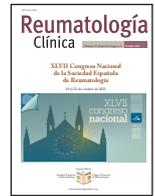




Sociedad Española
de Reumatología
Colegio Mexicano
de Reumatología

Reumatología Clínica

www.reumatologiaclinica.org



TRABAJOS ACEPTADOS SOLO PARA PUBLICACIÓN

XLVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología

Octubre de 2021

RC01. EL ESTUDIO ECOGRÁFICO SERIADO EN PACIENTES CON GOTA SIN ACTIVIDAD SOSTENIDA: CAPACIDAD PREDICTIVA DE BROTE AL REDUCIR O SUSPENDER EL TRATAMIENTO HIPERURICEMIANTE

C.A. Guillén Astete, M. Bernaola Ortiz, C. Wiehoff Mellán, N. García Montes, P. Zurita Prada y C. Urrego Laurín

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. Facultad de Ciencias Biomédicas UEM. Madrid. Hospital Universitario HLA Moncloa. Madrid. Policlínico HM Sanchinarro. Madrid.

Introducción: En pacientes con gota, una vez alcanzado el objetivo terapéutico de uricemia y manteniendo al paciente libre de brotes, existe la tendencia a reducir o suprimir el hipouricemiente, muchas a veces a iniciativa del propio paciente. Con independencia de las recomendaciones higiénico-dietéticas, la reducción parcial o completa de alopurinol puede conducir a un brote de gota. El propósito de este estudio es determinar si la evaluación ecográfica programada puede ser de utilidad en la predicción de estos brotes.

Métodos: Se trata de un estudio basado en práctica clínica habitual, de tipo longitudinal, retrospectivo. Se incluyeron pacientes de dos consultas de reumatología seguidos en la práctica privada y una consulta hospitalaria de la seguridad social. Por protocolo, todos los pacientes con gota en situación intercrítica fueron objeto de un estudio ecográfico cada 4 meses. Se evaluaron los estudios ecográficos de

estos pacientes y se correlacionaron con el tiempo libre de brote respecto de la última valoración. Se incluyeron a pacientes con dosis mantenidas de alopurinol, así como descontinuadores parciales o totales. Se realizó una regresión de Cox utilizando el tiempo libre de brote como variable dependiente. En el modelo se incluyeron a las variables que superaron el test de correlación con una $p < 0,10$.

Resultados: Se incluyeron los registros de 55 pacientes evaluados entre enero de 2014 y enero de 2021. Cuatro pacientes fueron mujeres (7,3%). La media de edad fue 57,23 DE 8,44. La media de uricemia plasmática fue 6,21 DE 0,60. Se produjeron 24 brotes detectados en los primeros 3 meses después de la última ecografía (43,6%). En la modelización condicional hacia delante incluyó las variables tipo de discontinuación del tratamiento ($gl = 2$; $p < 0,001$) y hallazgo ecográfico ($gl = 2$; $p = 0,03$). La cifra de uricemia no fue incluida en la modelización ($gl = 1$; $p = 0,139$). En la prueba ómnibus, el modelo obtuvo una chi-cuadrado = 23,072 ($gl = 4$; $p < 0,001$). Los coeficientes B y los Hazard ratio se resumen en la tabla. La figura 1 representa la predicción de supervivencia del modelo de regresión incluyendo las dos variables de interés. En el análisis de supervivencia libre de brote, se determinó una supervivencia media de 92,1 DE 4,9 días (IC95% 82,4-101,7). Las medias de supervivencia de los pacientes sin cambios de tratamiento, con reducción parcial y con suspensión de tratamiento fueron 101,8 DE 7,5, 105,4 DE 7,3 y 70,5 DE 8,0, respectivamente ($p < 0,001$ para cualquier reducción de dosis). Las medias de supervivencia para el hallazgo de eco normal,

| Variables en el modelo | | B | EE | Sig. | HR | 95% IC para HR | |
|------------------------|-------------------------|--------|------|------|------|----------------|----------|
| | | | | | | Inferior | Superior |
| Paso 1 | No descontinuador (REF) | | | ,001 | | | |
| | Descontinuador parcial | -1,504 | ,520 | ,004 | ,222 | ,080 | ,616 |
| | Suspensión completa | -1,645 | ,567 | ,004 | ,193 | ,064 | ,587 |
| Paso 2 | No descontinuador (REF) | | | ,001 | | | |
| | Descontinuador parcial | -1,535 | ,523 | ,003 | ,215 | ,077 | ,601 |
| | Suspensión completa | -1,616 | ,589 | ,006 | ,199 | ,063 | ,631 |
| | Ecografía normal (REF) | | | ,058 | | | |
| | Sinovitis grado 2+ | -1,412 | ,596 | ,018 | ,244 | ,076 | ,783 |
| | Señal PD | -,543 | ,472 | ,251 | ,581 | ,230 | 1,467 |

Resultados de la prueba de modelización hacia adelante LR. B: Coeficiente B; EE: Error estándar; HR: Hazard ratio o Exponencial de beta; IC: Intervalo de confianza; Sig: P-valor.

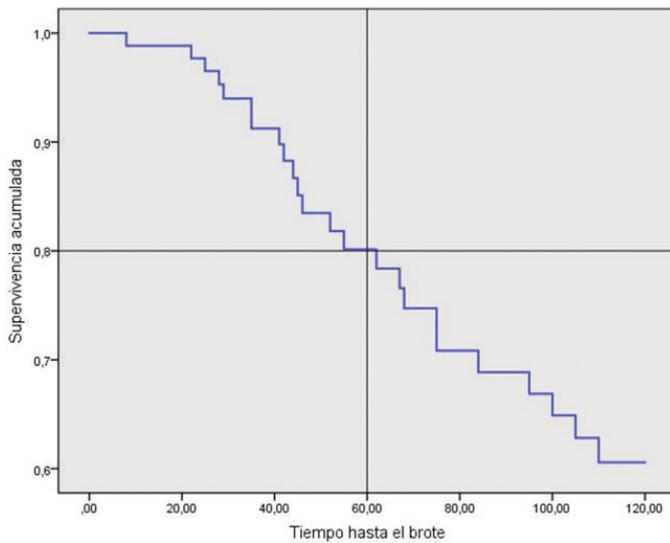


Figura 1. Probabilidad de supervivencia en el tiempo libre de brotes, predicho por el modelo de regresión de Cox.

sinovitis grado 2+ y señal PD fueron 111,8 DE 4,7, 93,1 DE 6,7, 71,0 DE 10,7, respectivamente ($p = 0,014$ para la comparación de señal PD y eco normal). La figura 2 muestra las curvas de Kaplan Meier para ambas comparaciones.

Conclusiones: La presencia de señal PD y la sinovitis grado 2 o superior son predictores del desarrollo de gota de tanto o más peso relativo que la suspensión parcial o completa del tratamiento hipouricemiante. Nuestros datos sustentan la recomendación de seguir periódicamente a los pacientes en quienes se reduzca en cualquier medida su tratamiento hipouricemiante. Como debilidades de este estudio, por su naturaleza de práctica clínica habitual, se debe destacar que la ocurrencia de eventos no alcanzó a la mediana de la población y que la uricemia baja podría haber condicionado la decisión de suspender o reducir las dosis y por lo tanto actuaría como una variable con colinealidad.

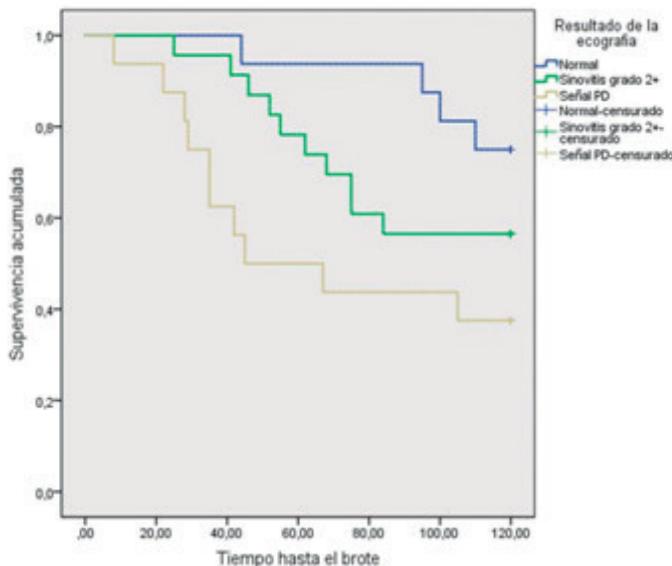
RC02. LA EXPRESIÓN DE LA SEMAFORINA3B SE ENCUENTRA REDUCIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y TIENE UN PAPEL PROTECTOR EN UN MODELO MURINO DE ARTRITIS

S. García Pérez^{1,2,5,6}, S. Martínez Ramos^{1,2}, C. Rafael Vidal^{1,2}, A. Igea^{3,4}, T. Carvalheiro^{5,6}, B. Malvar-Fernández^{1,2}, E. Niemantsverdriet^{7,8}, Á. Rodríguez-Trillo⁹, D. Veale¹⁰, Ú. Fearon^{10,11}, C. Conde⁹, J.M. Pego-Reigosa^{1,2}, Á. González-Fernández^{3,4}, K.A. Reedquist^{5,6}, T.R.D.J. Radstake^{5,6} y A.H.M. van der Helm-Van Mil^{5,7,8}

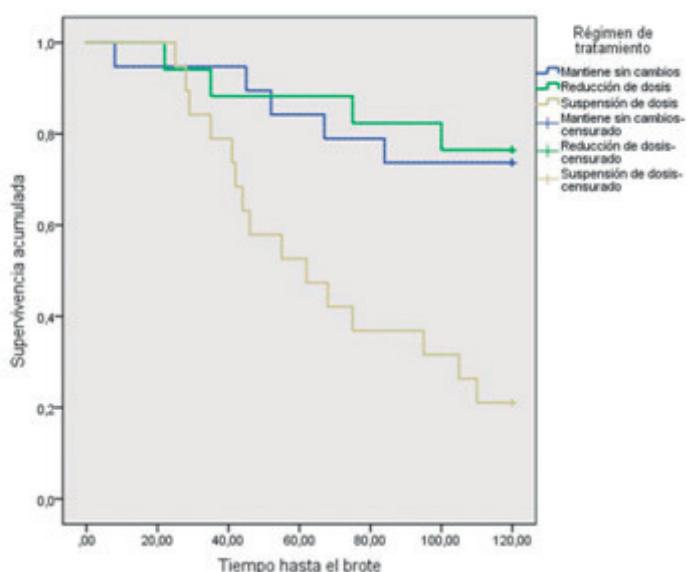
¹Rheumatology & Immuno-mediated Diseases Research Group (IRIDIS). Galicia Sur Health Research Institute (IIS Galicia Sur). SERGAS-UVIGO. Vigo. ²Rheumatology Department. University Hospital Complex of Vigo. Vigo. ³CINBIO. Centro de investigaciones Biomédicas. Immunology Research group. Universidade de Vigo. Campus Universitario Lagoas Marcosende. Vigo. ⁴Inflammatory-Infectious diseases and Immune disorders. Galicia Sur Health Research Institute (IIS Galicia Sur). SERGAS-UVIGO. Vigo. ⁵Department of Rheumatology and Clinical Immunology. University Medical Center Utrecht. University of Utrecht. Países Bajos. ⁶Center for Translational Immunology. University Medical Center Utrecht. University of Utrecht. Países Bajos. ⁷Department of Rheumatology. Erasmus Medical Center. Rotterdam. Países Bajos. ⁸Department of Rheumatology. Leiden University Medical Center. Leiden. Países Bajos. ⁹Laboratorio de Investigación 8 y Servicio de Reumatología. Instituto de Investigación Sanitaria (IDIS). Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela (CHUS). SERGAS. Santiago de Compostela. ¹⁰EULAR Centre of Excellence. St Vincent's University Hospital and University College Dublin. Irlanda. ¹¹Department of Molecular Rheumatology. Trinity Biomedical Science Institute. Trinity College Dublin. Irlanda.

Introducción: La semaforina3B (Sema3B) es una proteína secretada perteneciente a la familia de las semaforinas, descrita inicialmente como reguladora del desarrollo neuronal. Estudios de nuestro grupo mostraron que la expresión de la Sema3B se encuentra reducida en el tejido y líquido sinovial de pacientes con artritis reumatoide (AR) comparación con los pacientes con artritis no diferenciada. Además, estudios funcionales mostraron que la Sema3B reduce las capacida-

A



B



RC01 Figura 2. Curvas de Kaplan-Meier, de supervivencia sin brote en función del tipo de tratamiento establecido (A) o de los resultados de la prueba ecográfica (B).

des migratorias e invasivas de los sinoviocitos tipo fibroblasto (FLS) de pacientes con artritis AR y suprime la expresión de metaloproteinasas de matriz (MMP). En este estudio determinamos el papel de Sema3B en un modelo de ratón de artritis y su expresión en pacientes con AR.

Métodos: Se utilizó el modelo de artritis inducida por transferencia de suero K/BxN en ratones de tipo salvaje (WT) y deficientes en Sema3B (*Sema3b*^{-/-}), en los cuales se analizó la evolución clínica y se realizaron análisis histológicos. La expresión de proteínas y de ARNm (ensajero) en articulaciones y FLS de ratones y en suero y tejido sinovial de pacientes con artroalgia y AR se determinó mediante ELISA, western blot y PCR cuantitativa. La migración de FLS se determinó usando el ensayo de cierre de heridas.

Resultados: La gravedad clínica de la artritis inducida fue significativamente mayor en los ratones *Sema3b*^{-/-} en comparación con los ratones WT (fig. 1A). Análisis histológicos de las articulaciones mostraron un aumento significativo de la inflamación sinovial, el daño del cartilago y la erosión ósea en los ratones *Sema3b*^{-/-}

(fig. 1B). Esta mayor severidad se asoció con una mayor expresión de mediadores inflamatorios, tales como TNF, IL-1B, IL-6, CXCL-5, CXCL-10, CXCL-11 y MMP-3, y con una mayor capacidad migratoria de los FLS (fig. 1C-D). La administración de Sema3B exógena redujo la gravedad clínica de la artritis, la inflamación sinovial, el daño del cartilago, la erosión ósea y la expresión de mediadores inflamatorios (fig. 2). En pacientes con AR establecida, los niveles de Sema3B fueron significativamente menores en el tejido sinovial y el suero en comparación con los pacientes con artroalgia. Por último, los niveles de Sema3B, disminuyeron drásticamente en pacientes con AR de reciente diagnóstico 1 y 2 años después del inicio de la enfermedad (fig. 3).

Conclusiones: La expresión de Sema3B tiene un papel protector en un modelo de artritis en ratón. En pacientes con AR, los niveles de expresión se reducen durante la progresión de la enfermedad. Estos datos sugieren que el restablecimiento de los niveles homeostáticos de Sema3B puede ser una nueva opción terapéutica para el tratamiento de la artritis reumatoide.

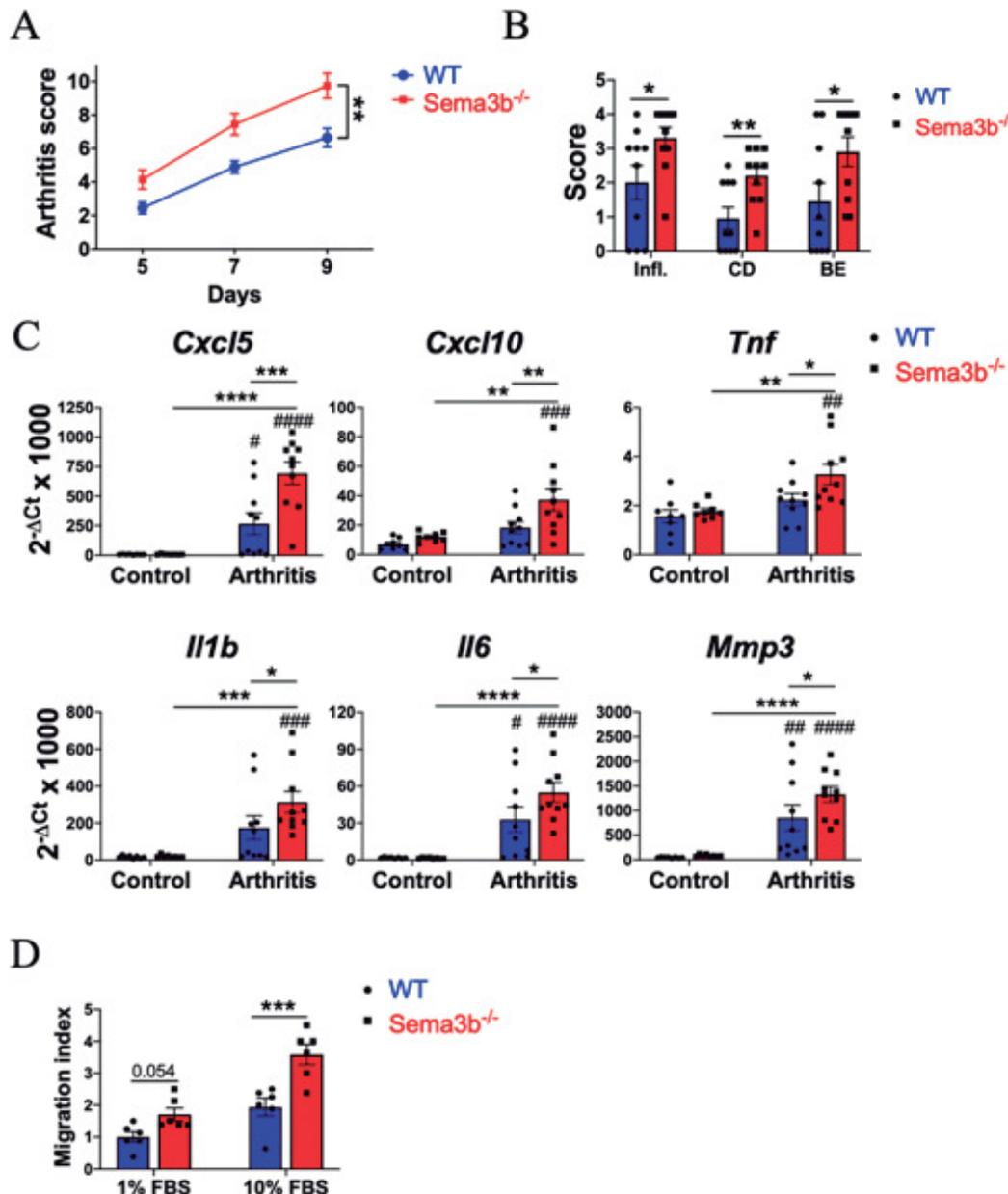
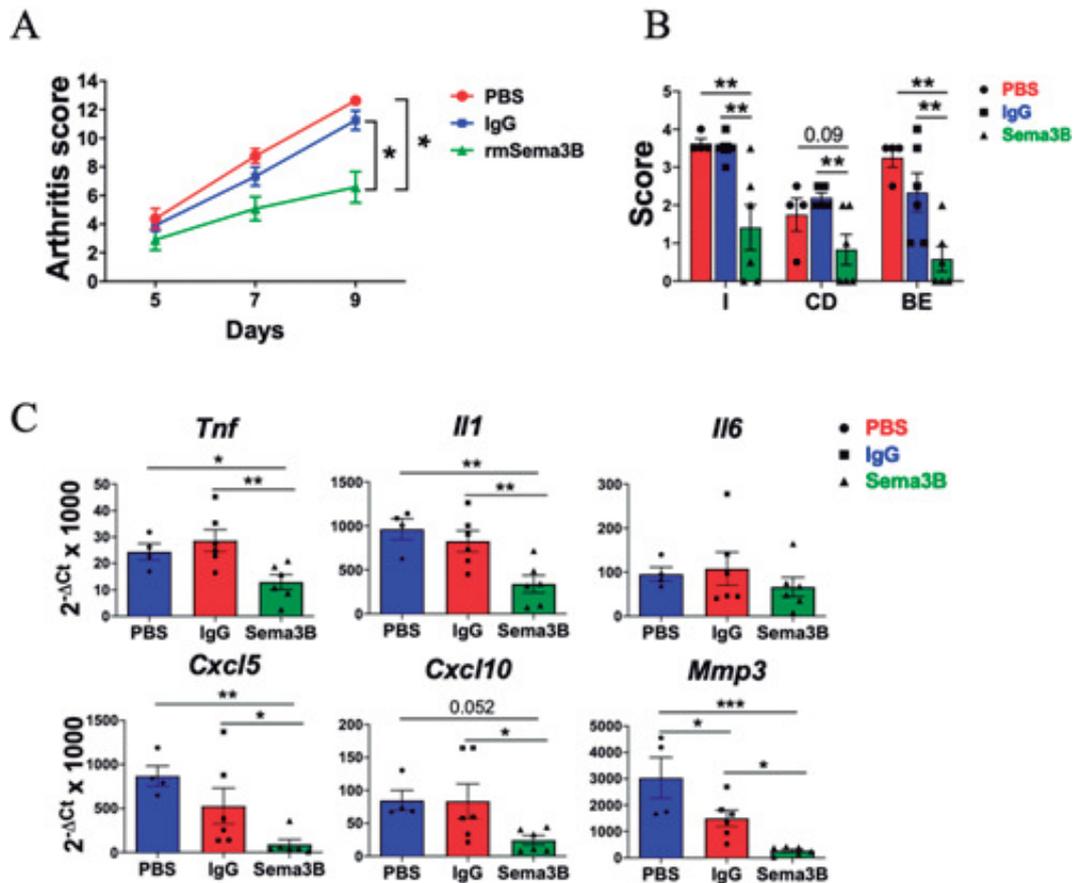
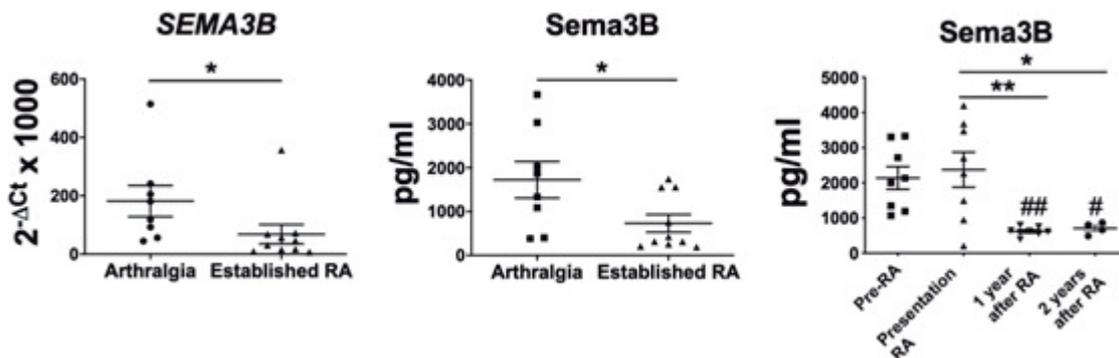


Figura 1. La deficiencia de la Sema3B aumenta la severidad de la artritis inducida por transferencia de suero.



RC02 Figura 2. La administración de Sema3B exógena reduce la severidad de la artritis inducida por transferencia de suero.



RC02 Figura 3. La expresión de la Sema3B se reduce durante la progresión de la artritis reumatoide.

RC03. INHIBIDORES JAK. MANEJO Y PERFIL DE SEGURIDAD EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

M.J. Moreno Martínez, A. del Carmen Haro¹, D. Palma¹, E. Peñas¹, M. Mayor¹, P. Castillo² y M.J. Moreno³

¹Hospital Rafael Méndez. Lorca. ²Hospital Los Arcos. Pozo Aledo. ³Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción: Diversas citocinas inflamatorias, que señalizan por la vía JAK-STAT, se han asociado a la patogenia de las enfermedades sistémicas inmunomediadas. Actualmente disponemos de tres fármacos que inhiben dicha vía (iJAK) (baricitinib, upadacitinib y tofacitinib). Éstos han demostrado su eficacia en enfermedades como la artritis reumatoide (AR) o la artritis psoriásica, pero también se ha observado un aumento de infecciones así como alteraciones analíti-

cas y cierto aumento del riesgo tromboembólico asociados a su uso. En este trabajo se analiza la seguridad de una cohorte de pacientes con iJAK.

Métodos: Se trata de un estudio observacional multicéntrico, donde se analizaron los pacientes en tratamiento con baricitinib, upadacitinib y tofacitinib, desde enero hasta mayo de 2021. Los pacientes deben haber estado al menos un mes con el tratamiento iJAK. Se analizan datos demográficos y variables clínicas y analíticas (basal y a los 3 meses del inicio del tratamiento).

Resultados: Se incluyeron 76 pacientes (85,5% mujeres) con iJAK, con una edad media de 57,5 (± 12,1) años. El 26,5% de nuestros pacientes eran > 65 años y no se encontraron diferencias en la distribución por edades entre los 3 iJAK. Los pacientes habían recibido una media de 2,8 (± 2,1) biológicos previos. El 89,5% eran AR, de los cuales el 68,5% tenían FR y ACPA positivos, y el resto artritis psoriásica. En cuanto al

iJAK utilizado, el 39,5% fue tofacitinib, 6,5% upadacitinib y 54% baricitinib (36,5% dosis de 4 mg/día). Todos los tratamientos de upadacitinib fueron en 2ª línea de iJAK, mientras que tofacitinib y baricitinib tenían una distribución similar entre 1ª y 2ª línea de utilización de iJAK. En el 73% se utilizaron los iJAK en monoterapia. El FAME más utilizado fue el metotrexato (78,5%) con una dosis media de 16,6 (\pm 5,7) mg/semanal. No encontramos diferencias en cuanto a la utilización en monoterapia para los distintos iJAK. Los corticoides se utilizaron en el 72,5% de los pacientes (sin diferencias entre los 3 iJAK), con una dosis media diaria de 5,6 (\pm 3,6) mg de prednisona, y el 10,5% también llevaba AINE diarios. En cuanto a las comorbilidades basales: el 36,8% eran hipertensos, el 30% dislipémicos y el 17% diabéticos. Un paciente tenía antecedentes de IAM y otro de fenómeno tromboembólico previo. La media de meses en tratamiento con los iJAK fue de 11,7 (\pm 9,9), con un mínimo de 1 y un máximo de 40, sin encontrar relación con las variables clínicas ni analíticas. No encontramos alteraciones analíticas (hemoglobina, leucocitos, linfocitos, neutrófilos, creatinina) significativas tras tres meses de tratamiento con iJAK. En cuanto a los motivos de suspensión de los iJAK (27/76), el 66,5% fue por ineficacia (cambiándose a un segundo iJAK el 50%), el 22,5% intolerancia y el resto por aumento del riesgo trombótico. No hubo diferencias en el motivo de suspensión entre los distintos iJAK. No hubo fenómenos tromboembólicos, eventos cardiovasculares mayores, infecciones (incluyendo herpes zoster) o eventos adversos serios durante el seguimiento.

Conclusiones: En nuestra experiencia en práctica clínica, no existen diferencias en el manejo de los tres iJAK disponibles en la actualidad, teniendo una mayor tendencia a su utilización en monoterapia, tras fallo a otros FAMEb, y en pacientes < 65 años. Aunque se trata de una serie modesta, no se observan datos de seguridad distintos a los esperados según los ensayos clínicos, mostrando un aceptable perfil de seguridad.

RC04. ¿USAMOS LOS REUMATÓLOGOS LA ELASTOGRAFÍA HEPÁTICA?

D. Palma Sánchez, A. Haro Martínez, M. Mayor González, M.J. Moreno Martínez y E. Peñas Martínez

Unidad de Reumatología. Hospital General Universitario Rafael Méndez. Lorca.

Introducción: El tratamiento de primera línea de las artritis inflamatorias suele ser los FAMES tales como el metotrexato y la leflunomida, siendo el más utilizado el metotrexato. Uno de los efectos adversos de los FAMES es la hepatotoxicidad, por lo que se recomienda la monitorización periódica de los valores de transaminasas en estos pacientes. Sin embargo, recientes estudios han encontrado fibrosis hepática subclínica en pacientes con artritis en tratamiento con metotrexato sin alteración de enzimas hepáticas. La elastografía es una técnica no invasiva que se usa para establecer fibrosis hepática mediante la medida de la rigidez hepática capaz de detectar fibrosis subclínica en pacientes con artritis inflamatorias. Objetivo principal: analizar el uso de elastografía hepática en pacientes con artritis inflamatoria para valorar hepatotoxicidad a los fármacos.

Métodos: Estudio transversal en el que se incluyeron todos los pacientes de la unidad de reumatología del Hospital General Universitario Rafael Méndez de Lorca con artritis inflamatoria. Se recogieron variables clínico-demográficas, relativas a la enfermedad y a tratamientos. En el análisis estadístico se utilizó la media y desviación estándar (DE) para variables cuantitativas y la frecuencia para las cualitativas.

Resultados: Se incluyeron un total de 959 pacientes. Las características clínicas demográficas y relativas a la enfermedad se muestran en la tabla. Se solicitó elastografía hepática solo en el 1,66% de los pacientes incluidos en el estudio. El motivo de dicha petición fue en un 62,5% de los casos elevación de transaminasas y en un 31,3% hallazgos ecográficos de esteatosis hepática. La elastografía hepá-

tica encontró en un 45,5% de los casos fibrosis hepática significativa siendo en un 60% de ellos fibrosis hepática avanzada y/o cirrosis.

Características clínicas demográficas y relativas a la enfermedad

| | |
|---|---------------------|
| Sexo, n (%) | 13 (81,3) |
| Mujer | |
| Edad, media \pm DE | 57,69 \pm 12,55 |
| Duración de la enfermedad (meses), media \pm DE | 95,73 \pm 123,577 |
| Mediana | 60 |
| Diagnóstico, n (%) | |
| Artritis reumatoide | 6 (37,5) |
| Artritis psoriásica | 2 (12,5) |
| Espondiloartritis | 4 (25) |
| Otros | 4 (25) |
| Tratamientos, n (%) | |
| Metotrexato | 8 (50) |
| Leflunomida | 0 (0) |
| Otro FAMES | 4 (25) |
| Duración del tratamiento (meses), media \pm DE | 30,45 \pm 27,40 |
| Mediana | 22 |

Conclusiones: Los reumatólogos hacemos un escaso uso de la elastografía hepática para la detección de fibrosis hepática en pacientes con artritis inflamatoria a pesar de haberse demostrada su capacidad para la detección de fibrosis hepática subclínica en estos pacientes.

RC05. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL BARICITINIB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE TRATADOS PREVIAMENTE CON TOFACITINIB

J. Loricera García, D. Martínez-López, Í. González-Mazón, J. Rueda-Gotor, A. Corrales-Martínez, Á. Martínez-Onandía, M.Á. González-Gay y R. Blanco

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander.

Objetivos: El tofacitinib (TOFA) es un inhibidor de las JAK (iJAK) aprobado para el tratamiento de la artritis reumatoide (AR). Sin embargo, debido al mayor riesgo de infecciones graves en los pacientes mayores de 65 años, la Agencia Europea del Medicamento recomienda utilizar el TOFA en estos pacientes solo cuando no exista otra alternativa terapéutica. El baricitinib (BARI) es otro iJAK ampliamente utilizado en la práctica clínica y podría ser un tratamiento alternativo para estos pacientes. Nuestro objetivo fue evaluar la efectividad y seguridad del BARI en pacientes con AR tratados previamente con TOFA.

