La, biopsia de las glándulas salivales y ecografía de las articulaciones temporomandibulares, equipo GE Sonda Lineal 12 Mhz, utilizamos prueba de Pearson para establecer las características de la enfermedad y daño articular.
Resultados: Promedio de edad 44,9 años con un predominio de pacientes entre 35 y 65 años de edad (63,90%) sexo femenino (85,90%) y con un tiempo de evolución ya diagnosticados entre 3 y 6 años, El 78,4% presentó un síndrome de Sjögren secundario, siendo la artritis reumatoide con una mayor incidencia, el 65,3%, al examen ecográfico, se estableció la escala Hocevar, ecogenicidad del parénquima, homogeneidad, Presencia de áreas hipoecogénicas, Claridad de la glándula, el puntaje se hace en base al examen de ambas glándulas (0-48) teniendo un corete superior a 17.
Conclusiones: Existió una elevada prevalencia de la articulación temporomandibular, con la utilización de técnicas ecográficas, realizadas por el mismo operador, existiendo una correlación entre el tiempo de evolución de la enfermedad y presencia del daño de la articulación temporomandibular.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mori K, lijima M, Fumiaki Tnaka, The wide spectrum of clinical manifestations in Sjogrem, Brain. 2005;128;2518-24.
2. Ramos Casal M. Anaya JM. Vasculitis in primary Sindrome Sjogren, Ann Rheum Dis. 1998;57:291-5.
3. Mortillas López L, Síndrome de Sjögren primario. En: Cañete Crespillo JD. Manual SER Enfermedades reumáticas, 5ª edición, 2008.

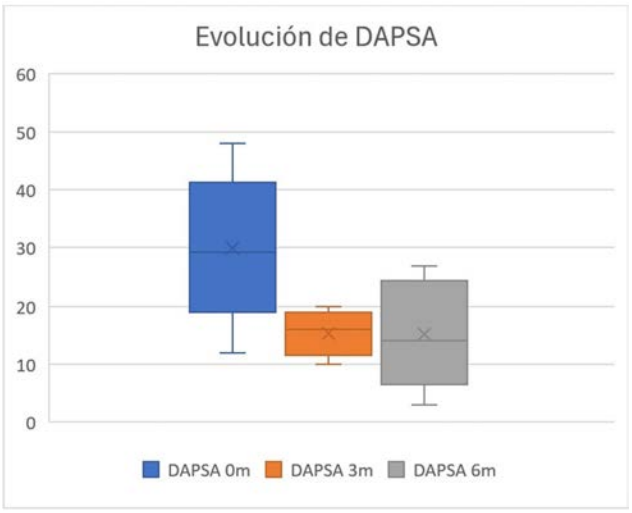


Figura 1. *Evolución de DAPSA.*

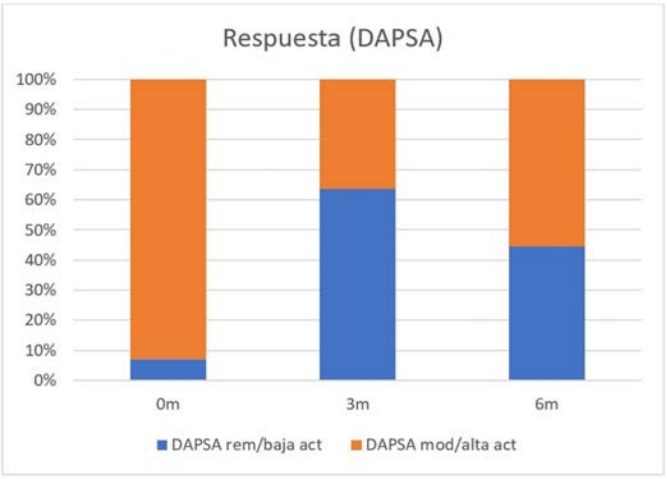


Figura 2. *Respuesta (DAPSA).*

RC59. EFECTIVIDAD DE UPADACITINIB EN ARTRITIS PSORIÁSICA EN PRÁCTICA CLÍNICA

Álvaro Román Perea, Consuelo Ramos Giráldez, Celia Azábal Pérez, Minerva Berrocal Acedo, María Luisa Velloso Feijóo y Julia Uceda Montañés

UGC Reumatología. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.

Introducción: Los inhibidores de JAK (JAKi) son fármacos sintéticos inhibidores de la actividad cinasa de las enzimas JAK. La eficacia y seguridad de los JAKi es conocida, pero siempre es útil correlacionar los resultados obtenidos en los diferentes estudios con la práctica clínica actual. Upadacitinib (UPA) es uno de los agentes disponibles en artritis psoriásica (APs).
Objetivos: El principal objetivo fue describir la efectividad y seguridad de UPA en pacientes con APs en la práctica clínica del Hospital de Valme de Sevilla. Otros objetivos secundarios fueron la diferencia de efectividad entre UPA en monoterapia y en combinación con FAMEsc y/o corticoides, así como la supervivencia del fármaco en monoterapia y en combinación con FAMEsc, y la supervivencia del fármaco según el número de FAMEb previos del paciente.
Métodos: Estudio observacional descriptivo longitudinal retrospectivo. Se revisaron las historias digitalizadas de pacientes diagnosticados de APs en tratamiento con JAKi evaluados en la Unidad de Reumatología de un hospital de tercer nivel desde diciembre de 2020. Se analizaron variables demográficas, clínicas y terapéuticas.

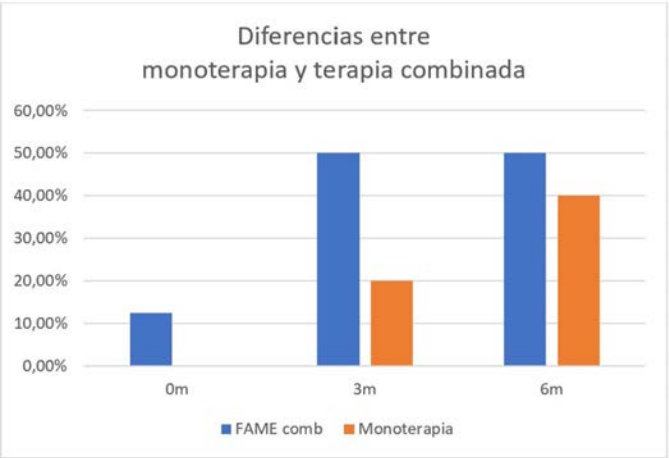


Figura 3. *Diferencias entre monoterapia terapia y terapia combinada.*

Resultados: Se evaluaron 18 pacientes, el 66,7% mujeres. La edad media fue 50,9 años ± 10,4 DE, con un tiempo medio de evolución de 11,9 años ± 6,7 DE. Ninguno presentó enfermedad de Crohn asociada. Todos habían recibido tratamientos biológicos previos. El 50% realizó tratamiento concomitante con FAMEsc y el 11,1% con corticoides a dosis bajas. Se evaluó respuesta clínica mediante DAPSA y

proporción de pacientes que alcanzan remisión o baja actividad de la enfermedad a los 3 y 6 meses tras iniciar el tratamiento, y la supervivencia del fármaco. El grado de actividad al inicio fue alto (mediana DAPSA 29,20), con reducción significativa a los 3 meses (16,03), que se mantiene a los 6 meses (14,01) (fig. 1). Se observa aumento significativo de los pacientes en remisión o con baja actividad a los 3 meses (63,6%) que se mantiene a los 6 meses (44,4%) (fig. 2). Hubo diferencias a los 3 meses entre terapia combinada (50%) y monoterapia (20%), que se iguala a los 6 meses (50 vs. 40%) (fig. 3). El tiempo medio de tratamiento fue 1,1 años ± 0,7 DE, suspendiéndose en el 25% principalmente debido a efectos adversos e ineficacia.

Conclusiones: Suelen usarse JAKi en pacientes con APs refractarios a otros tratamientos biológico. Pese a la reciente autorización de estos como alternativa terapéutica, los resultados en práctica clínica son inicialmente alentadores y similares a otros ensayos clínicos y estudios observacionales.

RC60. EFECTIVIDAD DE UPADACITINIB EN ESPONDILOARTRITIS AXIAL EN PRÁCTICA CLÍNICA

Álvaro Román Perea, Consuelo Ramos Giráldez, Celia Azábal Pérez, Minerva Berrocal Acedo, María Luisa Velloso Feijóo y Julia Uceda Montañés

UGC Reumatología. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.

Introducción: Los inhibidores de JAK (JAKi) son fármacos sintéticos inhibidores de la actividad cinasa de las enzimas JAK. La eficacia y seguridad de los JAKi es conocida, pero siempre es útil correlacionar los resultados obtenidos en los diferentes estudios con la práctica clínica actual. Upadacitinib (UPA) es uno de los agentes disponibles en espondiloartritis axial (EspA Ax).

Objetivos: El principal objetivo fue describir la efectividad y seguridad de UPA en pacientes con EspA Ax en la práctica clínica del Hospital de Valme de Sevilla. Otros objetivos secundarios fueron la diferencia de efectividad entre UPA en monoterapia y en combinación con FAMEsc y/o corticoides, así como la supervivencia del fármaco en monoterapia y en combinación con FAMEsc, y la supervivencia del fármaco según el número de FAMEb previos del paciente.

Métodos: Estudio observacional descriptivo longitudinal retrospectivo. Se revisaron las historias digitalizadas de pacientes diagnosticados de EspA Ax en tratamiento con JAKi evaluados en la Unidad de Reumatología de un hospital de tercer nivel desde diciembre de 2020. Se analizaron variables demográficas, clínicas y terapéuticas.

Resultados: Se evaluaron 16 pacientes, el 50% mujeres. La edad media fue 50,3 años ± 10,1 DE, con un tiempo medio de evolución de 8,8 años ± 7,1 DE. El 43,8% presentaba factores de riesgo cardiovascular, principalmente hipertensión arterial y dislipemia, y el 18,8% eran fumadores. Ninguno presentó enfermedad de Crohn asociada. 15 habían recibido tratamientos biológicos previos. El 50% realizó tratamiento concomitante con FAMEsc, y el 20% con corticoides a dosis bajas. Se evalúa respuesta clínica mediante ASDAS y proporción de pacientes que alcanzan remisión o baja actividad a los 3, 6 y 12 meses tras iniciar el tratamiento, y la supervivencia del fármaco. El grado de actividad al inicio fue alto (mediana ASDAS 3,27), con reducción significativa a los 3 meses (2,03), que se mantiene a los 6 (2,03) y a los 12 meses (1,55) (fig. 1). El porcentaje de pacientes en remisión o con baja actividad al inicio presenta un aumento significativo a los 3 meses (63,6%), que se mantiene a los 12 meses (71,4%) (fig. 2). No hubo diferencias entre terapia combinada y monoterapia (fig. 3). La duración media del tratamiento fue 1,1 años ± 0,7 DE, suspendiéndose en 4 principalmente por efectos adversos e ineficacia.

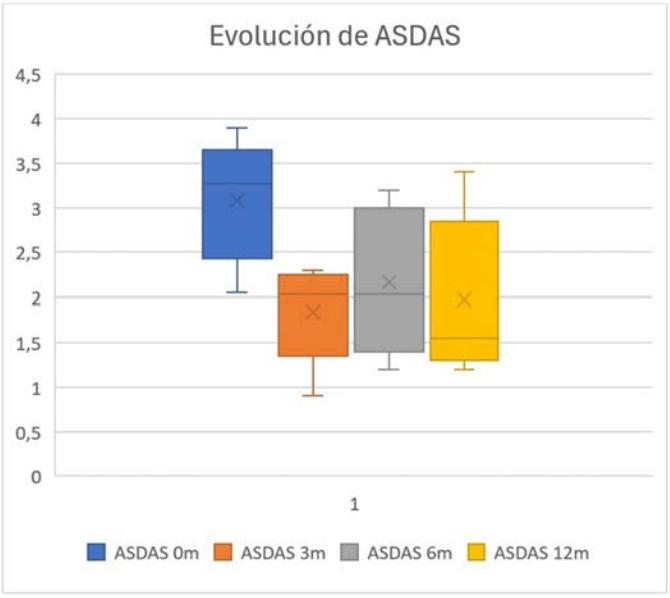


Figura 1. *Evolución de ASDAS.*

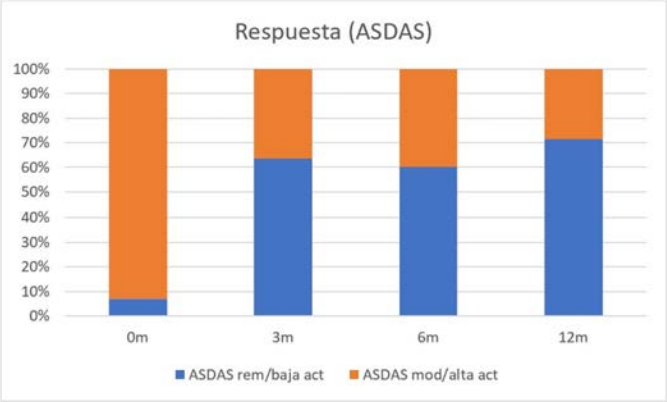


Figura 2. *Respuesta (ASDAS).*

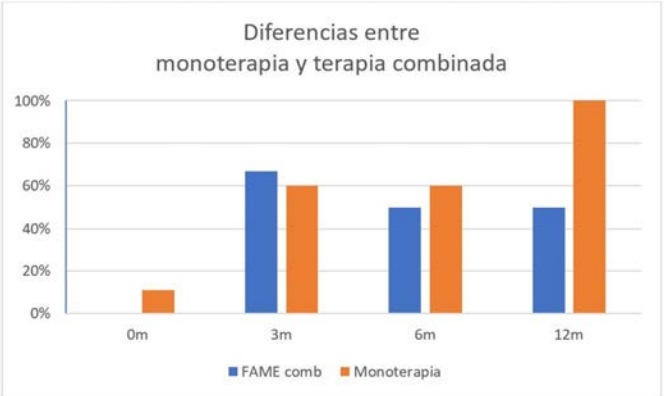


Figura 3. *Diferencias entre monoterapia terapia y terapia combinada.*

Conclusiones: El paciente que inicia JAKi responde a un perfil de EspA Ax refractario a otros tratamientos biológicos. Los resultados observados son similares a otros ensayos clínicos y estudios observacionales, lo cual señala los JAKi como una buena alternativa terapéutica a pesar de su reciente autorización.

RC61. LA HETEROGENEIDAD DE LAS MIOPATÍAS INFLAMATORIAS

Álvaro Román Perea, Consuelo Ramos Giráldez, Celia Azábal Pérez, Minerva Berrocal Acedo, Rosalía Martínez Pérez y María Luisa Velloso Feijóo

UGC Reumatología. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.

Introducción: Las miopatías inflamatorias son un grupo de enfermedades raras caracterizadas por debilidad muscular e infiltrados inflamatorios en la biopsia muscular, con amplia heterogeneidad en cuanto a clínica extramuscular y hallazgos histopatológicos e inmunológicos.
Objetivos: Describir las características de pacientes con miopatías inflamatorias de un hospital de tercer nivel de Sevilla.
Métodos: Estudio observacional descriptivo. Revisión de historias digitalizadas de pacientes con miopatías inflamatorias de nuestra Unidad. Análisis de variables demográficas, clínicas, diagnósticas y terapéuticas.

Tabla 1. Características clínicas

Artralgias	14 (53,8%)
Sinovitis	6 (42,9%)
Fenómeno de Raynaud	10 (38,5%)
Lesiones cutáneas	18 (69,2%)
Eritema facial (palpebral, malar)	12 (66,7%)
Lesiones en escote	8 (44,4%)
Pápulas de Gottron	6 (33,3%)
Lesiones esclerodermiformes	5 (27,8%)
Eritema en miembros	5 (27,8%)
Úlceras digitales	5 (27,8%)
Alopecia difusa	2 (11,1%)
Livedo reticularis	1 (5,6%)
Fotosensibilidad	1 (5,6%)
Afectación pulmonar (neumopatía intersticial)	10 (38,5%)
Asociación con neoplasia	1 (3,8%) (adenocarcinoma de endometrio)

Tabla 2. Tratamientos utilizados

Corticoides y FAMEsc	26 (100%)
Metotrexato (MTX)	15 (57,5%)
Micofenolato de mofetilo (MMF)	8 (40%)
Azatioprina (AZA)	8 (40%)
Hidroxicloroquina (HCQ)	5 (25%)
Ciclofosfamida (CFM)	3 (15%)
Leflunomida (LFN)	2 (10%)
Ciclosporina A (CyA)	1 (5%)
6-mercaptopurina (6MP)	1 (5%)
FAMEb	9 (45%)
Rituximab (RTX)	7 (35%)
Etanercept (ETN)	1 (5%) *no específico para afectación muscular
Adalimumab (ADA)	1 (5%) *no específico para afectación muscular
Inmunoglobulinas IV	5 (19,2%)

Resultados: Se evaluaron 26 pacientes con miopatías inflamatorias, principalmente mujeres (73%), con edad 56,62 ± 15,68 años y tiempo medio de evolución de enfermedad 9,62 ± 12,53 años. La distribución por tipo fue: dermatomiositis (DM) 26,9%, polimiositis 23,1%, DM amiopática 19,2%, síndrome antisintetasa 7,7%, DM juvenil 7,7%, miopatía necrotizante autoinmune 3,8%, *overlap* con artritis reumatoide 7,7% y *overlap* con síndrome de Sjögren 3,8%. El 53,8% presentó artralgias (6 con sinovitis clínica). El 38,5% presentó Raynaud. El 69,2% presentó lesiones cutáneas: 12 eritema facial, 8 lesiones en escote, 7 eritema en miembros, 6 pápulas de Gottron, 5 lesiones esclerodermiformes, 5 úlceras digitales, 2 alopecia difusa, 1 *livedo reticularis*, 1 fotosensibilidad y 1 lesiones ampollosas. El 38,5% presentó neumopatía intersticial. Solo 1 presentó asociación con neoplasia (adenocarcinoma de endometrio). El 65,4% presentó elevación de CK al diagnóstico, con una mediana 548 (mín 12, máx 12095). Se realizó biopsia al 53,8%: 12 miopatía inflamatoria, 1 cambios miopáticos sin componente inflamatorio y 1 normal. Se realizó capiloroscopia al 30,8%: 4 patrón esclerodermiforme, 2 inespecífico, 1 relacionado con SAF y 1 normal. El 61,5% presentó anticuerpos positivos: 3 anti-Jo1, 2 anti-Ro52 y anti-Ro60, 1 anti-MDA5, 1 antimúsculo liso, 1 anti-PL12, 1 anti-TIF1-gamma, 8 ANA+ sin especificidad; en *overlap* 2 FR+, 1 ACPA+, 2 ANA+, 1 anti-DNA-ds+. Respecto del tratamiento, en todos se empleó corticoides y FAMEsc: 15 metotrexato (MTX), 10 micofenolato de mofetilo (MMF), 8 azatioprina (AZA), 6 hidroxicloroquina, 4 ciclofosfamida (CFM), 2 leflunomida, 1 ciclosporina A, 1 6-mercaptopurina. Se usó FAMEb en el 42,3% (9 rituximab, el resto no específicos para afectación muscular) e inmunoglobulinas intravenosas (IgIV) 19,2%. Se realizó seguimiento al 92,3% con evolución favorable: 14 respuesta total y 10 parcial (70% reciente diagnóstico). Diez pacientes presentaron neumopatía intersticial, el 80% mujeres, con edad 58,9 ± 9,71 años y tiempo medio de evolución 4,8 ± 4,42 años. La afectación radiológica fue: 2 NINE, 2 NIU, 1 neumonitis focal, 5 patrón inespecífico. El perfil de anticuerpos fue: 3 anti-Jo1, 1 antimúsculo listo, 1 anti-PL12 y 5 negativos. Todos precisaron esteroides y FAME (6 RTX, 3 CFM, 6 MMF, 4 MTX, 3 AZA, 2 IgIV), con evolución favorable (80% estabilidad clínica, radiológica y funcional).
Conclusiones: Nuestra serie es una muestra de la diversidad de perfiles clínicos, autoanticuerpos y grados de severidad de las miopatías inflamatorias, lo que supone un reto diagnóstico para definir el cuadro y realizar un tratamiento adecuado precoz. No existe un tratamiento específico según tipo de miopatía o perfil de autoanticuerpos, estando recomendado el esquema general de nuestra serie.

RC62. SÍNDROMES RENOPULMONARES: POCO FRECUENTES PERO POTENCIALMENTE MORTALES

Álvaro Román Perea, Consuelo Ramos Giráldez, Rosalía Martínez Pérez, Celia Azábal Pérez, Minerva Berrocal Acedo y María Luisa Velloso Feijóo

UGC Reumatología. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.

Introducción: Los síndromes renopulmonares (SRP) se definen por la combinación de hemorragia alveolar difusa (HAD) acompañada de glomerulonefritis rápidamente progresiva. La causa es principalmente inmune, pero también puede haber casos secundarios a infecciones o fármacos.
Objetivos: Describir las características de pacientes con SRP de la Unidad de Reumatología del Hospital de Valme de Sevilla.
Métodos: Estudio observacional descriptivo. Revisión de historias digitalizadas de pacientes con SRP de nuestra Unidad entre agosto 2019 y diciembre 2023. Análisis de variables demográficas, clínicas, diagnósticas y terapéuticas.
Resultados: Se evaluaron 6 pacientes con SRP, principalmente mujeres (66,7%), con una edad media al diagnóstico 53,5 ± 12,73 años. Dos presentaban factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, diabetes, dislipemia). El 50% eran fumadores, 33,3% exfumadores, 1 exbebedor y 1 consumidor ocasional de cannabis y cocaína. Se demostró causa inmunológica en el 66,7%, desarrollándose el resto en contexto de infecciones: COVID-19 (1), neumonía comunitaria (1). Precisó ingreso en UCI el 66,7%. Todos presentaron afectación renal, el 83,3% en forma de glomerulonefritis (GN). Cinco presentaron deterioro de la función renal (FR). Todos presentaron alteraciones en el sedimento de orina (SO): 6 microhematuria, 1 hematíes dismórficos, 3 proteinuria, 3 leucocituria. Se realizó biopsia renal en 1 paciente. El 50% precisó terapia renal sustitutiva (TRS) en el momento agudo. Todos presentaron afectación pulmonar (HAD). Un paciente precisó intubación orotraqueal (IOT). Se realizó prueba de imagen en el 100%: infiltrados alveolares compatibles con HAD 83,3%, patrón micronodular sin infiltrados 16,7%. Se realizó fibrobroncoscopia en el 50%, con líquido hemático y hemosiderófagos en 2 pacientes. Presentó autoinmunidad positiva el 66,7%: anti-MPO (2), anti-PR3 (1), anti-MBG (1). El 83,3% precisó tratamiento de

Tabla RC62

	Edad	Sexo	Diagnóstico	UCI	Afectación renal	Afectación pulmonar	Tratamiento de inducción	Tratamiento de mantenimiento	Evolución
Caso 1	21	M	Síndrome anti-MBG (biopsia renal)	No	Deterioro de FR (no HD), alteración de SO Biopsia renal: GN extracapilar, depósito lineal de IgG en capilares	HAD, no IOT	Pulsos MP + CFM	AZA, MMF, GC retirados	Remisión sin recidivas, anti-MBG (-)
Caso 2	77	H	PAM (vasculitis MPO+)	Sí	Deterioro de FR (HD), alteración de SO	HAD, no IOT	Pulsos MP + CFM* + RTX*, PF + HD *incompleto por RAM	AZA + PDN-db	Respuesta parcial, *exitus* en < 1 año (complicaciones infecciosas)
Caso 3	60	M	GPA PR3+	Sí	Deterioro de FR (HD), alteración de SO	HAD, no IOT	Pulsos MP + CFM	AZA, GC retirados	Remisión sin recidivas, ANCA (+) en descenso
Caso 4	66	M	PAM (vasculitis MPO+)	Sí	Deterioro de FR (HD), alteración de SO	HAD, no IOT	Pulsos MP + CFM + RTX, PF + HD	MMF, GC retirados	Remisión sin recidivas, ERCA en HD, ANCA (-)
Caso 5	59	M	SRP por COVID-19	Sí	Deterioro de FR (no HD), alteración de SO	Probable HAD, IOT	Pulsos MP	No	Resolución
Caso 6	40	H	SRP por NAC	No	No deterioro de FR, sí alteración de SO	Neumonía + HAD, no IOT	Antibioterapia empírica	No	Resolución

inducción con esteroides y FAME: bolos de corticoides (GC) (5), ciclofosfamida (CFM) (4), rituximab (RTX) (2), plasmaféresis (PF) (2). Un paciente no precisó inmunosupresores, con resolución con antibioterapia. El 66,7% precisó tratamiento de mantenimiento: azatioprina (AZA) 3, micofenolato de mofetilo (MMF) 2, prednisona a dosis bajas (PDN-db) 4 (retirada de esteroides 75%). A nivel renal, el 66,7% presentó recuperación completa, 16,7% parcial y un paciente precisa actualmente hemodiálisis (HD). A nivel respiratorio, todos presentaron recuperación completa clínica y radiológica. Ningún paciente presentó recaídas. Un paciente presentó reacciones adversas al tratamiento (plaquetopenia por CFM, hipogammaglobulinemia por RTX, neutropenia por AZA), con múltiples complicaciones infecciosas y posterior *exitus* al año del diagnóstico.

Conclusiones: Los SRP son entidades poco frecuentes pero que suponen un reto diagnóstico, dado su pronóstico infausto con alta morbimortalidad si no se adopta un tratamiento adecuado y precoz. Nuestra serie es una muestra de los distintos perfiles inmunológicos, grados de gravedad y alternativas terapéuticas de los SRP, a tener en cuenta la causa infecciosa como probable desencadenante de los mismos.

RC63. ¿CÓMO AFECTA LA EPID A NUESTROS PACIENTES? SEGÚN DATOS OBTENIDOS DEL COMITÉ INTERDISCIPLINAR NEUMOLOGÍA-RADIOLOGÍA-REUMATOLOGÍA

Clara María Terol Muñoz, Cristina Arciniega Larios, Mirian Yaneth Orellana Gómez, Sara María Rojas Herrera, Luis María Jiménez Liñán y Eugenio Chamizo Carmona

Hospital de Mérida.