Métodos: Estudio prospectivo de 6 meses de seguimiento de pacientes diagnosticados de AR según los criterios EULAR/ACR 2010 en tratamiento con TOFA (5 mg/12h) y que, debido a una edad próxima a los 65 años, fue sustituido por BARI, sin periodo de lavado, tras una decisión compartida entre el paciente y el médico. Todos los pacientes fueron evaluados al inicio del BARI y a 1, 3 y 6 meses. La actividad de la enfermedad se evaluó mediante: a) DAS28-ESR, b) recuento de articulaciones dolorosas y tumefactas, c) RAPID-3, y d) HAQ. Se realizó una evaluación ecográfica con *power-doppler* (PDUS) utilizando un sistema de puntuación de 30 articulaciones que evaluaba las muñecas, las articulaciones metacarpofalángicas 1-5, las interfalángicas proximales 2-5, los tobillos y las articulaciones metatarsofalángicas 2-5. Cada imagen se puntuó de forma semicuantitativa en una escala de 0 a 3 (puntuación total de la PDUS de 0 a 90).

Resultados: Se incluyeron 9 pacientes (6 mujeres y 3 varones) con una edad media: 64 \pm 7 años. Siete de ellos tenían anticuerpos anti-péptido cíclico citrulinado y seis presentaban erosiones óseas. Todos ellos habían sido tratados inicialmente con FAME sintéticos convencionales y posteriormente con TOFA (5 mg/12h) durante una media de 61 \pm 4 meses. El BARI se administró a dosis de 4 mg/día (n = 8) y 2 mg/día (n = 1). El BARI se utilizó combinado con metotrexato (MTX) (n = 6) o en monoterapia (n = 3). Las puntuaciones de la actividad clínica y los resultados de laboratorio durante el seguimiento se describen en la tabla. Tras 6 meses de seguimiento con BARI, se observó una

Tabla RC05

Hallazgos clínicos y analíticos de los pacientes

| | Basal (n = 9) | Mes 1 (n = 9) | Mes 3 (n = 9) | Mes 6 (n = 9) |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Puntuaciones de actividad de la enfermedad y de discapacidad, mediana [RIC] | | | | |
| DAS 28 score | 3,10 [2,60-3,50] | 2,60 [2,40-3,60] | 3,50 [2,60-4,00] | 3,60 [2,60-4,60] |
| HAQ score | 0,63 [0,40-1,30] | 0,50 [0,30-1,00] | 0,63 [0,40-1,20] | 0,75 [0,25-1,20] |
| RAPID-3 score | 8,70 [3,30-10,50] | 8,70 [3,80-10,40] | 8,00 [1,20-13,50] | 9,70 [1,70-16,50] |
| NAD | 0 [0-2] | 0 [0-2] | 1 [0-7]* | 1 [0-7] |
| NAT | 0 [0-2] | 0 [0-3] | 0 [0-3] | 0 [0] |
| PDUS score (0-90) | 2 [2-4] | 1 [0-6] | 1 [0-6] | 1 [0-1]* |
| Valores analíticos media ± DE | | | | |
| Hemoglobina (g/dl) | 14,00 ± 1,30 | 13,70 ± 1,40 | 13,60 ± 1,20 * | 14,00 ± 1,30 |
| Leucocitos (x103/μL) | 5,64 ± 1,37 | 5,17 ± 1,12 | 5,16 ± 1,57 | 5,83 ± 1,13 |
| Linfocitos (x103/μL) | 3,81 ± 1,30 | 3,17 ± 0,77 | 3,27 ± 1,21 | 3,78 ± 1,06 |
| Neutrófilos (x103/μL) | 1,18 ± 0,42 | 1,38 ± 0,62 | 1,27 ± 0,53 | 1,41 ± 0,55 |
| Plaquetas (x103/μL) | 195,00 ± 53,00 | 229,00 ± 50,00 * | 226,00 ± 57,00 * | 239,00 ± 71,00 * |
| PCR (mg/dl) | 0,83 ± 0,77 | 0,52 ± 0,37 * | 0,51 ± 0,18 | 0,70 ± 0,48 |
| VSG (mm/1 ^h) | 32,70 ± 17,20 | 27,40 ± 17,20 | 24,30 ± 14,10 | 26,90 ± 11,70 |
| FR (IU/ml) | ND | ND | 247 ± 208 | 250,00 ± 189 |
| APCC (EU), mediana [RIC] | ND | ND | 282 [32-1.415] | 243 [50-1.333] |

APCC: anticuerpos anti-péptido cíclico citrulinado; DAS: Disease Activity Score; DE: desviación estándar; FR: factor reumatoide; HAQ: Health assessment Questionnaire; NAD: número de articulaciones dolorosas; NAT: número de articulaciones tumefactas; ND: no disponible; PCR: proteína C reactiva; PDUS: Power Doppler UltraSonographic; RAPID: Routine Assessment of Patient Index Data; RIC: rango intercuartílico; VSG: velocidad de sedimentación globular. *p < 0,05 comparado con visita basal.

mejora significativa en la puntuación de la PDUS, así como un aumento significativo del recuento de plaquetas. El único acontecimiento adverso observado fue la linfopenia, objetivada en 3 pacientes. En uno de ellos se suspendió temporalmente el BARI y se reanudo 2 meses después, tras la normalización del recuento de linfocitos.

Conclusiones: El BARI puede ser una opción alternativa segura y efectiva para los pacientes con AR que, debido a su edad y al alto riesgo de infección, requieren la retirada del TOFA.

RC06. LAS MEJORÍAS EN LOS RESULTADOS COMUNICADOS POR LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE SON MAYORES CON BARICITINIB QUE CON PLACEBO O ADALIMUMAB EN TODOS LOS NIVELES DE ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD

P.C. Taylor¹, R. Blanco Alonso², K. Ikeda³, B. Jia⁴, Y.F. Chen⁴, C. Walls⁴, E. Haladyj⁴ y B. Fautrel⁵

¹Botnar Research Centre. Nuffield Department of Orthopaedics. Rheumatology and Musculoskeletal Sciences. University of Oxford. Oxford. Reino Unido. ²University Hospital Valdecilla. Santander. ³Chiba University Hospital. Chiba. Japón. ⁴Eli Lilly and Company. Indianapolis. EEUU. ⁵Sorbonne University-Assistance Publique Hôpitaux de Paris. Pitie Salpetriere Hospital. Rheumatology Department. Paris. Francia.

Introducción: Baricitinib (BARI) es un inhibidor de JAK1/JAK2 que proporciona mejoras en los signos clínicos, los síntomas y los resultados comunicados por los pacientes (PROs) en pacientes con artritis reumatoide¹.

Objetivos: El efecto de BARI en la relación entre la actividad de la enfermedad y el dolor ha sido investigado previamente¹. El propósito

de este análisis *post-hoc* fue estudiar la asociación entre PRO adicionales (función física, fatiga y duración de la rigidez articular matutina) y el nivel de actividad de la enfermedad después de 12 semanas de tratamiento y determinar si los pacientes tratados con BARI 4 mg y respuesta inadecuada a metotrexato experimentaron mayores mejorías en los PRO que los pacientes tratados con placebo (PBO) o con adalimumab (ADA) en todos los niveles de actividad de la enfermedad.

Métodos: Los datos utilizados en estos análisis provienen del estudio fase 3 RA-BEAM (N = 1305; NCT01710358). El dolor fue evaluado mediante una escala visual analógica de 0-100 mm, la función física fue evaluada mediante el Cuestionario de Evaluación de la Salud-Índice de Discapacidad (HAQ-DI), la fatiga fue evaluada mediante la escala de Valoración Funcional del Tratamiento de Enfermedades Crónicas-Fatiga (FACIT-F) y la duración de la rigidez articular matutina (RAM, minutos) fue comunicada por el paciente. La actividad de la enfermedad se evaluó mediante el índice de Actividad Clínica de la Enfermedad (CDAI) y se clasificó como en remisión (REM, ≤ 2,8), baja actividad de la enfermedad (BAE, > 2,8 a ≤ 10), moderada actividad de la enfermedad (MAE, > 10 a ≤ 22) o alta actividad de la enfermedad (AAE, > 22). Se utilizó una regresión lineal para expresar la relación entre el cambio en los PRO a la semana 12 (respuesta) y los valores del CDAI a la semana 12 (variable explicativa principal) para evaluar el grado de mejoría en los PRO con BARI respecto a PBO y ADA en un espectro de niveles de actividad de la enfermedad. Se utilizó el arrastre de la última observación considerada para imputar los datos no disponibles.

Resultados: Según el CDAI, el 91% de los pacientes presentaban una AAE basal y el 9% una MAE basal en todos los grupos de tratamiento. Después de 12 semanas de tratamiento, el 2%, 7% y 9% de los pacientes alcanzaron la REM; el 16%, 27% y 33% de los pacientes alcanzaron la

Tabla RC06

Estimación de la mejoría en los PRO en función los puntos de corte de actividad de la enfermedad (CDAI) a la semana 12

| PRO | CDAI = 2,8 | | | CDAI = 10 | | | CDAI = 22 | | |
|--------------------------|------------|-------|-----------|-----------|-------|-----------|-----------|-------|-----------|
| | PBO | ADA | BARI 4 mg | PBO | ADA | BARI 4 mg | PBO | ADA | BARI 4 mg |
| EVA de dolor (mm) | -28,4 | -37,9 | -40,9 | -24,5 | -32,6 | -36,1 | -18,0 | -23,7 | -28,1 |
| HAQ-DIb | -0,6 | -0,7 | -0,9 | -0,5 | -0,7 | -0,7 | -0,4 | -0,5 | -0,6 |
| FACIT-Fc | 9,8 | 11,8 | 11,1 | 8,8 | 10,6 | 10,2 | 7,0 | 8,7 | 8,7 |
| Duración de la RAM (min) | -6,9 | -37,8 | -64,9 | -6,3 | -35,3 | -55,7 | -5,3 | -31,3 | -40,2 |

^aPuntuaciones de la EVA de dolor de 0 (sin dolor) a 100 (dolor extremo).

^bPuntuaciones de HAQ-DI de 0 (sin discapacidad) a 3 (discapacidad total).

^cPuntuaciones de FACIT-F de 0 (fatiga extrema) a 52 (sin fatiga).

Abreviaturas: ADA, adalimumab; BARI, baricitinib; CDAI, índice de actividad clínica de la enfermedad; EVA, escala visual analógica; FACIT-F, Valoración Funcional del Tratamiento de Enfermedades Crónicas-Fatiga; HAQ-DI, Cuestionario de Evaluación de la Salud-Índice de Discapacidad; PBO, placebo; RAM, rigidez articular matutina; PRO, resultados comunicados por el paciente.

BAE; y el 33%, 40% y 38% de los pacientes alcanzaron la MAE con PBO, ADA y BARI, respectivamente. A la semana 12, los cambios estimados para las valoraciones de dolor y función física, así como la duración de la RAM, fueron mayores con BARI 4 mg que con PBO y ADA en todos los puntos de corte de los niveles de actividad de la enfermedad del CDAI (tabla). El cambio estimado en la fatiga con BARI 4 mg fue similar al de ADA, y mayor que con PBO, en todos en todos los puntos de corte de los niveles de actividad de la enfermedad (tabla).

Conclusiones: Las estimaciones de las diferencias entre los tratamientos sugieren que los pacientes tratados con BARI 4 mg podrían experimentar mayores mejorías en el dolor, la función física y la duración de la RAM que pacientes tratados con PBO o ADA, independientemente del nivel de actividad de la enfermedad alcanzado tras 12 semanas de tratamiento. Así mismo, las mejorías en la fatiga podrían ser mayores con BARI 4 mg que con PBO y similares a las de ADA tras 12 semanas. Financiado: Eli Lilly and Company. Reutilizado con autorización de EULAR2021.

Bibliografía

1. Strand, P. et al, Arthritis Rheumatol, 2019; 71 (S10):p.2455-2457

RC07. MEJORAS RÁPIDAS Y SIMULTÁNEAS EN LOS RESULTADOS COMUNICADOS POR LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN RA-BEAM

V. Strand¹, A. Sebba², B. Jia³, J. Birt³, A. Quebe³, H. Zhang⁴ y P.C. Taylor⁵

¹Stanford University School of Medicine. Division of Immunology/Rheumatology. Palo Alto. EE.UU. ²University of South Florida. Department of Rheumatology. Tampa. EE.UU. ³Eli Lilly and Company. Lilly Research Laboratories, Indianapolis. EE.UU. ⁴TechData Services. Statistics. King of Prussia. EE.UU. ⁵University of Oxford. Nuffield Department of Orthopaedics, Rheumatology, and Musculoskeletal Sciences and the Kennedy Institute of Rheumatology. Oxford. Reino Unido.

Tabla RC07

Cambio desde basal en los resultados percibidos por los pacientes en las semanas 4 y 12

| Cambio en la MMC desde basal | Semana 4 | | | Semana 12 | | |
|------------------------------|----------|----------|-----------|-----------|----------|------------|
| | Placebo | ADA | BARI | Placebo | ADA | BARI |
| Dolor EVA | -12,6 | -22,3** | -27,1*** | -17,1 | -26,4*** | -31,5***†† |
| SF-36 PCS, cambio | 3,0 | 5,7*** | 6,9***†† | 4,2 | 7,2*** | 8,7***†† |
| Gravedad de la RAM | -0,9 | -1,5*** | -1,9***†† | -1,4 | -2,0*** | -2,5***†† |
| HAQ-DI | -0,26 | -0,47*** | -0,54***† | -0,34 | -0,56*** | -0,66***†† |
| FACIT-F | 5,2 | 6,9** | 7,8*** | 6,3 | 8,2*** | 9,0*** |
| PtGA | -14,2 | -26,8*** | -23,7***† | -16,7 | -26,6*** | -31,2***†† |

*p ≤ 0,05, **p ≤ 0,01, ***p ≤ 0,001 vs. PBO; †p ≤ 0,05, ††p ≤ 0,01, †††p ≤ 0,001 vs. ADA. ADA: adalimumab; BARI: baricitinib; FACIT-F: Evaluación Funcional para el Tratamiento de Enfermedades Crónicas-Fatiga; HAQ-DI: Cuestionario de Evaluación de la Salud-Índice de Discapacidad; RAM: rigidez articular matutina; PBO: placebo; PCS: escala del componente físico; PtGA: Evaluación global por el paciente; EVA: escala visual análoga.

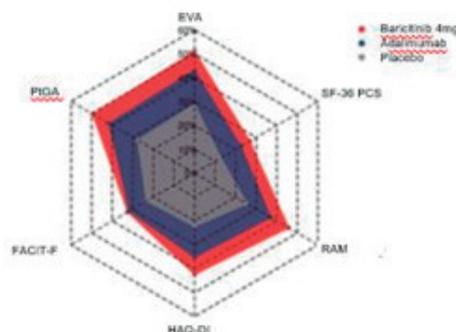
Introducción: La eficacia y seguridad de baricitinib (BARI), un inhibidor selectivo de las quinasas Janus (JAK)1/JAK2 de administración oral, se evaluaron en el estudio aleatorizado, controlado RA-BEAM (NCT01710358) en pacientes (pcs) con artritis reumatoide (AR) activa y respuesta inadecuada (RI) a metotrexato (MTX)^{1,2,3}.

Objetivos: Comparar el tiempo hasta el inicio y la magnitud de la mejora en diferentes resultados comunicados por los pacientes (PROs) con BARI, adalimumab (ADA) y placebo (PBO) durante las 12 primeras semanas de tratamiento en RA-BEAM.

Métodos: Se aleatorizaron 1.305 pacientes en tratamiento con MTX de fondo estable en una proporción de 3:3:2 para recibir PBO, BARI 4 mg o ADA 40 mg. En este análisis por intención de tratar se evaluaron los cambios en la media por mínimos cuadrados y el cambio porcentual desde basal hasta la semana 12 en las puntuaciones de dolor (0-100 mm en la escala visual análoga [EVA]), resumen del componente físico (PCS, 0-100) del SF-36, gravedad de la rigidez articular matutina (RAM, 0-10), Cuestionario de Evaluación de la Salud-Índice de Discapacidad (HAQ-DI, 0-3), Evaluación Funcional para el Tratamiento de Enfermedades Crónicas-Fatiga (FACIT-F, 0-52) y Evaluación Global de la actividad de la enfermedad por el paciente (PtGA, 0-100 mm EVA). Los PROs se compararon entre tratamientos mediante ANCOVA; en el modelo se incluyeron el cambio desde basal como variable de respuesta y la basal de interés, la basal regional, el estado de erosión articular y el tratamiento como variables explicativas. Se aplicó el arrastre de los datos de la última observación considerada para imputar los datos faltantes. La rapidez de inicio y la magnitud de la mejora de los PROs se presentan en diagramas de araña.

Resultados: Ya en la semana 1 se comunicaron mejoras estadísticamente significativas (p < 0,05) con BARI y ADA vs. PBO para dolor, gravedad de la RAM, HAQ-DI y PtGA, y en la semana 4 para las puntuaciones de FACIT-F y SF-36 PCS. En la semana 2 se observaron mejoras estadísticas significativamente mayores (p < 0,05) con BARI

Figura. Mejora porcentual desde basal hasta la semana 12 en los PROs de pacientes con AR en RA-BEAM



EVA= escala visual análoga; PCS = escala del componente físico; RAM= rigidez articular matutina; HAQ-DI = Cuestionario de Evaluación de la Salud-Índice de Discapacidad; FACIT-F = Evaluación Funcional para el Tratamiento de Enfermedades Crónicas-Fatiga; PtGA = Evaluación global por el paciente

vs. ADA para dolor y PtGA, en la semana 3 para la gravedad de la RAM y en la semana 4 para las puntuaciones de HAQ-DI y SF-36 PCS. Estas mejoras se mantuvieron hasta la semana 12.

Conclusiones: Entre los pacientes con RI-MTX, el tratamiento con BARI y ADA dio lugar a mejoras en todos los PROS en la semana 4, las cuales se observaron ya en la semana 1 excepto para las puntuaciones FACIT-F y SF-36 PCS. En la semana 12 se comunicaron mejoras estadísticas significativamente mayores con BARI que con ADA para todos los PROS excepto FACIT-F.

Financiado por: Eli Lilly and Company. Reutilizado con permiso de EULAR2021.

Bibliografía

1. Taylor et al. NEJM, 2017;376: 652-62.
2. Keystone et al. Ann Rheum Dis, 2017;76:1853-61.
3. Strand et al. Ann Rheum Dis, 2020; 79: 599-600.

RC08. 7 AÑOS DE EXPERIENCIA CLÍNICA CON INHIBIDORES DE JAK: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE LA EFICACIA Y LA SEGURIDAD DE TOFACITINIB EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN CONDICIONES DE PRÁCTICA CLÍNICA

E. Espartal, M. López-Lasanta, X. Michelena, H. Borrell, A. Pluma, J.J. de Agustín, R. Caparrós, A. Erra, M. Almirall y S. Marsal

Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

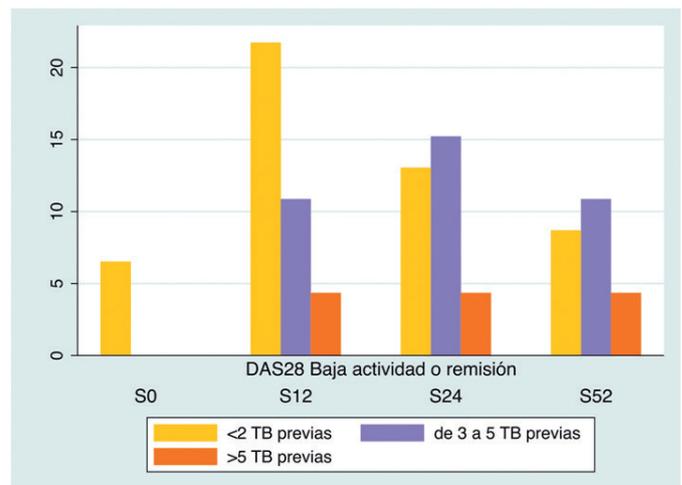
Introducción: Tofacitinib es un inhibidor selectivo de la JAK 1 y JAK 3 con indicación para el tratamiento de pacientes con artritis reumatoide (AR) activa con fallo o intolerancia a fármacos antirreumáticos modificadores de enfermedad (FAMES). El análisis de datos de "vida real" proporciona información del uso de estos fármacos de gran interés.

Objetivos: Describir las características clínicas de pacientes con AR tratados con tofacitinib así como evaluar datos de la eficacia y la seguridad en condiciones de práctica clínica.

Métodos: Estudio retrospectivo y observacional de una cohorte de pacientes con AR tratados con tofacitinib en el Hospital Universitario Vall d'Hebron desde 2014 hasta 2021. Se han analizado datos demográficos, características clínicas de la enfermedad así como los índices de actividad en la semana basal, 12, 24 y 52 y el registro de los acontecimientos adversos durante el seguimiento. Se han explorado variables predictoras de fallo al tratamiento a través de un modelo de regresión de Cox.

Resultados: Se han incluido N = 56 pacientes con AR en tratamiento con tofacitinib con un seguimiento de 18 meses (1-84 meses). Las principales características basales de la cohorte se presentan en la tabla. En la semana de inicio de tratamiento (S0) el valor medio del índice DAS28 fue de 5,2. Un 32,1% (N = 17) de los pacientes alcanzó la remisión clínica o baja actividad de la enfermedad en la semana 12 de tratamiento (S0: 5,4% vs. S12 32,1%, Dif: -26,7% IC95 -40,5, -13%, p = 0,003), porcentaje que se mantuvo en las semana 24 (37,5%) y 52 (36,7%). El porcentaje de pacientes que alcanzó la baja actividad de la enfermedad o remisión se modificó en función del número de terapias biológicas previas en la semana 12/24/52 (fig.). La mediana de la supervivencia del fármaco fue de 35 meses. El análisis multivariante identificó la asociación positiva entre la edad (HR 0,93, IC95% 0,89-0,98), el DAS28 basal (HR 1,86, IC95% 1,16-2,99) y el status positivo de CCP (HR 0,23 IC95% 0,07-0,75) con la supervivencia del tratamiento. Se retiró el fármaco en N = 19 pacientes. Los motivos de retirada fueron: ineficacia (N = 8, 42%), pérdida de eficacia (N = 6, 31%), efecto adverso (N = 4, 21%) y otros motivos (N = 1, 5,2%). Los efectos adversos que fueron motivo de retirada del tratamiento fueron: anemia N = 1, infecciones de repetición N = 1, neoplasia N = 2 (pulmón en paciente fumadora activa, ovario en paciente de 75 años). No se ha observado ningún evento tromboembólico durante el seguimiento.

| | |
|---|------------------|
| Características basales de la cohorte | |
| N | 56 |
| Edad, media (DE) | 57,7 (12,1) |
| Sexo, N (%) | |
| Hombre | 6 (11%) |
| Mujer | 50 (89%) |
| Fumador, N (%) | |
| Sí | 13 (23%) |
| No | 32 (57%) |
| Exfumador | 10 (18%) |
| No disponible | 1 (2%) |
| Factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, diabetes, dislipemia, cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular), N (%) | |
| Sí | 27 (48%) |
| No | 28 (50%) |
| No disponible | 1 (2%) |
| Años de evolución, media (RIC) | 18,0 (9,0-22,0) |
| Número FAMES previos, media (RIC) | 2,0 (1,0-3,0) |
| Número BT previos, media (RIC) | 3,0 (1,0-8,0) |
| Tofacitinib en monoterapia, N (%) | |
| Sí | 33 (59%) |
| No | 23 (41%) |
| FAME actual, N (%) | |
| Metotrexato | 12 (21%) |
| Leflunomida | 9 (16%) |
| Metotrexato y leflunomida | 1 (2%) |
| Hidroclicloroquina | 1 (2%) |
| No | 33 (59%) |
| Factor reumatoide, N (%) | |
| Positivo | 41 (73%) |
| Negativo | 15 (27%) |
| Anticuerpos antipeptido cíclico citrulinado, N (%) | |
| Positivo | 41 (73%) |
| Negativo | 15 (27%) |
| Erosiones, N (%) | |
| Sí | 38 (68%) |
| No | 16 (29%) |
| No disponible | 2 (4%) |
| Semana basal (S0), media (RIC) | |
| NAD | 11,0 (5,0-16,0) |
| NAT | 4,0 (2,0-6,0) |
| EVA de dolor | 60,0 (45,5-80,0) |
| VGP | 61,5 (50,0-80,0) |
| VGM | 60,0 (50,0-60,0) |
| VSG (mm/h) | 27,0 (14,0-51,5) |
| PCR (mg/dL) | 0,5 (0,2-1,4) |
| DAS28 | 5,2 (4,3-6,3) |
| Rango DAS28 en S0, N (%) | |
| Remisión | 2 (4%) |
| Baja actividad | 1 (2%) |
| Moderada actividad | 23 (41%) |
| Alta actividad | 30 (54%) |



Porcentaje de pacientes con AR con índice DAS28 correspondiente a baja actividad o remisión en función del número de terapias biológicas (TB) recibidas previamente.

Conclusiones: En nuestra cohorte, la mayoría de los pacientes con AR que iniciaron tofacitinib tenían una larga evolución de la enfermedad, eran erosivas y seropositivas para FR y CCP. Un 38% (N = 21) de los casos había recibido más de tres terapias biológicas de forma previa. En un mayor porcentaje de pacientes tofacitinib se inició en monoterapia. Se confirmó la eficacia del tratamiento en semana 12, 24 y 52 en este perfil de pacientes. Se identificaron como predictores de supervivencia al tratamiento: la edad, el valor del DAS28 basal y la positividad de los CCP. El fármaco fue bien tolerado observando un buen perfil de seguridad en la mayoría de los pacientes y solo fue retirado por efecto adverso en un reducido porcentaje de los casos.

RC09. VARIANTES GENÉTICAS DEL RECEPTOR INTERLEUCINA-6 (IL-6R) COMO PREDICTORAS DE RESPUESTA CLÍNICA A TOCILIZUMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

L. Sainz Comas¹, P. Riera^{2,3,4}, P. Moya¹, S. Bernal^{2,3}, A. Lasa^{2,3}, D. Lobo¹, H. Codes¹, I. Castellví¹, C. Díaz¹, A. Laiz¹, B. Magallares¹, A. Milena Millán¹ y H. Corominas¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitari de la Santa Creu i Sant Pau i Dos de Maig. Barcelona. ²Servicio de Genética. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ³U705. ISCIII Center for Biomedical Research on Rare Diseases (CIBERER). Barcelona. ⁴Servicio de Farmacia. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad sistémica, autoinmunitaria y crónica de etiología desconocida. El tocilizumab (TCZ) es un fármaco biológico antirreumático modificador de la enfermedad (FAMEb) de primera línea que actúa inhibiendo la vía de acción de la interleucina 6 (IL-6) mediante el bloqueo de su receptor. Actualmente, hay evidencia insuficiente para indicar un FAMEb respecto otro¹. El hallazgo de biomarcadores genéticos que permitan predecir la respuesta al tratamiento podría ser clave para desarrollar estrategias de tratamiento personalizadas².

Objetivos: Evaluar si polimorfismos funcionales de un solo nucleótido (SNPs) del gen del receptor de IL-6 (IL-6R) pueden predecir la respuesta al tratamiento o la toxicidad a TCZ en pacientes caucásicos diagnosticados de AR.

Métodos: Se ha realizado un estudio preliminar analítico y retrospectivo de una cohorte de 31 pacientes diagnosticados de AR, según los criterios de ACR/EULAR de 2010, que han recibido tratamiento con TCZ en los últimos 10 años. Se han recogido datos epidemiológicos, clínicos y de laboratorio. Las muestras de ADN han sido extraídas de muestras de sangre periférica. Se han genotipado tres SNPs del gen de IL-6R (rs12083537, rs2228145, rs4329505) mediante PCR a tiempo real con sondas TaqMan. Las asociaciones entre polimorfismos y características clinicopatológicas han sido analizadas mediante test paramétricos. La eficacia se ha determinado por la diferencia de DAS28-PCR entre el inicio del tratamiento y la respuesta a los 6 meses. Los diferentes efectos adversos que se han recogido son: hepatotoxicidad, infecciones, hipersensibilidad, gastrointestinales, hematológicos y dislipidemias.

Resultados: Las 31 muestras de ADN de pacientes incluidos son predominantemente de mujeres (83,9%) y con una edad mediana al diagnóstico de 46,8 años. La duración mediana de tratamiento ha estado de 51,3 meses y previamente al inicio de TCZ habían recibido, de media, 2,6 tratamientos con FAME clásicos y 1,7 con FAMEb. Los efectos adversos más frecuentes han sido la hipertransaminasemia (22,6%) y la neutropenia (32,3%). Los datos epidemiológicos y clínicos más relevantes se encuentran resumidos en la tabla. El análisis univariante ha mostrado que la variante rs2228145 se asocia de forma estadísticamente significativa con reducciones de DAS28-PCR a los 6 meses ($p = 0,042$). También se ha observado una tendencia con la variante rs4329505 en relación a la respuesta al tratamiento

($p = 0,173$), la cual podría conseguir significancia estadística con la inclusión prevista de más pacientes. No se han detectado asociaciones en relación a toxicidad al tratamiento.

Características clínicas

| | |
|---|--------------------|
| Sexo (n = 31), n (%) mujeres/hombres | 26/5 (83,9%/16,1%) |
| Edad al diagnóstico (n = 31), años ± DE | 46,8 ± 12,8 |
| AR erosiva (n = 31), n (%) | 14 (45,2%) |
| Anti-CCP positivos (n = 31), n (%) | 23 (74,2%) |
| UI ± DE | 259,7 ± 137,3 |
| FR positivo (n = 31), n (%) | 21 (67,7%) |
| UI ± DE | 189,4 ± 114 |
| FAME previos (n = 31), n° ± DE | 2,6 ± 1,3 |
| FAME previos (n = 31), n° ± DE | 1,7 ± 1,4 |
| IMC (n = 29), media ± DE | 29,3 ± 5,1 |
| Duración del tratamiento (n = 31), meses ± DE | 51,3 ± 36,3 |
| Tratamiento activo (n = 12) | 80,9 ± 18,3 |
| Tratamiento finalizado (n = 19) | 32,6 ± 32,2 |
| Vía de administración (n = 31), n (%) sc/ev | 11/20 (35,5/64,5) |
| DAS28 basal (n = 30), media ± DE | 5,3 ± 1,1 |
| Reducción de DAS28 a los 6 meses (n = 28), media ± DE | 2,9 ± 1,1 |

AR: artritis reumatoide; CCP: anti-péptido citrulinado; FR: factor reumatoide; FAME: fármaco antirreumático modificador de la enfermedad; IMC: índice de masa corporal; sc: subcutáneo; ev: endovenoso; DAS28: Disease Activity Score in 28 joints;

Conclusiones: El polimorfismo rs2228145 del gen IL6R podría considerarse como biomarcador farmacogenético de respuesta a TCZ en pacientes con AR. Son necesarios más estudios para investigar el uso clínico de biomarcadores farmacogenéticos en las enfermedades reumatológicas.