Introducción: Los pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas pueden presentar afectación pulmonar en forma de enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID). Existen diversas causas desencadenantes de esta condición, las más frecuentes dentro de la esfera reumatológica son la esclerodermia (ES), las miopatías inflamatorias, la artritis reumatoide (AR). La EPID se puede presentar *de novo* o en pacientes con diagnóstico previo de enfermedad autoinmune sistémica. En la tomografía computarizada de alta resolución el patrón más frecuente es el de neumonía intersticial no específica (NINE), menos en la AR, que suele presentar patrón de neumonía intersticial usual (NIU). Estos pacientes deben tener un seguimiento estrecho para valorar signos de progresión, ya que cuando la enfermedad pulmonar evoluciona hacia una forma de fibrosis, es recomendable el inicio de tratamiento antifibrótico.

Objetivos: Describir características serológicas, radiológicas, funcionales y tratamiento de pacientes con enfermedades reumatológicas y EPID asociada.

Métodos: Estudio descriptivo basado en una serie de casos de un hospital comarcal. Se incluyeron pacientes con enfermedades reumatológicas y EPID asociada comentados en comité interdisciplinar con Neumología y Radiología desde enero hasta noviembre de 2023. Se analizaron datos de autoinmunidad, radiológicos, funcionales y terapéuticos.

Resultados: Se incluyeron 14 pacientes con EPID; el 43% fueron diagnosticados de ES, el 50% de AR y el 7% de dermatomiositis amiopática (DM amiopática). Se objetivó que los pacientes con ES tuvieron más heterogeneidad en cuanto a anticuerpos positivos, siendo el más frecuente el anti-Scl70. El 86% de los pacientes con AR presentaron positividad para factor reumatoide (FR) y Anticuerpo antipéptido cítrico citrulinado (ACPA), el resto presentaron únicamente positividad para FR (fig. 1). Se detectaron 3 patrones radiográficos, NIU, NINE y neumonía organizada (NO). El más frecuente fue el patrón NIU (64%), seguido del patrón NINE (29%). En pacientes con ES la mitad de los pacientes presentaron patrón NIU y la otra mitad patrón NINE. En pacientes diagnosticados de AR, el patrón más frecuente fue el de NIU (fig. 2). Los pacientes con patrón radiológico NIU asociaron con más frecuencia positividad conjunta de FR y ACPA (56%) y aquellos con patrón NINE tuvieron más heterogeneidad en cuanto a los anticuerpos positivos. El patrón de NO se asoció

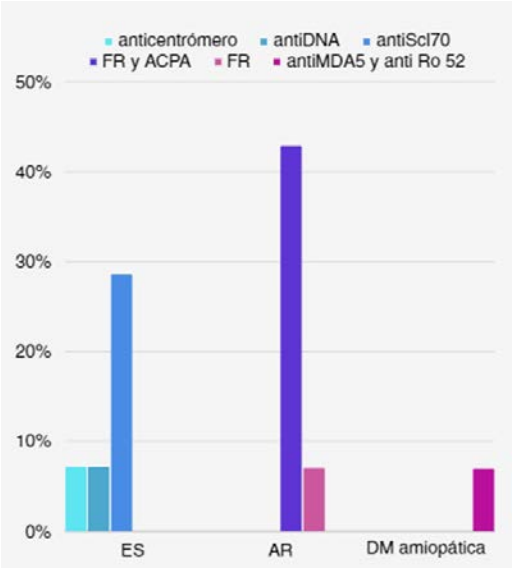


Figura 1. *Anticuerpos.*

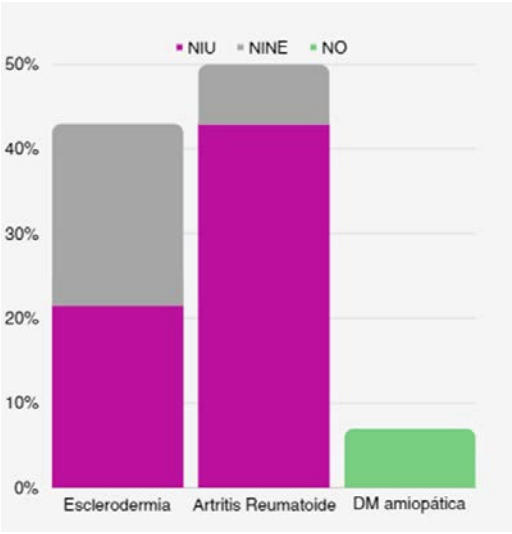


Figura 2. *Patrón radiográfico.*

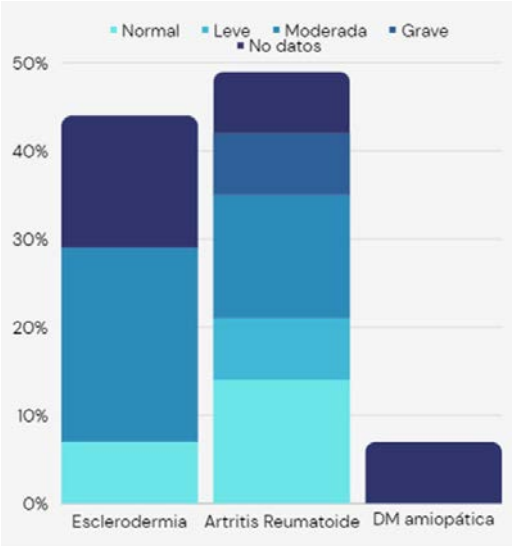


Figura 3. *Difusión.*

con el anticuerpo antiMDA5 y el antiRo52. La capacidad de difusión no se pudo medir en todos los pacientes por dificultades técnicas u otros motivos. Una disminución moderada (60-40%) se encontró con más frecuencia en pacientes con ES y después en aquellos diagnosticados AR. Una disminución grave (< 40%) se encontró en pacientes con AR. Lo más frecuente resultó ser una disminución moderada de la difusión en pacientes con ES. (fig. 3). La mitad de los pacientes tienen tratamiento antifibrótico, siendo los diagnosticados de ES, los que más lo necesitan. El 71% de los pacientes con tratamiento antifibrótico asocian tratamiento inmunosupresor, con más frecuencia fármacos modificadores de enfermedad sintéticos y, a su vez, la mitad de ellos, asoció además tratamiento biológico.
Conclusiones: La AR se asocia más con EPID, suele presentar patrón NIU y positividad para tanto para ACPA como para FR. Pacientes con ES y EPID asociada tienen con más frecuencia una disminución moderada de la difusión y son los que más tratamiento antifibrótico precisan.

RC64. PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD TIROIDEA EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE. EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE TERCER NIVEL

Cristina Corrales-Selaya[1,2], Virginia Portilla[2,3], Javier Rueda-Gotor[4,5], Iván Ferraz-Amaro[6], Ricardo Blanco[1,2] y Alfonso Corrales[1,2]

[1]Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. [2]Servicio de Reumatología. Grupo de Inmunopatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla-IDIVAL. Santander. [3]Enfermería-Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. [4]Hospital Sierrallana. Torrelavega. Cantabria. [5]IDIVAL. Research group on genetic epidemiology and atherosclerosis in systemic diseases and in metabolic bone diseases of the musculoskeletal system. Santander. [6]Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria sistémica que presenta afectación a múltiples niveles más allá del dominio articular. Su asociación con patologías tiroidea ha sido descrita en estudios previos. Se ha publicado que la coexistencia de AR e hipotiroidismo incrementa el RCV de estos pacientes, y también se ha relacionado la presencia de anticuerpos antitiroideos con un peor pronóstico de la enfermedad.
Objetivos: Describir la prevalencia de la enfermedad tiroidea y sus diferentes tipos en pacientes con AR.
Métodos: Estudio transversal descriptivo en el que se incluyeron 755 pacientes consecutivos con AR. Se realizó una revisión de la historia clínica y se solicitó un estudio analítico inicial donde se determinó la función tiroidea (TSH, T4L) y los acT antiperoxidasa y antitiroglobulina (según protocolo específico en el que los segundos solo se determinan si los primeros son negativos). Se realizó una ecografía tiroidea preliminar en el contexto del cribado de riesgo cardiovascular con ecografía carotídea, según práctica clínica habitual en nuestro centro.
Resultados: Se incluyeron un total de 755 pacientes, 567 mujeres (75%) con una edad media de 58 ± 12 años. Las principales características basales, factores de riesgo cardiovascular, datos de actividad de la enfermedad e histórico de tratamientos se detallan en la tabla 1. El 38,3 % (n = 283) de los pacientes habían presentado algún tipo de patología tiroidea a lo largo de la vida (tabla 2). El hallazgo más frecuente fue la presencia de anticuerpos antitiroideos positivos en un 17,2% (n = 130), seguido de la presencia de hipotiroidismo en el 14,8% (n = 112) y en tercer lugar los nódulos tiroideos 13% (n = 101). Solo un 5% (n = 38) habían tenido hipertiroidismo y 31 pacientes (4%) habían desarrollado una tiroiditis clínicamente evidente. Únicamente 3 pacientes (0,4%) en la cohorte tuvieron cáncer de tiroides.

Características demográficas basales	
Edad, años (media ± de)	57.7 ± 12.36
Mujer, n (%)	567, (75.1)
Años seguimiento, años (media ± de)	11.57 ± 9.54
Factores de Riesgo Cardiovascular	
Dislipemia, n (%)	432 (57.2)
Hipertrigliceridemia, n (%)	121 (16.0)
Hipertensión arterial, n (%)	301 (39.9)
Diabetes Mellitus, n (%)	77 (10.2)
IMC (media ± de)	27.5 ± 5.6
Fumador actual o exfumador, n (%)	435 (57.6)
Insuficiencia Renal, n (%)	32 (4.2)
AF Cardiopatía isquémica (n, %)	117 (15.5)
Características de AR	
Factor Reumatoide positivo, n (%)	398 (52.7)
Ac. Antipéptidos citrulinados, n (%)	393 (52.1)
FR o APCC, n (%)	453 (60)
Erosiones si, n (%)	266 (35.2)
Manifestaciones Extraarticulares, n (%)	169 (22.4)
DAS28_VSG (media ± de)	3.35 ± 1.53
DAS28_PCR (media ± de)	3.11 ± 1.34
SDAI, mediana [RIC]	9.4 [4.0-18.1]
CDAI, mediana [RIC]	9.0 [3.5-17.1]
Histórico de Tratamientos	
Corticoides, n (%)	594 (78.7)
AINEs, n (%)	620 (82.1)
Metotrexato, (n, %)	571 (68.5)
Cloroquina/Hidroxicloroquina, n (%)	334 (44.2)
Leflunomida, n (%)	141 (18.7)
Sulfasalazina, n (%)	76 (10.1)
Anti-TNF, n (%)	134 (17.7)
Biológicos No anti-TNF, n (%)	91 (12.1)
Inhibidores de JAK, n (%)	21 (2.8)

Tabla 1. *Principales características de 755 pacientes con artritis reumatoide.*

TSH (mIU/L), mediana [RIC]	1,7 [1.1-2.7]
Enfermedad Tiroidea si, n (%)	287 (38.3)
Anticuerpos Antitiroideos si, n (%)	112 (14.8)
Hipotiroidismo (Hª)	38 (5.03)
Hipertiroidismo (Hª)	6 (0.8)
Nódulos Tiroideos, n (%)	37 (5.0)
Bocio, n (%)	34 (4.5)
Tiroiditis, n (%)	130 (17.2)
Ca Tiroides, n (%)	101 (13.4)
Hipotiroidismo actual, n (%)	52 (6.9)
Hipertiroidismo actual, n (%)	3 (0.4)

Tabla 2. *Principales características de la enfermedad tiroidea en 755 pacientes con artritis reumatoide.*

Conclusiones: La enfermedad tiroidea presenta una elevada prevalencia en nuestra cohorte de pacientes con AR, por lo que parece recomendable valorar hacer un estudio básico de función tiroidea, de anticuerpos antitiroideos y probablemente una ecografía tiroidea como cribado de dicha patología en este grupo de pacientes.

RC65. BIOPSIA SINOVIAL ECOGUIADA EN UN CENTRO TERCIARIO ESPAÑOL: ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE SEGURIDAD

J. Arroyo Palomo, A.M. Palomeque Vargas[1], B.A. Blanco Cáceres[1,2], C.A. Guillén Astete[1,3] y M. Vázquez Díaz[1]

[1]Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. [2]Facultad de Medicina. Universidad de Alcalá de Henares. [3]Facultad de Ciencias Biomédicas. Universidad Europea. Madrid.

Introducción: La biopsia sinovial ecoguiada es un procedimiento en auge en el contexto de las enfermedades reumatológicas. Principalmente indicado hasta el momento actual en inflamación articular de origen desconocido; aunque existen datos sobre el valor pronóstico en enfermedades como la artritis reumatoide. La técnica ha sido publicada en los últimos diez años, demostrándose como segura y bien tolerada por el paciente. Su práctica no es habitual en servicios de reumatología de nuestro país, y pocos disponen de personal entrenado para realizarlo, por tanto, el interés en describir su seguridad. En nuestro centro, se realiza desde hace 6 meses, por un equipo de 3 reumatólogos que han recibido formación en ecografía y, específicamente, en esta técnica.
Objetivos: Describir los incidentes de seguridad durante el procedimiento y en las dos semanas posteriores. Así como, describir las características epidemiológicas y los diagnósticos por los que se realiza la biopsia sinovial.
Métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional retrospectivo de un solo centro. Los datos se extrajeron de los registros médicos y quirúrgicos de pacientes, a quienes se les indicó una biopsia sinovial bajo condiciones estándar de práctica clínica. Cada procedimiento se realizó en un quirófano bajo sedación controlada de los pacientes, con el apoyo de un anestesista. Se utilizaron trócares BERN que variaban de 12" a 16", dependiendo del tamaño de la articulación objetivo. Para la guía por ecografía, se utilizó un MyLabTM Sigma (ESAOTE) equipado con una sonda lineal que opera a una frecuencia de 9-14 MHz.
Resultados: Se realizaron nueve biopsias sinoviales durante el período del estudio. La mediana de edad de los pacientes era de 62 años; el 78% eran mujeres. La tabla resume los datos epidemiológicos y clínicos de cada paciente. Ninguno recibía anticoagulantes. En ningún caso hubo complicaciones mayores, ni requirieron visitas médicas adicionales o tratamiento con antibióticos. El efecto adverso más habitual fue dolor que no llegó a durar dos semanas y resolvió con analgésicos de primer escalón. En un solo caso, el hematoma tras la intervención llego a permanecer más de 14 días. Si fuese necesario, ningún paciente rechazaría una segunda biopsia.
Conclusiones: De acuerdo con la literatura, la biopsia sinovial ecoguiada es una técnica segura y muy bien tolerada por el paciente. El efecto adverso más habitual fue dolor que no dura más de 14 días.

Tabla RC65
Resumen de las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes incluidos

Paciente	Diagnóstico previo	Edad (años)	Sexo	Articulación biopsiada	Tiempo empleado (minutos)	Complicaciones
1	AR seronegativa	52	V	Rodilla	45	Dolor (24h)
2	AR seronegativa	68	M	Rodilla	50	No
3	AR seropositiva	62	M	Carpo	90	Dolor (12h)
4	AR seronegativa	78	V	Carpo	80	Dolor (4d)
5	AIJ	24	M	Rodilla	45	Dolor (3h)
6	AIJ	24	M	Tobillo	90	Hematoma
7	AR seronegativa	75	M	Rodilla	60	No
8	AR seropositiva	66	M	Carpo	90	Dolor (48h)
9	LES	56	M	Rodilla	45	Dolor (7h)

RC66. ANÁLISIS DE LOS EFECTOS ADVERSOS FARMACOLÓGICOS EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ESPONDILOARTROPATÍAS QUE RECIBEN TRATAMIENTO CON FAMEB

José Andrés Rodríguez Fernández, Gloria Albaladejo Paredes, Alicia Pérez González, Esther Monleón Acosta, María Rosario Oliva Ruiz, José María Andreu Ubero, Paloma Valentina Castillo Dayer, Carlos Fernández Díaz, Edgar Soriano Navarro, Montse Fernández Salamanca y Vicente Cogolludo Campillo

Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena.

Introducción: Las espondiloartropatías constituye un grupo de enfermedades heterogéneo con un diverso arsenal terapéutico entre los cuales podemos encontrar los fármacos modificadores de la enfermedad biológicos (FAMEb). Por lo general dichos fármacos suelen ser bien tolerados, aunque como todos los tratamientos, presentan diversas reacciones adversas (RAM). Intolerancia intestinal, reacciones paradójicas por antifactor de necrosis tumoral alfa (anti-TNF alfa) o neuritis óptica son algunas de las RAM que pueden mencionarse (1,2).
Objetivos: Evaluar las diferentes clases de RAMs ocurridas en una cohorte de pacientes con espondiloartropatías en tratamiento con FAMEb.

Tabla 1. Descripción de características de los pacientes diagnosticados de SpA que presentaron RAM

Población (n = 260)	RAM notificadas 61 (23,46%)
RAM (n = 67)	Infecciones 14 (20,89%)
	Reactivación VVZ 6 (9,83%)
	Abscesos cutáneos 2 (3,27%)
	Osteomielitis crónica 1 (1,64%)
	Candidiasis esofágica 1 (1,64%)
	Astenia 1 (1,64%)
	Rectorragia 2 (3,27%)
	Hepatopatía 1 (1,64%)
	Cefalea 4 (6,56%)
	Diarrea/vómitos 11 (18,03%)
	Reacción alérgica 13 (21,31%)
	Dolor zona punción 3 (4,92%)
	Neuropatía periférica 2 (3,27%)
	Reacción local 9 (14,75%)
	Foliculitis 2 (3,27%)
	Neuritis óptica 2 (3,27%)
	Mielotoxicidad 1 (1,64%)
Edad (Media ± DT; min-máx)	53,45 ± 11,92; (26 - 79)
Sexo	Hombres 28 (45,90%)
	Mujeres 33 (54,10%)
FAMEb en el momento del evento	Anti TNF-alfa 45 (73,77%)
	Anti IL-17 7 (11,48%)
	i-PDE-4 6 (9,84%)
	Anti IL-12/IL-23 3 (4,92%)

i-PDE-4: Inhibidor de la fosfodiesterasa 4; VVZ: Virus varicela-zóster.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de un solo centro. La población incluida en el estudio fueron pacientes de la consulta de reumatología diagnosticados de espondiloartropatías. Se procedió a la recogida de datos en el periodo comprendido entre el 1 de noviembre de 2021 y el 1 de octubre de 2023. En todos los pacientes se analizó la existencia de RAM, obteniendo 61 notificaciones de RAM. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, tipo de RAM y presencia de FAMEb asociado en dicho momento. Se realizó un análisis descriptivo de las variables incluidas en el estudio, incluyendo la media y desviación típica (DT) de la edad de los pacientes y un análisis de la frecuencia, incluyendo el porcentaje de las variables cuantitativas discretas.
Resultados: De los sujetos analizados en el Servicio de Reumatología que presentaban espondiloartropatías, se obtuvieron 260 tratamientos. De los cuales se notificaron 61 reacciones adversas medicamentosas. La RAM más frecuente fue la reacción alérgica con 13 casos (21,31%); siendo el infliximab el fármaco que más frecuentemente la ha ocasionado 5 casos (38,46% de los casos de reacciones alérgicas). En segundo lugar encontramos las diarreas y náuseas ocasionando 11 notificaciones (18,03%), siendo en esta ocasión el apremilast el FAMEb más frecuente con 4 casos (36,36% de los casos de diarrea y vómitos). El grupo de FAMEs que más frecuentemente provocan RAM son los anti-TNF-alfa (73,77%). Finalmente, destacar que se han producido 2 casos de neuritis óptica (3,27%) ambos con etanercept.
Conclusiones: Los anti TNF-alfa son los FAME que más han producido RAM en el presente estudio, probablemente de forma secundaria a su amplio uso. Una de las RAM más frecuentes es la intolerancia digestiva, coincidiendo de esta forma con la literatura publicada. Por otro lado, ambos casos de neuritis óptica fueron causados por los anti TNF-alfa, dato que concuerda con la literatura revisada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Susanna F, Pavesio C. A review of ocular adverse events of biological anti-TNF drugs. Journal of Ophthalmic Inflammation and Infecction. 2020;10:11-20.
2. Puig L. Paradoxical Reactions: anti-tumor necrosis factor alpha agents, Ustekinumab, secukinumab, ixekizumab, and others. Curr Probl Dermatol. 2018;53:49-63.

RC67. PREVALENCIA DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ESPONDILOARTROPATÍAS DE UN CENTRO HOSPITALARIO

José Andrés Rodríguez Fernández, Gloria Albaladejo Paredes, Alicia Pérez González, Esther Monleón Acosta, María Rosario Oliva Ruiz, José María Andreu Ubero, Paloma Valentina Castillo Dayer, Carlos Fernández Díaz, Edgar Soriano Navarro, Montse Fernández Salamanca y Vicente Cogolludo Campillo

Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena.

Introducción: Las espondiloartropatías constituye un grupo de enfermedades heterogéneo cuyas entidades más frecuentes son la

Tabla RC66
Tabla 2. RAM notificadas asociadas al FAMEb correspondiente.

	Cert.	Etan.	Secu.	Ada.	Inflix.	Goli.	Ixe.	Uste.	Apre.	Total
Reactivación VVZ	3			1		1		1		6 (9,83%)
Abscesos cutáneos	1					1				2 (3,27%)
Osteomielitis crónica						1				1 (1,64%)
Candidiasis esofágica								1		1 (1,64%)
Astenia		1								1 (1,64%)
Rectorragia			1	1						2 (3,27%)
Hepatopatía				1						1 (1,64%)
Cefalea	1	1			1				1	4 (6,56%)
Diarrea/vómitos		1	3	2	1				4	11 (18,03%)
Reacción alérgica	2	3		2	5		1			13 (21,31%)
Dolor zona punción		1		1			1			3 (4,92%)
Neuropatía periférica				1				1		2 (3,27%)
Reacción local	1	4		3			1			9 (14,75 %)
Foliculitis		1				1				2 (3,27%)
Neuritis óptica		2								2 (3,27%)
Mielotoxicidad									1	1 (1,64%)
Total	8 (13,11%)	14 (22,95%)	4 (6,56%)	12 (19,67%)	7 (11,47%)	4 (6,56%)	3 (4,92%)	3 (4,92%)	6 (9,83%)	61 (100%)

Cert.: certrolizumab; Etan.: etanercept; Secu.: secukinumab; Ada.: adalimumab; Inflix.: infliximab; Goli.: golimumab; Ixe.: Ixekinumab; Uste.: uestekinumab; Apre.: apremilast.

artritis psoriásica y la espondilitis anquilosante. Ambas enfermedades suponen un estado de inflamación crónica que parece incrementar la mortalidad cardiovascular[1]. Además, los pacientes con dichas enfermedades presentan mayor incidencia de factores de riesgo cardiovascular respecto a la población general[2].

Objetivos: Evaluar la prevalencia de enfermedad cardiovascular en una cohorte de pacientes con espondiloartropatías en tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad biológicos (FAMEb) y citar los FAMEb presentes en el momento del evento cardiovascular.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de un solo centro. La población incluida en el estudio fueron pacientes de la consulta de reumatología diagnosticados de espondiloartropatías. Se procedió a la recogida de datos en el periodo comprendido entre el 1 de noviembre de 2021 y el 1 de octubre de 2023, incluyendo una muestra de 389 pacientes. En todos los pacientes se analizó la existencia de enfermedad cardiovascular. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, tipo de espondiloartropatía, factores de riesgo cardiovasculares (hipertensión arterial, diabetes y dislipemia), presencia de enfermedad tromboembólica venosa (ETEV), infarto agudo de miocardio (IAM) o ictus (ACV) de origen isquémico y presencia de FAMEb. Se realizó un análisis descriptivo de las variables incluidas en el estudio, incluyendo la media y desviación típica (DT) de la edad de los pacientes y un análisis de la frecuencia, incluyendo el porcentaje de las variables cuantitativas discretas.

Resultados: De los 389 sujetos analizados en el Servicio de Reumatología que presentaban espondiloartropatías, 14 presentaron enfermedad cardiovascular (3,59%). Las entidades de enfermedad cardiovascular que más frecuentemente se presentaron fueron los eventos isquémicos, siendo el 71,43% de los casos infarto agudo de miocardio y el 7,14% de los casos ictus isquémico. La enfermedad tromboembólica apareció en el 14,29% de los casos. Uno de los pacientes que presentó infarto agudo de miocardio sufrió colitis isquémica posteriormente. Además, uno de los casos presentó amaurosis fugax. La familia de FAMEb con la que estaban siendo tratados la mayoría de los pacientes en el momento de aparición del evento cardiovascular fueron los antifactor de necrosis tumoral (Anti-TNF) (28,57%). En cambio, el 57,14% no usaban FAMEb como tratamiento cuando sucedió el evento cardiovascular.

Descripción de características de los pacientes diagnosticados de SpA que presentaron ECV

Población (n = 389)	Pacientes con ECV 14 (3,59%)
ECV (n = 14)	IAM 10 (71,43%)
	ACV isquémico 1 (7,14%)
	ETEV 2 (14,29%)
	Amaurosis fugax 1 (7,14%)
Edad (Media ± DT; min-máx)	60,28 ± 8,65; (35 - 70)
Sexo	Hombres 6 (42,86%)
	Mujeres 8 (57,14%)
Clase de espondiloartropatía	Artritis psoriásica 7 (50%)
	Espondilitis anquilosante 4 (28,57%)
	Espondiloartropatía 3 (21,42%) Indiferenciada
Prevalencia factores de riesgo cardiovascular	Hipertensión arterial 9 (64,29%)
	Diabetes mellitus 6 (42,86%)
	Dislipemia 12 (85,71%)
FAMEb en el momento del evento	Ninguno 8 (57,14%)
	Anti-TNF 4 (28,57%)
	Anti-IL17 1 (7,14%)
	Anti-IL23 1 (7,14%)

Conclusiones: La principal enfermedad cardiovascular (ECV) que se presenta en nuestra población analizada es el infarto agudo de miocardio, resultados que coinciden con lo previamente publicado en la literatura. En el presente trabajo, lo más frecuente es que no se encuentre asociado un FAMEb en el momento de aparición del evento cardiovascular, dato que concuerda con el efecto protector de algunos FAMEb que sugiere la literatura revisada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Liew JW, Ramiro S, Genslet LS. Cardiovascular morbidity and mortality in ankylosing spondylitis and psoriatic artritis. Best Practice & research clinical rheumatology. 2019;;32(3):369-89.