RC10. ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE: ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO EN LA POBLACIÓN CON ARTRITIS REUMATOIDE

D. Martínez Peñalver, J. Rubio Úbeda, L. Salvatierra Velasco, Z. Echerei y E.G. Raya Álvarez

Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria sistémica crónica, que afecta fundamentalmente a las articulaciones, aunque también a otros órganos y sistemas. Dentro de las posibles manifestaciones extraarticulares en la AR encontramos la enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID), con diferentes tipos histológicos, que destaca por ser la segunda causa de muerte en este tipo de pacientes. Entre los factores de riesgo descritos en su patogenia destaca el tabaco, y los anticuerpos antipéptido citrulinado cíclico (ACPA).

Objetivos: Evaluar en pacientes con AR seguidos en el servicio de reumatología del Hospital Universitario San Cecilio, los factores asociados con el desarrollo de EPID, tanto epidemiológicos, como dependientes del tratamiento de la enfermedad y la actividad de la AR.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo, de casos y controles, siendo los casos pacientes con AR y enfermedad pulmonar intersticial; y los controles, pacientes con AR sin patología pulmonar. Analizamos una muestra total de 120 pacientes, de los cuales 40 son casos y 80 controles. Se realiza un estudio comparativo que incluye 18 variables con el objetivo de encontrar factores de riesgo para el desarrollo de enfermedad pulmonar intersticial.

Resultados: Se observó una asociación entre el tratamiento con corticoides de mantenimiento para la AR y el desarrollo de EPID ($p = 0,01$). Por otra parte, se hallaron diferencias significativas respecto al número de fármacos reumático modificadores de la enfermedad (FAME), que habían recibido previamente los casos, respecto a los controles ($p = 0,001$). No se apreció significación estadística entre variables como el tabaco y los ACPA, descritas en la bibliografía como factores de riesgo de EPID; y el desarrollo de esta complicación en la población incluida en el estudio.

Tabla 1. Registro de comorbilidades y factores de riesgo

| Variable | Neuropatía | No neuropatía | Valor P |
|-----------------------------|------------|---------------|---------|
| Fumador, n ^o (%) | 13 (32,5) | 18 (22,5) | 0,24 |
| FR, n ^o (%) | 32 (80) | 60 (75) | 0,54 |
| ACPA, n ^o (%) | 29 (72,5) | 56 (70) | 0,78 |
| DM, n ^o (%) | 6 (15) | 12 (15) | 1 |
| ERC, n ^o (%) | 4 (10) | 5 (6,25) | 0,46 |
| Sjögren, n ^o (%) | 10 (25) | 22 (27,5) | 0,77 |

Tabla 2. Variables de tratamiento

| Variable | Neuropatía | No neuropatía | Valor P |
|---|---------------|---------------|---------|
| Corticoides, n ^o (%) | 32 (80) | 45 (56,25) | 0,01 |
| Dosis CTC, mediana (primer, tercer cuartil) | 5 (2,5, 5) | 5 (0, 5) | 0,08 |
| FAME, n ^o (%) | 37 (92,5) | 77 (96,25) | 0,38 |
| MTX, n ^o (%) | 36 (90) | 72 (90) | 1 |
| FAME previos, n ^o (%) | 26 (65) | 29 (36,25) | 0,001 |
| Biológico previo, Mediana (primer, tercer cuartil), media | 0 (0, 1) 1,08 | 0 (0, 2) 1,25 | 0,53 |

Tabla RC11

Series de casos de síndrome de Parsonage-Turner

| Paciente | Etiología | Clínica | Estudios | Tratamiento | Evolución |
|--|--|---|--|--|---|
| Caso 1. Varón 26 años, H. Sant Pau, Barcelona | Posinfección vírica* | Omalgia derecha, atrofia deltoideos, supra/infraespinoso "escápula alada" | Radiología simple | AINE. Esteroides orales, Relajantes musculares. Rehabilitación | Favorable. Recuperación completa 6 meses. |
| Caso 2. Varón 34 años, H. Arrixaca, Murcia | Poscirugía (paciente caso1)* 8 años más tarde | Omalgia izquierda (bilateral), Atrofia deltoideos, supra/infraespinoso. "escápula alada" | RMN cervical y hombro | Analgésicos. Esteroides orales. Rehabilitación. TENS. | Favorable. Recuperación completa 4 meses |
| Caso 3. Mujer 43 años, H. Valme, Sevilla | Idiopática. Fumador | Omalgia derecha. Atrofia deltoideos, serrato, supra/infraespinoso "escápula alada" | Radiología simple, RMN cervical y hombro. Analítica. EMG compatible | Analgésicos (también neuromoduladores), vitamina B, esteroides orales, rehabilitación. | Favorable. Recuperación completa 6 meses |
| Caso 4. Varón 48 años, H. Arrixaca, Murcia | Posvacunación. Fumador | Omalgia izquierda, atrofia deltoideos, supra/infraespinoso "escápula alada" | Radiología simple, RMN cervical y hombro. TAC tórax. Analítica. EMG compatible | Analgésicos (también neuromoduladores). Vitamina B. Esteroides orales. Rehabilitación. | Mejoría clínica 7 meses |
| Caso 5. Varón 53 años, H. Virgen del Rocío, Sevilla | Idiopático | Omalgia derecha, atrofia deltoideos y trapecio. "escápula alada" | Radiología simple, Ecografía, Analítica. EMG compatible | Analgésicos. Vitamina B. Esteroides orales. Rehabilitación. TENS. | Mejoría clínica 6 meses |
| Caso 6. Varón 33 años, H. Arrixaca, Murcia | Posinfección vírica | Cervicobraquialgia derecha y posterior izda. (bilat). Atrofia supra/infraespinoso izquierdo graves, derecho leve. | RMN cervical y hombro. Analítica, inmunidad completa. EMG compatible. | Analgésicos (también neuromoduladores, mórficos, amitriptilina), vitamina B, pulsos de esteroides y flebogamma, rehabilitación, TENS | Mejoría clínica miembro superior derecho. Déficit con secuelas en miembro superior izquierdo 24 meses |
| Caso 7. Varón 35 años, H. Cieza (Murcia) | Idiopático. Fumador | Braquialgia derecha y "escápula alada" | Radiología simple, RMN cervical y hombro. Analítica e inmunidad completa. EMG compatible | Analgésicos, esteroides orales, rehabilitación. TENS | Recuperación completa en 6 meses |
| Caso 8. Varón 82 años, H. Morales Meseguer, Murcia | Idiopático | Omalgia izquierda, Atrofia supra/infraespinoso, "escápula alada" | RMN cervical y hombro. Analítica. EMG compatible | Analgésicos (también neuromoduladores), vitamina B, esteroides orales, rehabilitación. TENS | Recuperación completa en 5 meses |
| Caso 9. Varón 37 años, H. Virgen del Rocío, Sevilla | Idiopático* | Omalgia izquierda, atrofia serrato e infraespinoso "escápula alada". | Radiológico, RMN. EMG compatible. | Analgésicos (incluyendo neuromoduladores). Rehabilitación | Recuperación completa en 13 meses |
| Caso 10. Varón 41 años, H. Virgen del Rocío, Sevilla | Idiopático (paciente caso 9)* 4 años más tarde | Omalgia derecha, atrofia bíceps y deltoideos "escápula alada" | Radiológico, RMN. EMG compatible. | Analgésicos (incluyendo neuromoduladores). Rehabilitación | Secuelas con debilidad y fasciculación a nivel bíceps, deltoideos. Tras 5 años de evolución |
| Caso 11. Varón 42 años, H. Morales Meseguer, Murcia | Posinfección vírica | Omalgia izquierda. atrofia deltoideos severa y menor supra/infraespinoso, extensor muñeca y dedos mano izquierda | Radiológico, analítica, RMN. EMG compatible. | Analgésicos (incluyendo neromoduladores), Pulsos de ESTEROIDES y flebogamma, rehabilitación. | Secuelas con limitación flexo abducción parcial tras 2 años de evolución |

Conclusiones: En nuestro estudio se aprecia una asociación entre la toma de corticoides de mantenimiento y la EPID. Pacientes que precisan tratamiento prolongado con corticoides, independientemente de la actividad de la enfermedad, tienen mayor riesgo de desarrollar una EPID. Los pacientes que han recibido tratamiento previo con uno o más FAME sintéticos, tienen mayor probabilidad de presentar una EPID a lo largo del tiempo.

RC11. OMALGIA DE PRESENTACIÓN ATÍPICA: SÍNDROME DE PARSONAGE-TURNER. ESTUDIO DESCRIPTIVO MULTICÉNTRICO DE SERIES DE CASOS

F. Gallo Puelles, M.F. Pina¹, C. Vitoviz¹, C. Tornero¹, E. Saiz¹, J. Gálvez¹, P. Mesa del Castillo², A. Muñoz Jimenez³ y S. Rodríguez Montero⁴

¹Sección de Reumatología. Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

Introducción: La neuralgia amiotrófica de hombro (NAO) o síndrome de Parsonage-Turner, es una inusual entidad frecuentemente infradiagnosticada, que cursa con omalgia intensa y posterior atrofia escapular o "escápula alada". Presentamos 11 casos diagnosticados en varios centros hospitalarios (generales, comarcales y de tercer nivel) a nivel nacional.

Objetivos: Describir serie de casos que cursaron con neuralgia amiotrófica de hombro: etiología, presentación clínica, tratamiento y evolución.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo y multicéntrico. Se seleccionaron pacientes diagnosticados de NAO procedentes de 6 centros hospitalarios nacionales (Hospital San Pau y Santa Creu, H. Universitario Ntra. Sra. Valme, H. Virgen Universitario del Rocío, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Hospital Universitario Morales Meseguer y Hospital Comarcal Lorenzo Guirao (Cieza) durante el período 2000 a 2020. Se recogieron datos referentes a: edad, sexo, etiología, estudios, presentación clínica, tratamiento y evolución clínica.

Resultados: Se obtuvieron un total de 11 casos en 9 pacientes diagnosticados de NAO. La edad media fue de 35-40 años (un caso aislado 82 años), siendo 8/9 varones. 8/9 pacientes presentaron afectación unilateral, 2/9 pacientes presentó recidiva de su cuadro previo (afectación contralateral a los 4 y 8 años de proceso previo) y 1 caso más grave con afectación bilateral de un paciente, casi simultánea. La etiología fue predominantemente de carácter idiopático, con 3 casos acontecidos tras una infección vírica, 1 post-vacunación y 1 tras cirugía previa. No encontramos causa paraneoplásica en ninguno de los casos, teniendo en cuenta que 3/9 pacientes eran grandes fumadores. Respecto al tratamiento, 9/11 casos recibieron corticoterapia de forma precoz, presentando generalmente una evolución final favorable tras un periodo variable de Rehabilitación. No obstante, encontramos secuelas en tres de los casos registrados (tabla).

Conclusiones: En nuestra serie de casos de pacientes estudiados con síndrome de Parsonage-Turner, encontramos predominantemente una etiología de carácter idiopático con una posible predisposición autoinmune frente a determinados precipitantes (infección vírica, cirugía, vacunaciones...), presentándose preferentemente en varones en la tercera-cuarta década de la vida, resultados similares a los descritos en la literatura. El diagnóstico fue fundamentalmente clínico, con una mayor tendencia actual a apoyarse en estudios de imagen (como la Resonancia magnética) y la electromiografía, cuyo papel parece el más relevante. Respecto a la evolución clínica, el pronóstico fue generalmente favorable, si bien, la presentación clínica de la mayoría de los casos estudiados fue muy sintomática acompañándose de un marcado déficit funcional y en algunos casos de secuelas. Este hecho nos hace reflexionar sobre la importancia de profundizar en el conocimiento y el manejo clínico de esta inusual entidad, tanto en el área de la Reumatología como por otras especialidades que pudieran estar implicadas (Neurología, Traumatología, Rehabilitación, Urgencias, Medicina de Familia...).

RC12. RELACIÓN ENTRE ACTIVIDAD FÍSICA Y ACTIVIDAD CLÍNICA EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA

M. Hernández Díaz, P. Fernández Alonso, C. de Luis Zárate, M.V. Hernández Hernández, E.F. González Dávila y F. Díaz González

Hospital Universitario de Canarias. Tenerife.

Introducción: La fibromialgia (FM) es la causa más común de dolor musculoesquelético crónico generalizado. En este proceso el dolor no tiene un origen inflamatorio y afecta a músculo, ligamentos y tendones, lo que se asocia a una mala tolerancia al ejercicio. Actualmente la relación entre actividad de la FM y actividad física (AF) no se ha estudiado en profundidad, y tampoco se ha explorado la potencial utilidad del análisis de las variaciones de la actividad física como marcador objetivo de la actividad clínica en la FM.

Objetivos: Evaluar en pacientes con FM la AF mediante cuestionario International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) y acelerometría triaxial y estudiar su correlación con la actividad clínica evaluada mediante el Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) y Fibromyalgia Health Assessment Questionnaire (FHAQ).

Métodos: Estudio piloto transversal en el que se incluyeron 35 pacientes del Servicio de Reumatología del HUC, diagnosticadas de FM de acuerdo con los Criterios ACR1990. La AF se evaluó mediante

el cuestionario IPAQ y por acelerometría triaxial (RT3 StayHealthy, Monrovia, CA, EE.UU.) durante 5 días. La actividad de la FM se evaluó mediante dos cuestionarios: el FIQ y FHAQ.

Resultados: Todos los pacientes eran mujeres con una edad media de 51,7 ± 11,53 años. La tabla describe la población del estudio. En cuanto a la actividad de la enfermedad, se obtuvo una relación directa entre las puntuaciones del FIQ y el FHAQ con un coeficiente de correlación de Pearson de $r = 0,643$ ($p < 0,001$). La AF se evaluó mediante el cuestionario IPAQ (subjettivamente) y mediante la acelerometría (objetivamente). Los datos obtenidos mediante la acelerometría se evaluaron como el número absoluto de minutos en actividad sedentaria, leve, moderada, vigorosa, o la suma de moderada y vigorosa (MVPA). No se encontró concordancia entre los datos que se obtuvieron mediante acelerometría y los resultados del cuestionario IPAQ ($p = 0,246$). Si se comparan los datos de AF de las pacientes mediante acelerometría (minutos en MVPA) y la actividad clínica de la enfermedad medida mediante FIQ y FHAQ, sin ajustar por parámetros confusores (edad, IMC, tiempo de enfermedad, tabaquismo), se obtuvo una correlación significativa entre FHAQ y la AF ($p = 0,033$). Utilizando el cuestionario FIQ se obtuvo también el mismo tipo de relación en este, pero sin alcanzar la significación estadística ($p = 0,075$). Al ajustar por las variables confusoras, la relación entre FHAQ-MVPA y FIQ-MVPA perdió potencia estadística ($p = 0,84$ y $p = 0,106$ respectivamente). Cuando se categorizó el FIQ en terciles y se ajustó por confusores se encontró una asociación significativa con el tiempo en MVPA ($p = 0,030$). En estas circunstancias, el FHAQ y el MVPA no mostró asociación significativa.

Tabla 1. Datos sociodemográficos de la población

| | < 40 años (n = 5) | 40-60 años (n = 22) | > 60 años (n = 8) | p-valor | Total (n = 35) |
|-----------------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|---------|-------------------|
| IMC | 27,4 ± 4,45 | 29,3 ± 4,47 | 28,5 ± 5,27 | 0,702 | 28,8 ± 4,56 |
| IMC Cat | | | | 0,928 | |
| Normal | 2 (40%) | 5 (23%) | 2 (25%) | | 9 (26%) |
| Sobrepeso | 1 (20%) | 7 (32%) | 3 (37%) | | 11 (31%) |
| Obesidad | 2 (40%) | 10 (45%) | 3 (37%) | | 15 (43%) |
| Tabaquismo | | | | 0,331 | |
| Fumador | 3 (60%) | 5 (23%) | 2 (29%) | | 10 (29%) |
| Exfumador | - | 4 (18%) | - | | 4 (12%) |
| No fumador | 2 (40%) | 13 (59%) | 5 (71%) | | 20 (59%) |
| Tiempo de enfermedad (años) | 4,0 ± 3,5 | 6,9 ± 5,2 | 9,1 ± 6,5 | 0,254 | 7,0 ± 5,5 |
| Fármacos | | | | | |
| Analgésicos | 4 (80%) | 10 (46%) | 6 (75%) | 0,189 | 20 (57%) |
| AINE | 4 (80%) | 7 (32%) | 4 (50%) | 0,130 | 15 (43%) |
| Antiepilépticos | 3 (60%) | 6 (27%) | 4 (50%) | 0,272 | 13 (37%) |
| Opioides | 4 (80%) | 11 (60%) | 5 (63%) | 0,637 | 20 (57%) |
| Antidep tric | 3 (60%) | 5 (23%) | 3 (38%) | 0,246 | 11 (31%) |
| ISRS | 2 (40%) | 13 (59%) | 4 (50%) | 0,714 | 19 (54%) |
| Miorrelajantes | 1 (20%) | 4 (18%) | 1 (13%) | 0,920 | 6 (17%) |
| Hipnóticos | - | 3 (14%) | 2 (25%) | 0,451 | 5 (14%) |
| Benzodiacepinas | 3 (60%) | 14 (64%) | 2 (25%) | 0,165 | 19 (54%) |
| Total fármacos | 4,8 ± 2,2 | 3,4 ± 1,3 | 3,9 ± 1,8 | 0,184 | 3,7 ± 1,3 |
| IPAQ | | | | 0,016 | |
| Leve | 1 (20%) | 9 (41%) | 1 (13%) | | 11 (31%) |
| Moderada | 4 (80%) | 4 (18%) | 6 (75%) | | 14 (40%) |
| Vigorosa | - | 9 (41%) | 1 (13%) | | 10 (29%) |

Tabla 2. Asociación ajustada entre FIQ categorizado y tiempo en MVPA

| Origen | Tipo III de suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|------------------------|-------------------------------|----|------------------|-------|-------|
| Modelo corregido | 50.156,095 | 7 | 7.165,156 | 2,025 | 0,090 |
| Intersección | 28.935,932 | 1 | 28.935,932 | 8,178 | 0,008 |
| FIQ_Cod | 28.449,845 | 2 | 14.224,923 | 4,020 | 0,030 |
| FumadorCod | 8.018,509 | 2 | 4.009,254 | 1,133 | 0,337 |
| Tiempo enfermedad años | 15.826,906 | 1 | 15.826,906 | 4,473 | 0,044 |
| IMC | 8.217,379 | 1 | 8.217,379 | 2,322 | 0,140 |
| Edad | 10,545 | 1 | 10,545 | 0,003 | 0,957 |
| Error | 91.995,660 | 6 | 3.538,295 | | |
| Total | 502.342,115 | 4 | | | |
| Total corregido | 142.151,755 | 3 | | | |

Conclusiones: En las pacientes con FM, el IPAQ muestra escasa concordancia con la acelerometría en la evaluación de la AF, por lo que este cuestionario no parece ser una buena herramienta para valorar la actividad física en estos pacientes. Existe una relación inversa entre la AF en minutos en actividad moderada y vigorosa (MVPA) evaluada por acelerometría y el impacto de la enfermedad determinada por FIQ categorizado. Este estudio puede servir de base para la realización de uno similar con un tamaño muestral ajustado y en el que se incluya un test retest para consolidar los resultados de las conclusiones.

RC13. EFECTO DE UNA ÚNICA INYECCIÓN DE UN GEL DE ÁCIDO HIALURÓNICO DE ALTA DENSIDAD EN PACIENTES CON ARTROSIS PRIMARIA SINTOMÁTICA DE RODILLA: RESULTADOS FINALES DEL ESTUDIO NO-DOLOR

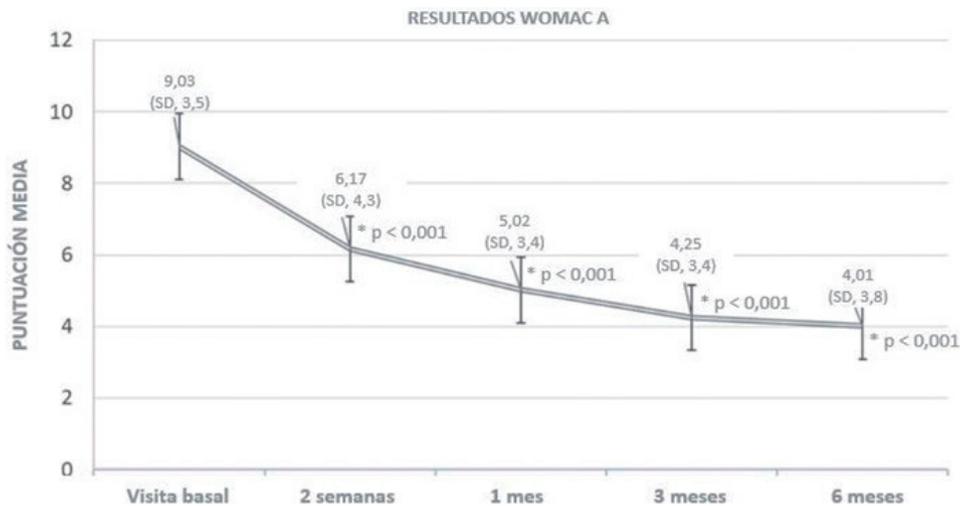
J. Monfort Faure¹, M. González², J. Calvet³, D. Khorsandi^{4,5}, J. Combalia⁴, C. Emsellem⁴ e Y. Gaslain⁴

¹Unidad de Artrosis. Departamento de Reumatología. Hospital del Mar. Barcelona. ²Clínica Privada Marisol González Pérez. Barcelona. ³Hospital Parc Taulí. Sabadell. ⁴Procare Health Iberia. Castelldefels. ⁵Universidad de Barcelona.

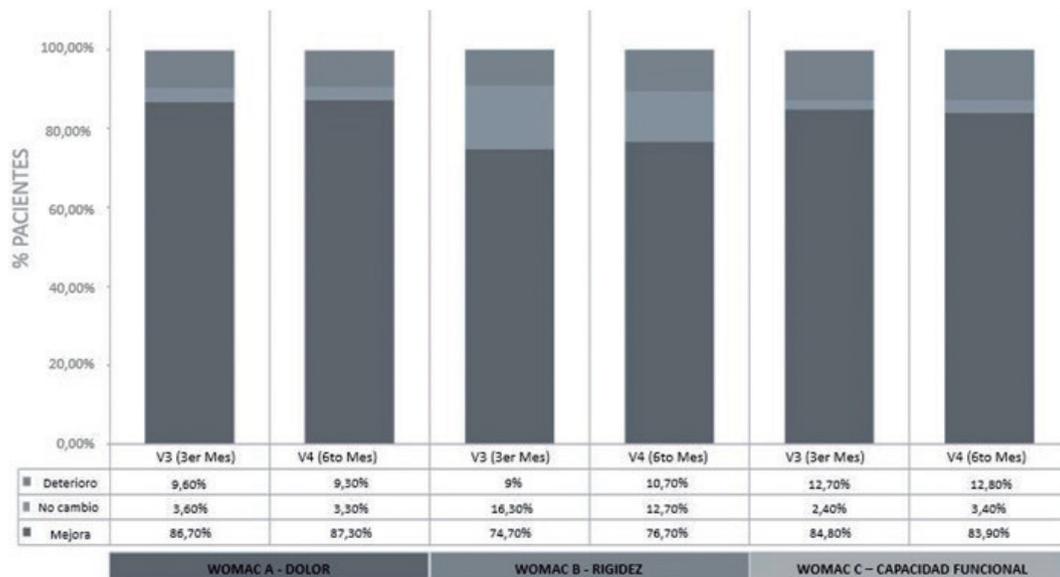
Objetivos: El objetivo principal del estudio (Estudio NO-DOLOR) fue evaluar la evolución del dolor en pacientes con artrosis primaria de rodilla a los tres meses de una única infiltración de Pronolis® HD mono 2,5% (120 mg de ácido hialurónico en 4,8 ml).

Métodos: Estudio observacional, multicéntrico (70 centros de atención especializada dentro del territorio nacional), prospectivo y con una cohorte única. Se incluyeron pacientes con artrosis primaria sintomática de rodilla según criterios del *American College of Rheumatology* y con dolor igual o superior a 4 en una escala visual analógica. Tras una infiltración única de Pronolis® HD mono 2,5%, los pacientes fueron monitorizados durante 6 meses. Variable principal: evolución del dolor a los 3 meses mediante la subescala de dolor del *Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index* (WOMAC-A). Variables secundarias: dolor a los 6 meses, rigidez articular, capacidad funcional y dolor en movimiento medidos por WOMAC-A, WOMAC-B, WOMAC-C y la primera pregunta del WOMAC-A1, respectivamente). El estudio fue aprobado por el Comité Ético del Hospital del Mar de Barcelona (CEIC-Parc de Salut Mar).

Resultados: Se reclutaron 189 pacientes. Se analizaron los datos de 166 pacientes a los 3 meses y 150 pacientes a los 6 meses (los 39 pacientes no evaluables lo fueron principalmente por pérdida de



RC13 Figura 1. Evolución de la puntuación del dolor en WOMAC A durante el periodo de seguimiento. SD: desviación estándar. Todas las comparaciones estadísticas se hacen respecto a la visita basal.



RC13 Figura 2. Cambios en las subescalas WOMAC a los 3 y 6 meses respecto la visita basal.

seguimiento) para la evaluación de la eficacia. Se observó una reducción estadísticamente significativa ($p < 0,0001$) de la puntuación WOMAC-A en la visita de los 3 meses con respecto a la visita inicial: $4,25 \pm 3,36$ vs. $9,03 \pm 3,49$ (42,5% de reducción) (fig. 1). A los 6 meses, el nivel de dolor continuó disminuyendo significativamente a lo largo del estudio, como se muestra en la figura 1. La puntuación del dolor en movimiento también se redujo significativamente a los 6 meses en comparación con la visita basal: $0,80 \pm 0,87$ vs. $1,69 \pm 0,98$ (52,66% de mejora; $p < 0,0001$). El grado de rigidez articular y la capacidad funcional mejoraron significativamente a los 6 meses con respecto a la visita basal: $1,69 \pm 1,67$ vs. $3,69 \pm 1,74$ en WOMAC-B (54,20% de mejora; $p < 0,0001$), y $15,05 \pm 12,51$ vs. $31,01 \pm 12,67$ en WOMAC-C (51,60% de mejora; $p < 0,0001$), respectivamente. La mayoría de pacientes mejoró las puntuaciones de las subescalas WOMAC, como se observa en la figura 2. El 1,6% de los pacientes informaron de eventos adversos locales (principalmente dolor y/o hinchazón articular) de intensidad leve.

Conclusiones: Tras una única infiltración de Pronolis® HD mono 2,5% se observó una mejoría significativa del dolor en los pacientes con artrosis primaria sintomática de rodilla a los 3 y 6 meses. Los resultados fueron similares para el dolor en movimiento, la rigidez articular y la capacidad funcional. Además, se observó una buena tolerabilidad.

RC14. IMPACTO DE LA PANDEMIA COVID-19 SOBRE EL INICIO Y EL CAMBIO DE LAS TERAPIAS AVANZADAS EN REUMATOLOGÍA

J.M. Senabre Gallego¹, J.A. Bernal-Vidal¹, G. Santos-Soler¹, J.C. Cortes Quiroz¹, A. Pons-Bas², C. Cano², M. Lorente², M. Flores², X. Barber³, J. Rosas¹ y Grupo AIRE-MB

¹Sección de Reumatología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa.

²Enfermería de Reumatología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa.

³CIO-Universidad Miguel Hernández. Elche.

Introducción: La pandemia por coronavirus COVID-19 ha afectado de manera negativa el seguimiento de los pacientes con artropatías reumáticas inflamatorias, disminuyendo las consultas presenciales y el control estrecho de la actividad de la enfermedad, lo que ha podido suponer un menor número de inicios y cambios en su tratamiento.

Objetivos: Comparar los inicios y cambios de terapia avanzada en las artropatías inflamatorias tras el advenimiento de la pandemia COVID-19 (año 2020) frente al año previo (2019).

Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Los datos de inicio y cambio de tratamiento han sido extraídos de la Base de Datos de Terapia Avanzada de la Sección de Reumatología del Hospital Marina Baixa, en la que se incluyen todos los pacientes que inician fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad biológicos (FAMEb) y FAME sintéticos dirigidos (FAMEsd), en nuestra sección. La inclusión de datos se inició en el año 2001 y en abril de 2021 había un total de 670 pacientes incluidos. Se analizaron los datos de todos los pacientes que iniciaron o cambiaron de FAMEb/FAMEsc durante los años 2019 y 2020. Se ha realizado un análisis estadístico descriptivo agrupando según los 3 diagnósticos más frecuentes: artritis reumatoide (AR), espondiloartritis (EspA) y artritis psoriásica (APs), y un cuarto grupo que incluye el resto de los diagnósticos.

Resultados: En de abril de 2021 había 467 pacientes recibiendo terapia avanzada en nuestra sección (mujeres 64,24%; edad media 50 años [6-88]), frente a 423 en junio de 2020 y 375 en abril de 2019. En total durante 2019 iniciaron terapia avanzada 59 pacientes (fig. 1): 20 AR, 13 EspA, 7 APs y 12 con otras patologías, mientras que en 2020 iniciaron terapia avanzada 47 pacientes (diferencia -9,6%), 47 AR (+10,0%), 22 EspA (-7,7%), 12 APs (-14,3%) y 7 otros diagnósticos (-41,7%). En total durante 2019 cambiaron de terapia avanzada 74 pacientes (fig. 2): 30 AR, 25 EspA, 17 APs y 3 otros diagnósticos, mien-

tras que en 2020 cambiaron 59 pacientes (diferencia -20,3%): 26 AR (-13,3%), 24 EspA (-4,0%) 7 APs (-58,8%) y 4 otros diagnósticos (+33,3%).



Figura 1. Comparación de inicios de terapia avanzada entre 2019 y 2020. AR: artritis reumatoide; EspA: espondiloartritis; APs: artritis psoriásica.

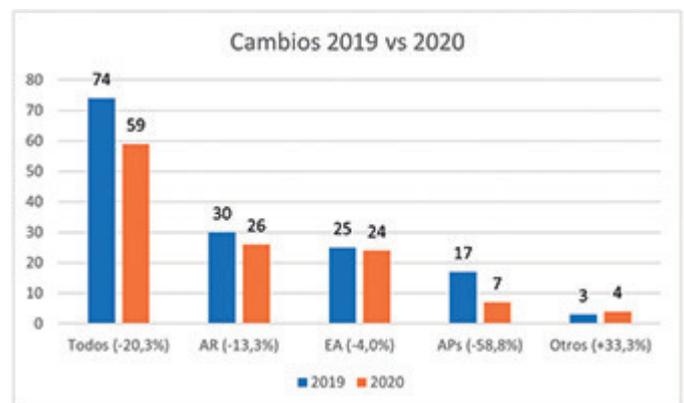


Figura 2. Comparación de cambios entre terapia avanzada entre 2019 y 2020. AR: artritis reumatoide; EspA: espondiloartritis; APs: artritis psoriásica.

Conclusiones: Durante el año 2020 se produjeron menos inicios y menos cambios de terapia avanzada en nuestra sección de reumatología. El mayor descenso se produjo en el porcentaje de cambios en pacientes con APs.

RC15. CALIDAD DE VIDA EN SÍNDROMES AUTOINFLAMATORIOS E IMPACTO DE PANDEMIA COVID-19. RESULTADOS DE ENCUESTA ONLINE A SOCIOS DE ASOCIACIÓN STOP-FMF

I.T. Jiménez Parreño¹, P. Mesa del Castillo Gallego¹, A. Martínez Roca², L.F. Linares Ferrando¹, M. Moreno Ramos¹ y C. Marras Fernández-Cid¹

¹Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

²Universidad de Murcia.

Introducción: Los síndromes autoinflamatorios (SAI) son un grupo de enfermedades poco frecuentes caracterizados por la aparición de episodios inflamatorios sistémicos de forma periódica o persistente que condicionan la calidad de vida de sus pacientes. Dependiendo de la causa diferenciamos SAI monogénicos y poligénicos o multifactoriales.

Objetivos: Estudiar el impacto a nivel físico y mental de los SAI en la calidad de vida, describir aspectos clínicos de éstos y el impacto de la pandemia COVID-19 en las necesidades asistenciales de los pacientes. Establecer diferencias en cuanto a calidad de vida entre SAI monogénicos y poligénicos.

| GRUPO | | Función física | Rol emocional | Dolor corporal | Salud mental | Vitalidad | |
|-------------|------------------|-----------------|---------------|----------------|--------------|-----------|-------|
| MONOGENICOS | Media | 57,06* | 9,804* | 40 | 52,24* | 37,35* | |
| | N | 17 | 17 | 17 | 17 | 17 | |
| | Desv. Desviación | 27,842 | 25,7248 | 23,1840 | 22,067 | 24,945 | |
| PFAPA | Media | 92,69* | 35,897* | 54,038 | 72,62* | 66,15* | |
| | N | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 | |
| | Desv. Desviación | 13,786 | 37,1721 | 25,1358 | 13,048 | 16,727 | |
| Total | Media | 72,50 | 21,111 | 46,083 | 61,07 | 49,83 | |
| | N | 30 | 30 | 30 | 30 | 30 | |
| | Desv. Desviación | 28,790 | 33,3142 | 24,6587 | 21,086 | 25,880 | |
| | | P (estadística) | < 0,001 | 0,031 | >0,05 | 0,006 | 0,001 |

RC15 Figura 1. Calidad de vida en pacientes SAI. Comparativa entre grupos.

| GRUPO | | Función social | Salud general | Función física durante brotes | |
|-------------|------------------|-----------------|---------------|-------------------------------|-------|
| MONOGENICOS | Media | 45,588 | 25* | 20,88 | |
| | N | 17 | 17 | 17 | |
| | Desv. Desviación | 28,2778 | 12,374 | 18,560 | |
| PFAPA | Media | 55,769 | 53,08* | 26,92 | |
| | N | 13 | 13 | 13 | |
| | Desv. Desviación | 24,7989 | 21,461 | 30,245 | |
| Total | Media | 50 | 37,17 | 23,50 | |
| | N | 30 | 30 | 30 | |
| | Desv. Desviación | 26,8697 | 21,802 | 24,038 | |
| | | P (estadística) | >0,05 | <0,001 | >0,05 |

RC15 Figura 2. Tabla calidad de vida SAI.2.

Métodos: Pacientes o familiares de pacientes pertenecientes a la asociación STOP-FMF participaron voluntariamente en este estudio observacional de campo, realizado *online* mediante una encuesta en la que se pidió a los pacientes completar el cuestionario SF-36 y otras cuestiones relacionadas con su diagnóstico, clínica y la pandemia COVID-19.

Resultados: Se incluyeron 30 pacientes, con una media de edad del conjunto fue de $18,13 \pm 16,297$ años, $26,65 \pm 17,5$ en pacientes monogénicos y $7 \pm 6,868$ en poligénicos. ($p = 0,001$). El 46,7% eran mujeres y el 53,3% hombres. Las escalas de rol emocional, dolor corporal, salud general y función física durante brotes obtuvieron peores valores que la media de la población general. Por grupos, los resultados también fueron significativamente peores en pacientes monogénicos en todas las escalas excepto en función física y salud mental. En pacientes poligénicos solo resultaron afectadas las de rol emocional y función física durante brotes (tablas). El impacto de la pandemia COVID-19 en los pacientes de nuestra cohorte ha sido significativo, con una agudización percibida de su enfermedad y un menor acceso a sus especialistas habituales.

Conclusiones: En nuestro estudio los pacientes con SAI presentan una peor calidad de vida con respecto a la población general, más acusada en el grupo de SAI monogénicos, mientras que los SAI poligénicos presentan afectación menos acusada de su calidad de vida en general, que se afecta predominantemente durante los brotes inflamatorios. La pandemia COVID-19 ha tenido un impacto negativo en la percepción de su enfermedad y la atención sanitaria de los pacientes con SAI.

RC16. EFECTO PROTECTOR DE LA HIDROXICLOROQUINA EN LA INCIDENCIA DE COVID-19 EN PACIENTES CON PATOLOGÍA REUMÁTICA EN TRATAMIENTO CRÓNICO

I. Balaguer Trull, G.E. Urios Pastor, C. Campos Fernández, A. Rueda Cid, C. Molina Almela, M.D. Pastor Cubillo, J.J. Lerma Garrido y J. Calvo Catalá

Hospital General Universitario de Valencia.

Introducción: La cloroquina e hidroxiclороquina (HCQ), son fármacos comúnmente utilizados en el tratamiento de enfermedades como la artritis reumatoide o el lupus eritematoso. Debido a la necesidad inmediata de tratamientos efectivos para el manejo de la infección por COVID-19, durante estos meses se ha estudiado la utilidad preventiva y terapéutica de la HCQ en estos pacientes. Sin embargo, debido al nulo balance beneficio-riesgo que presenta este fármaco, actualmente la Food and Drug Administration, ha revocado el uso de la HCQ en pacientes con COVID-19.

Objetivos: Comprobar el posible efecto protector de la HCQ en la incidencia de COVID-19 en pacientes con patología reumática y en tratamiento crónico con este fármaco, ya que ha quedado descartado el efecto beneficioso de la HCQ en pacientes con enfermedad aguda por COVID-19.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo transversal anonimizado, en el que se revisan todos los pacientes tratados con HCQ de forma crónica de nuestro servicio. El periodo estudiado para confirmar si estos pacientes han sufrido la infección por COVID-19 ha sido

desde el 1 de enero al 31 de agosto de 2020. Durante este tiempo se ha valorado la aparición de síntomas relacionados con la infección y el diagnóstico de esta a través de prueba diagnóstica PCR o test serológicos.

Resultados: Se han revisado un total de 362 pacientes tratados de forma crónica con HCQ. De ellos, 29 (8,01%) fueron diagnosticados como COVID-19, bien en función de criterios clínicos, PCR o serología. 27 pacientes (93,1%) presentaron clínica leve-moderada, 1 paciente fue asintomático y otro precisó ingreso hospitalario. Durante el mismo periodo de tiempo, la incidencia de COVID-19 en nuestra área de salud (Valencia-Hospital General) fue del 0,41% (Fuente GVA).

Conclusiones: Los estudios actuales demuestran la ineficacia de la HCQ en la fase aguda de la infección por COVID-19, por lo que, a través de nuestro estudio, decidimos comprobar el posible efecto protector en pacientes tratados de forma crónica. Los resultados obtenidos en nuestra revisión, nos sugieren que la HCQ consumida de forma crónica no protege frente a la infección por COVID-19, ya que en nuestro grupo de estudio la incidencia de coronavirus ha sido del 8,01%, frente al 0,41% de la población de nuestra área de salud. En resumen, en nuestro estudio hemos comprobado que el consumo crónico de HCQ no aporta beneficios en cuanto a la prevención de la infección por COVID-19, lo cual se suma a los numerosos estudios que han confirmado el escaso o nulo beneficio de la HCQ tanto de forma preventiva como terapéutica en pacientes con infección por COVID-19.

RC17. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE UNA COHORTE DE PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE EN TRATAMIENTO CON TOCILIZUMAB/SARILUMAB Y COVID-19 EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO XX (2019-2021)

R.J. Gil Vélez, L. Mendes Diaz e I.M. Madroñal García

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune sistémica con compromiso articular y extraarticular. Las manifestaciones pulmonares están presentes hasta en el 40% de los pacientes, afectando el tejido intersticial, la pleura, la vía aérea y estructuras vasculares. Se requiere una mayor difusión entre los clínicos de estas alteraciones, con el fin de impactar en su diagnóstico y manejo oportuno, siendo necesaria una revisión de la literatura con el fin de abarcar de una manera práctica las manifestaciones que tiene la AR a nivel pulmonar, especialmente en época de pandemia, donde el compromiso por SARS-CoV-2 es particular en este órgano y requiere una vigilancia especial por las terapias actualmente utilizadas para la AR. La infección por SARS-CoV-2 conduce, entre otras manifestaciones, al desarrollo de neumonía grave y de síndrome de dificultad respiratoria aguda, generando altas tasas de morbimortalidad. La lesión pulmonar se fundamenta en la capacidad citopática del virus (piroptosis) y la respuesta inflamatoria medida por el sistema inmune innato y adquirido. Se ha propuesto el término tormenta de citocinas, haciendo referencia a la expresión aumentada de factor de necrosis tumoral alfa, interleucina 1 beta e interleucina-6, los cuales reclutan macrófagos y células T, con un daño grave de la vía respiratoria, falla orgánica múltiple y muerte.

Objetivos: Analizar la incidencia de infección por SARS-COV2 en los paciente con artritis reumatoide que han iniciado tratamiento con bloqueantes IL6 (tocilizumab/sarilumab) durante período 2019-2021 y características de dicha cohorte.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de una cohorte de paciente con diagnóstico de artritis reumatoide y en tratamiento con inhibidores de IL6 en el periodo comprendido entre enero 2019

y marzo 2021, incluyendo factores demográficos, comorbilidades, infección covid-19, ingreso hospitalario y secuelas.

Resultados: Se incluyeron en nuestro estudio a 71 pacientes con artritis reumatoide que iniciaron tratamiento con inhibidores de la IL6 durante el periodo 2019-2021, siendo la media de edad 51,6 años, 3(4,3%), hombres, 68 (95,7%) mujeres, sarilumab 67 (94,3%), tocilizumab 4(3,7%) seropositividad : 45 sarilumab FR + ACPA + (67,1%) 2 tocilizumab FR + ACPA + (50%), uso de esteroides en el 57,2%. Suspensión con sarilumab: 3 reacciones locales, 12 ineficacia, 2 neutropenia y 1 embarazo. Ningún tratamiento fue suspendido en caso de tocilizumab. Las comorbilidades más frecuentes fueron: fumadores, HTA, obesidad y dislipemia. En nuestra muestra 6 (sarilumab) 4 pacientes se ingresaron por neumonía SARS-CoV-2, tiempo medio de ingreso 4 días y recuperación *ad integrum*.

| | |
|-------------------------------|------------|
| Edad (años) | 51,6 |
| Mujeres (n/%) | 68 (97,5%) |
| Hombres (n/%) | 3 (4,3%) |
| Seropositividad (n/%) | |
| Sarilumab (FR/ACPA+) | 45 (67,1%) |
| Tocilizumab (FR/ACPA+) | 2 (50%) |
| Suspensión sarilumab (n/%) | 18 (26,8%) |
| Reacción local | 3 (16,6%) |
| Ineficacia | 12 (66,6%) |
| Neutropenia | 2 (11,2%) |
| Embarazo | 1 (5,6%) |
| Suspensión tocilizumab (n/%) | 0 (0%) |
| Infección SARS-CoV-2 | 6 (8,5%) |
| Neumonía bilateral SARS-CoV-2 | 4 (5,6%) |
| Sarilumab | 4 (5,6%) |
| Tocilizumab | 0 (0%) |
| Tiempo medio ingreso (días) | 4 |
| Secuelas | 0 (0%) |
| Exitus | 0 (0%) |
| Total 71 | |

Conclusiones: En época de pandemia por SARS-CoV-2 las medidas encaminadas a prevenir las complicaciones por compromiso pulmonar de AR posiblemente favorezcan mejores desenlaces entre quienes padecen formas severas de este cuadro. El uso de nuestros fármacos puede ayudar a controlar la progresión de la enfermedad pulmonar. No obstante, pueden generar una importante condición de inmunosupresión y susceptibilidad a infecciones, entre ellas el SARS-CoV-2. En nuestro estudio podemos concluir que no existe un riesgo aumentado de infección ni peor pronóstico en aquellos pacientes con artritis reumatoide y uso concomitante de terapia biológica con inhibidores de IL6.

RC18. ¿EL TRATAMIENTO DE BASE EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES O INMUNOMEDIADAS Y COVID-19 CONDUCE A UN PEOR PRONÓSTICO?

M. González Peñas, A.I. Rebollo Giménez¹, J. Seoane Romero¹, L. Martín de la Sierra López¹, D. Castro Corredor¹, J. Anino Fernández¹, D. Bellido Pastrana², J.R. Muñoz Rodríguez³, F.J. Gómez Romero³ y J.L. Cuadra Díaz¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Medicina Interna; ³Unidad de Apoyo a la Investigación. Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Introducción: La pandemia COVID-19 ha tenido importantes consecuencias para la salud mundial y constituye uno de los mayores retos a los que se ha enfrentado la sanidad moderna. Los datos sobre el riesgo de infección por COVID-19 y su gravedad en pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS) son limitados. Hasta ahora no hay evidencia de que los fármacos inmunosupresores o inmunomoduladores modifiquen el curso de la infección por COVID-19. En los ensayos clínicos publicados el riesgo de infección por COVID-19 en pacientes con EAS no parece ser mayor que en la

| ENFERMEDADES | n | TRATAMIENTO | NO TRATAMIENTO |
|-----------------------------|----|-------------|----------------|
| ESPONDILIOARTRITIS | 22 | 18 (81,82%) | 4 (18,18%) |
| ARTRITIS REUMATOIDE | 15 | 15 (100%) | 0 (0%) |
| LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO | 14 | 13 (92,86%) | 1 (7,14%) |
| ARTRITIS SERONEGATIVA | 12 | 11 (91,67%) | 1 (8,33%) |
| SINDROME ANTIFOSFOLIPIDO | 9 | 3 (33,33%) | 6 (66,67%) |
| SJÖGREN | 6 | 5 (83,33%) | 1 (16,67%) |
| BEHÇET | 6 | 3 (50%) | 3 (50%) |
| VASCULITIS | 3 | 2 (66,67%) | 1 (33,33%) |
| MICROCISTALINAS | 3 | 0 (0%) | 3 (100%) |
| POLIMIALGIA REUMATICA | 2 | 2 (100%) | 0 (0%) |
| ESCLEROSIS SISTEMICA | 2 | 1 (50%) | 1 (50%) |
| MIOPATIAS | 1 | 1 (100%) | 0 (0%) |

Tabla 1: Descripción de las frecuencias y de los números absolutos de pacientes con enfermedades autoinmunes y enfermedades autoinmunes, con tratamiento y sin tratamiento previo.

| TRATAMIENTO | n | % |
|-----------------------|----|--------|
| PREDNSIONA | 30 | 31,58% |
| METOTREXATO | 21 | 22,11% |
| HIDROXICLOROQUINA | 21 | 22,11% |
| METILPREDNISOLONA | 8 | 8,42% |
| ETANERCPT | 7 | 7,37% |
| LEFLUNOMIDA | 5 | 5,26% |
| SALAZOPIRINA | 5 | 5,26% |
| AZATIOPRINA | 3 | 3,16% |
| ADALIMUMAB | 2 | 2,11% |
| INFLIXIMAB | 2 | 2,11% |
| GOLIMUMAB | 2 | 2,11% |
| BARICITINIB | 2 | 2,11% |
| MICOFENOLATO MOFETILO | 2 | 2,1% |
| TOCILIZUMAB | 1 | 1,05% |
| BELIMUMAB | 1 | 1,05% |
| USTEKINUMAB | 1 | 1,05% |
| IXEKIZUMAB | 1 | 1,05% |
| ABATACEPT | 1 | 1,05% |
| DEXAMETASONA | 1 | 1,05% |

Tabla 2: Descripción de las frecuencias y de los números absolutos de los pacientes con tratamientos previos.

población general, y la gravedad de dicha infección tampoco parece ser diferente. El objetivo de nuestro estudio es analizar la evolución clínica de los pacientes con EAS o enfermedades inflamatorias inmunitarias (EII) en función de su tratamiento de base.

Métodos: Se trata de un estudio de cohortes retrospectivo, se han incluido pacientes mayores de 18 años diagnosticados de EAS/EII y con infección por COVID-19, diagnosticada por criterios epidemiológicos (clínica compatible y contacto con COVID-19 positivo en marzo/abril/mayo de 2020) o por resultado positivo en la PCR SARS-CoV-2, test de antígenos SARS-CoV-2 o serología COVID-19 con IgM positiva. Los pacientes incluidos se han seleccionado tras revisar las consultas externas de Reumatología entre los meses de noviembre de 2020 y febrero de 2021, con el objetivo de analizar las consecuencias de la pandemia hasta la tercera ola en nuestro centro. En la base de datos se han recogido datos demográficos, comorbilidades cardiovasculares, EAS o EII, tratamiento con FAMES sintéticos, FAMES de pequeña molécula o FAMES biológicos, inmunomoduladores y glucocorticoides; y evolución de la infección por COVID-19. Para el análisis estadístico, se ha empleado la prueba U de Mann-Whitney para las variables cuantitativas y chi cuadrado para las variables cualitativas.

Resultados: Se han revisado un total de 4.800 historias clínicas. De todos estos pacientes, un total de 95 (1,98%) estaban diagnosticados previamente de EAS/EII y habían padecido infección por COVID-19. La patología más prevalente en la muestra fue la espondiloartritis (n = 22) seguida de la artritis reumatoide (n = 15) y el lupus eritematoso sistémico (n = 14), de los cuales un 81,82%, 100% y un 92,86% respectivamente estaban recibiendo tratamiento para el control de la enfermedad (tabla 1). De los 95 pacientes recogidos en nuestra base de datos, 70 (73,68%) estaban en tratamiento con FAME sintético, de pequeña molécula o biológico, inmunomoduladores o glucocorticoides; y 25 (26,32%) no tenían tratamiento de base. De los 70 pacientes en tratamiento activo, los fármacos más empleados fueron la prednisona (n = 30), el metotrexato (n = 21) y la hidroxycloquina (n = 21) (tabla 2). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en las variables estudiadas, siendo similares los resultados relativos a la edad media, el sexo, la presencia de factores de riesgo cardiovascular, la ausencia de clínica, número de ingresos a nivel hospitalario o en Unidad de Cuidados Intensivos, o las complicaciones durante la infección por COVID-19 (tabla 3).

Conclusiones: Los pacientes en tratamiento con FAME sintéticos, de pequeña molécula o biológicos, inmunomoduladores o glucocorticoides no parecen tener mayor tasa de ingreso hospitalario, en Unidad de Cuidados Intensivos o de muerte respecto a los pacientes con enfermedades autoinmunes o inmunitarias sin dichos tratamientos.

| | TRATAMIENTO n=70 (73,68%) | NO TRATAMIENTO n=25 (26,32%) | p |
|-----------------------|------------------------------|---------------------------------|-------|
| EDAD | 51,74 (+/- 2,18) | 55,74 (+/- 3,36) | 0,467 |
| SEXO FEMENINO | 49 (70%) | 17 (68%) | 0,852 |
| HIPERTENSIÓN ARTERIAL | 22 (31,4%) | 5 (20%) | 0,277 |
| DIABETES MELLITUS | 8 (11,4%) | 2 (8%) | 0,632 |
| DISLIPEMIA | 13 (18,6%) | 1 (4%) | 0,078 |
| TABACO | 7 (10%) | 3 (12%) | 0,78 |
| ASINTOMÁTICOS | 13 (18,6%) | 4 (16%) | 0,773 |
| INGRESO HOSPITALARIO | 11 (15,7%) | 5 (20%) | 0,623 |
| UCI | 2 (2,9%) | 0 (0%) | 0,393 |
| SDRA | 7 (10%) | 2 (8%) | 0,769 |
| SOBREINFECCION | 4 (5,7%) | 0 (0%) | 0,222 |
| TROMBOSIS | 1 (1,4%) | 0(0%) | 0,548 |
| MUERTE | 6 (8,6%) | 2 (8%) | 0,930 |

Tabla 3: Descripción de frecuencias, desviaciones estándar, porcentajes y significación de p. UCI: Unidad de Cuidados Intensivos; SDRA: Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo.

RC19. FACTORES DE RIESGO DE INFECCIÓN COVID-19 GRAVE EN PACIENTES REUMÁTICOS CON TERAPIA BIOLÓGICA

S. Masegosa Casanova¹, J.A. Carrasco Fernández², P.V. García Morales², L.M. Rojas Vargas², A. Alía Jiménez², L. del Olmo Pérez³ y S.Á. Sánchez-Fernández²

¹Hospital General de Tomelloso. ²Hospital La Mancha Centro. Alcázar de San Juan. ³Hospital N^o S^o del Prado, Talavera de la Reina.

Objetivos: Evaluar la posible asociación de distintos factores de riesgo con una mayor gravedad de la infección COVID-19 en pacientes reumáticos bajo tratamiento biológico (TB).

Métodos: De manera multicéntrica (servicios de reumatología del Hospital de Tomelloso, Hospital N^o S^o del Prado y Hospital La Mancha Centro) y retrospectiva mediante historia clínica digital, se analizaron los pacientes reumáticos que recibían TB durante diciembre de 2019 hasta marzo de 2021 y que presentaron infección COVID-19 confirmada (por test PCR nasofaríngeo, test de antígeno o serología positiva). Se recogieron diferentes factores o comorbilidades definidas como de riesgo para mayor gravedad de esta infección (edad, sexo, hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), tabaquismo, neumopatía, cardiopatía, obesidad, uso de corticoides y fármacos modificadores de la enfermedad (FAME). Se consideró mayor gravedad la aparición de neumonía y la hospitalización, la necesidad de soporte ventilatorio, refractariedad a corticoides (CS), el no desarrollo de anticuerpos (Ac) frente al virus, mayor índice de gravedad según escala OMS y la muerte.

Resultados: Se revisaron un total de 372 pacientes reumáticos bajo tratamiento biológico, de los cuales 68 (18,3%) presentaron COVID-19 durante el seguimiento. La edad media de los pacientes fue 54,4 ± 13,8 años y un 54,4% fueron mujeres y un 45,6% hombres. Los diagnósticos y las TB que recibían cuando se produce el

diagnóstico de COVID-19 se exponen en la tabla 1. De los pacientes con TB infectados con SARS-CoV-2, 21 (30,9%) presentaron neumonía y 17 (25%) tuvieron que ser ingresados en hospital, el 50% (34 pacientes) recibieron algún tratamiento específico y, dentro de estos, 9 (13,2%) no respondieron inicialmente a CS y 6 (8,8%) precisaron soporte ventilatorio. La hospitalización media fue de 25,1 ± 30,5 días y la media de la escala de gravedad de la OMS fue de 2,8 ± 2,1, falleciendo 2 pacientes (2,9%). En 9 pacientes (13,2%) no se desarrollaron Ac IgG frente al SARS-CoV-2 hasta el final del seguimiento. La frecuencia de los factores de posible mayor gravedad de esta infección se refleja en la tabla 2. Entre los pacientes reumáticos con TB, hubo un mayor porcentaje de COVID-19 entre los que recibían corticoides previamente por su enfermedad (p = 0,022) y en los obesos (p = 0,017). En nuestros pacientes con COVID-19, de todos los posibles factores de riesgo para mayor gravedad analizados, solo el uso de CS por la enfermedad reumática se asoció con mayor riesgo de desarrollo de neumonía (p = 0,000), de ingreso hospitalario (p = 0,001) y de mayor puntuación de gravedad según la escala de la OMS (p = 0,04). También hubo asociación con la ausencia de desarrollo de Ac IgG frente al virus (p = 0,037). El porcentaje de pacientes que necesitaron soporte ventilatorio, de refractariedad a CS y el tiempo de hospitalización fue también mayor en los pacientes COVID-19 y bajo tratamiento corticoideo de base, pero las diferencias no fueron estadísticamente significativas (tabla 3). Tampoco lo fueron para el resto de los factores de riesgo de COVID-19 grave en los parámetros de peor evolución analizados.

Conclusiones: Analizando los factores actualmente considerados como de riesgo para mayor gravedad del COVID-19, en nuestros pacientes en tratamiento biológico solo se ha identificado la toma de corticoides por enfermedad reumática como factor de peor evolución y mayor gravedad de esta infección.

Tabla 1. Pacientes con TB y SARS-CoV-2. Diagnósticos y tratamientos (n=68)

| Diagnósticos | | Tratamientos | |
|--------------|------------|---------------|------------|
| EspA | 27 (39.7%) | Anti-TNFα | 45 (66.2%) |
| AR | 22 (32.3%) | Rituximab | 9 (13.2%) |
| APso | 8 (11.8%) | Anti-IL17 | 4 (5.9%) |
| Vasculitis | 5 (7.4%) | Ustekinumab | 3 (4.4%) |
| EAS | 3 (4.4%) | Inhibidor JAK | 3 (4.4%) |
| Uveítis | 2 (2.9%) | Abatacept | 2 (2.9%) |
| Enf. Behçet | 1 (1.5%) | Anti-IL6 | 1 (1.5%) |
| | | Apremilast | 1 (1.5%) |

* Vasculitis: Granulomatosis con poliangeítis (n=3), Poliangeítis microscópica (n=1), Vasculitis asociada a ANCA (n=1); EAS (enfermedad autoinmune sistémica): Síndrome de Sjögren (n=1), Polimiositis (n=1), Enfermedad mixta del tejido conectivo (n=1).

Tabla 2. Frecuencia de factores de COVID19 grave en TB y SARS-CoV-2.

| Factores de riesgo COVID grave | Nº pacientes (%) Total=68 |
|--------------------------------|---------------------------|
| FAME | 40 (58.8%) |
| Corticoides | 28 (41.2%) |
| HTA | 26 (38.2%) |
| Obesidad | 22 (32.4%) |
| DM | 16 (23.5%) |
| Neumopatía | 11 (16.2%) |
| Tabaquismo | 8 (11.8%) |
| Cardiopatía | 8 (11.8%) |

| Evolución COVID19 | | No CS | CS | |
|------------------------------|-----------------------------|------------|------------|-----------|
| Neumonía | No n=47 (69.1%) | 35 (87.5%) | 12 (42.9%) | p = 0.000 |
| | Si n=21 (30.9%) | 5 (12.5%) | 16 (57.1%) | |
| Ingreso hospitalario | No n=51 (75%) | 36 (90%) | 15 (53.6%) | p = 0.001 |
| | Si n=17 (25%) | 4 (10%) | 13 (46.4%) | |
| Refractariedad CS | No n=25 (73.5%) | 15 (88.2%) | 10 (58.8%) | p = 0.059 |
| | Si n=9 (26.5%) | 2 (11.8%) | 7 (41.2%) | |
| Soporte ventilatorio | No n=11 (64.7%) | 3 (75%) | 8 (61.5%) | p = 0.555 |
| | Si n=6 (35.3%) | 1 (25%) | 5 (38.5%) | |
| Hospitalización (días) | | 9.0±12.7 | 12.0±33.8 | p = 0.350 |
| Gravedad OMS | Leve (≤3) n=50 (73.5%) | 36 (90%) | 14 (50%) | p = 0.040 |
| | Moderada (4-5) n=12 (17.6%) | 3 (7.5%) | 9 (32.2%) | |
| | Severa (≥6) n=6 (8.8%) | 1 (2.5%) | 5 (17.8%) | |
| Exitus | No n=66 (97.1%) | 40 (100%) | 26 (92.9%) | p = 0.166 |
| | Si n=2 (2.9%) | 0 (0%) | 2 (7.1%) | |
| Desarrollo Ac IgG+ SARS-CoV2 | No n=9 (33.3%) | 2 (14.3%) | 7 (53.8%) | p = 0.037 |
| | Si n=18 (66.7%) | 12 (85.7%) | 6 (46.2%) | |

Tabla 3. Evolución de COVID19 en pacientes con TB según toma previa de corticoides (CS).

RC19 Figura 3

RC20. DECREASED USE OF ULTRASOUND FAST-TRACK PATHWAYS OF GIANT CELL ARTERITIS DUE TO COVID-19 PANDEMIC: A POTENTIAL RISK FOR PERMANENT VISUAL LOSS

F.J. Montero Reyes, I. Castrejón, J. Martínez-Barrio, J.C. Nieto-González, J. Rivera, J.M. Álvaro-Gracia and J. Molina Collada

Department of Rheumatology. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IiSGM). Madrid.

Introduction: The implementation of ultrasound (US) fast-track pathways (FTP), aiming at an early diagnosis of giant cell arteritis (GCA), has led to a decrease in permanent vision loss¹. However, the COVID-19 pandemic lockdown has had a negative impact in GCA patients, leading to a decline in referral rates of patients accompanied by cases with delayed presentation and vision loss².

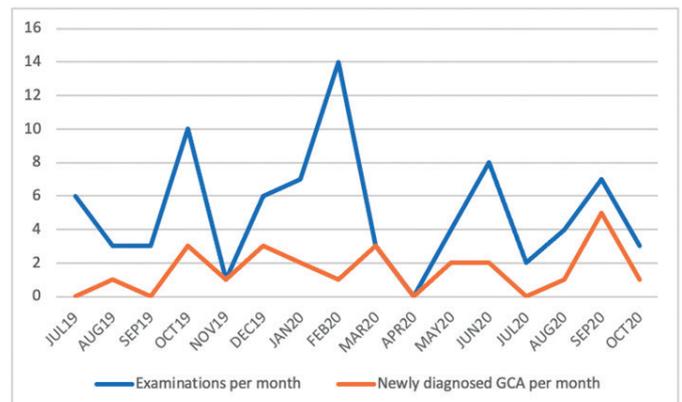
Objectives: To assess the rate of US examinations included in our FTP and the rate of permanent visual loss due to GCA since the start of the COVID-19 pandemic.

Methods: Retrospective observational study including all patients referred to our US FTP for possible GCA over a 16-month period. Visual loss due to anterior ischemic optic neuropathy (AION) was confirmed by an ophthalmologist. We compared the 8-month pre- and post- COVID-19 outbreak periods (July 2019 to February 2020 and March 2020 to October 2020).