2. Atzeni F, Nucera V, Galloway J, Zoltán S, Nurmohamed M. Cardiovascular risk in ankylosing spondylitis and the effect of anti-TNF drugs: a narrative review. Expert Opinion on Biological Therapy. 2020; 20(5):517-24.

RC68. GRUMOS ECOGRÁFICOS EN EL LÍQUIDO ARTICULAR, UN HALLAZGO ASOCIADO CON LÍQUIDO SINOVIAL DE ORIGEN MECÁNICO

C.D. Adao Abe, A. Mocritcaia, A. García-Gargallo, J. Peñafiel-Sam, C. Arango-Silva, N. Sapena, Y. Romero, J.C. Sarmiento, A.B Azuaga, L. Alascio, J.A. Gómez-Puerta y J. Ramírez

Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.

Introducción: El líquido sinovial (LS) de carácter mecánico se caracteriza por presentar recuentos celulares bajos, lo que crea una ventana acústica óptima para las ondas de ultrasonido. Esto favorece la visualización de partículas hiperecoicas de pequeño tamaño o grumos sinoviales que flotan en el LS. Estos grumos se desprenden de la membrana sinovial y son un hallazgo frecuente en enfermedades crónicas como la artrosis o las artritis inflamatorias. Por otro lado, los derrames inflamatorios, que se asocian a recuentos celulares más elevados, dificultan la transmisión de las ondas ecográficas y por lo tanto, la visualización de los mencionados grumos.

Objetivos: Analizar la asociación de los grumos en el LS detectados mediante ecografía con las características macro y microscópicas del derrame articular.

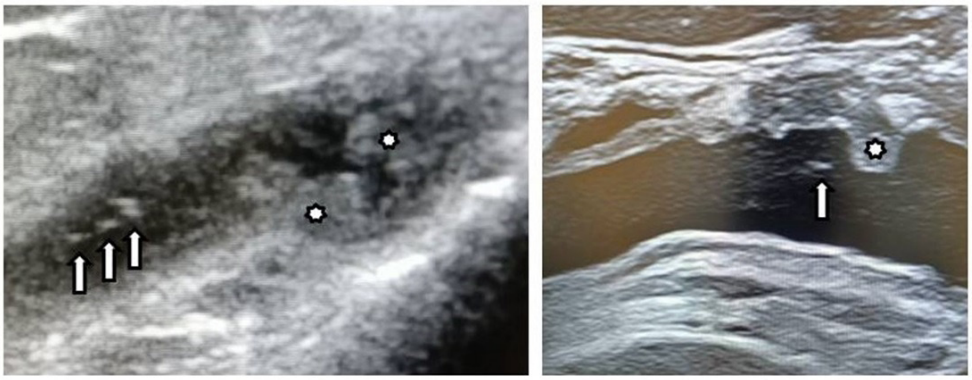
Métodos: Se reclutaron pacientes que presentaban derrame sinovial y a los que se les realizó una ecografía y artrocentesis de la articulación afectada. Los grumos ecográficos se definieron como estructuras lineales de pequeño tamaño, hiperecoicas, que flotaban en el LS (fig.). Se realizó una evaluación macroscópica y microscópica del LS, así como un registro de los datos clínicos y demográficos. El punto de corte utilizado para definir el LS mecánico se estableció en < 2.000 células/mm^2. Se calcularon las medianas (rango intercuartil) y los porcentajes para las variables cuantitativas y categóricas, respectivamente. Se utilizaron pruebas no paramétricas para analizar la asociación de los grumos en el LS con las características macro y microscópicas del derrame articular, con particular atención al recuento de glóbulos blancos. Además, se construyó la curva característica operativa del receptor (ROC) y se calculó el área bajo la curva (AUC) para la evaluación del valor diagnóstico de los grumos en el LS. Por último, se calculó la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo de la presencia de grumos ecográficos en el LS como herramienta diagnóstica.

Resultados: Se incluyeron 83 pacientes, cuyas características se detallan en la tabla. Doce pacientes (14,5%) tenían artrosis, 68 pacientes (81,9%) padecían enfermedades inflamatorias, como artritis reumatoide (24,1%), artritis psoriásica (25,3%), espondiloartropatías no psoriásicas (14,5%), artritis idiopática juvenil (3,6%) o artritis indiferenciada (14,5%). Treinta pacientes (36,1%) presentaban grumos ecográficos en el LS. El LS grumoso fue predominantemente de color amarillo claro (80 vs. 15,1%, p = 0,005), con viscosidad normal (83,3 vs. 28,3%, p = 0,0001) y transparencia conservada (86,7 vs. 22,6%, p = 0,0001). Se observaron diferencias estadísticamente significativas en el recuento celular entre el LS con y sin grumos ecográficos (650 vs. 3.550 células/mm^3, p = 0,0001). La sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo de la presencia de grumos ecográficos para la identificación del LS mecánico fueron del 64,1%, 88,6%, 83,3% y 73,5%, respectivamente. El AUC fue de 0,811 y el punto de corte que mejor discriminaba la presencia de grumos ecográficos fue de 1625 células/mm^2 (sensibilidad 81,1% y especificidad 80%).

Conclusiones: La presencia de grumos ecográficos en el LS se asoció de manera significativa con el LS mecánico. En la práctica clínica, la

Tabla RC68
Características clínicas y demográficas de los pacientes incluidos en el estudio

	Patrón grumoso	Patrón no grumoso	Total	p
n	30	53	83	
Edad	50 ± 23	63 ± 23	63 ± 22	
Sexo				
Hombre	15 (50%)	23 (43,4%)	28	No significativo
Mujer	15 (50%)	30 (56,6%)	45	No significativo
Infiltración previo con glucocorticoides	9 (30,0%)	5 (9,4%)	14 (16,9%)	No significativo
Evolución del derrame (días)	30 ± 109	30 ± 110	30 ± 109	No significativo
Reactantes de fase aguda				
Proteína C-reactiva (mg/dL)	0,4 ± 0,38	0,4 ± 0,38	0,4 ± 0,38	No significativo
Velocidad de sedimentación globular (mm/h)	10 ± 18	10 ± 16	10 ± 18	No significativo
Características del líquido sinovial				
Recuento celular (células/mm^2)	650 ± 20.350	3.550 ± 47.950	2.500 ± 47.950	< 0,0001
Color				
Amarillo claro	24 (80,0%)	18 (15,1%)	42 (50,6%)	< 0,005
Amarillo intenso	5 (16,7%)	28 (52,8%)	33 (39,8%)	
Purulento	0 (0,0%)	2 (3,7%)	2 (2,4%)	
Serohemático	1 (3,3%)	5 (6,4%)	6 (7,2%)	
Viscosidad				
Normal	25 (83,3%)	15 (28,3%)	40 (48,2%)	0,0001
Disminuida	5 (16,7%)	38 (71,7%)	43 (52,8%)	
Transparencia				
Normal	26 (86,7%)	12 (22,6%)	38 (45,8%)	< 0,0001
Translúcido	3 (10,0%)	37 (69,8%)	40 (48,2%)	
Opaco	1 (3,3%)	4 (7,5%)	5 (6%)	



RC68 Figura. *Imágenes captadas mediante ecografía de derrame sinovial. Las flechas blancas señalan los grumos ecográficos y la membrana sinovial están señalizadas por los asteriscos blancos.*

visualización de grumos en el LS mediante ecografía podría ser útil para conocer las características del derrame articular en pacientes en los cuales la artrocentesis no es factible.

RC69. EFICACIA DE UN PROCEDIMIENTO ANALGÉSICO ECOGUIADO EN EL ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LA FRACTURA VERTEBRAL SINTOMÁTICA: RESULTADOS PRELIMINARES

Anastasia Mocritcaia[1], Andrés Ponce[1], Emili Gómez-Casanovas[1,2], Nuria Sapena[1], Helena Flórez[1], Ana Monegal[1], Núria Guañabens[1] y Pilar Peris[1]

[1]Servicio de Reumatología. Hospital Clínic. Universidad de Barcelona. [2]BCTDR (Barcelona Centre Tractament Dolor Reumatológic). Barcelona.

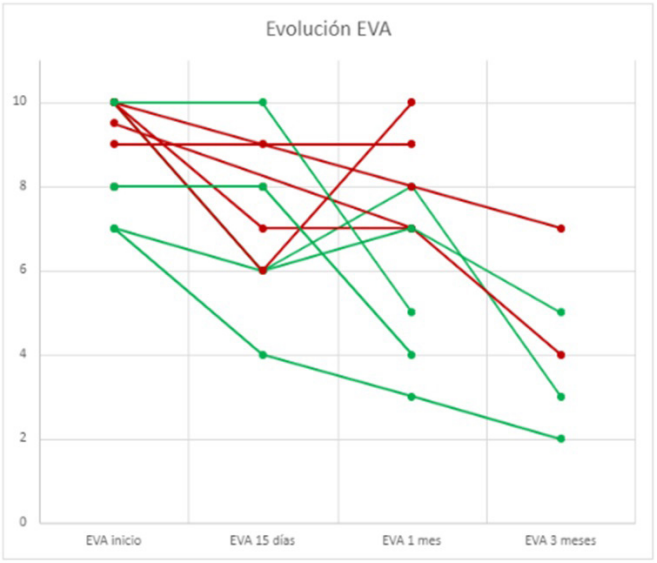
Introducción: Las fracturas vertebrales (FV) representan una complicación frecuente de la osteoporosis que puede conducir al desarrollo de dolor vertebral crónico y limitación funcional. La vertebroplastia (VP) y/o cifoplastia son procedimientos mínimamente invasivos que se han mostrado eficaces en el tratamiento del dolor en estos pacientes. Sin embargo, los ensayos clínicos aleatorizados con estos procedimientos han mostrado resultados contradictorios, ocasionando que no se recomienden de forma sistemática. Estudios recientes sugieren que el bloqueo de la rama medial del nervio espinal posterior, utilizado frecuentemente en el tratamiento de la patología facetaria, podría tener una eficacia similar a la VP, por lo que son precisos estudios que analicen la utilidad de técnicas de bloqueo anestésico local en estos pacientes.

Objetivos: Estudio piloto para analizar la efectividad y factibilidad de un procedimiento ecoguiado mínimamente invasivo en columna vertebral para el tratamiento del dolor vertebral crónico refractario asociado a FV realizado en régimen ambulatorio en un Servicio de Reumatología de un hospital de tercer nivel.

Metodología: Estudio observacional que incluye pacientes con dolor vertebral crónico refractario grave (con valor Escala Visual Analógica [EVA] ≥ 7) asociado a FV osteoporótica. Se realizó un bloqueo ecoguiado del músculo erector espinal (que involucra el bloqueo de la rama medial del nervio espinal posterior) con punción de la lámina vertebral de la vértebra fracturada (lidocaína al 2% y 4 mg de dexametasona diluidos en suero fisiológico). En todos los pacientes se evaluó la evolución del dolor (EVA) a los 15 días, así como a 1, 3, 6 y 12 meses de la realización del procedimiento. Se analizaron las características clínicas de los pacientes (edad, sexo, número y localización de las FV, tiempo de evolución del dolor, estudios radiológicos y efectos secundarios/complicaciones asociadas al procedimiento). Se presentan los resultados a los 3 meses de seguimiento.

Resultados: Se evaluaron 12 pacientes (11 mujeres) con una edad media de 78 ± 7,4 años, la mayoría (10/12) con dolor vertebral crónico severo (EVA basal 8,8 ± 1,2 [rango 7-10]) y con un tiempo medio de evolución del dolor de 122,6 ± 126 semanas (rango 2-365). Se rea-

lizaron 7 bloqueos en vertebras dorsales (D6 [2 casos], D7, D11 y D12 [3 casos]) y 5 bloqueos lumbares (L1 [2 casos], L3, L5 [2 casos]), con mejoría global del dolor a los 15 días (EVA 7,2 ± 1,7), 1 mes (6,8 ± 2,2) y 3 meses (4,2 ± 1,9) del procedimiento. A nivel individual (fig.), a los 3 meses de evolución la mayoría de los pacientes evaluados en ese momento (5/12) presentaron mejoría significativa del dolor (EVA ≤ 4); 1 paciente no experimentó ningún tipo de mejoría (presentaba dolor de muy larga evolución [1.095 días] y afectación lumbar). Este tipo de localización parecería asociarse en algunos casos a una peor respuesta terapéutica inicial (fig.). En ningún caso se observaron complicaciones relacionadas con el procedimiento.



Evolución del dolor (EVA) a lo largo de 3 meses, tras la realización de procedimiento ecoguiado para tratamiento del dolor, según la vértebra tratada (dorsal en verde, lumbar en rojo).

Conclusiones: Estos resultados preliminares sugieren que un procedimiento ecoguiado a la lámina vertebral de la vertebra fracturada puede ser una técnica segura, potencialmente efectiva y factible, para el tratamiento del dolor relacionado con la FV refractario a tratamiento conservador.

RC70. ESTUDIO EXPLORATORIO DE LA UTILIDAD DE LA DETECCIÓN DE MICRO-RNAS EN ORINA DE PACIENTES CON ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INMUNOMEDIADAS

Marisa Pardines[1], Ana Triguero-Martínez[1], Nuria Montes[1,2], Ana Romero[3], Rosario García-Vicuña[1], Amalia Lamana[4], Ana M. Ortiz[1], Rebeca Martínez-Hernández[5,6,7], Mónica Marazuela[5,6], Hortensia de la Fuente[8] e Isidoro González-Álvaro[1]

[1]Unidad de Reumatología. Hospital Universitario La Princesa. Instituto de Investigación Sanitaria-Princesa IIS-IP. Madrid. [2]Unidad de Metodología. Instituto de Investigación Sanitaria La Princesa (IIS-IP). [3]Enfermería de la Unidad de Reumatología. Hospital Universitario La Princesa. Madrid. [4]Departamento de Biología Celular. Facultad de Biología. Universidad Complutense. Madrid. [5]Departamento de Endocrinología. Hospital Universitario de La Princesa. Instituto de Investigación Princesa. Universidad Autónoma de Madrid. [6]Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Raras (CIBERER GCV14/ER/12). Madrid. [7]Facultad de Medicina. Universidad San Pablo CEU. Alcorcón. [8]Unidad de Inmunología. Hospital Universitario La Princesa. Departamento de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid. Instituto Investigación Sanitaria-Princesa IIS-IP. Madrid.

Introducción: Los micro-RNAs (miRNAs) son moléculas no codificantes (19-25 nucleótidos) que regulan la expresión génica a nivel postranscripcional. Son detectables en suero, plasma, orina y lágrimas, se han propuesto como biomarcadores diagnósticos y pronósticos de enfermedades. Previamente hemos descrito que la expresión de miR-19b, miR-26b, miR-19a y miR-143 en suero de pacientes con enfermedades inflamatorias inmunomediadas (EIMMI) pueden ser biomarcadores para su seguimiento. Sin embargo, la medición seriada de biomarcadores en suero es una técnica invasiva.

Objetivos: Determinar si es posible detectar en orina miR-19b, miR-26b, miR-19a y miR-143 como biomarcadores en EIMMI, lo cual facilitaría la posibilidad de medirlos de forma periódica.

Métodos: Las orinas de 10 donantes sanos, y orinas y sueros de 7 pacientes con EIMMI de distinto sexo y edad se recogieron y guardaron a -80 ºC. Para la extracción de ARN se centrifugaron 250 µl (5' a 5.000 rpm) y se procesaron 200 µl del sobrenadante con el kit miRNeasy Micro (Qiagen, Hilden, Alemania), siguiendo el protocolo del fabricante incluyendo la mezcla compuesta por los controles UniSp2, UniSp4 y UniSp5 y MS2 como *carrier*. La retrotranscripción se realizó con el kit miRCURY LNA RT y UniSp6 como control, ambos de Qiagen. Se probaron diferentes *inputs* de ARN de la muestra: 2 µl, 4 µl y 6 µl, completando hasta 10 µl con los *buffers*. La cuantificación de miRNA por qPCR se realizó por triplicado con el kit miRCURY LNA SYBR Green PCR siguiendo las instrucciones. Basados en estudios previos se utilizaron los *primers* para UniSp2, UniSp5, UniSp6, hsa-miR-19a-3p, hsa-miR-19b-3p, hsa-miR-26b-5p y hsa-miR-143-3p. Se utilizaron diferentes diluciones de cADN (1:20, 1:30 y 1:40) para determinar la concentración óptima. Para la reacción se usó un sistema de detección por PCR CFX384 (Bio-Rad). Los valores de CT se analizaron con el programa Bio-Rad CFX Maestro (v3.1). La expresión de los miRNAs fue normalizada y linealizada según $2^{\Delta CT}$ y la comparación de los valores entre grupos se realizó mediante el test de Mann-Whitney.

Resultados: No se observan diferencias en la eficiencia de la retrotranscripción de controles UniSp en orina y suero con diferentes *inputs* de muestra (fig. 1), por lo que se escogió el input de 2 µl. El factor dilución de cADN no afecta a los valores de expresión de los UniSp (fig. 2), aun así, se escoge la dilución 1:20 para intentar compensar un menor *input* en la fase previa. Con estas condiciones definidas se analizó la expresión de miRNA en orina y suero, siendo en suero 25-50 veces mayor que en orina. Además, la expresión de miRNAs en orina de pacientes EIMMI fue mayor que la de los controles sanos (fig. 3).

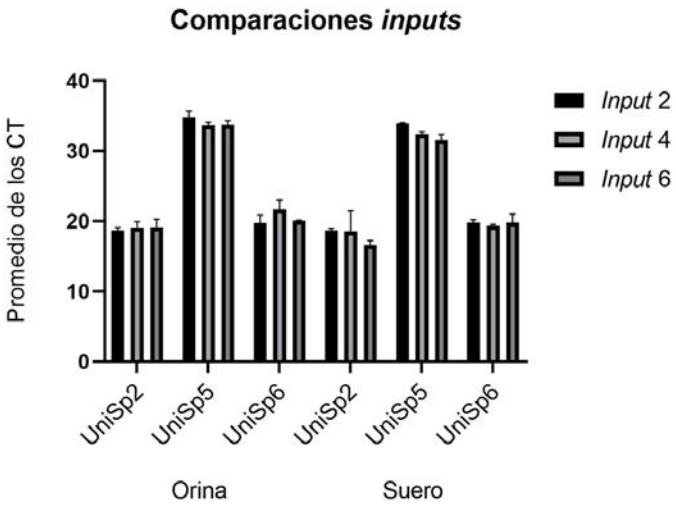


Figura 1. *Se muestran los valores de CT de orina y suero en los controles UniSp2 y UniSp5. Elaboración propia.*

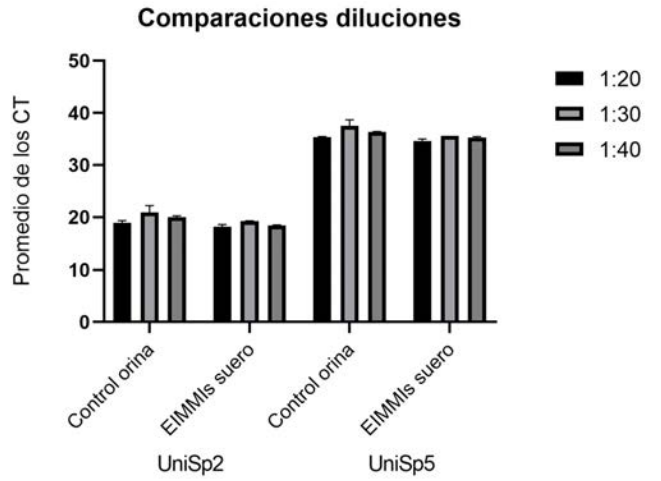


Figura 2. *Se representa el promedio de los CT a diferentes diluciones. Elaboración propia.*

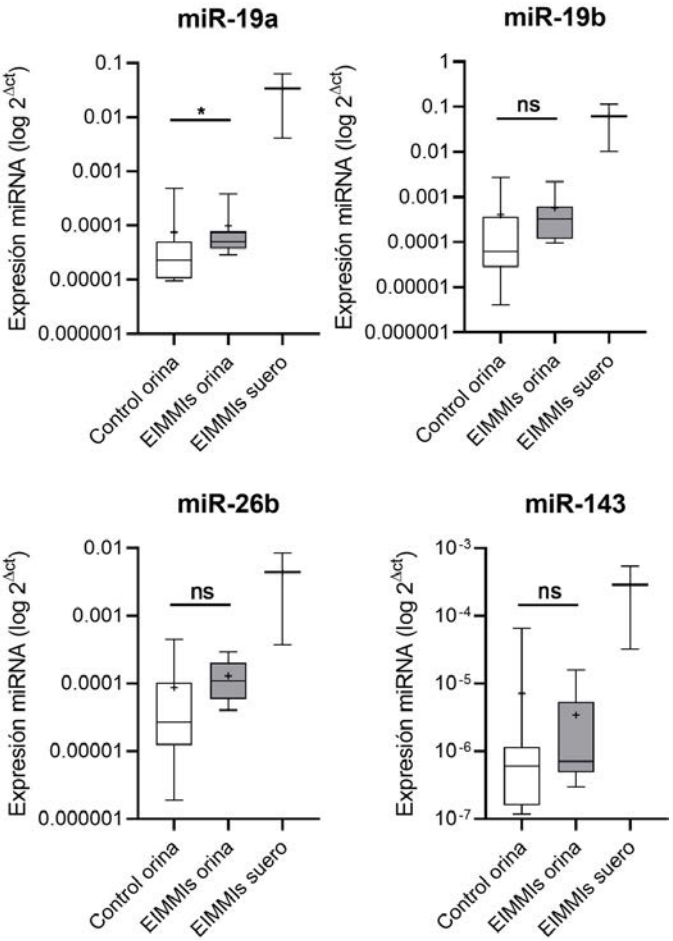


Figura 3. *Expresión de miRNA en orina y suero. La media se representa como +. Elaboración propia.*

Conclusiones: Se ha detectado la presencia de miR- 19b, miR-26b, miR-19a y miR-143 en orina, indicando que el estudio de los mismos como biomarcadores en EIMMI es posible. Esto supone la ventaja del uso de un tipo de muestra no invasiva para el *screening* o seguimiento de EIMMI.

RC71. EXPERIENCIA PRÁCTICA CON BELIMUMAB EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Mireia Lucía Sanmartín Martínez, Jorge Juan Fragío Gil, Roxana González-Mazarío, Pablo Martínez Calabuig, Laura Salvador Maicas, Amalia Rueda Cid, Juan José Lerma Garrido, Clara Molina Almela y Cristina Campos Fernández

Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario. Valencia.

Introducción: Belimumab es un anticuerpo monoclonal humano que se une de forma específica a la forma soluble de la proteína estimuladora de linfocitos B (BLyS). Ello le convierte en una terapia de utilidad en los pacientes con lupus eritematoso sistémico con autoanticuerpos positivos y una alta actividad de la enfermedad pese a tratamiento convencional.

Objetivos: El principal objetivo de la presente revisión de casos es observar el efecto del inicio de la terapia con belimumab en pacientes con LES mediante los cambios en el índice de actividad SLEDAI y las modificaciones analíticas.

Métodos: Se ha realizado una revisión retrospectiva de casos, incluyendo 13 pacientes con diagnóstico de LES que han recibido terapia con BLM y se ha recogido el índice SLEDAI, así como un estudio analítico (incluyendo niveles de complemento y autoanticuerpos) en el momento previo al inicio de tratamiento con BLM, a los 6 meses y al año.

Resultados: En la muestra se incluyeron 12 mujeres (92%) y 1 hombre (8%), con una edad media de 41,5 ± 11,5 años. En cuanto a los dominios clínicos afectados por la enfermedad, el articular fue el más frecuente (100%), seguido del cutáneo (77%), renal (46%) y neurológico (38%). Todos los pacientes recibieron tratamiento previo al BLM con antipalúdicos, corticoterapia y algún FAME: metotrexate (61%), azatioprina (31%), micofenolato (31%), ciclofosfamida (15%), y uno de ellos recibió rituximab. Según la escala SLEDAI, previo al inicio del tratamiento con BLM, un 15% presentaban una actividad moderada, 62% actividad elevada y 23% actividad muy elevada. A su vez, un 69% presentaban hipocomplementemia y 77% anticuerpos anti-DNAdc positivos. La indicación más frecuente de BLM fue la articular y astenia (100%), seguida de la cutánea (62%) y renal (46%). La mayoría de pacientes iniciaron una pauta subcutánea semanal de 200 mg, exceptuando 3 pacientes que recibieron pauta intravenosa mensual. A los 6 meses de inicio de BLM se registró un 17% de pacientes sin actividad, 33% con actividad leve, 42% con actividad moderada y 8% con actividad elevada. Se alcanzó un estado de LLDAS en el 25%, y de remisión en un 8%. Se reflejó una mejoría serológica en un 67%, permaneciendo con hipocomplementemia el 42% y positividad para los anticuerpos anti-DNAdc el 67%. En cuanto a las complicaciones, 5 pacientes requirieron ingreso hospitalario, 2 por actividad de la enfermedad y 3 por infección intercurrente: 2 neumonías y una meningitis criptocócica, falleciendo finalmente este último paciente. A su vez, hubo 2 suspensiones definitivas y 3 aplazamientos de dosis por infecciones leves. A los 12 meses un 22% de los pacientes permaneció sin actividad de la enfermedad, 44% con actividad leve, y 33% con actividad moderada. Se alcanzó un estado de LLDAS en el 55% y de remisión en el 11% (observamos la variación de los índices con el tiempo en la tabla). En cuanto a la mejoría serológica, se objetivó en un 67%, permaneciendo un 33% con hipocomplementemia y un 56% con anticuerpos anti-DNAdc positivos. En lo referente a las complicaciones, se registró 1 suspensión por ineficacia y 2 pacientes aplazaron dosis por infecciones leves.