Results: Since the beginning of the COVID-19 pandemic, there was a 38% reduction in patients referred to the FTP compared with the previous 8-months, although the service was regularly operating (fig.). The number of newly GCA diagnosis during the COVID-19 pandemic remained similar, although the percentage over the total examinations was higher (45,2% vs. 22%; p = 0,028). Demographic, clinical and US variables of patients are shown in the table. Two patients presented AION during the COVID-19 pandemic, while non in the previous period, although differences were not statistically significant (p = 0.14). During confinement, patients presented higher C-reactive protein (7.6 vs. 3.4 mg/dL; p = 0.008), erythrocyte

sedimentation rate (73.9 vs. 45.7 mm/h; p = 0.02), and lower hemoglobin levels (11.7 vs. 12.8 g/dL; p = 0.019). We found that the halo and compression sign were more frequently found during the COVID-19 pandemic (38.7 vs. 16%; p = 0.021 and 25.8 vs. 10%; p = 0.06, respectively). We also found a higher proportion of positive temporal artery biopsy during the pandemic (50% vs. 33% p = 0.049).

Conclusions: Our data shows a reduction in utilization of GCA FTP since the COVID-19 outbreak and an increase of possibly preventable AION. Our results go in line and confirm previous work that noticed a reduction in the requests for FTP assessments by May 2020². Although a higher proportion of patients referred to the FTP had GCA, the number of newly diagnosed GCA remained similar before and after the COVID-19 outbreak, in contrast with other studies that observed an increased number of GCA after the COVID-19 outbreak³. Our study highlights the potential risks of COVID-19 lockdown in the reduced referral of suspected GCA patients, the occurrence of permanent visual loss, and the need for maintaining urgent access to FTP during the COVID-19 pandemic.



Number of patients evaluated in the fast-track pathway and number of newly GCA diagnosis over the study period.

Table 1. Clinical, laboratory and ultrasound findings of patients referred to the fast-track clinic for suspected GCA before and after lockdown.

| | Total n=81 | 8 months period previous to lockdown (July 2019 – February 2020) n=50 | 8 months period after lockdown (March 2020 – October 2020) n=31 | p |
|--|-------------------|--|---|-------|
| Age, mean (SD) | 74.1 (11.2) | 75 (10.8) | 72.7 (11.8) | 0.394 |
| Female, n (%) | 25 (30.9%) | 18 (36%) | 7 (22.6%) | 0.204 |
| Baseline use of steroids, n (%) | 37 (46.3%) | 26 (53.1%) | 11 (35.5%) | 0.124 |
| Temporal artery biopsy positive n=16, no. of patients | 5 (31.3%) | 1 (11.1%) | 4 (57.1%) | 0.049 |
| ¹⁸ F-FDG-PET/CT positive n=23, no. of patients | 10 (43.5%) | 3 (33.3%) | 7 (50%) | 0.669 |
| Fulfilling 1990 GCA criteria, no. of patients | 18 (22.2%) | 10 (20%) | 8 (25.8%) | 0.541 |
| PMR diagnosis before US examination, no. of patients | 27 (33.3%) | 20 (40%) | 7 (22.6%) | 0.106 |
| Headache, no. of patients | 35 (43.2%) | 26 (52%) | 9 (29%) | 0.043 |
| Scalp tenderness, no. of patients | 5 (6.2%) | 4 (8%) | 1 (3.2%) | 0.386 |
| Jaw claudication, no. of patients | 12 (14.8%) | 7 (14%) | 5 (16.1%) | 0.793 |
| Visual symptoms, no. of patients | 14 (17.3%) | 8 (16%) | 6 (19.1%) | 0.698 |
| Fever, no. of patients | 10 (12.3%) | 5 (10%) | 5 (16.1%) | 0.415 |
| Myalgias, no. of patients | 40 (49.4%) | 24 (48%) | 16 (51.6%) | 0.752 |
| AION, no. of patients | 2 (2.5%) | 0 (0%) | 2 (6.5%) | 0.14 |
| Abnormal TA clinical examination, no. of patients | 5 (6.2%) | 4 (8%) | 1 (3.2%) | 0.386 |
| CRP (mg/dL), mean (SD) | 5(6.2) | 3.4 (5.1) | 7.6 (7.1) | 0.008 |
| ESR (mm/h), mean (SD) | 56.2 (34.7) | 45.7 (30.5) | 73.9 (34.5) | 0.002 |
| Hemoglobin (g/dL), mean (SD) | 12.5 (±1.8) | 12.8 (±1.6) | 11.7 (±1.9) | 0.019 |
| Platelets 10 ⁹ /L, mean (SD) | 283.8 (±113.7) | 254.1 (±91.3) | 342.1 (±131.6) | 0.001 |
| Positive US findings, no. of patients | 23 (28.4%) | 11 (22%) | 12 (38.7%) | 0.115 |
| Temporal artery positive US findings, no. of patients | 15 (18.5%) | 8 (16%) | 7 (22.6%) | 0.459 |
| Axillary or subclavian positive US findings, no. of patients | 13 (16%) | 6 (12%) | 7 (22.6%) | 0.207 |
| Temporal artery + axillary or subclavian positive US findings, no. of patients | 5 (6.2%) | 3 (6%) | 2 (6.5%) | 0.935 |
| Halo sign positive, no. of patients | 20 (24.7%) | 8 (16%) | 12 (38.7%) | 0.021 |
| Compression signs positive, no. of patients | 13 (16%) | 5 (10%) | 8 (25.8%) | 0.06 |
| GCA clinical diagnosis, no. of patients | 25 (30.9%) | 11 (22%) | 14 (45.2%) | 0.028 |

AION: anterior ischemic optic neuropathy; CRP: C-reactive protein; ESR: erythrocyte sedimentation rate; FDG: fluorodeoxyglucose; GCA: giant cell arteritis; PET: positron emission tomography; PMR: polymyalgia rheumatica; SD: standard deviation, TA: Temporal artery; US: ultrasound;

RC20 Figure 2

Bibliography

1. Diamantopoulos AP, Haugeberg G, Lindland A, Myklebust G. The fast-track ultrasound clinic for early diagnosis of giant cell arteritis significantly reduces permanent visual impairment: towards a more effective strategy to improve clinical outcome in giant cell arteritis? *Rheumatology (Oxford)*. 2016;55(1):66-70.
2. Monti S, Delvino P, Bellis E, Milanese A, Brandolino F, Montecucco C. Impact of delayed diagnoses at the time of COVID-19: increased rate of preventable bilateral blindness in giant cell arteritis. *Ann Rheum Dis*. 2020;79(12):1658-9.
3. Lecler A, Villeneuve D, Vignal C, Sené T. Increased rather than decreased incidence of giant-cell arteritis during the COVID-19 pandemic. *Ann Rheum Dis*. 2021.

RC21. INFECCIÓN POR COVID-19 EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INMUNOMEDIADA

A.M. Brandy-García¹, I. Morante-Bolado², A.W. Vega Harwood³, C. Ordas¹, E. García¹, M. Loredó¹, J. Babio¹, E. Aurrecoechea² y J.C. Torre-Alonso³

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Cabueñes. Gijón. Asturias. ²Servicio de Reumatología. Hospital Sierrallana. Torrelavega. ³Departamento de Reumatología. Universidad de Oviedo.

Introducción: En el último año nuestra actividad profesional se ha visto englobada por la pandemia COVID-19. En muchas ocasiones nos hemos cuestionado si nuestros pacientes están en una situación de mayor vulnerabilidad. La información disponible hasta la actualidad es muy abundante, pero en ocasiones contradictoria.

Objetivos y métodos: Conocer la prevalencia de la infección por COVID-19 en una cohorte de pacientes con enfermedades inmunomediadas (IMID) a seguimiento en las consultas de reumatología del Hospital Universitario de Cabueñes (Gijón) y Hospital de Sierrallana (Torrelavega), desde el 1 de marzo 2020 al 1 de abril 2021. Así como describir los factores asociados a la enfermedad y conocer el papel de los tratamientos que ya reciben por su patología en la infección. El diagnóstico de COVID se confirmó con técnicas moleculares PCR en muestras de exudado nasofaríngeo o esputo, o bien mediante test serológicos (IgM y/o IgG). Se recogieron variables clínicas y analíticas. Como marcador de gravedad usamos la necesidad de ingreso en UCI y el uso de tocilizumab.

Resultados: Durante el seguimiento se recogieron 1.880 pacientes con IMID, de todos ellos, 50 pacientes presentaron infección por COVID-19, lo que supone una prevalencia del 2,7%. Las características de este grupo están descritas en la tabla 1. Destacar que el grupo más afectado fueron los diagnosticados de AR (36%); seguido de la Aps y EAS. La EAS más frecuente fue la uveítis 4 pacientes (50%) y en segundo lugar LES, 2 pacientes (25%). El 54% estaban

siendo tratados con FAMEsc, siendo el más frecuente el metotrexato (el 81,4%). El 42% estaban en tratamiento con FAMEb, siendo el más usado antiTNF (76,2%). Dentro de las manifestaciones clínicas de la infección, tabla 2, destacamos que 19/50 (38%) necesitaron ingreso, como infección grave el 4% (n = 7). El diagnóstico previo de EAS predispone a hospitalización por COVID-19 (p = 0,019), así como presentar HTA (p = 0,012). En cuanto a factores de riesgo para enfermedad grave, encontramos relación estadísticamente significativa con la presencia previa de ECV (p = 0,027), enfermedad pulmonar previa (p = 0,018) e hiperuricemia (p < 0,001). No hubo una relación significativa con el tipo de tratamiento o patología. En estos casos además hubo mayores niveles de LDH (no grave: 301,7 ± 173 vs. grave 619,6 ± 283,7; p = 0,033) y con PCR (No grave: 14,12 ± 22,4 vs. grave 52,8 ± 60; p = 0,042). Mención aparte se merecen los corticoides y el uso previo de tocilizumab. En nuestra cohorte no encontramos relación entre el uso o no, o entre la dosis de corticoides con infección por COVID-19 ni su mayor gravedad. Por otro lado, de esos 1880 pacientes iniciales 60 pacientes recibían tratamiento con tocilizumab subcutáneo o endovenoso, ninguno de ellos durante el seguimiento registró infección por COVID-19.

| Variables, n (%) | Pacientes IMID COVID + (n=50) |
|-----------------------------------|-------------------------------|
| Sexo | M: 33 (66) // H: 17 (34) |
| Edad | 62±13 |
| IMC | 26±5 |
| Cardiopatía isquémica | 12 (24) |
| HTA | 18 (36) |
| Enfermedad pulmonar | 7 (14) |
| Fumador | 5 (10) |
| Diabetes Mellitus | 5 (10) |
| Enfermedad renal crónica | 6 (12) |
| Patología: | |
| - Artritis Reumatoide | 18 (36) |
| - Artritis psoriásica | 10 (20) |
| - Espondilitis axial | 7 (14) |
| - Polimialgia Reumática | 5 (10) |
| - Enfermedad Autoinmune Sistémica | 8 (16) |
| - Gota | 4 (8) |

Tabla 1: características generales de la cohorte Covid19

| Variables, n (%) | Pacientes IMID COVID + (n=50) |
|--------------------|-------------------------------|
| Asintomáticos | 12 (24) |
| Hospitalizados | 19 (38) |
| Necesidad UCI | 2 (5,3) |
| Uso de tocilizumab | 5 (13,2) |
| Defunciones | 2 (5,3) |
| Sintomáticos: | |
| - Tos | 28 (73,7) |
| - Disnea | 18 (47,4) |
| - Ageusia/Anosmia | 5 (13,2) |
| - Vómitos | 6 (15,8) |
| - Diarrea | 7 (18,4) |
| - Cefalea | 6 (15,8) |
| - Artromialgias | 13 (34,2) |
| - Astenia | 16 (42,1) |
| - Fiebre >38°C | 18 (47,4) |

Tabla 2: características clínicas cohorte Covid19

Conclusiones: Aunque nuestra cohorte de pacientes con COVID-19 no es muy amplia, probablemente debido a la menor incidencia de la infección en el norte de España, parece que observamos una menor tasa de infección en pacientes con un diagnóstico previo de IMID (2,7%) respecto al reportado en la población astur-cántabra (4,2%). El diagnóstico previo de EAS respecto a otros es un factor predisponente para infección grave. Estudios recientes refieren que el tratamiento con antiTNF tiene un efecto protector, nosotros no podemos llegar a concluir esto, ya que no encontramos relación entre la infección o gravedad de esta con el tratamiento.

RC22. NEFRITIS LÚPICA: TRATAMIENTO DE INDUCCIÓN CON CICLOFOSFAMIDA, 20 AÑOS DE EXPERIENCIA

J. Mendizábal Mateos¹, M. López Gómez¹, C. Purroy Irurzun², G. Sada Urmeneta¹, S. García Pérez¹, N. del Val del Amo¹, L. Garrido Courel¹, I. Paniagua Zudaire¹, R. Gutiérrez Polo¹, L. Horcada Rubio¹, J. Restrepo Vélez³, M. Laiño Piñeiro¹ y M.C. Fito Manteca¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Nefrología. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. ³Servicio de Reumatología, Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona.

Introducción: El American College of Rheumatology (ACR) define la nefritis lúpica (NL) como proteinuria persistente por encima de 500 mg o cilindros en sedimento urinario. El tratamiento de inducción se basa fundamentalmente en bolos de metilprednisolona asociado a ciclofosfamida o micofenolato.

Objetivos: Evaluar la respuesta y seguridad del tratamiento de inducción con ciclofosfamida (CFA) en pacientes con NL.

Métodos: Entre 2000 y 2020 se revisaron las historias clínicas de pacientes del servicio de Nefrología y Reumatología del Complejo Hospitalario de Navarra diagnosticados de NL que habían recibido tratamiento de inducción con CFA. La respuesta se evaluó con las variables; tipo histológico de la NL, anti-DNAs, C3, C4, SLEDAI, proteinuria, creatinina y recaídas durante un seguimiento de 24 meses. La seguridad se midió con las infecciones. Se utilizó el STATA 15 para el análisis estadístico.

Resultados: Se incluyeron 18 pacientes, 10 mujeres (55,56%), con una edad media al diagnóstico de LES de 24,44 años y una edad media al diagnóstico NL de 28 años. La mediana de tiempo desde el diagnóstico de LES hasta el de NL fue de 3,5 meses IQR (1,75-19). Según el tipo histológico de NL; 1 paciente (5,5%) clase II, 4 (22,2%) clase III, 11 (61,11%) clase IV, 2 (11,1%) clase V. Al debut presentaban una media de proteinuria de 2,9 g (DE 0,33), creatinina de 1,82 mg/dL (DE 0,35), anti-DNA de 388,8 UI/mL (DE 132, C3 basal de 64,95 mg/dL (DE 7,43), C4 de 10,48 mg/dL (DE 2,11) y SLEDAI de 16,05 (DE 1,36). El tratamiento de inducción se realizó en 17 pacientes (94,44%) con bolos de metilprednisolona de 500 mg y en un paciente con Prednisona oral a dosis de 1 mg/Kg. En 10 pacientes (55,56%) se utilizó en la inducción CFA en pauta NIH y en 8 pacientes (44,44%) la pauta EUROLUPUS. Se observó una disminución estadísticamente significativa en la proteinuria, C3, C4 y SLEDAI a los 3, 6, 12 y 24 meses respecto a la basal. El descenso es significativo entre cada tramo de tiempo analizado; salvo en la proteinuria y el C3 entre los meses 18 y 24 (p 0,52 y p 0,51 respectivamente) (tabla, figs. 1 y 2). El anti-DNA presentó mejoría significativa respecto a la basal a los 12, 18 y 24 meses, pero no a los 3 y 6 meses (p 0,09 y p 0,054 respectivamente). En la creatinina no se encontraron variaciones significativas a los 3, 6, 12 ni 24 meses (fig. 3). A pesar del tratamiento 2 pacientes (11,11%) requirieron terapia renal sustitutiva. En nuestra cohorte 14 pacientes (77,77%) presentaron alguna infección. 6 fueron urinarias, 7 respiratorias, 3 abdominales, 3 bacteriemias y 2 cutáneas. En ninguno de los casos el paciente requirió ingreso en unidad de cuidados intensivos.

Tabla RC22

| | Proteinuria | Creatinina | Anti-DNA | C3 | C4 | SLEDAI |
|----|-------------------------|------------------------|---------------------------|---------------------------|--------------------------|-------------------------|
| 0 | 2,9 (DE 0,33) | 1,82 (DE 0,35) | 350,81 (DE 120) | 64,9 (DE 7,43) | 10,48 (DE 2,11) | 16,05 (DE 1,36) |
| 3 | 1,67 (DE 0,35), p 0,02 | 1,35 (DE 0,23), p 0,15 | 162,66 (DE 47,7), p 0,09 | 90,17 (DE 6,9), p 0,004 | 16,29 (DE 2,22), p 0,000 | 12,16 (DE 1,6), p 0,02 |
| 6 | 0,89 (DE 0,23), p 0,003 | 1,3 (DE 0,19), p 0,1 | 109,35 (DE 38,1), p 0,054 | 96,61 (DE 5), p 0,001 | 17,68 (DE 1,79), p 0,000 | 8,05 (DE 1,63), p 0,000 |
| 12 | 0,37 (DE 0,2), p 0,000 | 1,55 (DE 0,43), p 0,51 | 64,11 (DE 13,74), p 0,02 | 98,63 (DE 3,77), p 0,000 | 21,14 (DE 2,2), p 0,000 | 5,83 (DE 1,22), p 0,000 |
| 24 | 0,32 (DE 0,12), p 0,000 | 1,47 (DE 0,35), p 0,38 | 70,62 (DE 21,18), p 0,039 | 102,41 (DE 4,46), p 0,000 | 19,52 (DE 1,43), p 0,000 | 3,94 (DE 1,08), p 0,000 |

DE: desviación estándar.

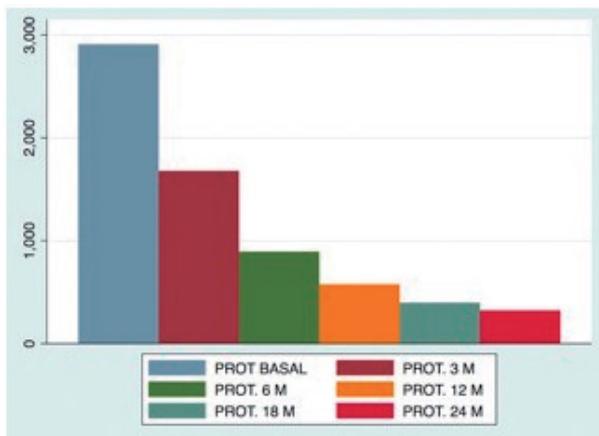


Figura 1. Proteinuria 3, 6, 12, 24.

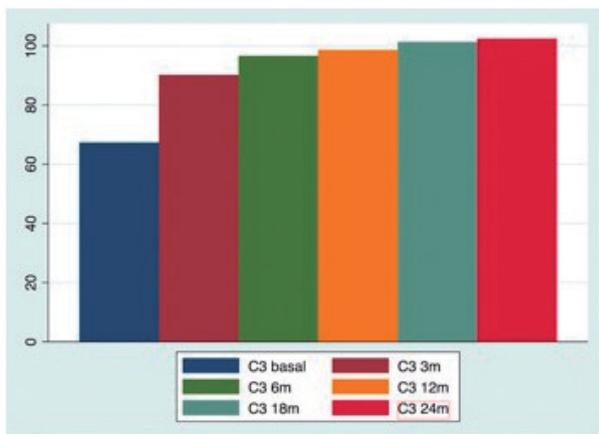


Figura 2. C3, meses: 3, 6, 12, 24.

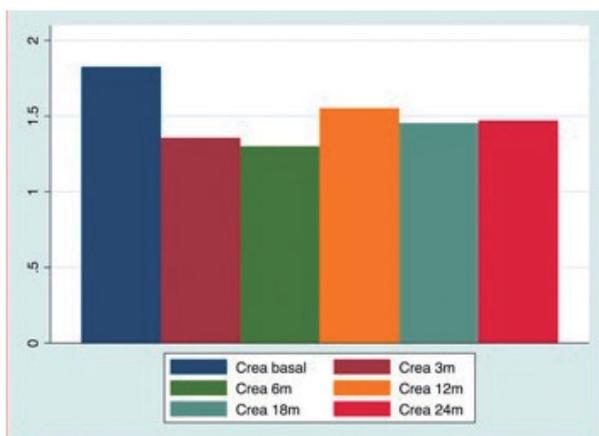


Figura 3. Creatinina a los 3, 6, 12, 24.

Conclusiones: El tratamiento con ciclofosfamida es eficaz para la disminución de la proteinuria y mejoría del anti-DNA, C3 y C4 desde el inicio del tratamiento hasta el final del seguimiento a los 2 años. El descenso de proteinuria es estadísticamente significativo hasta el mes 18, no objetivándose mejoría significativa de la proteinuria los meses siguientes a pesar de continuar con tratamiento inmunosupresor. Serían necesarios más estudios para valorar el riesgo/beneficio del tratamiento de inducción a partir del decimotercero mes. En cuanto a la seguridad, el 77,77% presentaron infecciones no graves.

RC23. NEFRITIS LÚPICA: DIFERENCIAS ENTRE CICLOFOSFAMIDA PAUTA NIH VS EUROLUPUS

J. Mendizábal Mateos¹, M. López Gómez¹, C. Purroy Irurzun², S. García Pérez¹, G. Sada Urmeneta¹, N. del Val del Amo¹, R. Gutiérrez Polo¹, I. Paniagua Zudaire¹, L. Garrido Courel¹, L. Horcada Rubio¹, M. Laiño Piñeiro¹, J. Restrepo Vélez³ y M.C. Fito Manteca

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Nefrología. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. ³Servicio de Reumatología, Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona.

Introducción: En las nefritis lúpicas (NL) puede emplearse como tratamiento de inducción la ciclofosfamida (CFA). Existen dos pautas de tratamiento según la dosis de CFA: la pauta NIH (National Institutes of Health) que consiste en 0,75-1 g/m² mensual durante 6 meses seguida de una dosis trimestral durante 2 años; o la pauta EUROLUPUS 0,5 g/m² quincenal por 6 dosis con mantenimiento con micofenolato o azatioprina.

Objetivos: Evaluar la eficacia y seguridad de ambas pautas de CFA en pacientes con NL.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en una cohorte de NL revisando las historias clínicas de pacientes del servicio de Nefrología y Reumatología del Complejo hospitalario de Navarra. Las variables de eficacia evaluadas fueron: anti-DNAs, C3, C4, proteinuria, creatinina y SLEDAI durante un seguimiento de 24 meses. La seguridad se evaluó con las infecciones y la tasa de fertilidad en la mujer. Se utilizó el STATA 15 para el análisis estadístico.

Resultados: 10 pacientes (55,55%) fueron tratados con la pauta NIH. 8 pacientes (44,45%) con la pauta EUROLUPUS. No existían diferencias basales significativas respecto a la proteinuria, creatinina, anti-DNA, C4 y SLEDAI. Respecto al C3 basal la diferencia entre ambos grupos era significativa a favor de los que recibieron la pauta EUROLUPUS (p 0,03). El descenso de proteinuria no era estadísticamente significativo a los 3, 6, 12, 18 y 24 meses. No obstante, la proteinuria a los 3 meses era significativamente diferente entre ambos grupos a favor de los pacientes con pauta EUROLUPUS (p 0,04). No se encontraron diferencias significativas en la variación ni en los niveles del anti-DNA a los 3, 6, 12, 18 y 24 meses. En cuanto al C3 y C4 se encontraron diferencias significativas a los 6 meses (p 0,04) a favor de la pauta EUROLUPUS. En el caso del C4 la variación de niveles de complemento a los 6 meses respecto a la basal era estadísticamente significativo (p 0,05) a favor de la pauta EUROLUPUS. Se observaron diferencias significativas tanto en valores absolutos como en varia-

ción de SLEDAI a los 3 meses (p 0,01 y p 0,0173 respectivamente) a favor de la pauta EUROLUPUS. Persistiendo diferencias significativas en el SLEDAI a los 6, 12 y 18 meses. El grupo de pacientes con pauta EUROLUPUS presentó mayor tasa de infecciones (87,5%) respecto al de los pacientes tratados con la pauta NIH (70%), sin que la diferencia fuera estadísticamente significativa (p 0,37).

Conclusiones: En la pauta EUROLUPUS la mejoría es estadísticamente significativa en el C3 y C4 a los 3 meses. En el caso del SLEDAI la diferencia es estadísticamente significativa a los 3, 6 12 y 18 meses a favor de la pauta EUROLUPUS, encontrándose el mayor descenso a los 3 meses, donde la mejoría es estadísticamente significativa. Se objetivó un incremento de la tasa infecciones en la pauta EUROLUPUS.

RC24. MASTITIS GRANULOMATOSA IDIOPÁTICA. REVISIÓN DE UNA SERIE DE 14 CASOS Y PROPUESTA DE ALGORITMO DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

I. Casafont Solé, L. López-Vendrell, M. Luna, P. Rodríguez, I. Pascual, A. Mariscal, J.F. Julian y L. Blay, A. Olivé

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.

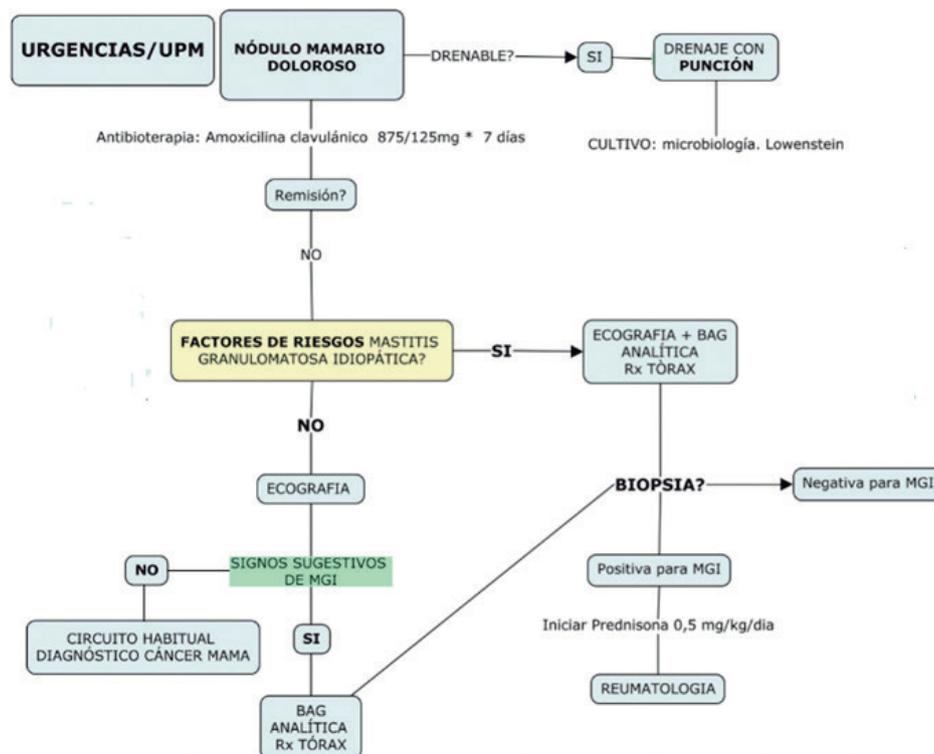
Introducción: La mastitis granulomatosa idiopática (MGI) es una enfermedad benigna inflamatoria crónica poco prevalente que afecta al estroma mamario. Se presenta como tumoraciones dolorosas que pueden interesar una o ambas mamas. Afecta a mujeres jóvenes en edad fértil y su etiología es desconocida, aunque se comporta como una entidad inflamatoria. El diagnóstico es de exclusión y requiere confirmación histopatológica, ya que su presentación puede simular un carcinoma de mama. El tratamiento es principalmente médico, complementándose con el drenaje percutáneo y, en última instancia, la cirugía.

Objetivos: Describir las características clínicas y tratamientos de una cohorte de pacientes con MGI. Proponer un algoritmo diagnóstico-terapéutico para mejorar la atención de estas pacientes.

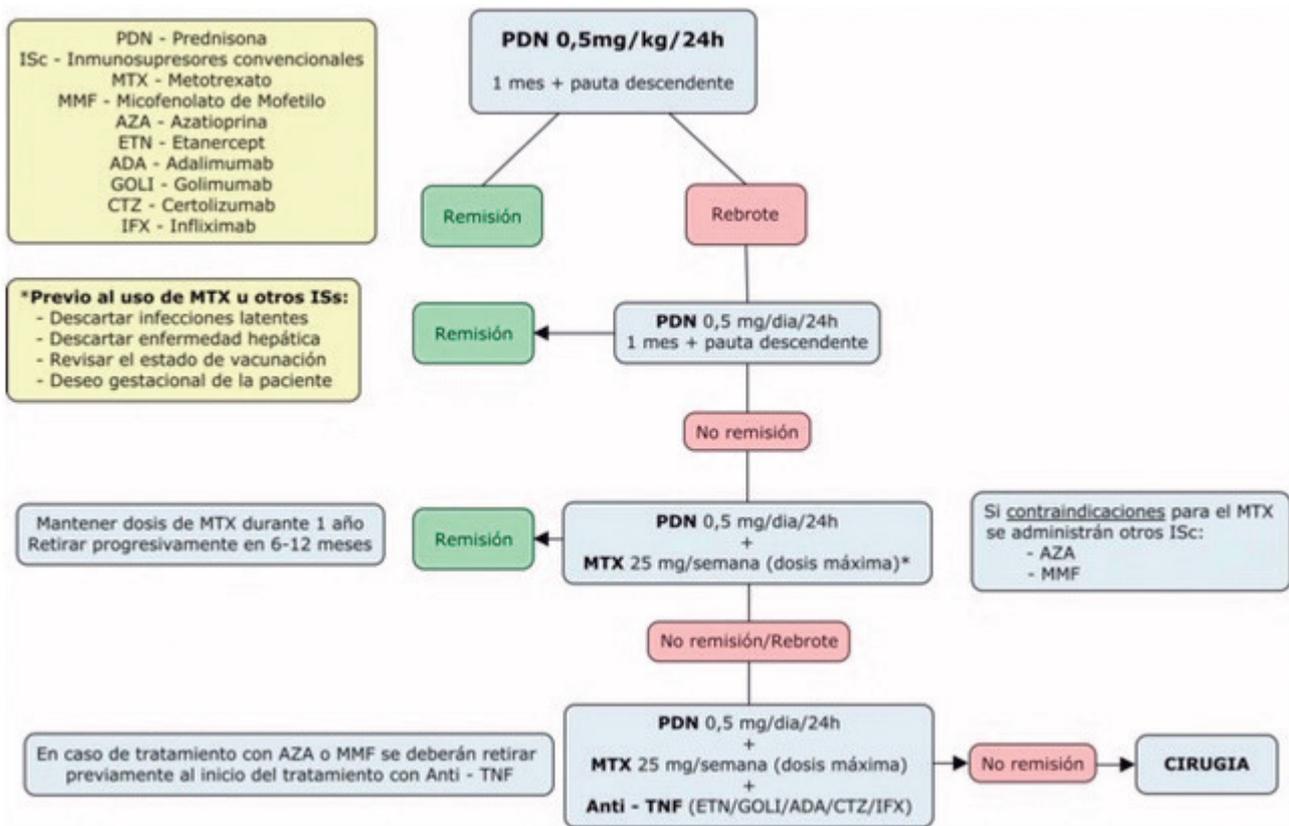
Métodos: Se ha realizado un análisis retrospectivo observacional en un hospital universitario con un área de referencia de 850.000 habitantes. Se han recogido datos clínicos, analíticos, radiológicos y tratamientos aplicados. Se ha realizado una revisión bibliográfica extensa para proponer un algoritmo diagnóstico-terapéutico.

Resultados: Se han incluido 14 mujeres, con edad media de 39 años al diagnóstico, siendo un 43% de etnia latinoamericana. En cuanto a clínica, 9 pacientes (64%) han presentado un brote de MGI, mientras que el resto ha presentado recidivas. La localización más frecuente ha sido la mama izquierda (54%), especialmente en la unión de cuadrantes internos. En la mama derecha no se ha observado predominancia para ninguna región. La forma de presentación más frecuente ha sido la presencia de una masa solitaria dolorosa (39%). Respecto a la clasificación radiológica BIRADS, la más habitual ha sido la número 3 (50%), correspondiente a hallazgos probablemente benignos pero que requieren realización de biopsia en nuestro centro. Referente a factores de riesgo, se han observado en 12 pacientes (86%), siendo el más habitual la gestación. La infección por *Corynebacterium kroppenstedtii* únicamente se ha observado en 2 pacientes (14%). El tratamiento que se ha aplicado en 11 pacientes (78%) ha sido prednisona a dosis inicial de 0,5 mg/Kg/día. En aquellos casos en los que no se ha conseguido remisión clínica, se ha iniciado tratamiento inmunosupresor con metotrexato (29%) y, posteriormente, dos pacientes han requerido añadir tratamiento anti-TNF (7%). Concomitantemente, en 8 pacientes se ha administrado antibiótico (58%) y 6 pacientes han requerido drenaje con punción (43%). El tratamiento quirúrgico ha sido necesario en una paciente, la cual ha requerido una mastectomía por presentar afectación extensa y ausencia de respuesta a tratamiento médico. Finalmente, dada la necesidad de protocolizar el diagnóstico y el tratamiento de esta entidad, hemos propuesto un algoritmo diagnóstico-terapéutico realizado entre reumatólogos, cirujanos, patólogos y ginecólogos (figs.).

Conclusiones: La MGI es una entidad poco prevalente que afecta a mujeres jóvenes en edad fértil. Aunque se trata de una entidad benigna, puede condicionar un empeoramiento importante de su



RC24 Figura 1 Algoritmo diagnóstico.



RC24 Figura 2. Algoritmo de tratamiento.

calidad de vida. Por su naturaleza requiere un abordaje multidisciplinar en el que el papel del reumatólogo es imprescindible en la toma de decisiones, ya que es quien indicará tratamiento inmunosupresor. Hay una necesidad de protocolizar el manejo de esta entidad ya sea para establecer el diagnóstico como para iniciar el tratamiento adecuado precozmente, intentando así evitar el desarrollo de secuelas.

RC25. ESTUDIO DE ANTI-DFS70 EN PACIENTES CON SOSPECHA DE ENFERMEDAD AUTOINMUNE

M. Gómez Vargas¹, R. Muñoz García² y M.A. Montes Cano²

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Inmunología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: La detección de autoanticuerpos es clave en los estudios inmunológicos realizados para el diagnóstico y/o seguimiento de los pacientes con sospecha de enfermedad autoinmune sistémica (EAI). Los anticuerpos anti-DFS70 (o anti-LEDGF o factor de crecimiento derivado del epitelio cristalino), presentan un patrón típico moteado fino denso mediante inmunofluorescencia indirecta. Su presencia aislada en pacientes sanos con ANA positivos tiene un valor predictivo negativo elevado detectándose en < 1% de los pacientes con EAI y en un 2-22% de sanos, por lo que se postula como posible criterio de exclusión en el diagnóstico de estas enfermedades. Sin embargo, la similitud de este patrón con otros más frecuentes y su coexistencia en algunos casos con especificidades ENA hace que su papel sea controvertido y no se determine de rutina.

Objetivos: Analizar la presencia de anti-DFS70 en 60 cohorte de pacientes ANA+, su posible su relevancia clínica e incorporación en los algoritmos de estudio de las EAI.

Métodos: Cohorte de pacientes de los Hospitales Virgen del Rocío y Valme. Se incluyeron un total de 60 pacientes con ANA positivo a

título igual o superior a 1/320 con patrones homogéneo, moteado fino y moteado fino denso, que fuesen ENAs y anti-DNA de doble cadena negativos. En todas las muestras se determinó anti-DFS70 por fluorimetría. Se realizó una búsqueda en la historia clínica de salud para correlacionar la clínica con los resultados obtenidos.

Resultados: Del total de 60 pacientes el 85% fueron mujeres y 15% hombres. La media de edad fue de 48 ± 22 años. Un 32% ya presentaba diagnóstico definitivo de enfermedad autoinmune y el 68% restante solo sospecha de la misma. Un 12% del total fue anti-DFS70 positivo, de los cuales ninguno tenía diagnóstico confirmado de EAI pero si existía una sospecha motivada por clínica tan diversa como artralgias, citopenias analíticas, uveítis de repetición o hallazgo de displasia carotídea. En ningún caso se llegó a un diagnóstico definitivo, pero si se continuó seguimiento activo en consultas por alta sospecha de enfermedad autoinmune.

Conclusiones: La determinación de anti-DFS70 podría ser incluida en los algoritmos diagnósticos de EAI evitando así la realización de pruebas complementarias innecesarias y el seguimiento activo prolongado en caso de resultar positivo.

RC26. HIPOGAMMAGLOBULINEMIA SINTOMÁTICA INDUCIDA POR RITUXIMAB Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO PARENTERAL CON INMUNOGLOBULINAS

M.J. Pérez Quintana, C. Ramos Giráldez, N. Plaza Aulestia, S. Rodríguez Montero J.L. y Marengo de la Fuente

Hospital de Valme. Sevilla.

Introducción: La mayoría de los casos reportados de hipogammaglobulinemia inducida por rituximab (RTX) son de carácter leve (5-6,9g/L), transitorio (< 6 meses) y asintomático, secundarios a la depleción de células B e inmunomodulación del RTX. El desarrollo de una hipogammaglobulinemia sintomática inducida por RTX (≥ 2

Tabla RC26

| | Paciente nº 1 | Paciente nº 2 | Paciente nº 3 |
|---|---|---|--|
| Diagnóstico | LES incompleto | Enfermedad de Still | Enfermedad de Still |
| Otros AP | DM | - | - |
| Edad al inicio de RTX | 31 a | 16 a | 26 a |
| Dosis RTX | 8 ciclos (1g × 2 dosis) | 2 ciclos (700 mg ×) | 4 dosis/semanal 375 mg + 3 ciclos 800 mg × 2 dosis |
| Tratamientos previos/concomitantes | GC, MTX, infliximab | CG, MTX, infliximab, anakinra, IGIV | GC, CFM, IGIV |
| IG previas al tratamiento RTX | Sin datos | Sin datos | Sin datos |
| IG tras RTX, peor dato observado | IgG 275 mg/dl IgM 29 mg/dl IgA 34,60 mg/dl | IgG 241 mg/dl IgM 0 IgA 0 | Déficit puro IgG 151 mg/dl |
| Tiempo RTX-hipogammaglobulinemia | Desconocido | Desconocido | Desconocido |
| Tipos de infecciones asociadas | Diagnóstico a los 3 años tras RTX Infecciones respiratorias de repetición, giardiasis duodenal | Diagnóstico a los 3a del RTX Infecciones respiratorias de repetición, sinusitis, rinofaringitis, conjuntivitis, ITUs | Diagnóstico a los 11 años tras RTX ITU |
| Infecciones graves (tratamiento iv/hospitalización) | No | Sí | No |
| Tratamiento IGIV | Ciclos de 30 g IGIV × 3 días cada 6 semanas (desde enero 2020-actualidad) | Ciclos de 30 g IGIV × 3 días 2013-2020 (total 17 ciclos) → pasa a tratamiento subcutáneo en enero/20 | Ciclo único 30 g IGIV × 3 días en marzo/20 |
| Respuesta IGIV | No infecciones | Reducción nº infecciones | No infecciones |

infecciones no neutropénicas a los 6 meses) parece responder a múltiples factores: genéticos (poliformismo FCGR3A), edad, niveles previos de IgG, tratamientos previos/concomitantes (GC, CFM, MMF, dosis acumulada RTX, quimioterapia) o tipo y actividad de la enfermedad de base.

Objetivos: Describir los casos de hipogammaglobulinemia sintomática en pacientes con enfermedades reumáticas autoinmunes sistémicas (ERAS) en una Unidad de Reumatología.

Métodos: Revisamos las historias clínicas digitalizadas de pacientes con ERAS tratados con RTX (un total de 330 pacientes desde 2007 hasta la actualidad), objetivando en 3 de ellos desarrollo posterior de hipogammaglobulinemia sintomática.

Resultados: Caso 1. Mujer diagnosticada de LES incompleto a los 16 años, que recibió tratamiento con RTX entre 2007 y 2015. Desde 2018 presentó > 2 infecciones respiratorias anuales y una giardiasis duodenal, objetivándose déficit de IgG (383,40 mg/dl) e IgM (47,60 mg/dl). Desde enero de 2020 se administran inmunoglobulinas intravenosas (IGIV) 0,5 g/kg/día × 3 días, cada 6 semanas, sin haberse reportado nuevas infecciones. Caso 2. Mujer diagnosticada de enfermedad de Still con debut en 2008 (16a) con SDRA, aplasia medular y fallo hepático, recibiendo IGIV, GC a altas dosis e IFX. Posteriormente fue tratada con MTX y anakinra hasta cambio a RTX, durante 2008 y 2009. Desde 2010 se reportan procesos infecciosos de repetición (neumonías, sinusitis, rinofaringitis, conjuntivitis, ITU), objetivándose déficit de todas las subclases de Ig (IgG 214 mg/dl, IgM 0, IgA 0) y recuento de células B del 0,32% de los linfocitos totales, recibiendo desde entonces IGIV trimestral (0,5 g/kg/día × 3 días) con reducción marcada del nº de infecciones anuales aunque sin control completo; desde 2020 pasa a administración de IG subcutánea. Caso 3. Varón diagnosticado en 2008 (26a) de enfermedad de Still (FRA y SHU al debut), recibiendo megadosis de GC, CFM, plasmaféresis y RTX. En 2019 se objetiva déficit puro de IgG (151 mg/dl) con depleción de LB fundamentalmente de memoria (3,19%LB, 2,56%LB naïve, 0,56% LB memoria); habiéndose objetivado infecciones de carácter leve (ITU), se administran IGIV (0,5 mg/kg/día × 3 días, ciclo único), con caída progresiva de IgG a los 3 meses, sin nuevas infecciones asociadas, supeditándose la decisión de administrar nuevos ciclos de IGIV según evolución.

Conclusiones: En nuestra serie, acorde con la literatura, parecen establecerse la edad temprana de los pacientes al inicio de RTX y la enfermedad de base inflamatoria sistémica como factores predisponentes para el desarrollo de hipogammaglobulinemia sintomática persistente. Destacamos la importancia de la determinación de niveles de IG previos a RTX, su monitorización posterior y la previa identificación de los factores de riesgo asociados para realizar un control estrecho. El tratamiento con IGIV puede ser una opción efi-

caz en estos casos, con buen perfil de seguridad. El déficit de todas las subclases de Ig debe considerarse factor adicional de mal pronóstico, dado que la respuesta clínica a las IGIV será parcial (ausencia de control infecciones respiratorias y oculares relacionadas con IgA).

RC27. CONTRIBUCIÓN DE LA DETECCIÓN DE ANTICUERPOS RELACIONADOS CON ESCLERODERMIA/MIOSITIS MEDIANTE IMMUNOBLOT EN EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS EN 134 PACIENTES PROCEDENTES DE UN ÚNICO CENTRO

D. Prieto-Peña¹, B. Atienza-Mateo¹, M.A. González-Gay¹, R. Blanco¹ y M. López-Hoyos²

¹Reumatología; ²Inmunología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander.

Objetivos: Los métodos de inmunoblot están siendo cada vez más utilizados como una herramienta más en el diagnóstico de enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS). Nuestro objetivo fue evaluar la contribución de la detección de anticuerpos (Acs) relacionados con esclerodermia/miositis en el diagnóstico de paciente con EAS.

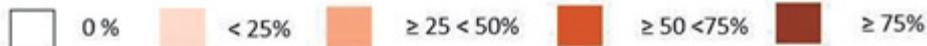
Métodos: Se revisaron todas las historias clínicas de los pacientes con Acs positivos relacionados con esclerodermia/miositis determinados mediante inmunoblot (Euroimmune AG, Lübeck, Alemania) en nuestro centro desde noviembre de 2017 hasta septiembre de 2020. Los inmunoblots fueron solicitados por alta sospecha clínica de EAS en pacientes que presentaban rasgos clínicos inespecíficos de enfermedad autoinmune.

Resultados: 134 pacientes (37 hombres/97 mujeres; edad media 59,6 ± 14,8 años) presentaron al menos 1 Ac positivo, 25 de estos pacientes fueron positivos para 2 Acs. Las principales manifestaciones clínicas en el momento de la solicitud del inmunoblot fueron: artralgias/artritis (n = 88), fenómeno de Raynaud (n = 59), lesiones cutáneas (n = 27), síndrome seco (n = 20), miopatía (n = 18). A lo largo del seguimiento, 28 pacientes fueron diagnosticados de conectivopatía indiferenciada, 26 esclerodermia, 23 *overlap* miositis, 18 neumonía intersticial con características autoinmunes, 8 otras EAS, 8 síndrome de Sjögren, 7 lupus eritematoso sistémico, 5 dermatomiositis, 1 miopatía necrotizante autoinmune. En 10 pacientes el diagnóstico de EAS fue finalmente descartado (fig.). 50 pacientes presentaron enfermedad pulmonar intersticial, siendo especialmente frecuente en pacientes con anti-PL12, anti-PL7 y anti-MDA5. En 9 (6,7%) pacientes se detectaron neoplasias, 6 de los cuales tenían Ac anti-Ro52+ (tabla).

Tabla RC27

| | Mi-2 (n = 5) | PL-7 (n = 6) | PL-12 (n = 4) | Jo-1 (n = 6) | MDA5 (n = 1) | antiRo52 (n = 57) | SRP (n = 3) | Sci-70 (n = 12) | CENP (n = 14) | Th (n = 2) | Ku (n = 14) | Fibrilarina (n = 2) | PM- Sci75/100 (n = 23) | NOR90 (n = 8) | RNA pol (n = 2) |
|----------------------------------|-----------------|-----------------|------------------|-----------------|-----------------|----------------------|----------------|--------------------|------------------|---------------|----------------|------------------------|------------------------------|------------------|--------------------|
| Enfermedad pulmonar intersticial | 0 | 4 (66,7) | 4 (100) | 3 (50) | 1 (100) | 19 (33,3) | 0 | 7 (58,3) | 1 (7,1) | 0 | 7 (50) | 1 (50) | 9 (39,1) | 5 (62,5) | 0 |
| Neoplasias | 1 (20) | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 (10,5) | 1 (33,3) | 0 | 0 | 0 | 1 (7,1) | 0 | 0 | 0 | 0 |

| | Mi-2 (n=5) | PL-7 (n=6) | PL-12 (n=4) | Jo-1 (n=6) | MDA5 (n=1) | Ro-52 (n=57) | SRP (n=3) | Sci-70 (n=12) | CENP (n=14) | Th (n=2) | Ku (n=14) | Fibrilarina (n=2) | PM- Sci75/100 (n=23) | NOR90 (n=8) | RNA pol III (n=2) |
|---|---------------|---------------|----------------|---------------|---------------|-----------------|--------------|------------------|----------------|-------------|--------------|----------------------|----------------------------|----------------|-------------------------|
| Dermatomiositis | 2 (40) | 0 | 0 | 0 | 1 (100) | 2 (3.5) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 (4.3) | 0 | 0 |
| Overlap miositis | 1 (20) | 5 (83.3) | 3 (75) | 3 (50) | 0 | 12 (21.1) | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 (7.1) | 0 | 3 (13) | 0 | 0 |
| Miopatía necrotizante inmunomediada | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 (33.3) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Lupus eritematoso sistémico | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 (1.7) | 0 | 0 | 1 (7.1) | 0 | 4 (28.6) | 0 | 2 (8.7) | 0 | 0 |
| Esclerodermia | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 (7.0) | 0 | 9 (75) | 10 (71.4) | 1 (50) | 1 (7.1) | 1 (50) | 5 (21.7) | 1 (12.5) | 0 |
| Conectivopatía indiferenciada | 1 (20) | 0 | 1 (25) | 3 (50) | 0 | 13 (22.8) | 0 | 3 (25) | 0 | 0 | 4 (28.6) | 0 | 5 (21.7) | 2 (25) | 1 (50) |
| Sjögren | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 (12.3) | 0 | 0 | 2 (14.3) | 0 | 0 | 1 (50) | 1 (4.3) | 1 (12.5) | 0 |
| Neumonía intersticial con características autoinmunes | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 (10.5) | 0 | 0 | 1 (7.1) | 0 | 4 (28.6) | 0 | 3 (13) | 4 (50) | 0 |
| Otras EAS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 (5.3) | 2 (66.7) | 0 | 0 | 1 (50) | 0 | 0 | 2 (8.7) | 0 | 0 |
| No EAS | 1 (20) | 1 (16.7) | 0 | 0 | 0 | 8 (14.0) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 (4.3) | 0 | 1 (50) |



RC27 Figura

Conclusiones: Los métodos de inmunoblot resultan de gran ayuda para el diagnóstico de EAS. Mientras que algunos Acs, como los anti-Ro52, anti-Ku y anti-PMSci75/100, son inespecíficos, otros Acs incluyendo anti-PL12, anti-PL7 o anti-MDA5 son especialmente específicos y útiles para la detección de pacientes con EAS con probable enfermedad pulmonar intersticial asociada.

RC28. ANÁLISIS DESCRIPTIVO: PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA ASOCIADA A ENFERMEDAD AUTOINMUNE SISTÉMICA

C. Trapero Pérez, N. Roldán Ruíz, S. Rodríguez Montero y J.L. Marengo de la Fuente

Hospital de Valme. Sevilla.

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) se encuentra entre las complicaciones pulmonares más frecuentes de las enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS), suponiendo una elevada causa de morbimortalidad a pesar del avance en los tratamientos actuales, lo que hace necesario la realización de ensayos clínicos en este campo.

Métodos: Diseño observacional, descriptivo, de corte transversal, retrospectivo realizado en pacientes con EAS; artritis reumatoide (AR), esclerodermia, síndrome Sjögren y lupus eritematoso sistémico (LES) en el servicio de Reumatología del Hospital de Valme.

Se revisan las historias clínicas con objetivo de conocer la asociación de EPID a EAS, la respuesta de la EPID al tratamiento inmunosupresor y la influencia de estas en la supervivencia. Se recogen los siguientes datos: edad, sexo, tipo EAS y su tratamiento, tiempo de evolución de EAS hasta aparición de EPID, tratamiento específico recibido para ésta, pruebas funcionales respiratorias (PFR) previas al tratamiento y al año de éste, tipo de EPID según TACAR y evolución al año, necesidad de oxigenoterapia, aparición de HTP y supervivencia.

Resultados: Fueron estudiados 26 pacientes con diagnóstico de EPID, con una media de edad de 66,2 con ligero predominio del sexo femenino (53,85%). De estos pacientes 11 (42,31%) presentaban AR, 6 (23,1%) esclerodermia, 4 (15,38%) EMTC, 2 (7,7%) síndrome de Sjögren y otros 2 tan solo tenían AF o ANA+ sin datos clínicos de EAS. La media de años de evolución de la enfermedad de base hasta el diagnóstico de EPID fue de 7,75 (media de 24 pacientes, por falta de datos en 2). El tipo de EPID diagnosticada fue NIU en el 42,31%, NINE en el 34,62%, FP en el 15,38%, NIL en el 3,85% y el 3,85% sin subtipo. Los tratamientos utilizados para la patología pulmonar fueron RTX (61,54%), CFM (42,31%), MCM (38,46%) y AZA (34,62%). Se valora la evolución al tratamiento comparando resultados de CVF y TACAR previos y al año, datos que se describen a continuación (tabla). Según las PFR, 6 pacientes presentan una disminución de CVF ≥ 5%, 2 ≤ 5%, 7 incremento de la CVF y en 11 pacientes no se determinó. De

los 21 pacientes a los que se le realizó TACAR al año, 6 presentaron progresión radiológica, 14 estabilidad y 1 mejoría. El 38,46% de los pacientes precisaron oxigenoterapia y un 7,7% desarrolló HTP. De los 9 fallecidos a la revisión de los datos la causa de muerte en 4 de ellos fue progresión de la EPID.

Tratamiento EPID y medición de respuesta según CVF y TACAR; supervivencia

| | | |
|--|----------------------------|------------|
| Tratamiento EPID | RTX | 16 (61,54) |
| | CFM | 11 (42,31) |
| | MMF | 10 (38,46) |
| | AZA | 9 (34,62) |
| Evolución según CVF al año del tratamiento | Aumento de CVF | 7 (26,2) |
| | Disminución CVF ≥ 5% | 6 (23,1) |
| | Disminución CVF ≤ 5% | 2 (7,7) |
| | No medida CVF | 11 (42,3) |
| Evolución según TACAR | Mejoría radiológica | 1 (3,85) |
| | Estabilidad radiológica | 14 (53,85) |
| | Progresión radiológica | 6 (23,1) |
| | No realizado | 5 (19,23) |
| Supervivencia | Exitos por progresión EPID | 4 (15,4) |
| | Exitos por otras causas | 5 (19,23) |

Conclusiones: Las EAS pueden presentar como complicación EPID asociada lo que va a condicionar la supervivencia. En nuestra cohorte, se observa que existe heterogeneidad en la evolución de la EPID, ya que con los tratamientos inmunosupresores administrados ciertos pacientes presentan estabilidad o mejoría, sin embargo, un % similar presenta progresión de la enfermedad.

Bibliografía

1. Koo S-M, Uh S-T. Treatment of connective tissue disease-associated interstitial lung disease: the pulmonologist's point of view. *Korean J Intern Med.* 2017;32(4):600-10.
2. Mathai SC, Danoff SK. Management of interstitial lung disease associated with connective tissue disease. *BMJ.* 2016;352:h6819.
3. Vij R, Strek ME. Diagnosis and treatment of connective tissue disease-associated interstitial lung disease. *Chest.* 2013;143(3): 814-24.

RC29. RESPUESTA DE LA NEFRITIS LÚPICA EN TÉRMINOS DE FUNCIÓN RENAL, SEDIMENTO URINARIO Y ACTIVIDAD SEROLÓGICA TRAS TRATAMIENTO CON BELIMUMAB SUBCUTÁNEO

M. de la Rubia Navarro, J. Ivorra Cortés, E. Grau García, C. Alcañiz Escandell, J.J. Frago Gil, L. González Puig, S. Leal Rodríguez, I. Martínez Cordellat, R. Negueroles Albuxech, J.E. Oller Rodríguez, F.M. Ortiz-Sanjuán, C. Pavez Perales, C. Riesco Barcena, A.V. Huaylla Quispe, E. Vicens Bernabeu, C. Nájera Herranz, I. Cánovas Olmos y J.A. Román Ivorra

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune y clínicamente heterogénea, caracterizada por una disregulación del sistema inmune. La afectación renal se manifiesta en torno al 30-50% de los pacientes y puede condicionar el pronóstico. Belimumab es un anticuerpo monoclonal aprobado para el LES, sin indicación actual para nefritis lúpica (NL). Sin embargo, recién-

temente se han publicado resultados prometedores de un ensayo clínico con belimumab en pacientes con NL.

Objetivos: Analizar la eficacia de belimumab en NL en pacientes con LES pertenecientes a servicio de reumatología de un hospital terciario.

Métodos: Se trata de un estudio observacional, transversal, retrospectivo, que incluye pacientes diagnosticados de LES según criterios SLICC/ACR 2012, tratados con belimumab subcutáneo. Se recogieron datos serológicos, función renal (creatinina, filtrado glomerular) y sedimento urinario.

Resultados: De un total de 29 pacientes con LES tratados con belimumab en el servicio, se incluyeron 16 pacientes que presentaban NL, con una media de edad de 47,56 (11,66) años, con 5,40 (0,55) años desde el inicio de belimumab. 5 pacientes presentaban NL demostrada por biopsia renal. Los tipos de nefritis más prevalentes fueron el III y IV, únicamente se registró un paciente con NL tipo V. Los resultados obtenidos se incluyen en la tabla.

Conclusiones: El belimumab puede mejorar la NL en términos de actividad serológica, función renal y sedimento urinario. Podría ser una buena opción asociada a la terapia estándar para pacientes con LES y afectación renal.

RC30. MEDICIÓN DE LOS NIVELES DE INTERLEUCINA-6 COMO VALOR DIAGNÓSTICO DE AFECTACIÓN EXTRACRANEAL EN ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES. REVISIÓN DE UNA SERIE DE 17 CASOS

I. Peralta García, I. Casafont-Solé¹, J. Climent-Martí², A. Prior-Español¹, A. Nack¹, M. Aparicio-Rovira¹, A. Riveros¹, L. Mateo Soria¹, S. Holgado¹, M. Martínez-Morillo¹, M. Aparicio-Espinar¹, L. Gifre¹, A. Olivé¹ y C. Sangüesa Gómez¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Inmunología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.

Introducción: La arteritis de células gigantes (ACG) es una vasculitis sistémica granulomatosa que afecta arterias de mediano y gran calibre. Puede comprometer de forma exclusiva a ramas craneales de la arteria carótida, incluyendo la temporal (ACG clásica o craneal, ACG-C) y/o a la aorta y sus ramas principales (ACG extracraneal, ACG-EC). El diagnóstico y tratamiento es crucial para prevenir complicaciones tales como aneurismas, disecciones o estenosis de las arterias afectadas. El 18-FDG PET-TC permite detectar la captación en las paredes inflamadas de los vasos afectados, siendo una prueba de gran utilidad para el diagnóstico precoz de la ACG-EC. Sin embargo, no es accesible universalmente en la práctica clínica. La identificación de biomarcadores podría ser una herramienta no invasiva de utilidad en el diagnóstico, monitorización y pronóstico, no obstante hasta la fecha no disponemos de ningún marcador específico. La interleucina-6 (IL-6) es una de las citocinas proinflamatorias centrales en la fisiopatología de la ACG, siendo sus niveles séricos son más sensibles que la VSG en ACG activa.

Objetivos: Describir las características clínicas y demográficas de una cohorte de pacientes diagnosticados de ACG a los que se les realizó de forma sistemática un 18-FDG PET-TC, medir los niveles de

Tabla RC29

| Paciente | Tipo NL | Inicio Belimumab | | | | | Actualmente | | | | |
|----------|---------|---------------------|--------------------|------------------------------|----------|---------|---------------------|--------------------|------------------------------|----------|--------|
| | | Proteinuria (g/24h) | Creatinina (mg/dL) | Filtrado glomerular (ml/min) | Anti-DNA | C3, C4 | Proteinuria (g/24h) | Creatinina (mg/dL) | Filtrado glomerular (ml/min) | Anti-DNA | C3, C4 |
| 1 | III | 1 | 0,81 | 90 | 50 | 80, 8 | 0,4 | 0,73 | 89 | 24 | 80, 20 |
| 2 | V | 0,75 | 0,40 | 130 | 24 | Normal | 0 | 0,49 | 130 | 43 | Normal |
| 3 | III | 0,75 | 0,73 | 101 | 164 | Normal | 0 | 0,80 | 82,9 | 78 | Normal |
| 4 | IV | 0,6 | 1,26 | 55 | 21 | Normal | 0,70 | 1,29 | 71 | 2,2 | Normal |
| 5 | IV | 0,95 | 1,29 | 71 | 15 | 101, 10 | 0,17 | 0,88 | 84 | 85 | 89, 23 |

IL-6 en dicha cohorte y evaluar la relación de niveles de IL-6 y la afectación de gran vaso extra-craneal.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional unicéntrico en el que se incluyeron pacientes con diagnóstico de ACG los últimos 5 años a los que se le realizó estudio un 18-FDG PET-TC. Se recogieron características clínicas, demográficas y parámetros analíticos (incluyendo PCR, VSG e IL-6). Se compararon los niveles de IL-6 en pacientes con afectación ACG-C y ACG-EC así como con y sin afectación ocular.

Resultados: Se incluyeron 17 casos, 13 mujeres (76,5%) y 4 varones (23,5%) con edad mediana de 72 años (67-79). 10 casos presentaban ACG-EC (58,8%), siendo el territorio afectado más frecuente la aorta descendente (n = 7). La mediana de tiempo desde aparición de la clínica hasta el diagnóstico fue de 90 días, siendo la misma en pacientes con ACG-EC y menor en ACG-C (75 días). La cefalea fue el síntoma de presentación más frecuente al diagnóstico en el global del grupo de estudio (n = 13). En ACG-C el segundo síntoma más frecuente fue la claudicación mandibular (57,1%) mientras que en ACG-EC fue el síndrome constitucional (50%). La mediana de niveles de IL-6 en pacientes con ACG-EC fue 4,7pg/ml (3,6-52,0) y en aquellos con afectación exclusivamente craneal 5,3pg/ml (3,1-22,5); sin existir diferencias significativas entre ambos grupos (p = 0,2). Los pacientes con amaurosis presente al diagnóstico presentaron niveles de IL-6 mayores que aquellos sin defecto visual (mediana (C1-C3) 7,1 (3,0-95,5) vs. 4,7 (3,1-22,0)), sin llegar a ser diferencias significativas (p = 0,3).