Conclusiones: Nuestra experiencia con belimumab en pacientes con LES sugiere que este tratamiento es una opción valiosa, especialmente en aquellos que no responden adecuadamente a las terapias convencionales, ya que observamos mejoría, tanto a nivel clínico como serológico, en la mayoría de los pacientes.

SLEDAI	Pre-BLM	6 meses	12 meses
	Total: 13 pacientes	Total: 12 pacientes	Total: 9 pacientes
No actividad (0)	0/13 (0%)	2/12 (17%)	2/9 (22%)
Actividad leve (1-5)	0/13 (0%)	4/12 (33%)	4/9 (44%)
Actividad moderada (6-10)	2/13 (15%)	5/12 (42%)	3/9 (33%)
Actividad alta (11-19)	8/13 (62%)	1/12 (8%)	0/9 (0%)
Actividad muy alta (≥20)	3/13 (23%)	0/12 (0%)	0/9 (0%)
LLDAS	-	3/12 (25%)	5/9 (55%)
Remisión (DORIS)	-	1/12 (8%)	1/9 (11%)

Evolución clínica previo a tratamiento con belimumab, a los 6 meses y a los 12 meses.

RC72. UTILIDAD DE FILGOTINIB EN EL TRATAMIENTO DE LA ESCLERITIS ASOCIADA A ARTRITIS REUMATOIDE REFRACTARIA A BIOLÓGICOS. DESCRIPCIÓN DE DOS CASOS

María Carmen Ortega de la O[1], Mª Luisa González Gómez[2], Mercedes Morcillo Valle[2], Mª Luisa Luque Valentín-Fernández[3], Mª Rocío García Catalán[3], Luis Miguel Gallardo Sánchez[3] y Ángel Aragón Díez[1]

[1]Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Getafe. [2]Servicio de Reumatología. Hospital de El Escorial. Madrid. [3]Servicio de Oftalmología. Hospital de El Escorial. Madrid.

Introducción: Se presentan 2 pacientes con escleritis bilateral difusa asociada a artritis reumatoide (AR) refractaria al tratamiento con biológicos que presentaron una respuesta favorable a la utilización de filgotinib.

Casos clínicos: Caso 1: mujer de 37 años con antecedente de AR, que acude a Urgencias por cefalea y ojo rojo bilateral. Se diagnosticó de escleritis difusa bilateral[1]. La paciente estaba en tratamiento de su AR con 10 mg de prednisona día, 15 mg de metotrexato/sem y CIMZIA 200 mg cada 14 días. Tenía ANA+ 1/320, anti-Ro, FR y anti-CCP positivos. La evolución clínica de la paciente fue desfavorable [2], con baja respuesta a distintos tratamientos sistémicos (azatioprina, rituximab y micofenolato mofetilo). Ante la aparición de síntomas articulares (sinovitis activa en manos, pies y rodillas) y la escasa respuesta de la patología ocular se inició tratamiento con filgotinib 200 mg día junto con prednisona 7,5 mg día y micofenolato mofetilo 500 mg/12 horas. Tras un mes tratamiento con filgotinib se observó franca mejoría [3] tanto de la escleritis como de la afectación articular. Se retiró el corticoide y se mantuvo el micofenolato y el filgotinib. La paciente persistió estable y asintomática hasta la actualidad. Caso 2: mujer de 40 años, diagnosticada en septiembre de 2010 de AR, con FR y antiCCP positivos, que había sido tratada con metotrexato, leflunomida y posteriormente con etanercept en monoterapia consiguiendo la remisión de la AR. En marzo de 2022 presenta ojo rojo bilateral siendo diagnosticada de escleritis difusa bilateral. Se inicia tratamiento con prednisona a 1 mg/kg y antiinflamatorios sin resolución de la escleritis. En julio de 2022, se suspende etanercept y se inicia tratamiento con filgotinib 200 mg al día y 10 mg de prednisona diarios consiguiendo la curación de su escleritis tras unas semanas de tratamiento. Ha permanecido asintomática hasta la actualidad.

Discusión: Describimos por primera vez, que sepamos, la favorable respuesta clínica a filgotinib en dos pacientes con escleritis grave asociada a AR refractaria a varios FAME sistémicos sintéticos, biológicos convencionales y a terapia inmunosupresora. No existe ninguna descripción en toda la bibliografía revisada de una escleritis asociada a AR tratada satisfactoriamente con filgotinib. Tofacitinib demostró ser eficaz en un paciente con escleritis refractaria no asociada a AR que solo se controló inicialmente con ciclofosfamida. Baricitinib en una queratitis ulcerosa periférica grave y refractaria asociada a escleritis en un paciente con AR. En nuestros pacientes, la escleritis fue resistente a tratamiento con anti TNF alfa (en un caso con certolizumab pegol y en otro con etanercept) lo que tal vez sugiera que la escleritis podría estar mediada también por una y/o varias citoquinas diferentes del TNF alfa. Un alto nivel de citoquinas, como TNF e interleucina (IL)-6, está presente en el limbo esclerótica-corneal, promoviendo la invasión local de células inmunes y dando lugar al daño tisular. Mientras que los biológicos bloquean selectivamente una sola citoquina, los jakinibs (inhibidores Janus kinasa) pueden inhibir tanto la respuesta Th1 como la Th17, por lo que podrían ser útiles en el tratamiento de la escleritis. En el caso de los pacientes que presentamos, consideramos de interés la excelente respuesta a filgotinib observada en la inflamación escleral por lo que creemos que filgotinib posee un perfil de bloqueo de citoquinas adecuado para el tratamiento de la escleritis asociada a AR.

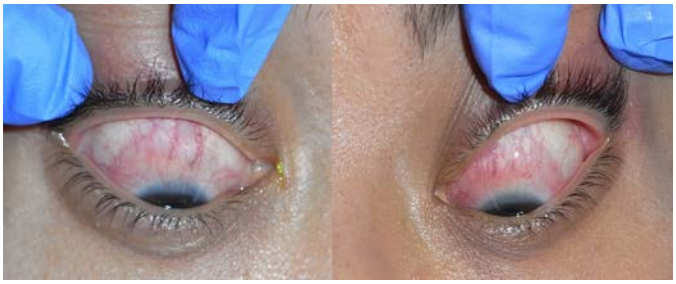


Figura 1.

Figura 2.

Figura 3.

RC73. INTERCONSULTAS A REUMATOLOGÍA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: UN ANÁLISIS DE 6 MESES DE ATENCIÓN

Alba Mata Ojeros, María Sánchez-Wonenburger, Pablo Castro, Jose Luis Puga, Irene Álvarez, Elisa Campos, Raquel Dos Santos, Eva Pérez Pampín, Jose Ramón Maneiro y Antonio Mera

Complejo Hospitalario de Santiago de Compostela.

Introducción: La atención urgente por parte de reumatología es una parte importante de la práctica clínica de nuestra especialidad. La detección precoz y tratamiento de muchas enfermedades reumáticas es clave en el pronóstico de nuestros pacientes[1]. Realizamos en

nuestro centro un estudio descriptivo sobre la actividad urgente por parte de reumatología que se consulta en nuestra área sanitaria.
Objetivos: Describir la asistencia urgente de un servicio de Reumatología de un hospital de tercer nivel.
Métodos: Se realiza un estudio descriptivo de las interconsultas (ICs) que recibe el servicio de Reumatología de Santiago de Compostela desde enero a junio de 2022, tanto procedentes del Servicio de Urgencias como de otros servicios hospitalarios. El análisis estadístico se realiza con el programa informático SPSS.
Resultados: Se han atendido 379 pacientes (52% hombres) en el período de estudio. Las características poblacionales y los servicios solicitantes de la ICs se describen en la tabla. 236 pacientes (62,3%) no presentaban antecedentes de enfermedades reumáticas en el momento de la consulta. Los antecedentes reumáticos más frecuentes fueron las artropatías inflamatorias en 109 (28,8%) pacientes, encontrando el diagnóstico de artritis reumatoide (AR) en 39 (10,3%) y de espondiloartropatías (SpA) en 34 (8,5%); los antecedentes de enfermedades autoinmunes sistémicas aparecieron en 27 (7,1%) pacientes (siendo el más frecuente la polimialgia reumática con 3,4%, seguido de la arteritis de células gigantes por 1,7%); el diagnóstico de artritis microcristalina estaba presente en 25 pacientes (6,3% con antecedentes de gota y 0,3% de artritis por pirofosfato). 199 pacientes han sido sometidos a diferentes técnicas, siendo la artrocentesis la más utilizada (en 150; 76,1%), seguida de la ecografía musculoesquelética (en 17; 4,5%) y la ecografía de arterias temporales (en 16; 4,2%). De los diagnósticos realizados como respuesta a las ICs, 232 (61,2%) correspondían a enfermedades reumáticas. 119 (31,4%) pacientes presentaron un diagnóstico "de novo" de enfermedad reumática, siendo los más frecuentes las artritis microcristalinas en 64 pacientes (18,2% gota y 8,9% artritis por pirofosfato), las artropatías inflamatorias de inicio en 35 pacientes (1,7% AR, 3,4% SpA y 9,3% poliartritis seronegativas) e infecciones articulares y de partes blandas en 27 (5,9% bursitis séptica, 4,7% artritis séptica, 0,4% de poliartritis séptica y 0,8% otras infecciones). 205 pacientes (54,1%) necesitaron seguimiento en consultas externas, mientras que 45 (25,9%) fueron dados de alta tras una revisión posterior. Solamente 30 (7,9%) necesitaron ingreso hospitalario.

Sexo	
Hombre	197 (52%)
Mujer	182 (48%)
Edad	62
Edad hombres (mediana, RIQ)	62 (24)
Edad mujeres (mediana, RIQ)	63 (26)
Procedencia	
Urgencias	284 (74,9%)
Plantas hospitalización	95 (24,1%)
Medicina Interna	29 (7,7%)
Digestivo	17 (4,5%)
Cardiología	11 (2,9%)
Neurología	8 (2,1%)
Cirugía general	7 (1,8%)
Neumología	6 (1,6%)
Resto de servicios	13 (13,7%)

Conclusiones: En este estudio se describe la importancia de la atención urgente por parte de un servicio de reumatología de un hospital de tercer nivel, ya que la detección rápida de enfermedades reumáticas es clave para el pronóstico futuro de las mismas. El diagnóstico de infecciones articulares ha estado muy presente en nuestra actividad asistencial de urgencias, siendo la artrocentesis la técnica diagnóstico-terapéutica más utilizada. Serían necesarios más estudios con más tamaño muestral para evaluar la necesidad y capacidad de mejoría de los servicios de reumatología, especialmente en la primera atención a los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cush JJ. Rheumatoid Arthritis: Early Diagnosis and Treatment. Med Clin North Am. 2021;105(2):355-65.

RC74. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA SINOVIORTESIS RADIOISOTÓPICA EN PACIENTES CON ARTROPATÍA INFLAMATORIA CRÓNICA: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

María Sánchez Wonenburger, Pablo Castro Santamaría, José Luis Puga Guzmán, Alba Mata Ojeros, Irene Álvarez Losada, Elisa Campos Cabaleiro, José Ramón Maneiro, Eva Pérez-Pampín y Antonio Mera Varela

Complexo Hospitalario Universitario de Santiago.

Introducción: La sinoviortesis radioisotópica (SR) se presenta como una alternativa eficaz para el tratamiento de la patología inflamatoria articular refractaria a las primeras líneas de tratamiento. La técnica consiste en la instilación directa del radiofármaco (en este caso Ytrio-90) que queda confinado en el espacio articular produciendo la destrucción total o parcial de la membrana sinovial; mejorando de esta forma la sintomatología del paciente[1]. Con unas tasas de eficacia que oscilan entre el 50-80% según la serie y escasas e infrecuentes complicaciones es una técnica que debería considerarse en pacientes seleccionados[2].
Objetivos: Estudiar los resultados de eficacia y seguridad a los 6 y 12 meses posteriores a la infiltración con el radiofármaco en pacientes con artropatía crónica.
Métodos: Se recogen los datos de todas las sinovectomías químicas con Ytrio-90 realizadas en el Servicio de Reumatología del Complexo Hospitalario Universitario de Santiago en colaboración con el Servicio de Medicina Nuclear del mismo centro en los últimos 10 años (2013-2023). Se recogen datos de seguridad (efectos adversos a corto y medio plazo) y eficacia (recidiva de la artritis y evolución de parámetros analíticos) en 6 y 12 meses. El análisis estadístico se realiza con el programa informático SPSS.
Resultados: Se han realizado 7 sinovectomías químicas en 6 pacientes estudiados (en uno de ellos se realizó en dos ocasiones). Las características de la población se exponen en la tabla 1. Todos los pacientes presentaron enfermedad oligo o poliarticular (4 presentaban diagnóstico de oligoartritis de rodillas, 1 de sinovitis villonodular y 1 de artritis psoriásica con afectación poliarticular). En todos los casos el procedimiento se realizó en la articulación de la rodilla. Los datos sobre la eficacia se exponen en la tabla 2. No hemos encontrado correlación entre el tiempo desde el diagnóstico hasta el procedimiento y el número de episodios posteriores a los 6 (p = 0,329) y 12 (p = 0,644) meses. Tampoco ha habido diferencias significativas en los resultados entre los pacientes que estaban a tratamiento con FAMEcs y los que no lo estaban (p = 0,133 y p = 0,533 respectivamente). No han sido notificadas reacciones adversas en ninguno de los procedimientos realizados.

Tabla 1. Características demográficas de la muestra

Sexo	
Hombres	2 (33,3%)
Mujeres	4 (66,6%)
Edad al diagnóstico (media, desviación típica)	42,5 (11,8)
Tiempo desde el diagnóstico hasta SR (media, desviación típica)	37,83 (31,3)
Fallo a FAMEsc previo	5 (83,3%)
Dosis GC (mg/día de prednisona)	5

Conclusiones: La sinovectomía con 90-Ytrio debe considerarse una alternativa terapéutica segura para los pacientes con episodios recurrentes de artritis en una articulación accesible, refractarios a otras líneas de tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios. Ficha técnica citrato de ytrio (90 Y) coloidal Cis Bio international 37-370 MBq/ml suspensión inyectable. CIMA; Mayo 2012 [Revisado Junio 2018; Consultado 18 Enero 2023]. Disponible en: http://www.aemps.gob.es

Tabla RC74
Tabla 2. Evolución clínico-analítica de la muestra

Paciente	Diagnóstico	FAMEsc	Tiempo hasta infiltración (años)	VSG (0m)	VSG (6m)	PCR (0m)	PCR (6m)	Nuevos episodios (6m)	Intervenciones
1	Oligoartritis rodillas	MTX + LEF	3,5	14	5	0,6	0,05	2	
2	Sinovitis villonodular	N/A	4,8	62	11	2,7	1,4	1	MTX
3	Oligoartritis rodillas	MTX	0,58	10	22	0,9	0,22	3	
4	Oligoartritis rodillas	MTX	1,5	2	3	0,05	0,04	9	Artroscopia
5	Oligoartritis rodillas	MTX + LEF	0,92	2	2	0,05	0,09	2	
6	Artritis psoriásica	MTX	7,8	10	13	N/A	1,3	1	Nueva IL YTRIO-90 + MTX
7	Artritis psoriásica	MTX + LEF	1,25	N/A	N/A	0,56	N/A	N/A	

2. Román Ivorra J, Chismol Abad J, Morales Suárez Varela M, Ureña M, Ribes Iborra J, Sopena Monforte R. La sinoviortesis radioisotópica en la artritis reumatoide. Estudio de 108 casos. Rev Esp Med Nucl. 2000;19(4):275-8.

RC75. DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE DE CASOS DE ARTERITIS DE TAKAYASU

Andrés Camilo Veloza Morales, Aina Puiggròs-Ferrer, Núria Bou, David Galarza, Helena Sirera, Carla Ayza Farrerons, Oriol Escarpenter Pitarch, Iago López-Güell, Anna Pros, Tarek Carlos Salman-Monte, Carolina Pérez-García, Jordi Monfort e Irene Carrión-Barberà

Hospital del Mar. Barcelona.

Introducción: La arteritis de Takayasu (ATK) es una vasculitis poco prevalente en nuestro medio, afectando de forma predominante a mujeres en edad fértil, con una alta tasa de morbimortalidad. El diagnóstico temprano y el tratamiento son decisivos, aunque la falta constante de elevación de reactantes de fase aguda y la ausencia de biomarcadores específicos pueden convertirlos en un desafío. El empleo de nuevas pruebas de imagen como la angiografía por tomografía (ACT), la angiografía por resonancia magnética (ARM) y tomografía por emisión de positrones (PET-TAC) han mejorado el diagnóstico y el seguimiento, siendo menos invasivas que la arteriografía convencional considerada la prueba *gold* estándar. El tratamiento farmacológico se centra en controlar la inflamación y prevenir daños orgánicos irreversibles, mediante el uso de glucocorticoides e inmunosupresores.

Objetivos: Describir las características clínicas, pruebas diagnósticas, tratamientos y evolución de una serie de casos con ATK.

Métodos: Revisión retrospectiva de una base de datos de vasculitis de gran vaso seleccionando aquellos con diagnóstico de ATK y que realizaran seguimiento en el servicio de reumatología del Hospital del Mar en los últimos 20 años. Se recogieron variables demográficas, manifestaciones clínicas, pruebas de imagen y tratamiento de la historia clínica.

Resultados: La tabla resume las características de los 5 pacientes de nuestra cohorte, compuesta en su totalidad por mujeres con una edad media en el momento del diagnóstico de 41,8 ± 12,4 años. El tabaco es el principal factor de riesgo cardiovascular, presente en un 60%, asociando en un 66% de estos también el consumo de alcohol. Se evaluaron aquellas manifestaciones clínicas asociadas, presentando especialmente atención a aquellas características clínicas incluidas en los nuevos criterios clasificatorios del American College Of Rheumatology/European Alliance of Associations for Rheumatology (ACR/EULAR) 2022. El 80% de pacientes presentaron como primera manifestación claudicación intermitente seguida de eventos isquémicos (40% y 20% respectivamente). Menos de un 20% presentó alguna manifestación neurológica y/o digestiva y ningún caso presentó clínica pulmonar o cutánea. La arteriografía y la ACT se usaron como prueba diagnóstica inicial (en 3 y 2 casos respectivamente) y posteriormente en todos los casos la ACT se realizó de manera preferente, añadiendo alguna otra prueba en función de la clínica asociada. En el 80% de casos la extensión de la enfermedad comprometía tanto aorta torácica (ascendente, descendente y cayado aórtico) y aorta abdominal y/o arterias renales. El tratamiento inicial involucró glucocorticoides y fármacos modificadores de la enferme-

Tabla RC75

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5
Sexo	Mujer	Mujer	Mujer	Mujer	Mujer
Edad actual (años)	51	62	66	52	34
Edad al diagnóstico (años)	30	58	55	49	27
Antecedentes familiares de EAS	No	No	No	No	No
Causa de estudio inicial	Claudicación intermitente	Evento isquémico	Evento isquémico	Claudicación intermitente	Carotidinia/HTA
Factores de riesgo cardiovascular	No	DL, tabaco, alcohol	Tabaco, alcohol	Tabaco	HTA
EAS asociadas	No	No	No	SAF	No
Sospecha aortitis infecciosa	No	No	No	No	No
Despistaje infeccioso de sífilis	Sí	Sí	No	Sí	Sí
Elevación de RFA	Sí	Sí	Sí	No	Sí
Prueba imagen inicial	Arteriografía	Eco Doppler y ACT	Arteriografía, ACT PET-TAC	Arteriografía, ACT	ACT
Prueba imagen seguimiento	Eco Doppler y ACT	ACT	ACT y PET-TAC	ACT, ARM, PET-TAC	ACT
Clasificación Numano	5	5	5	4	5
Tipo de lesión vascular	Estenosis	Trombosis/estenosis	Estenosis	Estenosis	Estenosis/Dilatación
Localización comprometida	Carótidas y subclavia derecha	Aorta infrarrenal e iliacas primitivas/subclavia izquierda	Ostium del tronco coronario y coronaria derecha	Aorta abdominal infrarrenal	Estenosis carótida primitiva bilateral/aneurismática aorta infrarrenal
Cumple criterios ACR 1990	Sí	Sí	Sí	No	Sí
Cumple criterios ACR/EULAR 2022	No	Sí	No	Sí	Sí
Tratamiento inicial	Prednisona, AAS, MTX	Prednisona, AAS	Prednisona, AAS, MTX	AAS	Prednisona, AAS, MTX
Tratamiento actual	AZA + AAS	AAS	Prednisona, AAS, MTX + IFX	AAS	AZA

ATK: arteritis de Takayasu; ACT: angiografía por tomografía; ARM: angiografía por resonancia magnética; PET-TAC: tomografía por emisión de positrones; EAS: enfermedad autoinmune sistémica; HTA: hipertensión arterial; DL: dislipemia; SAF: síndrome antifosfolípido; RFA: reactantes de fase aguda; ACR: American College Of Rheumatology; ACR/EULAR: American College Of Rheumatology/European Alliance of Associations for Rheumatology; AAS: ácido acetilsalicílico; MTX: metotrexato; AZA: azatioprina; IFX: infliximab.

dad (FAME) como ahorradores de corticoides, principalmente metotrexato, con transición a azatioprina en algunos casos. Una paciente actualmente recibe tratamiento biológico con infliximab, y todas están en tratamiento con antiagregantes.
Conclusiones: La ATK conlleva desafíos diagnósticos debido a la variedad de manifestaciones clínicas y la falta de biomarcadores específicos. El empleo de las nuevas pruebas de imagen ha mejorado tanto el diagnóstico como el seguimiento. La individualización del tratamiento es crucial debido a la variabilidad en la presentación y la respuesta a los diferentes fármacos, así como del seguimiento, con el fin de poder controlar la enfermedad de la manera más eficaz posible.

RC76. USO DE INHIBIDORES DE JAK EN ARTRITIS REUMATOIDE EN PRACTICA CLÍNICA REAL: ANÁLISIS DE SEGURIDAD EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Ignacio González Fernández[1], Ismael González Fernández, Pedro Luis Baenas González, Carolina Díez Morrondo, Miriam Retuerto Guerrero, Clara Moriano Morales, Cristiana Sieiro Santos, Carolina Álvarez Castro, Paula Pérez García, Jose Ordás Martínez, María Eva Vallejo Pascual[2] y Elvira Díez Álvarez[1]

[1]Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de León. [2]Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. Departamento de Economía y Estadística. Universidad de León.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una de las artropatías inflamatorias crónicas más frecuentes. La incorporación de nuevas dianas terapéuticas, como los inhibidores de JAK (JAKi), nos han permitido mejorar la situación de nuestros pacientes, logrando la remisión clínica, especialmente en aquellos que fracasaron a tratamientos anteriores, manteniendo un perfil de seguridad adecuado.
Objetivos: Describir características clínico-epidemiológicas de pacientes con diagnóstico de AR que han precisado tratamiento con JAKi y analizar las complicaciones derivadas del uso de estos fármacos.
Métodos: Estudio observacional descriptivo de todos los pacientes con diagnóstico de AR que han recibido tratamiento con JAKi en nuestro centro hasta el 31 de diciembre de 2023. Se describen las siguientes variables: diagnóstico, sexo, edad media al diagnóstico y al inicio del tratamiento, tiempo de demora entre ambas fechas, presencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y hábitos tóxicos, complicaciones infecciosas/trombóticas/neoplásicas por JAKi, medicaciones prescritas y motivo de suspensión y remisión de la enfermedad en última consulta.
Resultados: Se incluyeron 33 pacientes (72,7% mujeres). Se utilizaron baricitinib (42,4%), tofactinib (42,4%) y upadactinib (15,2%). Edad media al inicio del tratamiento fue 56,33 ± 8,25 años con una demora entre el diagnóstico de la enfermedad y el inicio de JAKi de 27,8 ± 20,37 meses. El 84,8% recibió vacuna frente a herpes zoster (HZ); un 9,1% habían padecido previamente HZ. Un 9,1% había tenido previo al JAKi infecciones graves que habían requerido ingreso (2 neumonías y 1 episodio de tromboflebitis séptica del seno cavernoso). Un 75,8% presentaban FRCV (destacando dislipemia en 54,5% e hipertensión arterial en 33,3%). Un 48,5% habían sido fumadores. El 12,1% tenían enfermedad cardiovascular establecida (aterosclerosis 75%) y el 9,1 % habían presentado episodio trombótico previo (3 infartos y 1 colitis isquémica). Como complicaciones por el tratamiento, a nivel de infecciones se documentó solo 1 infección grave que requirieron ingreso (concretamente por Sars-Cov2 en paciente con tofacitinib 5 mg/día) y ningún caso de HZ; 2 casos de neoplasias (2 carcinomas basocelulares en pacientes con baricitinib 4 mg/día), y ningún episodio trombótico. No se documentaron eventos adversos para upadacitinib. En la última consulta, se registró mejoría clínica en el 78,8% de los pacientes. De los33 pacientes, 8 (24,2%) ha tenido que suspender JAKi: Las causas más frecuentes fueron fallo secundario y primario (50-12,5% respectivamente). Ninguno por complicación infecciosa, trombótica u oncológica.

Tabla 1. FAMEsc

FAMEsc	Pacientes que inician tratamiento	Pacientes que continúan tratamiento	Causa más frecuente de suspensión
Metotrexato	30 (90,1%)	7 (21,2%)	Intolerancia
Leflunomida	17 (51,9%)	0	Ineficacia
Hidroxicloroquina	5 (15,2%)	2 (6,1%)	Ineficacia

Tabla 2. FAMEb previos a inicio de JAKi

FAMEb	Pacientes que inician tratamiento	Pacientes que continúan tratamiento	Causa más frecuente de interrupción de tratamiento
Anti TNF	27 (81,8%)	0	Fallo primario
Inhibidor de IL-6	9 (27,3%)	3 (9,1%)	Fallo primario
Rituximab	5 (15,2%)	0	Fallo primario
Abatacept	5 (15,2%)	3 (9,1%)	Fallo primario

Conclusiones: En nuestra experiencia, los JAKi demuestran ser una opción terapéutica útil en el manejo de pacientes con AR y, además, con adecuado perfil de seguridad con bajo riesgo de infección, oncológico y/o trombótico.
BIBLIOGRAFÍA
1. Gravallese EM, Firestein GS. Rheumatoid Arthritis - Common Origins, Divergent Mechanisms. N Engl J Med. 2023;388(6):529-42.

RC77. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE GUSELKUMAB EN PACIENTES CON PSORIASIS CUTÁNEA Y ARTRITIS PSORIÁSICA EN PRÁCTICA CLÍNICA EN EL HOSPITAL DE JEREZ

C. Fuentes Rodríguez, C. Serrano Virlán, M. Pastor Mena, C. Quickenborne Ruiz, B. Fernández López, B. Viejo Sosa, M. Cordón González, J.L. de la Iglesia Salgado, Y. Cabello Fernández, C. Fuego Varela y M.D. Toledo Coello

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Jerez.

Introducción: Guselkumab, anticuerpo monoclonal contra la proteína interleucina IL-23, ha sido aprobado para el tratamiento de la psoriasis cutánea moderada-severa, recientemente ha sido aprobado por la EMA en su indicación para la artritis psoriásica. Evaluamos la eficacia y seguridad en pacientes con psoriasis y artritis psoriásica en el Hospital de Jerez.
Métodos: Se realiza un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo que incluyen un total de 21 pacientes con psoriasis cutánea, con o sin artritis psoriásica asociada, que han sido tratados con guselkumab.
Resultados: Se registraron 9 mujeres y 12 varones durante un periodo de seguimiento de 52 semanas. De los 21 pacientes recogidos, 11 de ellos fueron diagnosticados de psoriasis y artritis psoriásica, el resto serían únicamente pacientes dermatológicos. Al inicio del estudio el 86% estaban en tratamiento concomitante (MTX, LEU...), sin embargo, al año ningún paciente recibía tratamiento concomitante, siendo efectivo guselkumab en monoterapia. El 76% de los pacientes habían hecho tratamiento biológico previo (5 pacientes *naïve*, 2 pacientes en 1a o 2a línea y 14 pacientes en 3a línea o más de tratamiento). De los 21 pacientes, tres discontinuaron el tratamiento (uno por síntomas gastrointestinales y dos por fallo primario), obteniendo una supervivencia de guselkumab en el primer año de tratamiento del 100% en los pacientes *naïve* y en primera o segunda línea de tratamiento, y del 85% en los pacientes que recibieron guselkumab como tercera línea o más de tratamiento. El PASI medio inicial, que era de 7, disminuyó a 0,7 tras 52 semanas de tratamiento y el DAPSA inicial, de 22, se redujo a 10,22 tras el primer año con guselkumab.

Conclusiones: Guselkumab demostró ser efectivo a nivel cutáneo y articular, logrando altas tasas de respuesta con buen perfil de seguridad y una tasa de abandono muy baja debido a efectos adversos.

RC78. EVENTOS CARDIOVASCULARES EN UNA COHORTE DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO 2003-2023

J. Bastidas Vinueza[1], L. López-Núñez[1], S. Hernández[1], A. Darder[2], M. Bordoy[2], I. Ros[2] y A. Juan Mas[2]

[1]Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Son Llàtzer. Palma de Mallorca. [2]Unidad de Investigación. Hospital Universitario Son Llàtzer. Palma de Mallorca.

Introducción: La enfermedad cardiovascular (ECV) y el lupus eritematoso sistémico (LES) están fuertemente relacionados, debido al mayor riesgo de aterosclerosis acelerada, lo que se traduce en una mayor tasa de mortalidad en estos pacientes[1].
Objetivos: Identificar la prevalencia de ECV en una cohorte de pacientes con LES. Determinar la relación entre la presencia de Factores de Riesgo Cardiovascular (FRCV) tradicionales y los eventos isquémicos en pacientes con LES. Correlacionar el uso de corticoides, con presencia de anticuerpos y con el tratamiento inmunosupresor.
Métodos: Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo 2003-2023, tomando en base los registros médicos de pacientes con LES en el Hospital Universitario Son Llàtzer. Se realizó análisis estadístico y bivariante.
Resultados: Se analizaron 100 pacientes con Anti-DNA positivos. 69 cumplen criterios EULAR/ACR 2019 para LES. 81,2% eran mujeres (56) y 18,8% hombres (13). 36,2% recibían dosis bajas de corticoides (prednisona ≤ 5 mg o su equivalente), el 11,6% dosis altas de corticoides (prednisona ≥ 5 mg o su equivalente), el 52,2% no tomaban corticoides. Hubo proporcionalmente más eventos cardiovasculares en mujeres que en hombres, aunque no fue estadísticamente significativo (p. 0,674). Los FRCV tradicionales se asociaron a ECV, HTA (p 0,005) La DM (p < 0,001), DLP (p 0,001), IMC ≥ 25 (p 0,001). Autoinmunidad: se encontró una correlación significativa entre la presencia de anticuerpos antifosfolípido y ECV (p: 0,012), no así con la presencia de anti-DNA, RO/La o niveles bajos de complemento.

Factores de riesgo cardiovascular	Porcentaje
HTA	22 (31,9%)
DM	8 (11,6%)
DLP	14 (20,3%)
IMC	18 (26,1%)
Tabaquismo	23 (33,3%)

Tipo de ECV	Porcentaje
IAM	3 (4,3%)
ACV	3 (4,3%)
TVP	6 (8,7%)

Autoinmunidad	Porcentaje
ANA	68 (98,6%)
RO/LA	24 (34,8)
C3	30 (43,5%)
C4	39 (56,5%)
AAF	30 (43,5%)

Tratamiento	Porcentaje
Solo HCQ	20,3%
Solo FAME (AZA, MTX, MMF)	7,2%
Biológico (belimumab, rituximab)	7,2%
HCQ + biológico	31,9%
HCQ + FAME	5,8%
HCQ + FAME + biológico	13%

Conclusiones: El LES se relaciona con un mayor riesgo de producir aterosclerosis acelerada y mayor cantidad de ECV de tipo enfermedad cerebrovascular (ACV), enfermedad coronaria, arterial periférica, etc. Dichos eventos pueden producirse de manera temprana o tardía[1,2]. La prevalencia de ECV en nuestra cohorte fue del 17,3% muy superior a estudios más grandes realizados como el RELESSER y el LUMINA (7,4-7% respectivamente), aunque de manera general la prevalencia se encuentra entre un 9,8% a un 19%[1], esto debido probablemente a diferentes definiciones de ECV y tiempos de observación[3]. Las mujeres tenían un mayor RCV que hombres en el análisis univariado, pero no se confirmó en los modelos multivariados, debido a que los FRCV promueven la aterosclerosis en ambos sexos[2]. En nuestro estudio la DM, la HTA, la DLP y el sobrepeso se asociaron de forma independiente con ECV. Fumar aumenta el riesgo de desarrollar LES y en algunos estudios se ha asociado con un mayor riesgo de ECV[1]. Otros estudios, no han confirmado esta asociación, como es en nuestro caso, debido a que al ser un estudio de tipo transversal no se puede probar causalidad sino solo asociación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández-Nebro A, et al. Cardiovascular Events in Systemic Lupus Erythematosus: A Nationwide Study in Spain From the RELESSER Registry. Medicine (Baltimore). 2015.
2. Batún Garrido JA, et al. Dyslipidaemia and atherogenic risk in patients with systemic lupus erythematosus]. Med Clin (Barc). 2016.
3. Uribe AG, et al. What have we learned from a 10-year experience with the LUMINA (Lupus in Minorities; Nature vs. nurture) cohort? Where are we heading? Autoimmun Rev. 2004.

RC79. IMPACTO DE LAS RECOMENDACIONES DEL PRAC SOBRE LA PRESCRIPCIÓN DE UPADACITINIB: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Guillermo González-Mozo, María Enjuanes, Elena Abad-Plou, Eva Galíndez-Agirregoikoa, Eduardo Cuende, María Rosa Expósito-Molinero, M.E. Ruiz Lucea, A.R. Inchaurbe, Juan María Blanco-Madrigal, I. Torre, O. Fernández, David Martínez-López, María Montserrat Alonso-Díaz, Íñigo Gorostiza y María L. García Vivar

Hospital Universitario de Basurto. Bilbao.

Introducción: Upadacitinib (UPA) es un inhibidor de Janus quinasa (JAKi) selectivo de JAK1 y JAK1/3, con amplio uso y aprobado en artritis reumatoide (AR), artritis psoriásica (APs) y espondiloartritis axial (EspAx). En nov2022, el PRAC extiende a todos los JAKi y a todas las indicaciones las recomendaciones de seguridad derivadas del estudio "Oral Surveillance" de tofacitinib en AR con factores de riesgo CV (mayor mortalidad, riesgo de trombosis venosa, enfermedad isquémica, infecciones y cáncer que TNF). Queremos explorar el efecto de estas recomendaciones en la prescripción de UPA en nuestro hospital.
Objetivos: Describir el perfil de paciente (pt) tratado con UPA. Identificar cambios en este perfil tras nov 2022. Observar interrupciones de tratamiento por recomendaciones PRAC.
Métodos: Estudio retrospectivo sobre los pacientes con enfermedades (enf) reumáticas tratados con UPA en nuestro hospital (junio 2021-nov 2023). Se revisan las historias clínicas y se recogen datos del paciente (edad, genero, comorbilidades), la enf (diagnóstico, duración, exposición previa a otros tratamientos), duración del tratamiento (tto) con UPA, eventos adversos y motivo de interrupción. Los datos se analizan con IBM SPSSv29.
Resultados: Incluimos 101 pts, mayoritariamente mujeres (78,2%), con media de edad de 55,4 años (SD13,09); mayor en las anteriores a Nov 22 (Media 57,9 (12,77) vs. 51,3 (12,72)). Diagnosticadas de AR 64,4%, APs 19,8%, EA 14,9%. El tiempo de evolución de la enf fue 9 años (mediana, rango 1-49), mayor en los previos a nov22 (mediana 9,5

(2-49) frente a 5 (1-30)). El 15,8 % eran fumadoras activas (17,7% antes y 12,8% después de nov22), un 54,5% tenía otro factor de riesgo CV (solo un 5% con SCORE/Regicor de alto riesgo). 2 pts con IAM, una con ACV y una con cáncer de mama, inician UPA antes de nov 2022 (ninguno después). La mediana de las terapias biológicas (TB) previas es 2 (25-75 percentil 1-3), pero los anteriores a nov'2022 eran más refractarios, solo 27,4% habían fallado a un TB (61,3% después). El 51,6% de pts previos a nov'2022 habían recibido otro JAKi (mayormente baricitinib en AR, y suspendido por ineficacia) y un pt pasó de tofacitinib a UPA por riesgo CV. Tras nov2022 solo el 10,3% habían recibido JAKi previo. La mediana de la duración de tto con UPA fue 10 meses (pc25-75, 5-16), y la adherencia fue buena (media 89,64 (DE 13,062), algo mejor tras nov2022 (media 93,54 (SD9,175) respecto a antes (media 87,182 (DE 14,584)). La interrupción de UPA sucedió en 27 pts (26,7%), todos antes de nov'2022, por ineficacia un 66,66% y un 25,92% por efectos adversos. No hubo infecciones mayores, cáncer ni eventos CV salvo una trombosis venosa superficial. Un paciente falleció tras cirugía de columna, otro suspendió el tto por falta de adherencia y otro por aumento de RCV. 24 pacientes cambiaron a otra terapia avanzada: un 20,83% a otro JAKi y un 79,16% a otra TB.

Tabla 1. Pacientes y características de la enfermedad.

	Antes nov22 n=62	Después nov22 n=39	Global N=101
Edad-media (SD)	57,9 (12,77)	51,3 (12,72)	55,4 (13,09)
Sexo (% mujeres)	88,7	61,5	78,2
Diagnóstico (%)	AR 77,4 APs 17,7 EspAx 4,8	AR 46,6 APs 23,1 EspAx 30,8	AR 64,4 APs 19,8 EspAx 14,9
Duración media de la enfermedad-años (rango)	9,5 (2-49)	5 (1-30)	9 (1-49)
Fumadores (%)	Nunca 54,8 Ex 27,4 Activo 17,7	Nunca 56,4 Ex 30,8 Activo 12,8	Nunca 55,4 Ex 28,7 Activo 15,8
Factores riesgo cdv (%)	61,3	43,6	54,5
Biológico previo ≤1 (%)	27,4	61,5	40,6
Jak previo (%)	51,6	10,3	35,6

Conclusiones: Nuestro paciente candidato a UPA parece ser mujer con AR, de mediana edad, no fumadora, escasa comorbilidad y bajo RCV. Los pacientes que inician tto tras nov'22 son más jóvenes, con enfermedad menos evolucionada y menos refractaria, reciben UPA tras un TB en un 60%. Ninguno sufrió eventos cardiovasculares o cáncer. La adherencia a UPA fue muy buena, y la causa principal de suspensión fue ineficacia. No hubo suspensiones por seguridad en los ttos con UPA. Los cambios entre JAKi parecen frecuentes en la práctica clínica, aunque algo menos tras nov 2022.

RC80. EXPERIENCIA EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL DEL TRATAMIENTO DE SECUKINUMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA Y CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL: DATOS DE EFECTIVIDAD Y RETENCIÓN A LARGO PLAZO

Ana Urruticoechea Arana

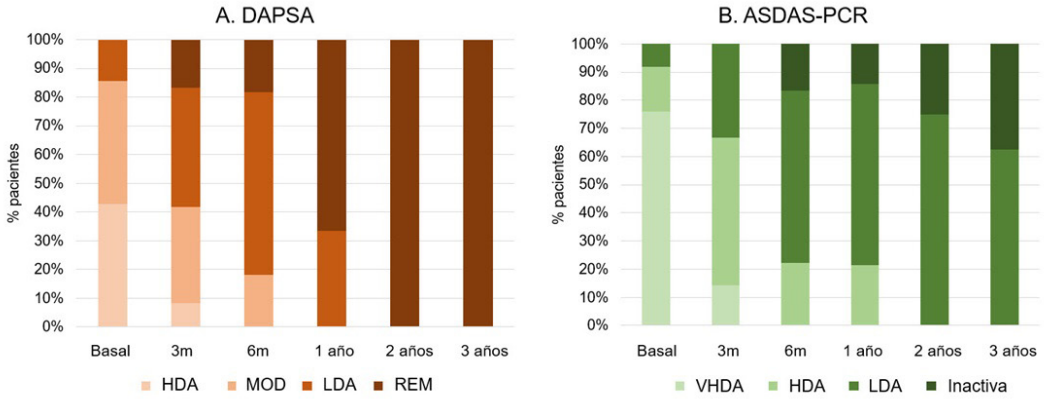
Servicio de Reumatología. Hospital Can Misses. Ibiza. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca.

Introducción: Secukinumab (SEC) es un mAb humano dirigido contra IL-17A. La evidencia sobre el uso de SEC en la práctica clínica real está aumentando en los últimos años, sin embargo, aún es escasa. Se describe el perfil de los pacientes tratados con SEC y analiza la efectividad a largo plazo, la retención y seguridad de SEC en pacientes con APs y EspAax en práctica clínica real.
Métodos: Datos de pacientes con APs o EspAax tratados con SEC se recogieron retrospectivamente en un solo centro entre 2016 y 2022. La eficacia se midió como el cambio medio de DAPSA desde el inicio en APs y de ASDAS-PCR en pacientes con EspAx (y con APs axial). También se calcularon la proporción de pacientes que alcanzaban control de la enfermedad según DAPSA o ASDAS-PCR. Finalmente, se evaluó la tasa de retención y la seguridad de SEC. Las variables se analizaron al inicio, a los 3, 6, 12, 24 y 36 meses.

Características	N=32	
Género, n (%)		
Mujeres	10,0	(31,3)
Edad, años (media±DE)	52,5	(11,6)
EspA, n (%)		
EspAax	18,0	(56,3)
EspAax-r	15,0	(46,9)
EspAax-nr	3,0	(9,4)
APs	14,0	(43,8)
APsax	5,0	(35,7)
HLA-B27+, n (%)	22,0	(68,8)
Duración de la enfermedad, años (media±DE)	16,0	(13,6)
Recuento articulaciones dolorosas (media±DE)	3,0	(2,3)
Recuento articulaciones tumefactas (media±DE)	2,7	(2,9)
PCR (media±DE)	2,1	(2,7)
Actividad de la enfermedad (media±DE)		
BASDAI	7,6	(1,5)
ASDAS-PCR	4,1	(0,9)
DAPSA	26,4	(11,9)
Psoriasis, n (%)	14,0	(43,8)
EII, n (%)	2,0	(6,3)
Uveítis, n (%)	1,0	(3,1)
Fumador actual, n (%)	10,0	(31,3)
IMC (media±DE)	28,2	(7,9)
Comorbilidades, n (%)		
Obesidad (IMC>30)	14,0	(56,3)
Hipertensión	15,0	(46,9)
Dislipidemia	20,0	(62,5)
Diabetes	9,0	(28,1)
EPOC	7,0	(21,9)
Enfermedad cardiovascular	3,0	(9,4)
Enfermedad crónica renal	2,0	(6,3)
Uso de biológicos previo a SEC, n (%)		
naïve a biológico	7,00	(21,88)
1 biológico	10,00	(31,25)
2 biológicos	10,00	(31,25)
≥ 3 biológicos	5,00	(15,63)
Dosis SEC inicial, n (%)		
150mg	15,00	(46,88)
300mg	16,00	(50,00)
Uso FAMEs concomitantes, n (%)	5,00	(15,63)

Características basales y clínicas de los pacientes.

Resultados: Se incluyeron un total de 32 pacientes (14 APs y 18 EspAax), de los cuales 10 (31,3%) eran mujeres. La edad media fue 51,6 (± 11,4) años y la duración de la enfermedad 16,0 (± 13,6) años (tabla). La mayoría de los pacientes presentaron una o más comorbilidades, entre las más frecuentes, dislipidemia, hipertensión, ansiedad/depresión, obesidad y patología CV. Veinticinco (78,3%) pacientes habían sido tratados previamente con fármacos biológicos antes de SEC, mediana 1 (RIQ 0-5). Antes del tratamiento con SEC, los pacientes mostraban altos niveles de actividad de la enfermedad, medidos por DAPSA y ASDAS-PCR. La PCR media fue de 2,05 mg/L (± 2,8), DAPSA 26,4 (± 11,9), BASDAI 7,6 (± 1,5) y ASDAS-PCR 4,1 (± 0,9) al inicio (tabla). Respecto al basal, se observó una mejora rápida y significativa en los valores de PCR y actividad (DAPSA, ASDAS-PCR y BASDAI) en ambas patologías a los 3 meses y respuestas a largo plazo durante los 3 años de tratamiento con SEC ($p < 0,01$). Con respecto a DAPSA, las tasas de control de la enfermedad a los 3, 6, 12, 24 y 36 meses en pacientes con APs fueron del 58,3; 81,8; 100; 100 y 100 % en comparación con el 14,3% al inicio (fig.). Para ASDAS-PCR, las tasas de control de la enfermedad fueron 33,3; 77,8; 78,6; 100 y 100% a los 3, 6, 12, 24 y 36 meses, en comparación con el 8% al inicio (en pacientes con EspAx y APs axial). Las tasas de retención de SEC a 3, 6 meses, 1 y 3 años fueron de 96,9; 81,3; 65,6 y 62,5%, respectivamente, en todos los pacientes con APs y EspAax, en su mayoría refractarios a otros fármacos biológicos. Solo fue necesario una



RC80 Figura. *Tasas de eficacia.*

subida de dosis a 300 mg en 5 (15,6%) pacientes, incluidos APs y EspAax. El tiempo medio de exposición a SEC fue 27,2 (± 27,7) meses y los motivos de retirada más frecuentes: fallo primario (9,38%), fallo secundario (12,5%) y efectos adversos (EA) (3,13%). Solo un paciente interrumpió SEC debido a EA (aftosis). No se produjeron acontecimientos adversos graves ni de especial interés, infecciones o neoplasias malignas durante el tratamiento.
Conclusiones: SEC mostró eficacia rápida y a largo plazo logrando el control de la actividad de la enfermedad en pacientes con APs y EspAax en vida real, consistente con la evidencia científica de estudios clínicos y la práctica clínica real. SEC mostró un perfil de seguridad favorable en línea con los análisis de seguridad a largo plazo y una alta tasa de retención a 3 años en estos pacientes con EspA, en su mayoría con comorbilidades y refractarios a otros fármacos biológicos.

RC81. MULTIMODAL THERAPEUTIC GLOVE FOR HAND OSTEOARTHRITIS: AN INNOVATIVE APPROACH TO RELIEVE PAIN AND IMPROVE JOINT FUNCTION

Elena de la Mata Pinilla, Tomás Almorza Hidalgo and José de la Mata Llord

Instituto de Salud Osteoarticular ARI.

Introduction: Hand osteoarthritis (HOA) is a prevalent and debilitating manifestation of osteoarthritis, contributing significantly to morbidity. Management of HOA traditionally involves a combination of nonpharmacological and pharmacological interventions, prioritizing safer therapies. Nonpharmacological strategies, such as splints or thermal applications, have exhibited promise in ameliorating pain and augmenting grip strength.
Objectives: This clinical trial aims to evaluate safety and efficacy of a multimodal therapeutic glove, designed to furnish external support while administering targeted heat, vibration, and micropulses for joint distraction to the interphalangeal joints in patients grappling with HOA.
Methods: Forty participants, characterized by moderate-to-severe HOA with a median age of 62,4 years, were enrolled in this investigation. Treatment encompassed the utilization of the Quantic Nanotech® therapeutic glove, delivering a regimen of heat, vibration, and joint distraction lasting 15 minutes, twice daily, over a consecutive 60-day period. Assessment metrics included the Visual Analog Scale (VAS) for pain within the preceding 24 hours, pain interference in daily activities (VASda), nocturnal pain interference (VASr), scores from the Brief Pain Inventory (BPI), count of swollen and painful joints, duration of morning stiffness, Pain Disability Index 2 (PDI), and grip strength. Evaluations were conducted at baseline and after the completion of the 60-day treatment period.
Results: No adverse events were reported during the trial. After the stipulated 60 days, a statistically significant (> 50%) reduction was observed across all pain-related metrics (VAS, VASda, VASr, BPI, and count of painful joints). Metrics pertaining to hand function, including grip strength, PDI, count of swollen joints, and duration of morning stiffness, displayed a consistent trend of improvement, although statistical significance was not attained.
Conclusions: This pilot study affirmatively establishes the safety profile of the advanced Quantic Nanotech® therapeutic glove. The positive outcomes in pain reduction and observed trends in improving hand function justify further high-quality evidence trials to better determine its therapeutic efficacy.

RC82. CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA (EPID)

Lilyan Consuelo Charca Benavente[1], Alba Mulet Arabi[2], Jaime Signes-Costa[2], José Javier Sanmartín Martínez[1], Nerea Costas Torrijo[1], Delia Fernández Lozano[1], Pilar Trenor Larraz[1], Diego Bedoya Sanchis[3], R. Planell Oliván[1] e Isabel de la Morena Barrio[1]

[1]Reumatología. Hospital Clínico Universitario. Valencia. [2]Neumología. Hospital Clínico Universitario. Valencia. [3]Reumatología. INCLIVA Instituto de Investigación Sanitaria. Valencia.

Introducción: La afectación pulmonar parenquimatosa intersticial puede ser la primera, y a veces la única, manifestación de una enfermedad autoinmune sistémica. El reconocimiento de una base autoinmune en el estudio de la enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) tiene una gran relevancia por su repercusión funcional e influencia en la morbimortalidad.
Objetivos: Describir el perfil de los pacientes en seguimiento en la consulta monográfica de EPID de Reumatología del Hospital Clínico Universitario de Valencia.
Métodos: Estudio observacional transversal retrospectivo que incluye pacientes de la consulta monográfica de EPID con fecha de corte diciembre 2023. Se incluyeron las variables de edad, sexo, hábito tabáquico, diagnóstico principal, patrón de tomografía computarizada de alta resolución (TCAR), anticuerpos, presencia o no de osteoporosis con fracturas vertebrales y tratamiento (uso de inmunosupresores, corticoides y/o antifibróticos).
Resultados: Se incluyeron 70 pacientes, de los cuales 46 (65,7%) eran mujeres. La edad media fue de 68,2 ± 10,5 años. La mitad de ellos nunca fumaron, 7 (10%) eran fumadores activos, 5 (7,1%) exfumadores recientes y 23 (33%) exfumadores de más de 1 año. En la tabla 1 se muestran el diagnóstico principal de los pacientes y en la tabla 2 los patrones tomográficos que presentaban. En cuanto a la presencia de anticuerpos 6 (8,6%) eran negativos, 21 (30%) fueron positivos para factor reumatoide (FR) y/o antipéptido citrulinado (ACPA), 12 (17,1%) tenían varios perfiles de autoinmunidad positivos,

8 (11,4%) perfil de esclerodermia, 5 (7,1%) miopatía, 4 (5,7%) Ro/La, 2 (2,9%) antisintetasa, 3 (4,3%) ANA sin especificidad, 2 (2,9%) antifosfolípidos +, 1 (1,4%) ANCA y perfil de hepatitis autoinmune/Colangitis biliar primaria (CBP) respectivamente. Más de la mitad de los pacientes recibían tratamiento inmunosupresor 40 (57,1%) y no estaban recibiendo corticoides 40 (57,1%) en el momento de la evaluación. La mayoría de los pacientes 62 (88,6%) precisaron de tratamiento anti fibrótico, siendo el nintedanib el más utilizado y solo en 1 se utilizó pirfenidona. La mayoría 83% no presentaron fracturas vertebrales por osteoporosis.