Tabla 1. Datos demográficos

| | TotalÇ (n = 17) | ACG-C (n = 7) | ACG-EC (n = 10) |
|--|--------------------|------------------|--------------------|
| Edad al diagnóstico, mediana (C1,C3) | 72 (67,79) | 72 (72,66) | 72 (67,80) |
| Mujeres, n (%) | 13 (76,5) | 5 (71,4) | 8 (80) |
| Tiempo desde el inicio de los síntomas al diagnóstico, mediana (C1, C3) días | 90 (22, 135) | 75 (13, 180) | 90 (30, 90) |
| Historia de PMR previa al diagnóstico de ACG, n (%) | 3 (17,6) | 0 | 3 (30) |
| Diagnóstico de PMR simultáneo al de ACG, n (%) | 9 (52,9) | 4 (57,1) | 5 (50) |
| Tratamiento con prednisona previo al diagnóstico de ACG, n (%) | 6 (35,3) | 1 (14,3) | 5 (50) |

Tabla 2. Territorio afecto en ACG extracraneal

| Territorio afecto | n (%) |
|-------------------|-----------|
| Aorta ascendente | 3 (17,3%) |
| Arco aórtico | 6 (35,2%) |
| Subclavia | 2 (11,7%) |
| Aorta descendente | 7 (41,1%) |
| Aorta abdominal | 5 (29,4%) |
| Mesentérica | 1 (5,8%) |
| Iliaca | 4 (23,5%) |
| Femoral | 1 (5,8%) |
| Pulmonar | 1 (5,8%) |

Tabla 3. Sintomatología al diagnóstico

| | Total (n = 17) | ACG-C (n = 7) | ACG-EC (n = 10) |
|-------------------------|----------------|---------------|-----------------|
| Síndrome constitucional | 7 | 2 | 5 |
| Amaurosis | 6 | 3 | 3 |
| Claudicación mandibular | 8 | 4 | 4 |
| Cefalea | 13 | 6 | 7 |
| Alodinia | 3 | 0 | 3 |
| Carotidinia | 2 | 1 | 1 |
| Fiebre | 5 | 1 | 4 |

Conclusiones: La determinación de biomarcadores podría ser de gran utilidad en el diagnóstico de ACG y especialmente en la ACG-EC en aquellos casos en los que el 18-FDG PET-TC no esté accesible. En este sentido, en nuestra cohorte no se observaron diferencias significativas entre los niveles de IL-6 y las distintas formas de presentación de ACG; siendo limitaciones del estudio el tamaño muestral y el elevado porcentaje de pacientes en tratamiento con glucocorticoides al momento de la medición.

RC31. PREVALENCIA DE AFECCIÓN PULMONAR EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA Y FACTORES ASOCIADOS A LA ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA

M.R. Ortega Castro¹, R. Mariscal Ocaña,² M. Rojas Gimenez¹, J. Calvo Gutiérrez¹, A. Escudero Contreras¹ y C. López Medina¹

¹UGC Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Universidad de Córdoba. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica (IMIBIC). Córdoba. ²Facultad de Medicina. Universidad de Córdoba.

Objetivos: Principal: evaluar la prevalencia de enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) y/o hipertensión pulmonar (HTP) en pacientes con esclerosis sistémica (ES) y determinar los factores asociados a EPID.

Métodos: Estudio observacional transversal de 102 pacientes diagnosticados de ES (limitada, difusa, ES sin afectación cutánea o presclerodermia), atendidos entre 1975 y 2020 en el Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. Se realizó un estudio descriptivo de la cohorte y se evaluaron los factores independientemente asociados a EPID mediante un modelo de regresión logística múltiple.

Resultados: Se incluyeron 102 pacientes, el 87,3% eran mujeres con una edad media al diagnóstico de 50,8 (14) años. Se registraron 20 fallecimientos (19,8%), de los cuales el 55% murieron como consecuencia de ES, siendo el motivo principal EPID y/o HTP. Presentaron afección respiratoria (EPID y/o HTP) 59 enfermos (57,8%), de los cuales 52 fueron diagnosticados de EPID (el 86,5% con un patrón de neumonía intersticial inespecífica) y 25 HTP, con una presión sistólica media de la arteria pulmonar de 47,16 (18,54) mmHg. Los Ac anti-Sc170 fueron positivos en el 34,6% de paciente que desarrollaron EPID, mientras que los AC anticentrómero fueron más frecuentes en ES sin afección pulmonar intersticial (80%). Los factores independientes asociados con EPID fueron tipo de ES, esclerosis cutánea proximal, HTP, afectación esofágica, Ac anticentrómero, Ac anti-Sc170, tratamiento con corticoides y exitus.

Conclusiones: Más de la mitad de los pacientes con ES presentan afectación pulmonar (en forma de EPID y/o HTP), y supone a día de hoy la principal causa de mortalidad en estos pacientes. Los principales factores asociados a la EPID son ES difusa, afectación cutánea proximal, HTP, afectación esofágica, Ac anticentrómero y tratamiento con corticoides, probablemente en el contexto de formas más severas que precisan más tratamiento. Es fundamental establecer un consenso sobre el cribado de la EPID y enfocar el seguimiento clínico al diagnóstico precoz de las comorbilidades más frecuentes para aplicar el tratamiento más idóneo y con mejores resultados a largo plazo.

RC32. AFECCIÓN HEPÁTICA EN EL SÍNDROME DE SJÖGREN

N. Alcorta Lorenzo¹, A. de Diego Sola¹, A. Rocancio Clavijo², C.A. Egües Dubuc¹, A.J. Valero Jaime³, J.J. Cancio Fanlo¹, L.M. López Domínguez¹, O. Maiz Alonso¹, E. Uriarte Isacelaya¹, J.M. Belzunegui Otaño¹ y A.J. Prada Iñurrategui²

¹Servicio de Reumatología; ²Sección de Inmunología. Hospital Universitario Donostia. San Sebastián. ³Sección de Reumatología. Hospital Bidasoa. Hondarribia.

Introducción: El síndrome de Sjögren (SS) primario es una enfermedad sistémica autoinmune que afecta predominantemente a glándulas exocrinas. Algunos autores postulan que se trata de la misma enfermedad que la colangitis biliar primaria (CBP), pero con diferente órgano diana y las aúnen dentro del concepto de epitelitis autoinmune crónica¹. La asociación entre ambas enfermedades ya está descrita. Hasta el 40% de los pacientes con CBP tienen SS y el 38% presentan anticuerpos SS-B/La. El 20-27% de los pacientes con SS presentan alteraciones hepáticas y entre el 13 y el 30% presentan

anticuerpos antimitocondriales (AMA)¹. Los AMA se presentan en las glándulas salivares tanto de paciente con CPB y SS; como en pacientes con CPB sin SS. El presente trabajo pretende revisar la afectación hepática de los pacientes con SS.

Objetivos: Describir e identificar la presencia de anticuerpos y alteraciones hepáticas en pacientes con diagnóstico de SS primario que acudieron a la consulta en el HUD entre diciembre de 2020 y abril 2021.

Métodos: Se trata de un estudio observacional retrospectivo. Se han revisado los últimos 5 años de las historias clínicas informatizadas de los pacientes con diagnóstico de SS primario que fueron atendidos en el hospital. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, manifestaciones glandulares y extraglandulares, comorbilidad, enzimas hepáticas, presencia de anticuerpo antinucleares (ANA), antígenos nucleares extractables (ENA), AMA y antígenos hepáticos. Las variables continuas se describen con la media según el grado de normalidad, y las cualitativas se muestran con el valor absoluto y porcentaje.

Resultados: Se encontraron 46 pacientes, 42 (91,3%) fueron mujeres y la media de edad fue de 62,0 ± 11,3 años. En cuanto a comorbilidades, 5 (10,9%) presentaban patología hepática: 2 (4,3%) HAI, 1 (2,2%) CBP y otros 2 (4,3%) sin un diagnóstico definitivo entre CBP o HAI. El 41 restante presentaban otras comorbilidades no autoinmunes como HTA y dislipemia, entre otros. El paciente con CBP fue el que presentó valores máximos de enzimas hepáticas respecto a toda la muestra estudiada: FA 661, GGT 498, GOT 108 y GPT 75. Uno con HAI nunca presentó elevación de enzimas hepáticas y, los 3 restantes con patología hepática, presentaron valores máximos de GOT 48,0 ± 8,5, GPT 49,5 ± 16,3, GGT 66,0 ± 5,7 y FA 133,0 ± 0. De los 41 (89,1%) pacientes que no presentaban patología hepática, 20 (48,8%) presentaron elevación de una o más enzimas hepáticas: GOT 68,0 ± 51,3, GPT 79,7 ± 64,0, GGT 91,2 ± 50,7 y FA 123,8 ± 18,0. De éstos, 8 (19,5%) presentaron valores mayores al doble de lo normal: GOT 116,8 ± 82,3, GPT 115,1 ± 81,9 y GGT 127,3 ± 40,5, ninguno de FA. 3 (7,3%) presentaron valores 3 veces mayores al límite normal: GPT 300, GGT 167 y GGT 129. 2 recibían metotrexato y 3 hidroxiquina. En la tabla 1 se presentan las distintas manifestaciones glandulares y extraglandulares. En la tabla 2 se recogen el perfil de anticuerpos.

Tabla 1. Manifestaciones glandulares y extraglandulares en pacientes con SS primario

| Clínica n (%) | | | |
|--------------------|------------------|------------------------|-----------------------|
| Ocular: 42 (91,3%) | Oral: 38 (82,6%) | Sistémica: 19 (41,3%) | Cutánea: 12 (26,1%) |
| | | Articular: 11 (23,9%) | Vasculitis: 7 (15,2%) |
| | | Neurológica: 5 (10,9%) | Dermatitis: 1 (2,2%) |
| | | Respiratoria: 2 (4,7%) | Lupus: 4 (8,7%) |
| | | Renal: 3 (6,5%) | |
| | | Hematológica: 2 (4,3%) | |

Tabla RC32

Tabla 2. Perfil de anticuerpos e Inmunoblot en pacientes con SS primario

| ENA | n = 46 | Triple Tejido | n = 46 | Inmunoblot de antígenos hepáticos | n = 46 |
|-------------|------------|---------------|------------|-----------------------------------|------------|
| Negativo | 5 (10,9%) | Negativo | 42 (91,3%) | No se realiza | 24 (52,2%) |
| Positivo | 41 (89,1%) | Positivo | 4 (8,7%) | Negativa | 12 (26,1%) |
| SS-A/Ro-52 | 41 (89,1%) | ASMA | 2 (50,0%) | Positiva | 10 (21,7%) |
| SS-B | 28 (60,9%) | AMA | 2 (50,0%) | M2 | 5 (50,0%) |
| PCNA | 4 (8,7%) | AML | 1 (25,0%) | M2-3E | 7 (70,0%) |
| Histona | 8 (17,4%) | | | Sp100 | 3 (30,0%) |
| CENBP | 2 (4,3%) | | | PML | 2 (20,0%) |
| DFS-70 | 5 (10,9%) | | | Gp210 | 1 (10,0%) |
| Nucleosoma | 5 (10,9%) | | | SLA-LP | 1 (10,0%) |
| RNP | 4 (8,7%) | | | | |
| Sm | 3 (6,5%) | | | | |
| Jo1 | 1 (2,2%) | | | | |
| Scl70 | 1 (2,2%) | | | | |
| p-ribosomal | 2 (4,3%) | | | | |

Conclusiones: En este estudio se ha encontrado una prevalencia baja de pacientes con SS asociado a CBP o HAI, con respecto a la literatura revisada. Aún así, más del 50% de pacientes con SS presentaron alteración de enzimas hepáticas, a pesar de no tener enfermedad hepática y solamente 2 estaban con metotrexato.

Bibliografía

1. Selmi C, Gershwin ME. Chronic Autoimmune Epithelitis in Sjögren's Syndrome and Primary Biliary Cholangitis: A Comprehensive Review. *Rheumatol Ther.* 2017;4:263-79.

RC33. VELOCIDAD DE ONDA DE PULSO. VALORES Y UTILIDAD COMO MARCADOR RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS

L. Sánchez Bilbao¹, M. de Cos-Gómez², M. Boya-Fernández², Í. González-Mazón¹, G. Fernández Fresnedo², L. Martín-Penagos², J.C. Ruiz-San Millán², M.Á. González-Gay¹ y R. Blanco¹

¹Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. España. ²Nefrología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción: El uso de la velocidad de onda de pulso (VOP) como marcador de rigidez arterial y su asociación con eventos cardiovasculares ha sido demostrado en múltiples estudios. Sin embargo, el uso de la VOP en los pacientes con enfermedades reumatológicas se limita a series de casos y su utilidad en este grupo todavía no ha sido demostrada.

Objetivos: En una amplia serie de pacientes con enfermedades reumatológicas en quienes se obtuvo la VOP nuestro objetivo fue evaluar su utilidad como marcador de riesgo cardiovascular.

Métodos: Estudio de todos los pacientes con enfermedades reumatológicas, no seleccionados, en un centro hospitalario universitario único valorados en la consulta de Nefrología (2012-2020), en los que: a) se obtuvo la VOP carotídea-femoral mediante tonometría de aplanamiento (SphygmoCor XCEL-PWA/PWV®), b) se calcularon los valores de referencia para cada paciente de acuerdo con su edad y tensión arterial¹, y c) se analizó la relación de la VOP con el evento combinado ictus, IAM y muerte.

Resultados: Se incluyeron 96 pacientes cuyas características basales se resumen en la tabla. El valor de la VOP fue 12,5 ± 2,73 m/s. 52,1% pacientes presentaron VOP > 12 m/s. En comparación con los valores de referencia, la VOP en nuestra cohorte resultó significativamente mayor (Δ cohorte-referencia 1,87 IC95% (1,35-2,38) m/s, p < 0,001) (fig. 1). En el análisis multivariante, la VOP > 12 m/s únicamente se relacionó con la edad (OR 1,06, p = 0,01). Durante el tiempo de seguimiento 10,4% pacientes presentaron el evento combinado, objetivándose una relación entre el mismo y la a VOP > 12 m/s, aunque sin alcanzar la significación estadística (fig. 2).

| Características basales | |
|--|--|
| Sexo n (%) | 35 (36,5) varones / 61 (63,5) mujeres |
| Edad (años) | 64,1 ± 13,1 |
| Hipertensión n (%) | 75 (78,1) |
| Diabetes n (%) | 14 (14,6) |
| Dislipemia n (%) | 44 (45,8) |
| Consumo tabaco n (%) | 14 (14,5) fumador / 40 (41,7) exfumador / 42 (43,8) no |
| Historia cardiopatía isquémica n (%) | 18 (18,3) |
| Historia accidente cerebrovascular n (%) | 6 (6,3) |
| IMC (kg/m ²) | 28,8 ± 4,9 |
| TA en consulta (mmHg) | 139,8 ± 17,8 TAS / 79,97 ± 12,2 |
| Índice tobillo-brazo | 1,13 ± 0,24 izquierdo / 1,20 ± 0,28 derecho |
| Motivo consulta n (%) | ERC 48 (50) / hipertensión 26 (27,1) / proteinuria 11 (11,4) / microhematuria 9 (9,4) / otros 2 (2,1) |
| Historia reumatológica | |
| Enfermedad reumatológica n (%) | Artritis reumatoide 23 (24) / Espondiloartropatías 13 (13,5) / LES 12 (12,5) / Vasculitis 11 (11,5) / Artritis microcristalina 9 (9,4) / SAF 8 (8,3) / Esclerodermia 6 (6,3) / Otros 14 (14,6) |
| Tiempo de evolución (años) | 7,38 (0,1-37,4) |
| Enfermedad clínicamente activa n (%) | 26 (21,7) |
| Tratamiento activo n (%) | Corticoides 35 (36,5) / FAME 34 (35,4) / Biológico 7 (7,3) / AINE 11 (11,5) |

Características basales de los 96 pacientes con enfermedades reumatológicas evaluados.

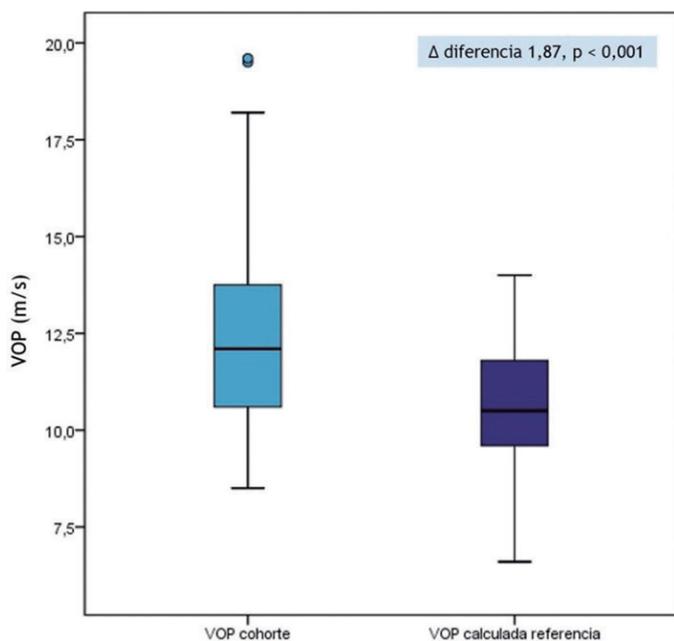


Figura 1

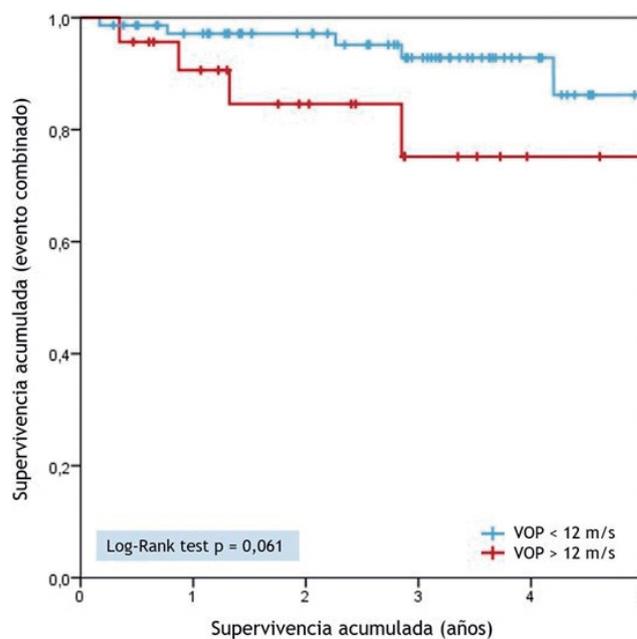


Figura 2

Conclusiones: Nuestro trabajo apoya una elevación de la VOP en los pacientes con enfermedades reumatológicas, aunque al igual que en otras series, la edad representa el principal condicionante de este marcador. Aún se necesitan estudios que corroboren la utilidad de la VOP para predecir mortalidad y otros eventos en este tipo de pacientes.

Bibliografía

1. Mattace-Raso FUS, Hofman A, Verwoert GC et al. Determinants of pulse wave velocity in healthy people and in the presence of cardiovascular risk factors: 'Establishing normal and reference values'. Eur Heart J. 2010;31:2338-50.

RC34. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, SEROLÓGICAS Y PATRONES DE TRATAMIENTO EN UN GRUPO DE PACIENTES CON NEUMOPATÍA INTERSTICIAL

J.M. Sequí Sabater¹, R. Granados^{1,2,3}, R. Ortega-Castro^{1,2,3}, L. Pérez-Sánchez^{1,2,3}, P. Font-Ugalde^{1,2,3}, J. Calvo-Gutiérrez^{1,2,3}, A. Requejo-Jiménez⁴, S. Espejo-Pérez⁵, T. González-Serrano⁶, M.C. Castro-Villegas^{1,2,3}, I. Gómez-García^{1,2,3}, A. Escudero-Contreras^{1,2,3}, E. Collantes-Estévez^{1,2,3} y M.A. Aguirre Zamorano^{1,2,3}

¹Unidad de Gestión Clínica de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ²Departamento de Medicina (Medicina Dermatológica y Otorrinolaringología). Universidad de Córdoba. ³Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba. ⁴Servicio de Neumología; ⁵Servicio de Radiodiagnóstico; ⁶Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) se asocia con frecuencia a las enfermedades del tejido conectivo o conectivopatías (CT), lo cual condiciona un aumento de morbimortalidad en estos pacientes. El término Neumopatía Intersticial con Características Autoinmunes "Interstitial Pneumonia with Autoimmune Features" (IPAF) fue propuesto en 2015 por la American Thoracic Society (ATS) y la European Respiratory Society (ERS) con la finalidad de describir pacientes con EPID que poseen características clínicas, serológicas y/o morfológicas sugestivas de padecer patología autoinmune pero que no cumplen aún criterios de CT definida^{1,2}. El objetivo de este estudio es describir las características clínicas, analíticas y radiológicas, así como los patrones de tratamiento de los pacientes con EPID remitidos a un Servicio de Reumatología por sospecha de CT.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo de 46 pacientes con EPID, procedentes de la consulta monográfica de neumopatía intersticial del Servicio de Neumología y remitidos para valoración, a la consulta monográfica de enfermedades autoinmunes de la UGC de Reumatología, ambas situadas en el Hospital Universitario Reina Sofía. Los pacientes se clasificaron en; CT definida en el momento del estudio, IPAF y con otro tipo de neumopatía. Se realizó un estudio descriptivo de la muestra y se compararon características clínicas, analíticas y radiológicas junto con patrones de tratamiento de los dos primeros grupos.

Resultados: De 46 pacientes, 63% eran mujeres con edad media al diagnóstico de 70 (10,33) años. Del total de ellos 17 (37%) se englobaron dentro del grupo de CT definida en el momento del estudio, 15 (32,6%) cumplían criterios para IPAF y 14 (30,4%) presentaban otro tipo de neumopatía. La enfermedades más frecuentes en las CT fueron; esclerodermia (6/17), miopatía inflamatoria (5/17), síndrome de Sjögren (3/17) y artritis reumatoide (2/17). El síntoma más común fue el fenómeno de Raynaud (FR) (7/17), seguido de artritis (8/17) y presentar manos de mecánico (4/17). En ambos grupos (IPAF y CT), el criterio clínico más observado fue el FR (11/32), seguido de artritis (8/32) y manos de mecánico (4/32). Los anticuerpos más comunes fueron los ANA > 1:320 (100% de individuos), anti-Ro (28,12%), anti-RNA sintetasa (18,75%) y factor reumatoide (18,75%). Los patrones radiológicos más frecuentes fueron el de NINE (37%), seguido de NIU (32,6%). No se encontraron diferencias significativas por género y edad, entre CT e IPAF, observando en ambos predominio femenino con edad media y hábito tabáquico similar. Durante el seguimiento, 5 pacientes (10%) fallecieron por causa relacionada con la neumopatía intersticial.

Conclusiones: Las características clínico-serológicas y de imagen fueron similares entre pacientes con IPAF y conectivopatías, lo cual apoya la idea de compartir mecanismo fisiopatológico. Los pacientes con conectivopatías recibieron inmunosupresión más frecuentemente que el grupo de IPAF. Serían necesarios futuros trabajos para valorar si la respuesta al tratamiento es pareja en estas poblaciones y si a largo plazo los inmunosupresores serían beneficioso en la IPAF. La inclusión del patrón NIU dentro de los criterios de clasificación de IPAF, no incluido en la actualidad, podría ser de utilidad para

actualizar dichos criterios ya que supone el segundo patrón radiológico más frecuente.

RC35. IMPLICACIONES CLÍNICAS DE LA POSITIVIDAD DE ANTIJO1

S.M. Rojas Herrera¹, M. Priego¹, C. Carrasco Cubero², I. Braña¹, D. Fernández¹, C. Arciniega¹, R. Veroz¹, J.J. Aznar¹, L.M. Chaves¹ y E. Chamizo¹

¹Hospital de Mérida. ²Hospital Infanta Cristina. Badajoz.

Introducción: El síndrome antisintetasa (SAS) es una enfermedad autoinmune caracterizada por la presencia de anticuerpos específicos y asociados a miositis y un conjunto de síntomas que incluye miositis, fiebre, artritis, fenómeno de Raynaud, "manos de mecánico" y enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID). El 80% de los pacientes presentan formas incompletas. Dentro de los anticuerpos más frecuentes se encuentran anti-Jo1 o anti-histidil-ARNt sintetasa, estos últimos con mayor afectación pulmonar.

Objetivos: Describir las manifestaciones clínicas de los pacientes anti-Jo1 positivos, y su relación con otros anticuerpos asociados a síndrome antisintetasa.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes anti-Jo1 positivos confirmados en el Servicio de Inmunología, recogidos entre enero de 2008 y abril de 2021 mediante las técnicas Western blot (EUROLINE Myositis Profile 3 (IgG)) y Fluoroenzaimunoasay (EliA, Thermofisher).

Resultados: Se incluyeron 33 pacientes (75,76% mujeres). La edad media al diagnóstico fue 57,28 (DE 16,89) y el seguimiento medio de 5,12 años (DE 3,8). El motivo de solicitud más frecuente fue debilidad muscular (n = 15), afectación pulmonar (n = 9). En el resto de los pacientes (n = 9) fue un hallazgo debido a la presencia de patrón citoplasmático. La frecuencia de anticuerpos se recoge en la tabla 1. Las manifestaciones clínicas más frecuentemente asociadas a anti-Jo1 fueron: miositis 17 (51,5%), EPID 15 (45,5%), artralgiás 12 (36,4%), artritis 10 (30,3%), fenómeno de Raynaud 8 (24,2%), y manos de mecánico 5 (15,2%) pacientes. En el análisis de subgrupos, 10 de los 17 pacientes con miositis tenían EPID, 2 presentaban neoplasia, 2 enfermedad del tejido conectivo y otros 5 de los casos tuvieron síndrome antisintetasa completo. La presencia de EPID se describe en aproximadamente la mitad de nuestra cohorte (45,5%), siendo su presencia significativamente mayor en hombres (85%) que en mujeres (32%), p = 0,009 [OR 2,73 (1,46- 5,13)]. Los patrones radiológicos (CT de alta resolución) de EPI más frecuente fueron neumonía intersticial no específica en 11 pacientes (4 de ellas fibrosantes), neumonía intersticial usual en 3 y neumonía organizativa en 3. No se observaron diferencias entre ambos sexos de otras características clínica o comorbilidades. Las comorbilidades están detalladas en la tabla 2. Durante el seguimiento fallecieron 9 pacientes (2 hombres y 7 mujeres) en relación con la presencia de cáncer en 3 pacientes (pulmonar, renal y ovárica), infecciones respiratorias en 3 pacientes, EPID en 2 pacientes (NIU y NINE fibrosante) y TEP masivo en 1 de ellos. Del total de fallecidos, 7 (77,8%) eran antiRo52 positivo. En el análisis multivariante se encontró una correlación directa entre la mortalidad y la positividad para AntiRo52, p = 0,046. OR 2,07 (IC 1,11-3,86). No se encontró asociación entre la presencia de FRCV, el sexo y la mortalidad.

Tabla 1. ANTIJO1 y otros anticuerpos

| | |
|------------------------------|------------|
| ANA | 19 (57,6%) |
| Patrón citoplasmático, n (%) | 9 (27,3%) |
| Patrón moteado, n (%) | 13 (39,4%) |
| Tipo centrómero, n (%) | 3 (9,1%) |
| Ro52+, n (%) | 16 (48,5%) |
| Ro60+, n (%) | 10 (30,3%) |
| La, n (%) | 3 (9,1%) |
| AntiDNA, n (%) | 3 (9,1%) |
| Factor reumatoide, n (%) | 8 (24,1%) |
| AntiFP, n (%) | 4 (12,1%) |
| ACPA, n (%) | 1 (3,0%) |

Tabla 2. Complicaciones y comorbilidades

| | |
|--------------------------|------------|
| Cardiacas, n (%) | 9 (27,3%) |
| Pulmonares, n (%) | 9 (27,3%) |
| Digestivas, n (%) | 9 (27,3%) |
| Neurológicas, n (%) | 6 (18,2%) |
| Renales, n (%) | 4 (12,1%) |
| Neoplasias n (%) | 7 (21,2%) |
| FRCV, n (%) | 24 (72,7%) |
| Tabaquismo, n (%) | 13 (39,4%) |
| Obesidad, n (%) | 6 (18,2%) |
| Hiperlipemia, n (%) | 11 (33,3%) |
| Diabetes mellitus, n (%) | 5 (15,2%) |
| Hipertensión, n (%) | 12 (36,4%) |

Tabla 3. ANTIJO +, manifestaciones clínicas y tratamiento

| | |
|--------------------------------|------------|
| Afectación muscular, n (%) | 17 (51,5%) |
| EPID, n (%) | 15 (45,5) |
| Artralgias, n (%) | 12 (36,4) |
| artritis, n (%) | 10 (30,3) |
| Fenómeno de Raynaud, n (%) | 8 (24,2) |
| Afectación cutánea, n (%) | 5 (15,2) |
| Manos de mecánico, n (%) | 5 (15,2) |
| Tto con corticoides, n(%) | 20 (60,6) |
| Tto con inmunosupresores, n(%) | 18 (54,5) |
| Tto con Biológico, n(%) | 6 (18,2) |

Conclusiones: En nuestra muestra, los pacientes con AntiJO+ tienen una tasa elevada de neoplasia. Asimismo la aparición de EPID se relaciona mayoritariamente con el sexo masculino. La presencia de AntiRO52 + se asocia a una mayor mortalidad.

RC36. BAJA DENSIDAD MINERAL ÓSEA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE. ESTUDIO DE UNA COHORTE DE PACIENTES VALENCIANOS

E. Flores Fernández¹, C. Valera-Ribera¹, I. Vázquez-Gómez¹, A.V. Orenes-Vera¹, Á. Martínez-Ferrer¹, L. Landete², E. Valls-Pascual¹, D. Ybáñez-García¹ y J.J. Alegre-Sancho¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Neurología. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia.

Introducción: Varios estudios han sugerido que los pacientes con esclerosis múltiple (EM) tienen una baja densidad mineral ósea (BDMO) comparados con personas sanas de su misma edad y sexo. Este hecho, combinado con el deterioro funcional propio de la enfermedad, aumenta el riesgo de fracturas. Sin embargo, la información acerca de la prevalencia y los factores de riesgo de tener BDMO en pacientes españoles con esclerosis múltiple es aún limitada.

Objetivos: Determinar la prevalencia de BDMO e hipovitaminosis D en pacientes con EM del departamento de salud del Hospital Universitario Doctor Peset de Valencia, describiendo las características de estos pacientes.

Métodos: Se ha diseñado un estudio observacional, transversal y descriptivo. Se han reclutado pacientes con EM de la cohorte del Hospital Universitario Doctor Peset desde abril de 2020. Se realizó una visita inicial que incluyó una entrevista clínica, solicitud de pruebas analíticas (sanguíneas y urinarias), y una densitometría mineral ósea (DXA). Se definió BDMO como un T-Score \leq -1DE en mujeres postmenopáusicas y en varones mayores de 50 años, y un Z-Score \leq -2DE en mujeres premenopáusicas y varones menores de 50 años. Se definió hipovitaminosis D como niveles de 25-OH vitamina D $<$ 20 ng/mL. Se realizó un análisis descriptivo de estos datos usando el *software* estadístico SPSS.