Tabla 1. Diagnóstico principal de los pacientes valorados en la consulta de EPID

Diagnóstico	n = 70 (%)
AR	17 (24,3%)
ANA/ENA sin otra manifestación	3 (4,3%)
Conectivopatía indiferenciada	2 (2,9%)
Dermatomiositis	1 (1,4%)
LES	1 (1,4%)
Esclerosis sistémica	8 (11,4%)
IPAF	14 (20,0%)
Sd Sjögren	4 (5,7%)
Otro motivo	16 (22,9%)
Artritis seronegativa	1 (1,4%)
Sarcoidosis	2 (2,9%)
EA	1 (1,4%)

AR: Artritis reumatoide, EA: Espondilitis anquilosante, IPAF: Interstitial Pneumonia with Autoinmune Features, LES: Lupus eritematoso sistémico, Sd: síndrome

Figura 1.

Tabla 2. Patrón TCAR de la afectación pulmonar

Patrón	n = 70 (%)
No clasificable	8 (11,4%)
NH	3 (4,3%)
Bronquiolitis folicular	1 (1,4%)
Toxicidad por metotrexato	1 (1,4%)
HTP	1 (1,4%)
NINE-NINEf	25 (35,7%)
NIU	11 (15,7%)
BONO-NOC	7 (10%)
Descamativa	4 (5,7%)
NIL	1 (1,4%)
Nódulos pulmonares	4 (5,7%)
Sarcoidosis	4 (5,7%)

BONO: bronquiolitis obliterante, HTP: Hipertensión pulmonar, NH: Neumonitis por hipersensibilidad, NINE: Neumonía intersticial no específica, NIL: Neumonía intersticial linfocítica, NIU: Neumonía intersticial usual, NOC: Neumonía organizativa criptogénica, No clasificable: incluye patrón mosaico, reticulación subpleural bibasal, consolidación

Figura 2.

Conclusiones: El diagnóstico principal en este grupo de pacientes fue la artritis reumatoide, de ahí que los anticuerpos positivos más frecuentes fueron FR/ACPA. El patrón TCAR más frecuente fue el de NINE. Más de la mitad estaban con tratamiento inmunosupresor y no recibían corticoides. Un alto porcentaje precisó de antifibrótico. Si bien es muy importante la actividad asistencial también es importante realizar registros para avanzar en el conocimiento y promover la investigación en este grupo de pacientes.

RC83. BELIMUMAB EN EL CONTROL DE LA NEFRITIS LÚPICA Y SU USO COMO AHORRADOR DE CORTICOIDES EN VIDA REAL

Esther Monleón Acosta, Gloria Albaladejo Paredes, Alicia Pérez González, José Andrés Rodríguez Fernández, María Rosario Oliva Ruiz, José María Andreu Ubero, Paloma Valentina Castillo Dayer, Carlos Fernández Díaz, Edgar Soriano Navarro, Montse Fernández Salamanca y Vicente Cogolludo Campillo

Hospital Universitario Santa Lucía. Cartagena.

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) presenta entre sus manifestaciones más comunes la nefritis lúpica (NL). A pesar del uso de inmunosupresores y corticoterapia crónica, una proporción considerable de pacientes presentan un control subóptimo de la enfermedad con afectación de la función renal y un aumento de morbimortalidad, exacerbada además por los efectos secundarios derivados del uso de tratamientos[1,2]. El objetivo del tratamiento es alcanzar la remisión clínica, definida como una reducción del cociente creatinina/proteína (CPC) hasta alcanzar valores ≤ 0,5 g/g[3].
Objetivos: Analizar la eficacia del belimumab en términos de control de la proteinuria y de la actividad inmunológica en la nefritis lúpica, valorando su uso como ahorrador de corticoides.
Métodos: Se realiza un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo que incluye pacientes diagnosticados de NL con confirmación histológica mediante biopsia del Hospital General Universitario Santa Lucía. Se recogieron datos analíticos antes de iniciar tratamiento con belimumab, a los tres y a los seis meses. Posteriormente se realizó un análisis descriptivo y estadístico utilizando el programa SPSSv23.
Resultados: Se obtuvieron 7 pacientes: 57% presentaban una NL tipo IV, y el 43% una tipo IIIB. Todos se encontraban con corticoides a dosis altas (> 7,5 mg) y con micofenolato de mofetilo (MFM) a dosis de 2,5 g/24 h. Se objetivó una reducción de los niveles de proteinuria (medida mediante el CPC) de un 71,5 ± 27,2% a los 6 meses de tratamiento, apreciando un descenso progresivo del CPC (fig. 1), hasta alcanzar un valor medio a los 6 meses de 862 ± 1.751,59 mg/g, encontrando diferencias estadísticamente significativas (p = 0,018) respecto al CPC previo al tratamiento (2.701 ± 3.555 mg/g). Por último, el 71,4% de los pacientes alcanzaron la remisión clínica (CPC ≤ 0,5 g/g). A nivel serológico, se hallaron valores más bajos de anti-dsADN a los 6 meses de tratamiento (24,29 UI/ml), encontrándose diferencias estadísticamente significativas (p = 0,043) respecto a los valores medios previos al inicio del belimumab (170 UI/ml). Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre los valores de complemento (C3 y C4) antes del inicio del tratamiento y a los 6 meses de este. El anticuerpo anti-dsADN se negativizó en el 80% de los pacientes a los 6 meses. Por último, se halló que la dosis media de prednisona previo al inicio del belimumab era de 21 ± 15 mg reduciéndose a los 6 meses a 3 ± 2 mg, siendo estas diferencias estadísticamente significativas (p = 0,04) (fig. 2).

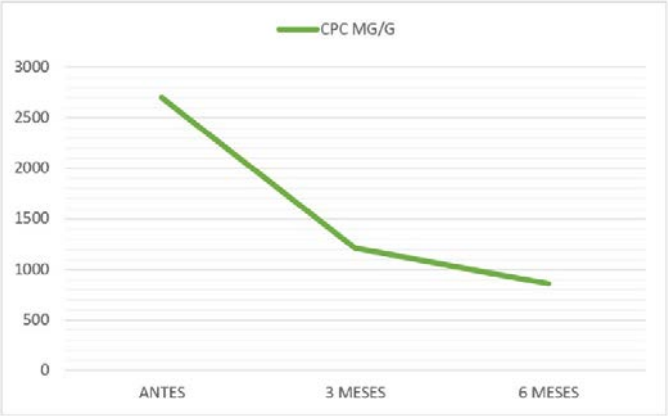


Figura 1. *Evolución de la proteinuria media hasta los 6 meses de tratamiento.*

Conclusiones: Belimumab ha demostrado una reducción significativa de la proteinuria y de los niveles de anticuerpos anti-dsADN en pacientes con nefritis lúpica a los 6 meses de tratamiento, lo que coincide con los últimos estudios publicados. Además, ha demostrado ser un ahorrador de corticoides.

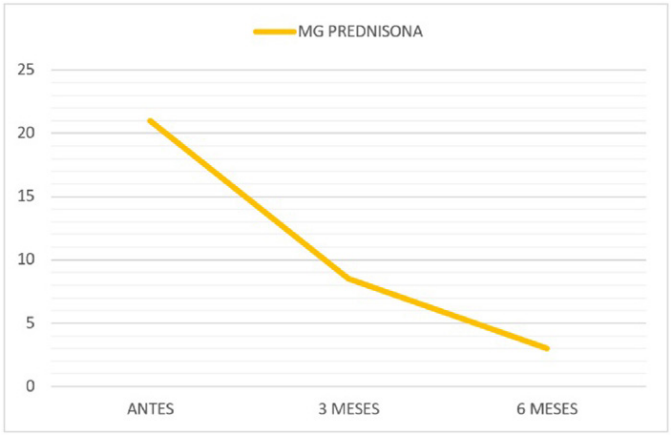


Figura 2. *Evolución de la dosis de prednisona media hasta los 6 meses de tratamiento.*

BIBLIOGRAFÍA

1. Nie H, et al. Biomarkers Associated with Drugs for the Treatment of Lupus Nephritis. Biomolecules. 2023;13(11):1601.
2. Cortés-Hernández J, et al. Reduction of disease activity, corticosteroids use, and healthcare resource utilisation in patients with systemic lupus erythematosus treated with belimumab in clinical practice settings: OBSErve Spain multicentre study. Reumatología Clínica. 2023;19:312-8.
3. Rojas-Rivera JE, et al. Documento de consenso del Grupo de Estudio de Enfermedades Glomerulares de la SEN para el diagnóstico y tratamiento de la nefritis lúpica. Nefrología. 2023;43:6-47.

RC84. PACIENTES CON OSTEOPOROSIS EN TRATAMIENTO DE CONTINUACIÓN CON ZOLEDRONATO TRAS DENOSUMAB

Uxue Astigarraga Urquia[1], Javier Mendizabal Mateos[1], Irene Piñeiro Bugallo[1], Guillen Sada Urmeneta[2] y Concepción Fito Manteca[1]

[1]Hospital Universitario de Navarra. Pamplona. [2]Hospital Reina Sofía. Tudela.

Introducción: La osteoporosis (OP), es una enfermedad esquelética difusa caracterizada por una disminución generalizada de la resistencia ósea, que predispone a un mayor riesgo de fracturas por fragilidad. El riesgo de complicaciones a largo plazo de los tratamientos para la OP y el aumento del riesgo de fractura tras la suspensión de los mismos obliga en muchas ocasiones a plantear una estrategia secuencial de tratamiento. En este caso vamos a analizar los pacientes que han recibido, al menos, una dosis de zoledronato endovenoso tras la suspensión de denosumab (DNB).
Objetivos: Análisis descriptivo retrospectivo de los pacientes con OP, que han recibido al menos una dosis de zoledronato (ZLD).
Métodos: Se revisaron las historias clínicas del servicio de Reumatología del Hospital Universitario de Navarra de los pacientes que iniciaron tratamiento con ZLD endovenoso entre mayo y junio de 2022. Se realizó posteriormente un estudio descriptivo, retrospectivo, de 28 pacientes. Se analizaron datos demográficos, pruebas complementarias (analítica de sangre, densitometría) y tratamiento. El análisis estadístico se realiza con el programa STATA15.
Resultados: De los 28 pacientes de la muestra, 27 son mujeres (96,42%). Al diagnóstico de OP; la edad media era de 60,07 años (DE 2,23), el 35,71% presentaban menopausia precoz, el 3,57% no menopáusicas, 17,86% corticoterapia crónica y el 9,52% antecedente de fractura en progenitores. Al inicio del DNB; la edad media era de 67,44 años (DE 2,06), el 100% estaban en tratamiento con suplementos de calcio y vitamina D, el 64,29% habían presentado fractura previa, el 25% presentaron fractura durante el tratamiento con DNS, la duración del tratamiento con DNS fue de 63,42 (DE 5,75) meses. La media de tiempo desde la última dosis de DNS y el inicio de ZLD era de 6,89 (DE 1,32) meses. Al 89,28% se les pautó dosis única de ZLD, al 10,71% restante, se les pautó ZLD 3 dosis semestrales. Tras la primera dosis de ZLD, el tiempo de media hasta segunda dosis fue de 10,38 (DE 0,96) meses. No se han observado fracturas tras suspender el DNS.

Análisis de la evolución previo al DNS, al finalizar DNS y tras ZLD de la densitometría (DXA) a nivel de columna lumbar (CL) y cuello femoral (CF), los niveles séricos de paratohormona (PTH), calcidiol (CD), magnesio (Mg) y calciuria

	Previo	Tras DNS	Tras ZLD
DXA CL	-2,63 (0,18)	-2,05 (0,26)	-2,72 (0,77)
DXA CF	-2,22 (0,28)	-2,2 (0,20)	-2,12 (0,26)
PTH pg/mL	57,35 (11,42)	72,05 (8,11)	70,75 (12,93)
CD ng/mL	32,58 (2,47)	33,26 (2,92)	34,8 (0,86)
Calciuria mg/24h	157,23 (42,22)	145 (58)	100,25 (52,51)
Mg mg/dL	1,9 (0,1)	2,15 (0,15)	

Conclusiones: La mayoría de pacientes son mujeres postmenopáusicas con antecedente de fractura y con una duración media del tratamiento con DNS de unos 5 años. Resaltar que durante el tratamiento con DNS existe una mejoría de la DXA tanto a nivel de CL como de CF con valores medios tras tratamiento de osteopenia. Con el ZLD como continuación se objetiva mejoría a nivel de CF con empeoramiento a nivel de CL, volviendo a valores de osteoporosis densitométrica. Los niveles de PTH se elevan con el inicio del DNS con descenso posterior con ZLD. Interesante la bajada de la calciuria tras DNS, más llamativa tras comenzar el ZLD. Los niveles de CD son normales desde el inicio del tratamiento, manteniéndose a lo largo del tratamiento. De momento no se han observado fracturas, sería interesante ampliar la muestra y revisar al año de finalizar la última dosis de ZLD la evolución que han presentado para comprobar si existen diferencias entre los que reciben una dosis única frente los que reciben más de una dosis de ZLD.

RC85. CAPILAROSCOPIA PERIUNGUEAL EN PACIENTES REMITIDOS A UNA UNIDAD DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES

M.Y. Orellana Gómez, C. Arciniega Larios, C.M. Terol Muñoz, S.M. Rojas Herrera, R. Veroz González y E. Chamizo Carmona

Hospital de Mérida.

Introducción: La capilaroscopia del pliegue ungueal (CPU), consiste en la observación in vivo de la microcirculación capilar. Es una técnica sencilla, asequible y no invasiva que tiene una alta sensibilidad y posee valor diagnóstico e incluso pronóstico.
Objetivos: Describir las alteraciones capilaroscópicas de los pacientes derivados a la Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas (EAS) de nuestro servicio.
Métodos: Se realizó un estudio observacional y retrospectivo incluyendo a todos los pacientes a los que se les realizó una capilaroscopia entre los años 2022 y 2023. Se recogieron variables demográficas, clínicas y analíticas mediante la revisión del historial clínico.
Resultados: Incluimos un total de 70 pacientes, 55 mujeres (78%) y 15 hombres (22%) con una edad media de 51 años (14-83). Del total de pacientes, el 12% (9) presentaban capilaroscopia patológica, el 8% (5) fueron descritas como inespecíficas y el 80% (56) con resultado normal. De los pacientes con resultado patológico, el 45% (4) se diagnosticaron de esclerosis sistémica, el 22% (2) de enfermedad indiferenciada del tejido conectivo (EITC) y el 33% (3) otras EAS (lupus eritematoso sistémico, síndrome de Sjögren y síndrome antifosfolípido). En el momento de la valoración inicial el 27% de los pacientes (19) eran fumadores activos. A todos se les realizó estudio radiológico de tórax con hallazgo patológico en el 20% (14) de los casos de los cuales únicamente el 35% (5) estaban asociadas a la esclerosis sistémica. El 65% (9) presentaban patología pulmonar no asociada a

EAS siendo el 29% (4) de los casos afectación secundaria al tabaco. Se solicitó estudio de autoinmunidad en todos los casos con resultados positivos en el 60% de ellos (42). El anticuerpo más frecuente entre las capilaroscopias patológicas fue el anticentrómero en el 55% (5) de los casos seguido del antitopoisomerasa en el 22% (2), anti-RNP 11% (1), anti-Ku 11% (1). Finalmente, el 39% (27) de los pacientes fueron diagnosticados de fenómeno de Raynaud primario, el 6% (4) de EITC, el 1,5% (1) de enfermedad mixta del tejido conectivo, el 3% (2) de esclerosis sistémica limitada, el 4% (3) de esclerosis sistémica difusa, el 1,5% (1) de síndrome de Solapamiento, el 20% (14) fueron diagnosticados de otras colagenopatías y en el 25% (18) se descartó enfermedad reumatológica.
Conclusiones: La capilaroscopia periungueal, junto con los hallazgos clínicos y marcadores analíticos adecuados, desempeña un importante papel en el diagnóstico, debiendo realizarse ante la sospecha de enfermedades autoinmunes sistémicas.

RC86. ENCUESTA A MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE LA TOMA DE DECISIONES EN EL MANEJO DE ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS

A. Martínez Rodado, P. Navarro Palomo, M. Machattou, M. Alonso de Francisco, C. Navarro Joven, L. Ramos Ortiz de Zárate, M. Fernández Castro, H. Godoy Tundidor, C. Merino Argumánez, B. García Magallón, C. Barbadillo Mateos, C.M. Isasi Zaragoza, J. Campos Esteban, J. Sanz Sanz, J.L. Andreu Sánchez y O. Rusinovich Lovgach

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

Introducción: En España, 1 de cada 4 personas mayores de 20 años padece alguna enfermedad reumatológica (según estudio EPISER), siendo motivo frecuente de derivación por parte de los médicos de familia. La Atención Primaria es la puerta de entrada al Sistema Sanitario, por eso es de gran relevancia que la relación entre sus profesionales y los que trabajan en el ámbito hospitalario sea óptima y fluida.
Objetivos: Analizar la actitud de los médicos de Atención Primaria en diferentes supuestos clínicos y los motivos de derivación a los servicios de reumatología, con el fin de mejorar la colaboración entre los médicos de familia y los especialistas.
Métodos: Se remitió una encuesta anónima mediante formulario Google en línea de 10 preguntas por *e-mail* y redes sociales a varios grupos de médicos de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid, registrándose las respuestas obtenidas entre los días 25 y el 30 de octubre de 2023. Se realizó análisis estadístico descriptivo para la presentación de los datos.
Resultados: Se recogieron 76 encuestas. Han participado médicos de familia de diferentes áreas de la Comunidad de Madrid, siendo la más representada el área 6 (actual Noroeste), suponiendo un 53,9% del total. Atendiendo a los resultados de la encuesta, el 50% consideran las artralgias como principal motivo para solicitar anticuerpos antinucleares (ANA). En caso de ANA positivos, la mayoría (61,8%) realizan anamnesis dirigida a descartar enfermedad autoinmune y si persistiese sospecha remiten a reumatología; en cambio, el 28,9% realizan la derivación directamente; 9,2% derivan a Interna. En cuanto al manejo de la polimialgia reumática (PMR), el 78,9% inician corticoterapia y derivan a reumatología; el 13,2% inician el tratamiento y realizan seguimiento estrecho. Un 7,9% derivan a reumatología sin iniciar corticoterapia antes. Sin embargo, parece que existe más controversia en cuanto a la dosis de prednisona empleada ante sospecha de PMR; el 42,1% emplean 10 mg/día, 36,8% prefieren 30 mg/día, 21% emplean dosis intermedias, de 15 mg/día o 20 mg/día. Ante la aparición de síntomas de arteritis de células gigantes (ACG), 40,8% derivan a Reumatología; 36,8% remiten al paciente a Urgencias, 15,8% intensifican corticoterapia. Con respecto al control periódico analítico de los pacientes en tratamiento con FAME sintéticos convencionales, 40,8% refieren que le corresponde al reumatólogo, el 35,5% al prescriptor del fármaco, y el 23,7% al médico de familia. Ante la aparición de dudas con la medicación prescrita para control de enfermedades reumatológicas, la mayoría (88,2%) realiza e-consulta al especialista. Ante la sospecha síndrome de Sjögren, el 64,5% derivan a Reumatología; 23,7% realizan analítica descartando diagnostico ante FR y ANA negativos y el 11,8% derivan a Oftalmología. Ante un hombro doloroso, el 56,6% realizan ecografía y en función de resultado deciden entre tratamiento o derivación al especialista; el 31,6% opta por manejo conservador. Finalmente, en cuanto al seguimiento del paciente con fibromialgia, un 88,2% se inclina por el manejo multidisciplinar.
Conclusiones: En la encuesta se ha observado heterogeneidad de opiniones en cuanto a la dosis de corticoides a utilizar en pacientes con sospecha de polimialgia reumática o cómo actuar ante sospecha de arteritis de células gigantes, entre otras situaciones. Sin embargo, parece haber mayor consenso en cómo proceder ante ANA positivos o también en cuanto al seguimiento del paciente con fibromialgia.

RC87. SARILUMAB EN POLIMIALGIA REUMÁTICA REFRACTARIA: PERFIL DE PACIENTES Y EXPERIENCIA EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

Vicente Aldasoro Cáceres

Hospital Universitario de Navarra. Pamplona.

Introducción: Más de la mitad de los pacientes con polimialgia reumática (PMR) tienen una recaída durante la disminución gradual del tratamiento con glucocorticoides (GCs). De acuerdo con el estudio SAPHYR[1] el bloqueo de la interleucina-6 puede ser clínicamente útil en el tratamiento de la PMR. Sarilumab, un anticuerpo monoclonal humano, se une al receptor α de interleucina-6 y bloquea eficazmente la vía de la interleucina-6.
Objetivos: Describir las características clínicas y diagnósticas de los pacientes diagnosticados de PMR tratados con sarilumab. Analizar la eficacia y seguridad de sarilumab en pacientes con PMR refractaria en práctica clínica real.
Métodos: Se incluyeron de forma consecutiva pacientes diagnosticados de PMR según criterios provisionales EULAR/ACR de 2012[2] refractarios a GCs y/o FAMEc (fármacos moduladores de la enfermedad convencionales). A todos los pacientes se les realizó tomografía por emisión de positrones marcado con 18F-FDG (18F-FDG PET/CT) con adquisición de imágenes a los 60 minutos. Se excluyeron aquellos pacientes que en un seguimiento prospectivo posterior pudieran ser diagnosticados de cualquier otra patología. Todos los pacientes recibieron al menos una dosis de sarilumab 200 mg/bisemanales.
Resultados: Se reclutaron 5 pacientes, 4 mujeres y 1 hombre con una mediana de edad de 75 años con las características basales que se muestran en las tablas. Todos los pacientes excepto 1 recibieron tratamiento con metotrexate (MTX) a dosis máxima de 15 mg semanales previo al inicio de sarilumab. La mediana del tiempo en tratamiento con el fármaco en estudio fue de 3 meses. Todos los pacientes en su última visita durante el tratamiento con sarilumab habían normalizado los valores de la velocidad de sedimentación globular (VSG) y la proteína C reactiva (PCR). Un paciente experimentó leucopenia y neutropenia motivo por el que se redujo la dosis a 150 mg bisemanales con buena respuesta clínica y analítica y otro paciente suspendió el tratamiento por empeoramiento clínico. No hubo ninguna infección ni muerte relacionada con el fármaco.
Conclusiones: A pesar del tiempo y la dosis de GCs acumulada es llamativa la persistencia de la actividad metabólica en ambas cinturas observada en el PET previo al inicio de sarilumab. Debido al corto tiempo de seguimiento y el pequeño tamaño muestral, con estos datos no se puede concluir eficacia ni efecto ahorrador de GCs de sarilumab, si bien es cierto que todos los pacientes excepto uno mejoraron clínicamente. Estos son los primeros datos en práctica

clínica real que muestran el potencial beneficio de Sarilumab en PMR refractaria.

Tabla 1: Características basales de la población a estudio (1).

	Sexo	Edad al diagnóstico	Edad inicio Sarilumab	Clínica	VSG/PCR (mg/l) basal
Paciente 1	M	75	76	Dolor en cinturas	-/11.5
Paciente 2	M	55	55	Dolor en cinturas	29/13.6
Paciente 3	M	75	77	Dolor en cinturas	-/120
Paciente 4	M	93	94	Dolor en cinturas	68/25.9
Paciente 5	H	72	75	Dolor en cinturas	15/20

VSG: velocidad de sedimentación globular; PCR: proteína C reactiva; M: Mujer; H: hombre.

Tabla 2: Características basales de la población a estudio (2).

	Tiempo desde diagnóstico PMR hasta PET	PMR en PET	Dosis de GCs refractaria (mg prednisona)	FAMEc (dosis)
Paciente 1	6 meses	Si	10	MTX (15)
Paciente 2	2 meses	Si	7.5	MTX (15)
Paciente 3	23 meses	Si	7.5	MTX (15)
Paciente 4	16 meses	Si	5	-
Paciente 5	39 meses	Si	10	MTX (15)

PMR: polimialgia reumática; PET: tomografía por emisión de positrones; GCs: glucocorticoides; FAMEc: fármacos moduladores de la enfermedad convencionales; MTX: metotrexate.

BIBLIOGRAFÍA

1. Spiera RF, Unizony S, Warrington KJ, et al. SAPHYR Investigators. Sarilumab for Relapse of Polymyalgia Rheumatica during Glucocorticoid Taper. N Engl J Med. 2023;389(14):1263-72.
2. Dasgupta B, Cimmino MA, Maradit-Kremers H, et al. 2012 provisional classification criteria for polymyalgia rheumatica: a European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology collaborative initiative. Ann Rheum Dis. 2012;71(4):484-92.

RC88. INFLUENCIA DE VARIOS FACTORES EN EL DESARROLLO DE EPI EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA

Eddy Eduardo Tapia Cabrera, Elena Oliver García, Alicia Viñas Barros, Elena Cañadillas Sánchez, Tamia Gil Ramos, Cilia Amparo Peralta Ginés, Pilar Susana del Río Martínez, María Camila Osorio Sanjuan, Eva Palero Díaz, Emilia Aznar Villacampa, Jacobo Yáñez Merino y Miguel Ángel Auladell Alemany[2]

[1]Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. [2]Hospital Universitario San Juan de Alicante.

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) es actualmente la principal causa de muerte en la esclerosis sistémica (ES) y existe un interés creciente por conocer los posibles factores involucrados en su desarrollo. Algunos estudios sugieren que el reflujo gastroesofágico (RGE) podría estar implicado en el desarrollo y la progresión de EPI.
Objetivos: Realizar un análisis descriptivo de una cohorte de pacientes con esclerodermia. Paralelamente, se pretende estudiar la influencia de diversos factores (RGE y factores de riesgo cardiovascular) en el desarrollo de EPI.
Métodos: Estudio unicéntrico retrospectivo que incluye a pacientes diagnosticados de ES entre septiembre de 2019 y septiembre de 2023. Se describen variables clínicas y radiológicas obtenidas a través de la revisión de historias clínicas y paralelamente, se estudia la asociación entre EPI y RGE, empleando para ello el programa estadístico IBM SPSS v.25.
Resultados: Se incluyeron 67 pacientes con diagnóstico de ES. En la tabla se muestran sus características clínicas. Fueron clasificados en dos grupos en función de la presencia de afectación intersticial: 24 pacientes con EPI (35,82%) y 43 (64,18%) sin EPI. En el grupo de pacientes con EPI, la gran mayoría eran mujeres (95,8%) con una edad media de 65,4 ± 13,1 años. La ES se clasificó como difusa en el 41,7% de pacientes y como limitada en el 58,3% restante. Por orden de frecuencia, el patrón radiológico fue: en vidrio deslustrado (37,5%), reticular (25%), fibrótico (25%) y de panalización (20,8%). Se detectó progresión radiográfica y clínica en un paciente y solo radiográfica en dos. No se detectó progresión funcional en ninguno de los casos. No se observaron diferencias significativas entre los dos grupos en la presencia de factores o eventos cardiovasculares. En el total de nuestra muestra, se registraron 5 muertes, 2 en el grupo sin EPI y 3 en el grupo con EPI. En este segundo grupo las muertes fueron secundarias a complicaciones derivadas de la enfermedad de base. Los pacientes con diagnóstico de RGE previamente a desarrollar EPI fueron 8 (33,33%). De estos, siete tenían RGE por más de 3 años. No se vieron diferencias significativas en ningún caso (p = 0,309 y p = 0,131 respectivamente). Tampoco se observaron efectos de la terapia antiácida sobre el desarrollo de EPI (p = 0,537). De los tres pacientes con progresión clínica o radiográfica, solo uno de ellos tenía RGE y todos estaban en tratamiento de larga duración con inhibidores de la bomba de protones (IBP).

Descripción de variables clínicas y radiológicas. Los resultados se expresan en n (%) o media ± desviación

	ES	ES con EPID	ES sin EPID	OR	p
	n = 67	n = 24	n = 43		
Variables clínicas					
Edad (años)	64,2 ± 12,5	65,4 ± 13,1	63,5 ± 12,3		
Sexo femenino	64 (95,5%)	23 (95,8%)	41 (95,35%)		
Tipo de ESC					
Difusa	12 (17,9%)	10 (41,7%)	2 (4,65%)		
Limitada	52 (77,6%)	14 (58,3%)	38 (88,37%)		
HTAP	11 (16,4%)	8 (33,3%)	3 (6,97%)		
Mortalidad	5 (7,5%)	3 (12,5%)	2 (4,65%)		
Perfil cardiovascular					
HTA	30 (44,8%)	7 (29,2%)	23 (53,48%)	0,4	0,05
DLP	28 (41,8%)	7 (29,2%)	21 (48,83%)	0,4	0,118
DM	3 (4,5%)	1 (4,2%)	2 (4,65%)	0,9	0,927
Obesidad	3 (4,5%)	0	3 (6,97%)	0,6	0,19
IAM	1 (1,5%)	0	1 (2,32%)		
ACV	1 (1,5%)	1 (4,2%)	0		
ECV	2 (3%)	1 (4,2%)	1 (2,32%)		
ETV	2 (3%)	1 (4,2%)	1 (2,32%)		
Arritmia	1 (1,5%)	0	1 (2,32%)		
EPI	24 (35,82%)				
Patrón radiológico					
Reticular	6 (8,95%)	6 (25%)			
Vidrio deslustrado	9 (13,43%)	9 (37,5%)			
Panalización	5 (7,46%)	5 (20,8%)			
Fibrosis	6 (8,95%)	6 (25%)			
Progresión	3 (14,3%)	3 (12,5%)			
Progresión clínica	1 (1,5)	1 (33,3%)			
Progresión radiográfica	3 (4,47%)	3 (100%)			
Progresión funcional	0	0			
RGE	28 (41,8%)	8 (33,3%)	20 (46,5%)	1,7	0,309
RGE > 3 años	13 (19,4%)	7 (29,16%)	6 (13,95%)	2,5	0,131
Terapia IBP	53 (79,1%)	18 (75%)	35 (81,39%)	0,7	0,537

Conclusiones: Ninguno de los factores ni eventos cardiovasculares fue más frecuente en el grupo de pacientes con EPI. Tampoco se demostró asociación entre la presencia de RGE y el desarrollo o progresión de EPI. Actualmente, la evidencia publicada que describe la relación entre RGE y EPI es controvertida. Creemos que esta relación puede ser más correctamente estudiada en estudios de diseño prospectivo.

RC89. VALORACIÓN DE FIBROSIS HEPÁTICA CON FIB-4, APRI Y ELASTOGRAFÍA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD REUMÁTICA

María José Moreno Martínez, Deseada Palma, Marta Mayor, Ana Haro y Marta Pastor

Servicio de Reumatología. Hospital Rafael Méndez. Lorca.

Introducción: La medición tradicional de la fibrosis hepática es mediante biopsia hepática, pero debido al inconveniente de ser invasiva, con los riesgos que ello conlleva, se han buscado alternativas entre las que se encuentra la prueba FIB-4 y APRI. Las variables usadas en ambas son la GPT, GOT, edad y recuento plaquetario. Se ha visto la concordancia entre la elastografía y dichas pruebas en pacientes con enfermedad hepática como VHC. Teniendo en cuenta el aumento de prevalencia de hígado graso no alcohólico que existe en pacientes con enfermedades reumáticas.
Objetivos: Determinar la concordancia entre la elastografía hepática (ET) y los métodos no invasivos (FIB-4 y APRI) en pacientes con enfermedad reumática y aumento de transaminasas, sin enfermedad hepática avanzada.
Métodos: Se trata de un estudio observacional transversal en pacientes con distintas enfermedades reumáticas y alteraciones del perfil hepático de causa no infecciosa, el que se analiza el grado de fibrosis hepática mediante FIB-4, APRI y elastografía. Se recogen también datos demográficos y clínicos. Se muestran frecuencias, medias (± desviación típica) y analizados la correlación entre las técnicas anteriores y los factores que pueden relacionarse.
Resultados: Se incluyeron un total de 17 pacientes (70,5% mujeres) con una edad media de 59,4 (± 12,5) años. En cuanto a los diagnósticos: 6/17 artritis reumatoide, 5/17 espondiloartritis, 2/17 lupus, 1/17 síndrome de Sjögren, 1/17 artritis psoriásica, 1/17 psoriasis + artralgias, 1/17 enfermedad celíaca + artralgias, El 23,5% se encontraban sin tratamiento y el resto con inmunomoduladores (el 50% metotrexato). En relación al grado de fibrosis según FIB-4 y APRI: el 29,5% tenían un grado F0F1 según FIB-4 y un 64,7% según APRI; el 70,5% tenían un grado F2 según FIB4 y un 35,3% según APRI. En cuanto a la elastografía excepto un paciente, el cual se encontraba en grado de fibrosis (F4), el resto se encontraba en rango F0-F1 (no fibrosis). Encontramos una puntuación media para las distintas medidas: FIB-4: 1,4 (± 0,5), APRI: 0,45 (± 0,2), elastografía: 5,06 (± 2,2). Observamos una correlación positiva según Rho de Spearman entre la puntuación de FIB-4 y APRI (r = 0,56, p 0,01), no así entre la elastografía y las anteriores. Tampoco encontramos relación entre la edad y el sexo y los métodos no invasivos.
Conclusiones: En nuestra experiencia, los métodos no invasivos (FIB-4 y APRI) podrían sobrediagnosticar fibrosis hepática en pacientes con enfermedad reumática, comparada con la elastografía. Hacen falta estudios con un mayor número de pacientes para analizar el valor de estos métodos no invasivos en pacientes con enfermedades reumáticas.

RC90. POLICONDRITIS RECIDIVANTE: ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y EXPERIENCIA CLÍNICA EN TRES HOSPITALES DE TERCER NIVEL DE LA COMUNIDAD DE MADRID

María Alonso de Francisco[1], Ana Isabel Ramos-Lisbona[2], Marta Ramírez Martín[3], Rosa Manzo[4], Claudia María Gómez González[5], Carlota Navarro Joven[1], María Machattou[1], Pablo Navarro Palomo[1], Laura Ramos Ortiz de Zárate[1], Alejandro Redondo Martínez[1], Hildegarda Godoy Tundidor[1], Mónica Fernández Castro[1], Carlos Isasi Zaragoza[1], Carmen Barbadillo Mateos[1], Jesús Sanz Sanz[1], José Campos Esteban[1], Carolina Merino Argumánez[1], Blanca García Magallón[1], José Luis Andreu Sánchez[1] y Olga Rusinovich[1]

[1]Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. [2]Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. [3]Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid. [4]Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. [5]Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid.

Introducción: La policondritis recidivante (PR) es una enfermedad sistémica caracterizada por inflamación recurrente de los tejidos cartilaginosos, y posterior destrucción de los mismos. No existen pruebas de laboratorio específicas para el diagnóstico, por lo que este se basa en el reconocimiento del cuadro clínico y estudios de imagen, en ocasiones acompañados por biopsia del cartílago afectado.
Objetivos: Describir las características clínicas, el tratamiento y la evolución de una serie de pacientes con PR.
Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de una cohorte de 28 pacientes diagnosticados de PR en cinco centros de la comunidad de Madrid hasta el mes de enero de 2024. Se recogieron datos demográficos, clínicos, y analíticos en el momento del diagnóstico y durante el seguimiento, así como los tratamientos recibidos y respuesta a los mismos. Se utilizó estadística descriptiva para la representación de los resultados, y adicionalmente se analizó la posibilidad de correlación mediante chi-cuadrado entre la presencia de elevación de reactantes al diagnóstico, hipergammaglobulinemia, o positividad para ANA y FR, con la presencia de manifestaciones sistémicas, fiebre, o asociación a otras EAI.
Resultados: De los 28 pacientes, 21 eran mujeres y 7 hombres, con una mediana de edad al diagnóstico de 47 años (DE 12,42). El 100% de los pacientes presentaron condritis, siendo en un 86% de los casos auricular, un 54% nasal, y un 39% laríngea. El 68% de los pacientes presentaron clínica articular, y ocular en un 29%, siendo la más frecuente la uveítis (n = 5). Un 36% presentaron afectación sistémica no ocular, con aparición de fiebre solamente en el 18% del total. La asociación a otra enfermedad sistémica autoinmune (EAI) se encontró en un 46% de los casos (n = 13), incluyendo conectivopatías (n = 3), espondiloartropatías (n = 2), y EII (n = 2), entre otras. Un 36% de los pacientes presentó en algún momento positividad para ANA, un 7% para FR, y un 25% hipergammaglobulinemia. Al diagnóstico, un 43% de los pacientes presentó elevación de VSG, y un 36% elevación de PCR. Por otro lado, un 25% presentaba anemia al diagnóstico, mientras que un 21% y 7% presentaba leucocitosis y trombocitosis, respectivamente. Un 93% de los pacientes empleó glucocorticoides, con posterior uso de FAMEc en un 75%; los más frecuentes fueron el metotrexato (n = 14) y la azatioprina (n = 8). El 43% de los casos (n = 12) precisó FAMEb, siendo los más frecuentes el infliximab (n = 7) y el adalimumab (n = 6). De los 27 pacientes, solamente 1 ha fallecido hasta el momento, a causa de un síndrome hemofagocítico. Al analizar posibles correlaciones, únicamente se halló asociación estadísticamente significativa entre la positividad para ANA y la aparición de manifestaciones sistémicas no oculares (p 0,046).
Conclusiones: En nuestra experiencia, una alta sospecha clínica acompañada de elevación de RFA, leucocitosis y anemia pueden ser útiles en el diagnóstico de la policondritis recidivante con las implicaciones terapéuticas que esto conlleva. Todos los pacientes de nuestro estudio mostraron buena respuesta a corticoterapia, pero en su mayoría precisaron del uso de inmunosupresores como terapia de mantenimiento para el control de la enfermedad a largo plazo, siendo metotrexato el más utilizado.

RC91. INFECCIÓN TUBERCULOSA LATENTE: DETECCIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS SISTÉMICAS EN EL HOSPITAL DE VALME DE SEVILLA

Minerva Berrocal Acedo[1], Ana Pino García[2], Consuelo Ramos Giráldez[1], María Luisa Velloso Feijoo[1], Celia Azábal Pérez[1] y Álvaro Román Perea[1]

[1]Unidad de Reumatología. Hospital de Valme. Sevilla. [2]Universidad de Sevilla. Facultad de Medicina. Unidad de Reumatología. Sevilla.

Introducción: Las infecciones oportunistas son una causa principal de morbimortalidad en pacientes con enfermedades reumatológicas autoinmunes sistémicas (ERAS). El uso de anti-TNF en este ámbito

se ha relacionado con la reactivación de tuberculosis latente. La sensibilidad en los métodos de detección de infección tuberculosa puede verse afectada en el paciente inmunocomprometido.
Objetivos: Describir las características de los pacientes con ERAS diagnosticados de infección tuberculosa activa en la Unidad de Reumatología del Hospital de Valme de Sevilla y evaluar la sensibilidad de las pruebas diagnósticas disponibles para la detección de infección latente en estos pacientes.
Métodos: Estudio observacional descriptivo. Revisión de las historias clínicas digitalizadas de pacientes con ERAS en tratamiento inmunosupresor diagnosticados de tuberculosis activa en nuestra Unidad. Se analizan variables demográficas, clínicas y terapéuticas. Las variables cuantitativas se expresan en medias y desviación estándar (DE) y en porcentajes (%) las cualitativas.
Resultados: El estudio incluye 5 pacientes, 3 mujeres y 2 hombres, de étnica caucásica, que padecen alguna ERAS (2 EspA, 1 SAPHO, 1 artritis reumatoide y 1 APso) y fueron diagnosticados de infección tuberculosa activa entre 2013-2023, con una media de edad al diagnóstico de 49 años. Todos ellos estaban en tratamiento con anti-TNF (infliximab, certolizumab y adalimumab) en asociación con otro FAME (2 metotrexato, 1 sulfasalazina, 1 hidroxicloroquina y otro en combinación de mtotrexato + sulfasalazina). En tratamiento con esteroides a dosis bajas había 2 pacientes. Antes de iniciar terapia biológica, se realizó un Mantoux al 100% de los enfermos, con resultado negativo en 3 de ellos además de una radiografía de tórax, sin hallazgos en todos los casos. De los 5 pacientes, un 60% recibió profilaxis con isoniacida, pero finalmente todos acabaron desarrollando infección activa, la mayoría formas pulmonares, salvo un paciente que desarrolló enfermedad ganglionar y diseminada posteriormente. En cuanto al tratamiento, el 80% recibió cuádruple terapia (RIPE) y un 20% triple terapia (RIE) durante una media de 6,8 meses. Desarrollaron efectos adversos al tratamiento 3 pacientes: alteraciones hepáticas asociadas a síndrome hemofagocítico, síndrome inflamatorio de reconstitución inmune o brote inflamatorio de su enfermedad de base. En todos los casos, la enfermedad reumática permaneció en remisión parcial, en un 60% se reinició terapia biológica con anti-IL17 o iJACK. En la mayoría de los casos el tratamiento inmunosupresor no empeoró el cuadro infeccioso.
Conclusiones: Es necesario un buen método de detección de infección tuberculosa latente previo a iniciar terapia biológica, sobre todo en caso de anti-TNF. La sensibilidad y especificidad de las pruebas disponibles pueden verse alteradas en el paciente inmunodeprimido, es por esto que una combinación de Mantoux e IGRA juntos podrían considerarse como método de despistaje de infección latente en este perfil de paciente.

RC92. ARTRITIS SÉPTICA: IMPORTANCIA DE UN DIAGNÓSTICO ADECUADO Y TRATAMIENTO PRECOZ

Minerva Berrocal Acedo, Álvaro Román Perea, Sergio A. Rodríguez Montero, Celia Azábal Pérez, Rosalía Martínez Pérez y María Luisa Velloso Feijoo

Hospital de Valme. Unidad de Reumatología. Sevilla.

Introducción: La incidencia de la artritis séptica (AS) está aumentando en los últimos años en relación con diversos factores como el envejecimiento de la población, aparición microorganismos resistentes y la realización de intervencionismo articular en la práctica diaria.
Objetivos: Describir las características de los pacientes con AS ingresados en la Unidad de Reumatología del Hospital Virgen de Valme en Sevilla.
Métodos: Estudio observacional descriptivo. Revisión de las historias clínicas digitalizadas de pacientes diagnosticados de AS entre 2020-2024 en nuestra Unidad. Se analizan variables demográficas, clínicas y terapéuticas. Las variables cuantitativas se expresan en medias y desviación estándar (DE) y en porcentajes (%) las cualitativas.
Resultados: El estudio incluye 16 pacientes mayores de 18 años, 11 varones y 5 mujeres, diagnosticados de AS entre 2020 y 2024, con una edad media al diagnóstico de 64,06 años (DE 11,56). Un 75% de los pacientes presentaba algún factor de riesgo cardiovascular, la mayoría HTA (83,3%) y dislipemias (66,7%) y en menor proporción DM-2 (16,7%). Tres presentaban diagnóstico de enfermedad autoinmune sistémica (2 artritis reumatoide seropositiva y 1 espondiloartritis psoriásica), el 66,7% en tratamiento con FAMEb con anti-IL6 y todos con esteroides a dosis bajas. La forma de presentación fue monoartritis en un 81,25%, principalmente rodilla (62,5%). El 62,5% presentó fiebre. Todos precisaron ingreso, con una estancia media de 19,13 días (DE 11,21). La mitad de los pacientes habría sufrido manipulación previa de la articulación, de los cuales un 87,5% se desarrolló tras una infiltración intraarticular. De forma concomitante un 31,25% presentaron afectación de partes blandas (3 celulitis, 2 bursitis, 2 miositis y 1 quiste de Baker roto). En cuanto al diagnóstico microbiológico, se obtuvieron resultados en una media de 3,42 días tras la toma de muestras, principalmente *S. aureus* (56,25%), solo un caso de meticilín-resistente, otras etiologías menos frecuentes fueron 1 *Gemellaorbillorum*, 1 *Corynebacterium striatum*, 1 *S. epidermidis* y 1 *S. pyogenes*, y un 18,75% sin aislamiento. Se extrajeron hemocultivos al momento del diagnóstico con solo 3 resultados positivos. Se realizó ecocardiograma a todos los pacientes, el 100% sin endocarditis. Se inició antibioterapia empírica en un 93,75%. La duración de la terapia antibiótica fue de una media de 37,8 días (DE 10,87): intravenosa media de 12,81 días (DE 10,67) y oral 24 días (DE 14,97). Fue necesario lavado quirúrgico articular en un 37,5% de los casos. Se infiltraron tras resolverse el cuadro infeccioso 6 pacientes para ayudar a resolver el proceso inflamatorio subyacente. En cuanto a las complicaciones asociadas: 2 osteomielitis local, 1 absceso séptico y 3 reingresos por recaída. Dos pacientes debutaron con artritis psoriásica y espondilitis anquilosante. Se realizó cultivo de líquido articular postratamiento a un 68,7% persistiendo positivos el 36,4%.
Conclusiones: Las AS es una urgencia reumatológica donde una demora en el diagnóstico y tratamiento puede causar daños permanentes en la articulación e incluso el compromiso vital del paciente con una mortalidad de hasta un 10%. El microorganismo más frecuente sigue siendo *S. aureus,* no obstante, en ocasiones podemos encontrar etiologías menos frecuentes no cubiertas por la antibioterapia empírica, es por esto que realizar un diagnóstico etiológico y tratamiento de forma precoz es fundamental.

RC93. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON SÍNDROME ANTISINTETASA CON AFECTACIÓN PULMONAR INTERSTICIAL

Gloria Albaladejo Paredes, Alicia Pérez González, Esther Monleón Acosta, José Andrés Rodríguez Fernández, María Rosario Oliva Ruiz, José María Andreu Ubero, Carlos Fernández-Díaz, Paloma Valentina Castillo Dayer, Edgar Soriano Navarro, Montse Fernández Salamanca y Vicente Cogolludo Campillo

Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena.

Introducción: El síndrome antisintetasa (SA) es una enfermedad autoinmune heterogénea caracterizada por enfermedad pulmonar intersticial (EPI), artritis, miositis, síndrome de Raynaud, fiebre de origen desconocido y manos de mecánico[1]. Hay 10 anticuerpos antisintetasa conocidos, siendo el anti-Jo-1 el más común[2]. El SA es una condición rara, con una clínica y opciones terapéuticas diversas[1,2].

Características de los pacientes

	Edad-sexo	Cínica	Tabaco	HTA	DM2	AC	Años SAS hasta incio de EPI	Años EPI hasta Dx de SAS	Patrón radiológico	Primer IS	Segundo IS	Prednisona (mg)	Antifibrótico
Paciente 1	62-M	Artritis	No	Sí	No	Ro Jo1	Diagnóstico SAS y EPI al mismo tiempo		NIU	AZA		6	
Paciente 2	79-M	Solo EPI	No	Sí	Sí	Jo1	Diagnóstico SAS y EPI al mismo tiempo		NINE	AZA		7,5	
Paciente 3	65-H	Miositis Pápulas de Gottron	Former smoker	No	No	PL12	5		Neumonía Organizada	MTX		15	
Paciente 4	75-M	Raynaud Síndrome seco Artritis	No	Sí	No	Ro Jo1 TIF gamma		5	NIU	AZA		6	
Paciente 5	45-M	Artritis	Former smoker	No	Sí	Ro PL7 FR ACCP	2		NINE	MTX		6	
Paciente 6	66-M	Artritis Miositis	No	Sí	No	Ro Jo1	7		NIU	AZA-MTX	AZA-LFN	6	
Paciente 7	77-M	Raynaud Síndrome seco	Yes	Sí	No	Ro PL-12		1	NINE	MMF		6	Nintedanib
Paciente 8	55-M	Artritis Pápulas Gottron Miositis	Yes	No	No	Ro Jo1	3		NIU	MTX		2,5	Nintedanib

AC: anticuerpo; AZA: azatioprina; H: hombre; LFN: leflunomida; MTX: metotrexato; MMF: micofenolato mofetilo; M: mujer; NINE: neumonía intersticial no específica; NIU: neumonía intersticial usual.

Objetivos: Evaluar las características clínicas, serológicas y radiográficas de una muestra de pacientes diagnosticados de SA con EPI. Como objetivo secundario, conocer los tratamientos utilizados y su respuesta al tratamiento a los 3 y 6 meses de iniciar el tratamiento inmunosupresor.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico. La población incluyó una muestra de 8 pacientes diagnosticados de SA con afectación pulmonar, quienes se encuentran en seguimiento en el Comité de Enfermedades Pulmonares Intersticiales de un centro hospitalario. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular, clínica, tabaquismo, patrón radiológico, años de evolución de SA antes de la aparición de EPI y tratamiento recibido. También se analizó la respuesta al tratamiento inmunosupresor inicial mediante pruebas de función pulmonar con la capacidad vital forzada (CVF), test de difusión de monóxido de carbono (DLCO) y el test de la marcha de 6 minutos.

Resultados: En este estudio se incluyeron un total de 8 pacientes (65,50 ± 11,65 años). Las características clínicas y serológicas de los pacientes y el tratamiento recibido se resumen en una tabla (tabla). Todos los pacientes recibieron tratamiento con corticosteroides y con un inmunosupresor ahorrador de corticosteroides. En 4 de los 8 pacientes la afectación pulmonar se diagnosticó años más tarde del diagnóstico de la enfermedad sistémica, con aparición en una media de 4,25 ± 2,22 años. La azatioprina (AZA) fue el tratamiento inmunomodulador más utilizado (50%). Actualmente, dos pacientes están siendo tratados con nintedanib por enfermedad pulmonar fibrosante progresiva, a la espera de evaluar los resultados a largo plazo. En 2 pacientes no estaban disponibles las pruebas de función respiratoria en el momento de la recogida de datos. En general, todos los pacientes con datos de funcionalismo pulmonar registrados mejoraron o mantuvieron unas pruebas funcionales respiratorias estables y con discreta mejoría a los tres y seis meses de iniciar el tratamiento inmunosupresor (figs.).

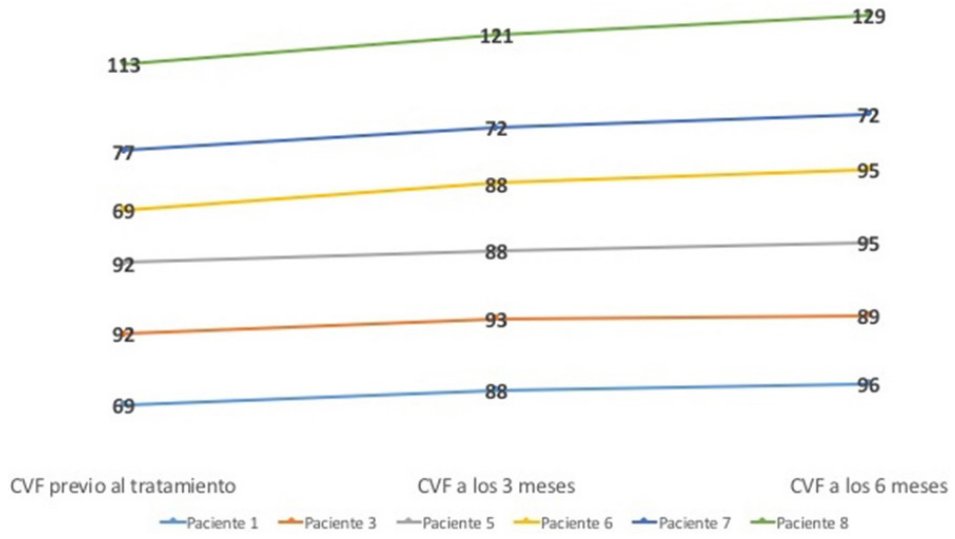
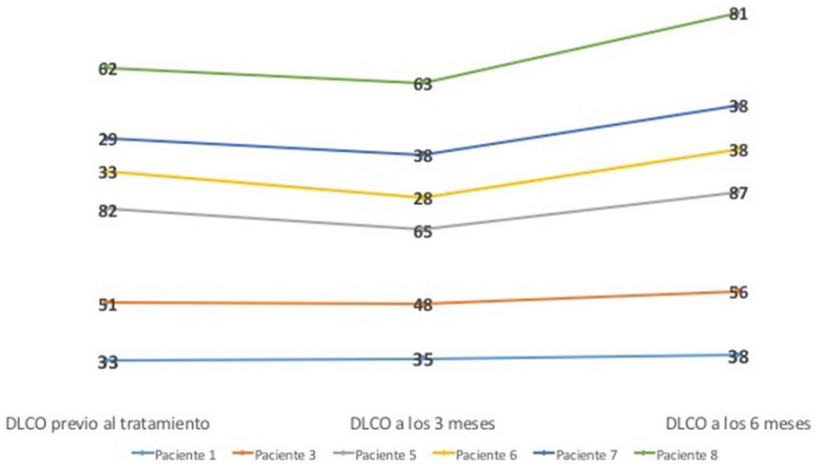
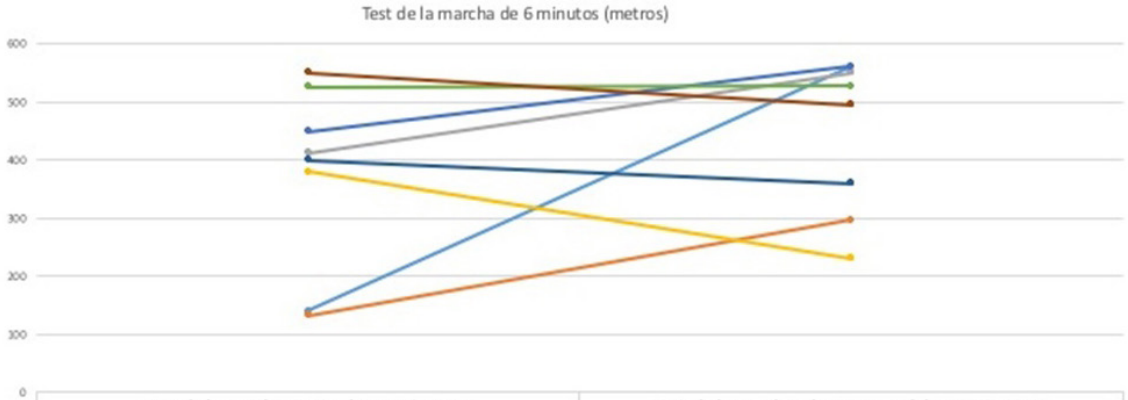


Figura 1. *CVF (%) respuesta al tratamiento.*



RC93 Figura 2. *DLCO (%) respuesta al tratamiento.*



	Test de la marcha previo al tratamiento IS	Test de la marcha a los 6 meses del tratamiento IS
Paciente 1	140	561
Paciente 2	132	297
Paciente 3	412	550
Paciente 4	380	231
Paciente 5	449	561
Paciente 6	526	528
Paciente 7	400	360
Paciente 8	550	495

RC93 Figura 3. *Test de la marcha de 6 minutos (metros).*

Conclusiones: El SA es una enfermedad de presentación variable cuyo tratamiento debe de individualizarse. Son necesarios más estudios para poder mejorar las estrategias de tratamiento en esta heterogénea enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández del Campo GA, Fernández del Campo PA. Antisynthetase syndrome. Diagnosis, clinical manifestations and treatment. The evidence so far. Med Int Méx 2022;38(4).
2. Huang K, Aggarwal R. Antisynthetase syndrome: A distinct disease spectrum. Journal of Scleroderma and Related Disorders. 2020; 5(3):178-91.

RC94. ENFERMEDAD RELACIONADA CON EL DEPÓSITO DE IGG4. REVISIÓN DE UNA SERIE DE CASOS TRATADOS CON RITUXIMAB

Maite Odriozola Gil y Sergio A. Rodríguez Montero

Unidad de Reumatología. Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

Introducción: La enfermedad por depósito de IgG4 fue reconocida como entidad clínica hace solo 15 años. La concienciación sobre dicha enfermedad ha aumentado exponencialmente desde entonces. Dada su afectación multiorgánica, se la ha considerado como una gran imitadora de múltiples procesos neoplásicos, inflamatorios o infecciosos, dificultando en gran medida su reconocimiento y diagnóstico. Es una enfermedad potencialmente tratable, siendo los glucocorticoides el tratamiento estándar. Sin embargo, la comorbilidad de la corticoterapia y la refractariedad a los mismos en algunos casos, hacen necesarias otras opciones terapéuticas, siendo una de las propuestas más recientes el uso de rituximab en estos pacientes.

Objetivos: Exponer los casos de enfermedad relacionada con el depósito de IgG4 diagnosticados en nuestro centro, que hayan recibido tratamiento con rituximab.

Métodos: 1. Mujer de 29 años con AP de hipotiroidismo y nefropatía membranosa, que desarrolla tumoración axilar derecha que en RM engloba circunferencialmente a la arteria axilar, con captación heterogénea de contraste. La biopsia revela pseudotumor inflamatorio con patrón estoriforme e importante población de células productoras de IgG4. Reúne criterios diagnósticos de Okazaki. Se decide inicio de rituximab, 2. Mujer de 26 años sin AP de interés que debutó con malestar general, fiebre y dolor abdominal documentándose en TAC fibrosis retroperitoneal, con hidronefrosis por ectasia pielocalicial

ureteral izquierda y múltiples adenopatías abdominales. Se realiza biopsia. La paciente reúne criterios ACR-EULAR de IgG4RD e inicia tratamiento con corticoterapia con mejoría parcial. Se inicia rituximab. 3. Varón de 47 años con AP de tabaquismo y colecistectomía que debuta con febrícula, lesiones cutáneas y artritis, inicialmente atribuido a lupus por trombopenia leve y ANA + (antihistona), que 3 años después desarrolla masa en fosa iliaca izda cuya biopsia muestra tejido esclerosado e infiltrado predominante de células plasmáticas sin atipia. Se diagnostica de probable IgG4 y se inicia rituximab.

Resultados: Tras el inicio de rituximab se consigue inhibición de la progresión de la enfermedad con reducción del tamaño de la fibrosis retroperitoneal y el pseudotumor inflamatorio, desaparición de las manifestaciones sistémicas (salvo persistencia de las lesiones cutáneas en el tercer paciente), y mejoría analítica con normalización de reactantes. Tras un seguimiento entre 6-10 años, los tres pacientes mantienen estabilidad clínica sin nuevas manifestaciones de la enfermedad.

Figura 1.
TAC con contraste correspondiente a la paciente nº 1. Se aprecia la masa ovoidea a nivel axilar (flechas) con la arteria axilar discurriendo por su eje

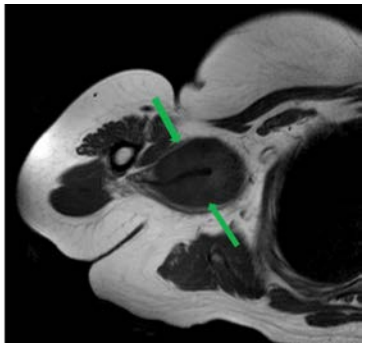


Figura 2.
Resonancia sin contraste correspondiente a la paciente nº 1. Secuencia T1. Masa ovoidea axilar (flechas) con imagen lineal hipointensa correspondiente a arteria axilar

Conclusiones: La afectación clínica de la enfermedad relacionada con el depósito de IgG4 es muy variada, lo que se pone de manifiesto en los casos analizados es este estudio, que muestran clínica diversa al debut, distintas edades de inicio, e incluso hallazgos anatomopatológicos distintos. A pesar de esto, en todos ellos se observa una respuesta favorable con el uso de rituximab, que detiene la progresión de la fibrosis retroperitoneal y el crecimiento del pseudotumor axilar, tal como se observa a nivel radiológico, mediante TAC y RM. En todos los casos excepto el segundo, que precisó el uso concomitante de glucocorticoides durante los primeros meses, el uso de rituximab en monoterapia consiguió el adecuado control de la enfermedad. Rituximab parece eficaz para la inducción y el mantenimiento de la remisión de los pacientes con IgG4RD.

RC95. ANALIZANDO LAS CARACTERÍSTICAS DE UNA POBLACIÓN DE PACIENTES TRATADOS CON ROMOSOZUMAB EN UN HOSPITAL TERCIARIO DE VALENCIA

José Javier Sanmartín Martínez, Isabel de la Morena Barrio, Nerea Costas Torrijo, Lilyan Charca Benavente, Pilar Trenor Larraz y Diego Bedoya Sanchis

Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Introducción: El romosozumab se destaca como un medicamento innovador para el tratamiento de la osteoporosis postmenopáusica dentro de una nueva categoría de fármacos conocidos como inhibidores de la esclerostina. Al bloquear la acción de la esclerostina, el romosozumab libera este freno sobre la formación ósea, promoviendo así la creación de hueso nuevo. Destacando por su enfoque dual, este medicamento también reduce la resorción ósea, que implica la descomposición del tejido óseo.

Objetivos: Analizar las características epidemiológicas de una población de pacientes tratada con romosozumab y evaluar la aparición de eventos adversos durante el tratamiento.

Métodos: Se trata de un estudio retrospectivo y descriptivo. En este trabajo se recogen los datos de todas las pacientes tratadas con romosozumab en el Hospital Clínico de Valencia durante el periodo que abarca desde el 01/01/2023 hasta el 01/01/2024. Se recogieron variables como edad, tiempo total de tratamiento, tipo de fractura, factores de riesgo cardiovascular y eventos adversos (especialmente incidencia de infarto agudo de miocardio e ictus).

Resultados: Se incluyeron un total de 19 pacientes tratadas con romosozumab en el último año. Todas ellas mujeres con una media de edad de 66,2 años. La media de tiempo de tratamiento en el punto de corte del estudio fue de 6 meses y 15 días. La mayoría de las pacientes estaban diagnosticadas de osteoporosis postmenopáusica complicada, 21% (4) con fractura de cadera, 10,5 % (2) con una única fractura vertebral, 36,8% (7) con fracturas vertebrales múltiples, 21% (4) con fracturas en varias localizaciones y 10,5% (2) sin fracturas pero con osteoporosis densitométrica grave (> -3,5) en cualquiera de las localizaciones. Analíticamente no había ninguna paciente con enfermedad renal crónica o alteraciones del fósforo y el calcio. Hasta un 52,6% (10) presentaban niveles de vitamina D bajos, incluidas 2 de ellas con niveles inferiores a 5 ng/mL. De entre las pacientes, un 15,8 % (3) presentaban niveles elevados de PTH y un 10,5 % (2) niveles de fosfatasa alcalina elevados. El TScore medio para el cuello femoral fue de -2,3 y en la columna lumbar de -2,7. En cuanto a los factores de riesgo cardiovascular, si bien ninguna paciente tenía antecedente de eventos cardiovasculares previos, había un 21% (4) de fumadoras en activo, 47,3% (9) con hipertensión arterial, 36,8% (7) con dislipemia y 21% (4) con diabetes mellitus. Durante el año del analizado no se produjeron nuevas fracturas ni eventos cardiovasculares en ninguna de las pacientes del estudio. Únicamente hubo una paciente fallecida a causa de una neumonía agravada por sus comorbilidades.

Conclusiones: El tratamiento con romosozumab ha sido utilizado en pacientes con factores de riesgo cardiovascular previos sin que eso significase la aparición de nuevos efectos adversos. Tampoco se han identificado nuevas fracturas osteoporóticas durante el seguimiento. No obstante, creemos en la necesidad de seguir aumentado el número de pacientes en el registro y plantear un mayor seguimiento en el tiempo para alcanzar conclusiones más robustas.

RC96. EFICACIA Y SEGURIDAD DE FILGOTINIB EN ARTRITIS REUMATOIDE EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA

Lilyan Consuelo Charca Benavente[1], Isabel de la Morena Barrio[1], José Javier Sanmartín Martínez[1], Nerea Costas Torrijo[1], Delia Fernández Lozano[1], Diego Bedoya Sanchis[2], José Mallent Trenor[1] y Pilar Trenor Larraz[1]

[1]Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario. Valencia. [2]Servicio de Reumatología. INCLIVA Instituto de Investigación Sanitaria. Valencia.

Introducción: Filgotinib (FIL) es un inhibidor preferente de JAK1 indicado para el tratamiento de la artritis reumatoide (AR)[1]. La Agencia Europea de Medicamentos (EMA) ha concluido que el aumento de riesgo de infecciones graves, herpes zóster (HZ), acon-

tecimiento adverso cardiovascular importante (MACE), tromboembolismo venoso (TEV), neoplasias malignas, debe ser considerado un efecto de clase para todos los JAKi[2].

Objetivos: Describir la eficacia y seguridad de FIL en pacientes con AR a seguimiento en las consultas de Reumatología de nuestro centro.

Métodos: Estudio observacional transversal que incluye pacientes diagnosticados de AR que recibieron o están a tratamiento actual con FIL con fecha de corte diciembre 2023. Se incluyeron las variables demográficas, factores de riesgo cardiovascular (RCV), tratamiento y efectos adversos.

Resultados: Se incluyeron 37 pacientes, de los cuales 29 (78,4%) fueron mujeres. La edad media fue de 59,9 ± 11,6 años. En 10 (27%) se inició en > 65 años. El tiempo medio de tratamiento fue de 12,1 ± 5,8 meses. Con respecto a la presencia de factores de RCV: hábito tabáquico 10 (27,0%) son fumadores activos, 12 (32,4%) exfumadores > 1 año y 15 (40,5%) nunca fumaron. 15 (40,5%) presentan HTA, 3 (8,1%) DM y 21 (56,7%) DL. FIL se usó en monoterapia en 7 (19%) pacientes, mientras que 30 (81%) mantuvieron el tratamiento combinado con FAME convencional (FAMEc), siendo el metotrexato el más utilizado en 23 (62,1%) pacientes. Se consiguió retirar corticoides en 20 (54,1%) pacientes. Todos los pacientes habían recibido tratamiento previo con un FAMEc, 21 (56,7%) precisaron más de 1 FAMEc previo. 17 (46%) pacientes recibieron FIL como primera opción tras fallo a FAMEc, mientras que 20 (54%) recibieron FAME biológicos o sintéticos previos, de los cuales 13 (35%) habían recibido uno previo y 7 (19%), dos o más previos. Dentro de ellos se tuvo 5 pacientes con switch de un JAK previo, 2 por fallo secundario a tofacitinib y upadacitinib respectivamente, 1 de efecto adverso a baricitinib (diarreas), 1 de cambio de tofacitinib por alerta de EMA y 1 caso de efecto adverso a upadacitinib (sensación de lengua gruesa). Se han administrado dosis de 200 mg/día a 32 (86,5%) pacientes y dosis de 100 mg/día a 5 (13,5%). De los pacientes > 65 años, 8 (21,6%) recibieron dosis de 200 mg y 2 (5,4%) dosis de 100 mg. De todos los pacientes con dosis de 200 mg, solo se pudo optimizar dosis en 1 paciente. En 23 (62,2%) pacientes se continúa con FIL. En 14 (37,8%) se discontinuaron por los siguientes motivos: 8 (21,6%) por ineficacia (3 ineficacia primaria y 5 secundaria), 3 (8,1%) efectos adversos (náuseas/vómitos, hematomas, transaminitis, este último en combinación con metotrexato) y 3 otros motivos (2 alerta de EMA y 1 viaje). Durante el tiempo de seguimiento solo se ha descrito 1 caso de herpes zoster que no fue necesario la retirada del fármaco, no se han descrito efectos adversos relacionados con el aviso de la EMA con respecto a la aparición de infecciones graves, MACE, TEV, neoplasias.

Conclusiones: FIL en su mayoría se usó en terapia combinada con FAMEc. En más de la mitad de los pacientes se pudo retirar los corticoides y habían recibido FAME biológico/sintético previo respectivamente. Cerca del 87% recibieron dosis de 200 mg, y de ellos la cuarta parte eran > 65 años. En 62% se continúa con FIL, el motivo más frecuente de retirada fue por ineficacia y en 3 por efectos adversos. Solo se describió 1 caso de herpes zoster y ningún otro evento adverso mayor.

RC97. HIPOFOSFATEMIA GENÉTICA, UN CASO EXTRAORDINARIO DE OSTEOMALACIA

Ana Pareja Martínez[1], Juan Martín-Navarro[2], Claudia M. Gómez-González[1], Patricio Cardoso-Peñafiel[1], María F. del Pino-Zambrano[1], Enrique Calvo-Aranda[1], Leticia Lojo-Oliveira[1], Laura Cebrián-Méndez[1], Carolina Marín[1], María Sanz[1], M. Ángeles Matías de la Mano[1] y María Teresa Navío Marco[1]

[1]Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. [2]Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid.

Introducción: El calcio (Ca) y el fósforo (P) desempeñan un papel destacado en muchos procesos biológicos. La parathormona (PTH), la vitamina D, el factor de crecimiento de fibroblastos (FGF23) y otros receptores establecen un circuito de señalización entre el hueso, los riñones y el intestino para garantizar el mantenimiento de su homeostasis. Cualquier desviación de este esquema bien orquestado puede dar lugar a patologías leves o graves expresadas por características bioquímicas y/o clínicas. A continuación, presentamos el caso de un varón de 59 años natural de Venezuela, diagnosticado allí de espondilitis anquilosante hacía 6 años en base a rigidez, dolores óseos y marcada limitación, que le habría llevado a desplazarse en silla de ruedas. Recibía tratamiento con etanercept semanal subcutáneo desde hacía un año, que había interrumpido recientemente con motivo de su traslado a España. Como antecedentes de interés cirugías por pie plano bilateral a los 24 años y fracturas atraumáticas en radio distal derecho y costillas. Al examen físico, dificultad para la movilización pasiva de forma generalizada, deformidad del tórax en quilla (fig. 1) y cifosis dorsal. Analíticamente reactantes de fase aguda normales, HLA B27 negativo e hipofosfatemia de 1,6 mg/dl con elevación de fosfatasa alcalina. En la radiografía simple presentaba varias fracturas dorsolumbares y coxartrosis grave. Se amplió el estudio con RMN de sacroilíacas que informaban de una fractura antigua de cuello femoral izquierdo y otras bilaterales en palas iliacas y ramas pélvicas, sin datos de espondiloartritis. La densitometría confirmó una densidad mineral ósea disminuida. Al reinterrogatorio relató ser el quinto de 10 hermanos, 2 de ellos fallecidos en la primera infancia y los restantes con problemas de movilidad como él y dolores óseos "de toda la vida".

Conclusiones: Ante este cuadro tan atípico la presencia de hipofosfatemia mantenida sirvió de guía para ampliarse la determinación de la tasa de reabsorción de fosfato (RTP), que estaba disminuida, poniendo de manifiesto una hipofosfatemia de origen renal, por lo que se solicitó el estudio genético por la sospecha de osteomalacia hipofosfatémica en el que se detectó una variante de significado clínico incierto en el gen PTH 1R en heterocigosis. Alteración genética asociada a la condrodisplasia metafisaria de Jansen, una osteomalacia hipofosfatémica de herencia autosómica dominante. Se trata de una entidad extremadamente rara, con una prevalencia < 1/1 millón de habitantes, caracterizada por deformidades óseas, falta de medro y fracturas. Analíticamente hipofosfatemia con RTP baja y fosfatasa alcalina elevada, acompañados generalmente de niveles séricos indetectables de PTH. Los trastornos hereditarios del metabolismo del Ca y del P, al que pertenecen las displasias óseas, son un grupo muy heterogéneo que abarca hasta 400 trastornos, la mayoría resultado de defectos genéticos. Clínicamente los pacientes pueden presentar sintomatología muy inespecífica como dolores osteomusculares o limitación funcional que puede confundirse, como en este caso, con una

espondiloartropatía, pero también son frecuentes las deformidades óseas, como el tórax en quilla, y las fracturas por fragilidad, pero no por osteoporosis, sino por osteomalacia, que al igual que esta comparten una densidad mineral ósea disminuida en la densitometría.

RC98. ANÁLISIS DE UNA COHORTE DE SÍNDROME DE SJÖGREN EN UNA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA

Guillermo González Arribas, Diego Dios Santos, Carmen San José Méndez, Uxía Couto Lareo, Ana Lois Iglesias, Javier Seoane Romero, Maite Silva Díaz, Lucía Silva Fernández, Natividad Oreiro Villar, Carlos Fernández López, José Antonio Pinto Tasende, Bruno de Aspe de la Iglesia, Antonio Atanes Sandoval, Mercedes Freire González, Francisco Blanco García, Genaro Graña Gil y Javier de Toro Santos

Complexo Hospitalario Universitario A Coruña.

Introducción: El síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad autoinmune sistémica (EAS) que afecta principalmente las glándulas exocrinas, como las salivales y las lagrimales, provocando síntomas como xerostomía y xeroftalmia. Además de las manifestaciones glandulares, puede asociarse con complicaciones sistémicas, siendo más común en mujeres y a menudo vinculado a otras enfermedades autoinmunes.
Objetivos: Análisis de las características clínicas y epidemiológicas de pacientes con SS en una consulta de Reumatología, mejorando la comprensión de su presentación clínica y distribución demográfica en este entorno.
Métodos: Estudio observacional retrospectivo en el Complexo Hospitalario Universitario A Coruña, que involucró a 40 pacientes con síndrome de Sjögren primario (SSp) y síndrome de Sjögren asociado a otras enfermedades autoinmunes sistémicas (SSa), que cumplían con los criterios de clasificación ACR-EULAR 2017. Se analizaron y compararon las características epidemiológicas, clínicas y analíticas entre los grupos de pacientes con SSp y SSa.
Resultados: De los 40 individuos que componen la cohorte, el 100% son mujeres, el 72,5% presentaban SSp (n = 29), el 27,5% SSa (n = 11) de los cuales 6 estaban diagnosticados de artritis reumatoide, 3 de lupus eritematoso sistémico, 2 de esclerosis sistémica y 1 de enfermedad de Crohn. Se observaron diferencias significativas en el número de individuos con biopsia de glándula salival positiva con un Focus Score ≥ 1, siendo mayor en el grupo SSp. Además, se identificó un mayor número de individuos en el grupo SSp con hipergammaglobulinemia policlonal y positivos para anticuerpos anti-Ro52, anti-Ro60 y anti-La (tabla).

Características clínicas y serológicas de la muestra

	SS primario	SS asociado	p
Edad (años), media (DE)	58,10 (17,48)	66,09 (11,17)	0,168
Edad al diagnóstico (años), media (DE)	46,03 (16,60)	50,18 (13,45)	0,464
Tiempo de evolución (años), media (DE)	12,06 (8,28)	15,90 (9,92)	0,229
Síndrome seco % (n)	100% (30)	90,90% (10)	0,275
Schirmer patológico % (n)	67,90% (19)	54,50% (6)	0,337
Queratitis % (n)	27,60% (8)	27,30% (3)	0,655
Biopsia de glándula salival FFS ≥ 1 % (n)	89,70% (26)	9,10% (1)	< 0,001
Adenopatías % (n)	57,10% (16)	36,40% (4)	0,209
Anticuerpos antinucleares pos % (n)	96,60% (28)	81,80% (9)	0,178
Anti-Ro52 pos % (n)	75,90% (22)	27,30% (3)	0,007
Anti-Ro60 pos % (n)	72,40% (21)	18,20% (2)	0,003
Anti-La pos % (n)	55,20% (16)	0	0,001
Anti-U1RNP pos % (n)	20,70% (6)	0	0,124
Anti-DNA pos % (n)	17,20% (5)	18,20% (2)	0,636
Anticentrómero pos % (n)	0	20,00% (2)	0,076
Hipergammaglobulinemia % (n)	72,40% (21)	36,40% (4)	0,042
Gammapatía monoclonal % (n)	14,80% (4)	9,10% (1)	0,545
Crioglobulinas pos % (n)	11,10% (3)	9,10% (1)	0,674
Anemia % (n)	10,30% (3)	9,10% (1)	0,700
Leucopenia % (n)	17,20% (5)	36,40% (4)	0,190
Linfopenia % (n)	6,90% (2)	18,20% (2)	0,300
Neutropenia % (n)	24,10% (7)	18,20% (2)	0,523
Trombopenia % (n)	11,10% (3)	0	0,370
Hipocomplementemia C3 % (n)	17,20% (5)	27,30% (3)	0,381
Hipocomplementemia C4 % (n)	48,30% (14)	18,20% (2)	0,083
Fiebre % (n)	13,80% (4)	18,20% (2)	0,536
Parotiditis % (n)	17,20% (5)	0	0,180
Serositis % (n)	10,30% (3)	9,10% (1)	0,700
Artritis % (n)	31,00% (9)	63,60% (7)	0,065
Artralgias inflamatorias % (n)	67,90% (19)	72,70% (8)	0,544
Miositis % (n)	3,45% (1)	0	0,725
Vasculitis cutánea % (n)	17,20% (5)	0	0,180
Lupus cutáneo % (n)	3,45% (1)	18,20% (2)	0,178
Afectación sistema nervioso periférico % (n)	13,80% (4)	0	0,260
Afectación sistema nervioso central % (n)	6,90% (2)	0	0,521
Enfermedad pulmonar intersticial % (n)	10,30% (6)	18,20% (2)	0,422
Hipertensión pulmonar % (n)	2,50% (1)	0	0,725
Colangitis biliar % (n)	3,45% (1)	27,30% (3)	0,056
Fenómeno de Raynaud % (n)	31% (9)	18,20% (2)	0,349
Linfoma % (n)	3,45% (1)	0	0,725
Nefritis % (n)	6,90% (2)	0	0,521

Conclusiones: El estudio resalta la relevancia de la evaluación clínica y serológica específicas en pacientes con SS que acuden a la consulta de Reumatología. Las diferencias en las características clínicas y analíticas entre SSp y SSa resaltan la heterogeneidad de la enfermedad y respaldan la importancia de un enfoque personalizado en la gestión de estos pacientes.