Resultados: Partiendo de una cohorte de 288 pacientes con EM, debido a las limitaciones causadas por la pandemia de la Covid-19, solo se han podido evaluar hasta el momento 60 pacientes, de los cuales solo 48 completaron todas las pruebas necesarias para el estudio. Entre ellos, 30 fueron mujeres y 18 varones, con una media de edad de 49 (desviación estándar (S) 11,6) años. El principal tipo

de EM en estos pacientes fue la remitente-recurrente (77,1%) y un 25% de los pacientes no llevaba tratamiento de mantenimiento para su enfermedad. En la tabla se muestra la prevalencia en nuestro estudio de algunos de los factores de riesgo clásicos para tener una BDMO. Un 43,8% de los pacientes de la muestra analizada tenían BDMO y un 40,5%, niveles bajos de vitamina D. A pesar de estos resultados, el 89% de estos pacientes no habían recibido nunca tratamiento específico para prevenir o tratar su BDMO, ni siquiera suplementos de calcio y vitamina D. Además, 13 paciente (27,1%) hubieran requerido tratamiento específico, según las últimas guías, y solo 4 de ellos (8,5%) estaba adecuadamente tratado.

| | |
|--|-----------|
| Mujer/Varón (n) | 30/18 |
| Edad media; S (años) | 49; 11,6 |
| No fumadores/Fumadores (%) | 58,4/41,7 |
| Consumo excesivo de alcohol (%) | 8,3 |
| Antecedentes personales de fracturas (%) | 10,4 |
| Antecedentes de nefrolitiasis (%) | 14,6 |
| Movilidad normal/reducida (%) | 77,1/22,9 |
| Sedentarismo (%) | 66,7 |

Conclusiones: Estos resultados preliminares muestran que casi la mitad de los pacientes con EM tienen BDMO e hipovitaminosis D, y la mayoría no están siendo adecuadamente tratados. Teniendo esto en cuenta, parece necesario integrar el diagnóstico precoz de BDMO en paciente con EM, trabajando en equipo con los servicios de neurología, para prevenir la aparición de fracturas y proteger la calidad de vida de estos pacientes. Un análisis de toda nuestra cohorte nos ayudará a comprender correctamente la magnitud de este problema.

RC37. EN PAUTAS MENSUALES, EL TRATAMIENTO CON CALCIFEDIOL 0,266 MG TIENE UNA EFICACIA SUPERIOR AL COLECALCIFEROL 25000 UI. EFECTO DE LA RETIRADA DE CALCIFEDIOL EN LOS NIVELES DE 25(OH)D

J. del Pino-Montes^{1,2}, J.L. Pérez-Castrillón^{3,4}, A. Dueñas-Laita^{4,5}, G. Hernández⁶, S. Pamela Chinchilla⁶ y A. García-Bea⁷

¹Hospital Universitario de Salamanca. ²Universidad de Salamanca.

³Medicina Interna. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

⁴Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid. ⁵Toxicología Clínica.

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. ⁶R&D and Innovation

Department. Faes Farma. Leioa. ⁷Departamento Médico. Faes Farma.

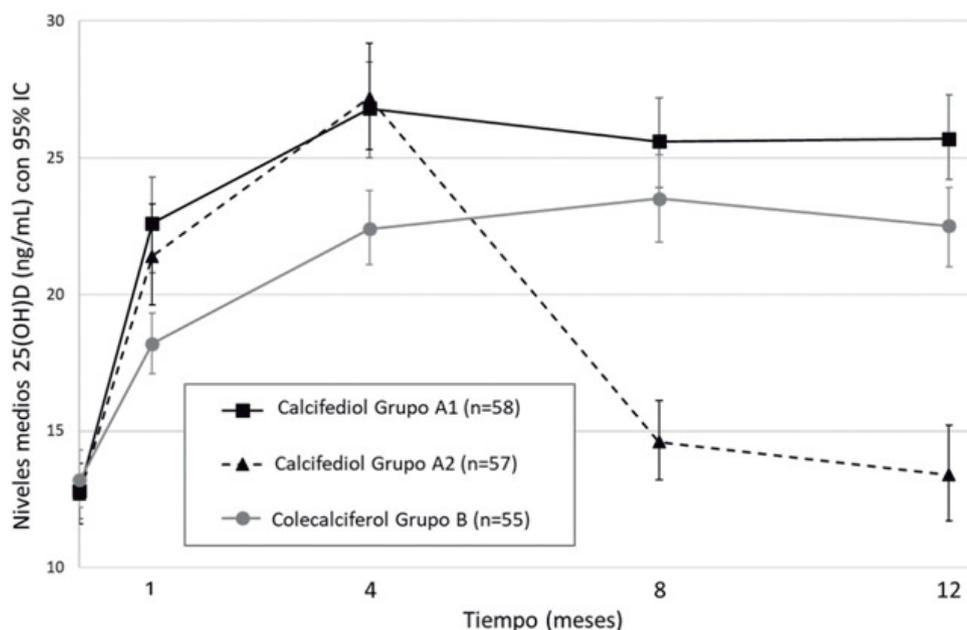
Medical Department. Leioa.

Introducción: La hipovitaminosis D es muy prevalente, afectando al 37% de la población mundial¹. La vitamina D es imprescindible para una adecuada salud ósea siendo clave en el tratamiento de la osteoporosis.

Objetivos: Evaluar a) la eficacia y seguridad del tratamiento a largo plazo de la deficiencia de vitamina D con calcifediol mensual en cápsulas blandas de 0,266 mg en comparación con colecalciferol mensual de 25.000 UI; y b) el efecto del cese del tratamiento con calcifediol sobre los niveles de 25(OH)D.

Métodos: Presentamos los resultados de un ensayo clínico de superioridad fase III-IV, doble ciego, aleatorizado, controlado y multicéntrico. Se llevó a cabo en mujeres posmenopáusicas con niveles basales de 25(OH)D $<$ 20 ng/ml, quienes se asignaron al azar a tres brazos: Grupo A1) calcifediol mensual 0,266 mg durante 12 meses; Grupo A2) calcifediol mensual 0,266 mg durante 4 meses seguido de placebo durante 8 meses; y Grupo B) colecalciferol mensual 25.000 UI (0,625 mg) durante 12 meses. El ensayo fue aprobado por los comités de ética correspondientes y las autoridades nacionales competentes.

Resultados: Se incluyeron 170 participantes en la población por protocolo, con una edad media de 63,4 \pm 8,4 años y niveles medios basales de 25(OH)D de 12,9 \pm 3,9 ng/ml. En el mes 4, los incrementos



RC37 Figura. Niveles medios de 25(OH)D (ng/mL) por grupo de tratamiento (población PP).

de los niveles de 25(OH)D por microgramo de fármaco administrado fueron $0,013 \pm 0,005$ ng/mL, $0,014 \pm 0,006$ y $0,004 \pm 0,002$ ng/mL para calcifediol (Grupo A1 y Grupo A2) y colecalciferol (Grupo B), respectivamente, representando una potencia aproximadamente 3,5 más alta de calcifediol sobre colecalciferol. La potencia del calcifediol fue 2,7 y 4 veces mayor que el colecalciferol en sujetos con niveles de 25(OH)D < 10 ng/mL y entre 10-20 ng/mL, respectivamente. Esta diferencia entre grupos se debió a incrementos estables en el grupo de calcifediol con incrementos variables en el grupo de colecalciferol dependiendo de los niveles basales de 25(OH)D. Tras 4 meses, se observó un estado de equilibrio en los niveles de 25(OH)D con ambos tratamientos. Cuando se suspendió el tratamiento con calcifediol a los 4 meses, los niveles medios de 25(OH)D volvieron casi a los niveles iniciales, de $27,2 \pm 7,4$ ng/ml a $13,4 \pm 5,7$ ng/ml; mientras que cuando el tratamiento se mantuvo, los niveles se mantuvieron estables, con una media de $26,8 \pm 6,7$ ng/mL al mes 4 y de $25,7 \pm 5,5$ ng/mL al mes 12 (fig.). Al año, los niveles máximos de 25(OH)D alcanzados en el estudio estaban lejos de los niveles considerados en riesgo de toxicidad.

Conclusiones: El tratamiento mantenido con calcifediol durante 12 meses ha demostrado ser eficaz y seguro, alcanzando un nivel estable. La retirada del tratamiento con calcifediol revierte los niveles de 25(OH)D de los pacientes al valor inicial, lo que muestra la necesidad de un tratamiento de mantenimiento. El calcifediol mensual es más potente y eleva los niveles de 25(OH)D más rápido y de una manera más predecible, independientemente de los niveles basales, que el colecalciferol. Estas características podrían convertir al calcifediol en la molécula de elección en situaciones en las que se requiere un rápido aumento de los niveles de 25(OH)D.

Bibliografía

1. Varsavsky M, et al. *Endocrinol Diabetes Nutr.* 2017;64(Suppl 1):7-14.

RC38. CONDICIONANTES ASOCIADOS AL DESARROLLO DE REFRACTURA VERTEBRAL EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

P. Zurita Prada¹, C. Cecchin Caballero², H. Tomás Robles², C. Urrego Laurín^{1,2}, C. Guillén Astete^{1,2,3}, S. Kanaffo Castellblanco^{1,2} y M.A. Terán Tinedo^{1,2}

¹Hospital Universitario HLA Moncloa. Madrid. ²Universidad Europea de Madrid. ³Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: La fractura vertebral (FV) osteoporótica indica la presencia de una osteoporosis establecida grave donde existe un alto riesgo de sufrir nuevas FV (re-FV). Son conocidos importantes factores de riesgo que aumentan el riesgo de re-FV y no es infrecuente encontrarlos en los pacientes con FV en seguimiento por los Servicios de Reumatología donde suelen ser derivados aquellos pacientes con mayor comorbilidad y complejidad.

Objetivos: El objetivo de este estudio ha sido comparar el perfil y las características de dos grupos de pacientes con FV osteoporótica atendidos por un Servicio de Reumatología diferenciados en función de si sufren o no una nueva FV (re-FV) durante su seguimiento en práctica clínica real. Se pretende estudiar si se aprecian diferencias clínicas y terapéuticas entre ambos grupos.

Métodos: Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y longitudinal mediante revisión de registros electrónicos de pacientes en el que se incluyeron aquellos atendidos por el Servicio de Reumatología desde septiembre de 2016 a septiembre de 2020 por haber sufrido al menos una FV osteoporótica y mantenido posteriormente más de un año de seguimiento. Para realizar el análisis estadístico se utilizó el software PSPP.

Resultados: Se incluyeron en total 175 pacientes, 30 sufrieron nueva re-FV y 145 no la presentaron al momento del corte de realización de este estudio. Los pacientes sin re-FV asociaban una media de edad de 71,97 años ($\pm 9,5$ DE), 22 (15,2%) eran fumadores, 12 (8,3%) presentaban un IMC < 20, 29 (20%) una enfermedad mediada por el sistema inmune (EMSI), 38 (26,2%) corticoterapia crónica y 9 (6,2%) un proceso oncológico. 13 (9%) referían fracturas no vertebrales previas, 83 (57,2%) FV previas y 58 (40%) habían recibido tratamiento previo para la osteoporosis. 139 (95,3%) recibieron tratamiento por el Servicio de Reumatología, 72 (49,7%) con bifosfonatos, 32 (22,1%) con teriparatida y 33 (22,8%) con denosumab. 34 casos (23,45%) han alcanzado a recibir tratamientos secuenciales. Los 30 pacientes con re-FV tenían una media de edad de 72 años ($\pm 8,16$ DE), 5 (16,6%) fumadores y 5 (16,6%) un IMC < 20. 3 (10%) asociaban una EMSI, 3 (10%) corticoterapia crónica y 4 (13,3%) un proceso oncológico activo al diagnóstico. 7 (23,3%) presentaban fracturas no vertebrales previas y 25 (83,3%) fracturas vertebrales previas. 12 (40%) habían recibido tratamiento previo para la osteoporosis. Los 30 recibieron tratamiento al inicio de su seguimiento por el Servicio de Reumatología, 11 (36,7%) con bifosfonatos, 8 (26,7%) con teriparatida y 11 (36,7%) con denosumab. La re-FV sucedió en 15 casos (50%) durante

| Total pacientes en seguimiento por fractura vertebral osteoporótica n:175 | Pacientes sin re-FV n= 145 | Pacientes con re-FV n= 30 |
|---|----------------------------|---------------------------|
| Sexo→ Mujeres | 126 (86,9%) | 25 (83,3%) |
| Edad al diagnóstico (media, DE) | 71,97 ± 9,5 | 72 ± 8,16 |
| Fumador | 22 (15,2 %) | 5 (16,6%) |
| IMC<20 | 12 (8,3%) | 5 (16,6%) |
| Enfermedad mediada por el sistema inmune | 29(20%)* | 3 (10%) |
| Corticoterapia crónica | 38 (26,2%)* | 3 (10%) |
| Proceso oncológico activo al diagnóstico | 9 (6,2%) | 4 (13,3%)* |
| Hipercalcemia | 0 | 2 (6,7%) * |
| HPT por déficit Vitamina D | 8 (5,5%) | 3 (10%) |
| HPT por adenoma paratiroideo | 3 (2,1%) | 0 |
| Hipercalcemia | 2 (1,4%) | 0 |
| Terapia hormonal sustitutiva | 4(2,8%) | 2(6%) |
| Menopausia precoz | 11 (7,6%) | 2 (6,7%) |
| Enfermedades metabolismo óseo | 6 (4,1%) | 2 (6,7%) |
| Fracturas no vertebrales previas | 13 (9%) | 7 (23,3%) * |
| Fracturas vertebrales previa | 83 (57,2%) | 25 (83%)* |
| Madre con fractura vertebral | 1 (0,7%) | 2 (6,7%)* |
| Madre Fractura cadera | 7 (4,8%) | 5 (16,7%) * |
| Anticoagulación | 7(4,8%) | 1 (3,3%) |
| Quimioterapia activa o < 2 años | 5 (3,4%) | 2 (6,7%) |
| Total tratamientos previos para osteoporosis | 58 (40%) | 12 (40%) |
| Tratamiento previo con denosumab | 28 (19,3%) | 4 (13,3%) |
| Tratamiento pautado por S. Reumatología | 139 (95,3%) | 30 (100%) |
| Bifosfonatos | 72 (49,7%)* | 11 (36,7%) |
| Teriparatide | 32 (22,1%) | 8(26,6%) |
| Denosumab | 33 (22,8%) | 11 (36,7%)* |
| *p<0,05 | | |

RC38 Figura. Perfil del paciente con y sin refractura vertebral.

el primer año de seguimiento. 20 (66,6%) han alcanzado a recibir tratamientos secuenciales.

Conclusiones: De acuerdo con nuestros resultados, en práctica clínica hemos encontrado que los pacientes con re-FV presentan los factores de riesgo de fractura tradicionales así como un menor uso de bifosfonatos y mayor de denosumab respecto a los pacientes sin re-FV, siendo recomendable en estos casos unas mayores medidas de precaución y una vigilancia mucho más estrecha.

RC39. EVOLUCIÓN DE TRATAMIENTOS EN UNA UNIDAD FLS: EL ANTES Y EL DESPUÉS DE LA PANDEMIA

D. Grados¹, I. Morales¹, A. Zumel-Marne¹, A. Retamero¹, P. Marimon¹, M. Sandiumenge¹, A. Gamboa¹, A. López¹, A. Garriga¹, M Camps¹, MT Salgado², C. Muñoz², J. Ventura², M. Casanovas³, M.J. García³, E. Marcè³, E. Duaso¹ y FLS Anoia

¹Servicios de Reumatología, Traumatología, Geriátría, Medicina Física y Rehabilitación, Atención primaria, Enfermería y Farmacia. Consorci Sanitari Anoia. ²Servicios de Geriátría, Terapeuta ocupacional y Fisioterapia. Fundació Sanitaria Sant Josep. ³Servicios de Atención primaria y Odontología. Institut Català de la Salut.

Introducción: La implementación de unidades FLS (Fracture Leason Service) ayuda a mejorar la atención de los pacientes con fracturas osteoporóticas, a la prevención de caídas y a evitar nuevas fracturas. La pandemia por SARS-CoV-2 ha dificultado el acceso de los pacientes a los centros sanitarios. Pese a todo, el trabajo en equipo multidisciplinar en centros hospitalarios, atención primaria y sociosanitarios ha permitido mantener el seguimiento y tratamiento de los pacientes.

Objetivos: Analizar qué ha ocurrido 1 año después de la pandemia con el mapa de tratamientos antiosteoporóticos previo en un hospital con FLS multidisciplinar.

Métodos: Estudio comparativo utilizando dos cortes transversales, en junio de 2019 y mayo 2021, obtenidos a través de prescripción de tratamiento antiosteoporótico de nuestro centro y de todas las áreas básicas de salud (ABS), población de referencia 111.000 habitantes. Para el zoledrónico se ha utilizado la prescripción de 1/6/20 a 25/5/21 de hospital y centro socio sanitario.

Resultados: En 2019 se obtuvieron 1.325 tratamientos activos, 1.199 (90,5%) fueron mujeres y 126 (9,5%) hombres. Edad media: 74,6 años (26-99 años). En 2021 se obtuvieron 1.283 tratamientos activos, 1.144 (89,0%) fueron mujeres y 139 (11,0%) hombres. Edad media 74,4 años (27-100 años). En la tabla se presentan los datos por fármaco y por sexo. Pese a la tendencia a la baja de los tratamientos orales respecto los de uso parenteral, no hemos encontrado diferencias significativas en la distribución de los fármacos. Sí se ha observado un aumento significativo del uso de risedronato en mujeres ($p < 0,05$), motivado por la aparición de comprimidos gastroresistentes que mejoran la tolerabilidad del tratamiento oral.

Conclusiones: En nuestra muestra como en la población general, la osteoporosis afecta sobre todo a mujeres mayores de 50 años. El tratamiento mayoritario son los bifosfonatos orales aunque observamos un aumento en el uso de tratamientos parenterales (sobre todo en > 75 años) para mejorar el cumplimiento y la absorción. Hemos observado de forma no significativa un aumento en el uso del tratamiento endovenoso, una reducción en la edad media de pacientes que usan denosumab y un aumento significativo en el uso de risedronato en mujeres. Pensamos que el aumento de fármacos endovenosos es consecuencia de evitar visitas posteriores en

Tabla RC39

Distribución según fármaco y edad

| | 2019 | | | | | | 2021 | | | | | | | |
|------------------------|---------|-------|---------|-------|-------|-------|------|---------|-------|---------|-------|-------|-------|------|
| | Hombres | | Mujeres | | Total | | Edad | Hombres | | Mujeres | | Total | | Edad |
| | N | % | N | % | N | % | | N | % | N | % | N | % | |
| Alendronato | 34 | 26,98 | 718 | 59,88 | 752 | 56,75 | 72 | 38 | 27,34 | 602 | 52,62 | 640 | 49,88 | 71 |
| Ibandronato | 1 | 0,79 | 22 | 1,83 | 23 | 1,74 | 70 | 0 | 0,00 | 20 | 1,75 | 20 | 1,56 | 71 |
| Risedronato, *p < 0,05 | 26 | 20,63 | 20 | 1,67 | 46 | 3,47 | 72 | 26 | 18,71 | 64 | 5,59 | 90 | 7,01 | 71 |
| Zoledronato | 31 | 24,60 | 131 | 10,93 | 162 | 12,23 | 80 | 44 | 31,65 | 173 | 15,12 | 217 | 16,91 | 81 |
| Denosumab | 26 | 20,63 | 262 | 21,85 | 288 | 21,74 | 79 | 27 | 19,42 | 253 | 22,12 | 280 | 21,82 | 74 |
| Teriparatida | 8 | 6,35 | 46 | 3,84 | 54 | 4,08 | 75 | 4 | 2,88 | 32 | 2,80 | 36 | 2,81 | 75 |
| Total | 126 | | 1.199 | | 1.325 | | 74,6 | 139 | | 1.144 | | 1.283 | | 74,4 |
| Oral | 61 | 48,41 | 760 | 63,39 | 821 | 61,96 | 71 | 64 | 46,04 | 686 | 59,97 | 750 | 58,46 | 71 |
| Otros | 65 | 51,59 | 439 | 36,61 | 504 | 38,04 | 78 | 75 | 53,96 | 458 | 40,03 | 533 | 41,54 | 77 |

pacientes que han ingresado por fracturas. No hemos encontrado un crecimiento en los tratamientos de 2019 a 2021, son necesarios más estudios para comparar estos datos con las fracturas y con posteriores años. A pesar de la pandemia, la osteoporosis sigue siendo una enfermedad presente y los pacientes han permanecido en tratamiento.

RC40. PATOLOGÍA METABÓLICA ÓSEA ASOCIADA AL TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS

J.C. Sarmiento Monroy¹, M. Suárez-Lledó^{2,3}, P. Peris^{1,4,5}, T. Solano², H. Florez^{1,4,5}, J. Gómez-Puerta¹, M. Rovira^{2,3,5}, N. Guañabens^{1,4,5}, C. Martínez^{2,3,5} y A. Monegal^{1,4,5}

¹Servicio de Reumatología; ²Unidad de Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos. Servicio de Hematología; ³Institut Josep Carreras; ⁴Unidad de Metabolismo Óseo; ⁵Institut d'Investigació Biomèdica Agustí Pi I Sunyer (IDIBAPS). Hospital Clínic de Barcelona.

Introducción: Tras el trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) alogénico se observa una importante pérdida de masa ósea y un aumento del riesgo de desarrollar fracturas en las que además de los factores habituales pueden influir otros específicos del TPH, como la enfermedad hematológica de base, el hipogonadismo y el aumento del remodelado óseo secundario a la liberación de citoquinas proinflamatorias, especialmente en los pacientes con enfermedad del injerto contra receptor (EICR).

Objetivos: Analizar la frecuencia y las características de la patología metabólica ósea en los pacientes receptores de TPH alogénico en una Unidad de TPH.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes receptores de TPH alogénico en un hospital de tercer nivel desde febrero de 2016 a febrero de 2018. Se recogieron variables socio demográficas, clínicas y analíticas, relacionadas con el desarrollo de osteoporosis, incluyendo el antecedente de menopausia, el uso de glucocorticoides sistémicos, niveles séricos de 25-hidroxi-vitamina D y la presencia de fracturas (previas y posteriores al TPH). Se realizó una densitometría ósea de columna lumbar y fémur proximal (DEXA Lunar Prodigy) y radiografías de columna dorsal y lumbar en proyección lateral para descartar fracturas vertebrales. La fractura vertebral se definió como la disminución mayor del 20% de la altura anterior, media o posterior del cuerpo vertebral. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de nuestro centro.

Resultados: Se incluyeron un total de 68 pacientes. El 52% eran varones con una mediana de edad de 51 años (RIC 40-61). Un 76% de los pacientes recibieron tratamiento con glucocorticoides sistémicos y el 71% de las mujeres (23/32) eran posmenopáusicas. La enfermedad hematológica más frecuente fue la leucemia mieloide aguda (48%) y un 70% de los pacientes habían padecido una EICR aguda o crónica. La prevalencia de fracturas fue del 20,6% (7 fracturas previas y 9 fracturas posteriores al TPH). La prevalencia de osteopenia y osteoporosis fue del 58% (27/46) y 28% (13/46), respectivamente.

Una alta proporción de pacientes (95%) tenían niveles de 25-OH-Vit. D inferiores a 30 ng/mL, con un 27% en rango de déficit (< 10 ng/mL). Las características basales de la población se describen en la tabla.

Características de pacientes receptores de TPH alogénico

| Variable | Total de pacientes (n = 68) |
|-----------------------------|-----------------------------|
| Sexo masculino | 36 (52,9%) |
| Edad, mediana (RIQ) | 51 (40-61) |
| Mujeres posmenopáusicas | 23/32 (71,9%) |
| Glucocorticoides | 52 (76,5%) |
| Diagnóstico hematológico | |
| LAM | 33 (48,5%) |
| LAL | 7 (10,3%) |
| LH | 5 (7,4%) |
| LNH | 4 (5,9%) |
| SMD | 5 (7,4%) |
| Otro* | 14 (20,6%) |
| ECIR | 48 (70,6%) |
| DMO | |
| Normal | 5/46 (10,9%) |
| Osteopenia | 27/46 (58,7%) |
| Osteoporosis | 13/46 (28,3%) |
| CL, mediana (RIC) | -1,3 (-2,0 - -0,1) |
| CF, mediana (RIC) | -1,5 (-2,3 - -1,0) |
| FT, mediana (RIC) | -1,5 (-2,1 - -0,8) |
| Niveles de 25-OH-Vit. D | |
| Mediana (RIC), ng/mL | 13,9 (9,1-18,3) |
| Suficiencia (30-100 ng/mL) | 2 (2,9%) |
| Insuficiencia (10-30 ng/mL) | 46 (67,6%) |
| Déficit (< 10 ng/mL) | 19 (27,9%) |

CIR: enfermedad injerto contra receptor; LAM: leucemia mieloide aguda; LAL: leucemia aguda linfoide; LH: linfoma de Hodgkin; LNH: linfoma no Hodgkin; RIC: rango intercuartílico; SMD: síndrome mielodisplásico. *Leucemia mieloide crónica, mielofibrosis, mieloma múltiple, neoplasia de células dendríticas, linfoma anaplásico, linfoma linfoblástico, leucemia prolinfocítica T, leucemia aguda bifenotípica mieloide y linfoide T, leucemia prolinfocítica T, neoplasia mieloproliferativa inclassificable.

Conclusiones: Las fracturas por fragilidad son frecuentes en pacientes receptores de TPH alogénico. La mayoría de pacientes presentan una osteopenia o una osteoporosis densitométrica y la insuficiencia de 25-hidroxivitamina D es muy frecuente en esta población.

RC41. RESULTADOS DEL TRATAMIENTO OSTEOFORMADOR SEGUIDO DE TRATAMIENTO ANTIRRESORTIVO EN PACIENTES CON OSTEOPOROSIS Y RIESGO ALTO DE FRACTURA POR FRAGILIDAD INMINENTE

B.E. Hernández Cruz, G. Jurado Quijano, A. Fernández Reboull y J.J. Pérez Venegas

Unidad de Gestión Clínica de Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: La corriente actual de tratamiento de pacientes con OP grave que ya han tenido una fractura por fragilidad (FF) incidente indica que la secuencia de tratamiento más eficiente es el tratamiento osteoformador seguido de anti-resortivo. La evidencia de dicha secuencia en práctica clínica es escasa.

Objetivos: Conocer las características clínicas de pacientes tratadas con terapia secuencial en una consulta monográfica de OP del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Virgen Macarena. Determinar la tasa de incidencia de re-fractura, y tasa y tipo de acontecimientos adversos asociados con la combinación.

Métodos: Que han recibido tratamiento con teriparatida seguido de antirresortivo al menos 6 meses en práctica clínica habitual. Diseño: estudio observacional, retrospectivo, analítico. Se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes tratados con teriparatida y de ellos se recabaron datos variables clínicas, de laboratorio, radiográficas y densitométricas. Los datos se analizaron de modo descriptivo con cálculo de medidas de tendencia central, dispersión e incidencia acumulada. El proyecto fue puesto a consideración del CEIBH del HUVM.

Resultados: Se incluyeron 55 pacientes, 48 (87%) mujeres de 74 ± 9,01 años con menopausia a los 47,5 ± 6,4 años y 15 (28%) con OP secundaria. El FRAX basal para fractura principal fue de 19,9 ± 15,6 y para cadera 11,6 ± 15,1; Tscore de cuello femoral -2,5 ± 1,09 y Tscore de columna lumbar -2,4 ± 1,77. Pese a tener alto riesgo de FF, 33 (61%) no habían sido tratados previamente; 9 (16%) habían recibido un bifosfonato y 8 (18%) denosumab. Todos iniciaron tratamiento con vitamina D hasta niveles útiles más un osteoformador tras la FF incidente. Las FF incidentes fueron: 35 (64%) vertebrales, 14 (25%) de cadera, 4 (7%) de radio cubito distal y 2 (4%) con otras. Se inicio teriparatida al cabo de 8,05 ± 12,3 meses de la primera FF. La duración del tratamiento con teriparatida fue de 20,2 ± 7,4 meses. Tras teriparatida, la mayoría de los pacientes recibieron un bifosfonato 11 (20%) alendronico, 9(17%) zoledronico, 1 (2%) risedronico; 9 (16%) recibieron denosumab, 11 (20%) no habían terminado el tratamiento con teriparatida y 10 (18%) pérdidas de seguimiento. El seguimiento fue de 27,3 ± 42,5 meses. Durante el seguimiento se registraron tres (5%) casos de FF incidentes. Estas fueron de húmero, tobillo y vértebra. Las FF incidentes ocurrieron una tras 22 meses de tratamiento con teriparatida, otra tras 7 meses de tratamiento con teriparatida y la tercera tras completar 24 meses de teriparatida más 7 meses de ácido alendronico. No registramos casos de osteonecrosis mandibular ni de fracturas atípicas de fémur. De modo general, la medicación fue bien tolerada.

Conclusiones: En este estudio se demuestra que la terapia secuencial se reserva para un grupo de pacientes con alto riesgo de fractura inminente de edad avanzada. En ellas es un tratamiento seguro y eficaz.

RC42. FRECUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

L. Cano-García, S. Manrique-Arija, F.J. Godoy Navarrete, A. Cabezas, G. Díaz-Cordobés y N. Mena-Vázquez

Hospital Regional Universitario de Málaga. Instituto de investigación Biomédica de Málaga.

Objetivos: Describir la depresión: impacto, abordaje y atención en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES).

Métodos: Diseño: estudio observacional transversal de una serie de pacientes LES seleccionados de las consultas de Reumatología. Criterios de selección: edad ≥ 18 años con LES (criterios ACR 1997) capaces de entender y dispuestos a realizar el cuestionario. Protocolo: Todos los pacientes con LES en seguimiento en consulta de reumatología se encuentran recogidos en una base de datos. Se realizó llamada telefónica a todos los pacientes incluidos en la base de datos y aquellos pacientes que respondieron a la llamada y dieron su consentimiento verbal para la recogida de datos de su historia clínica y completaron el cuestionario Goldberg fueron finalmente incluidos. La enfermería fue la encargada de explicar los cuestionarios a los pacientes. Variables: la variable de desenlace principal fue

la depresión evaluada mediante Goldberg (≥ 2 depresión) y otras variables fueron: diagnóstico previo de depresión, índice de Charlson, polimedicación, medicación psiquiátrica, derivación a salud mental o atención primaria, SLEDAI y SLICC. Análisis estadístico descriptivo, bivalente y análisis multivariante de regresión logística (VD: depresión Goldberg).

Resultados: Se incluyeron 89 pacientes con LES (95,5% mujeres, edad media 49,44 ± 13,2 años y con 18,28 ± 9,19 años de enfermedad). La media (DE) de la escala Goldberg en el total de los pacientes fue de 3,2 ± 2,9 y un total de 45 pacientes (50,4%) cumplieron criterios de depresión según el cribado de Goldberg, de los cuales, tenían diagnóstico previo de depresión 19 (21,3%) pacientes. Solo 9 pacientes (10,1%) había tenido seguimiento en salud mental y 22 pacientes (24,7%) estaban en seguimiento por el médico de familia. Un total 87 pacientes (97,8%) presentaron polimedicación: polimedicación severa 59 (66,3%) y 33 (37,1%) medicación psiquiátrica. La medicación psiquiátrica más utilizada fue: 7 (7,8%) bromazepam, 6 (6,7%) citalopram, 5 (5,6%) diazepam. En cuanto a las comorbilidades, el índice de Charlson fue 1,82 ± 1,21, destacando además que un 34(27%) de la muestra presentaron síndrome Sjögren. En el análisis multivariante, la polimedicación (OR, 1,8 [IC95% 1,0-3,1]) y el síndrome de Sjögren (OR, 3,8 [IC95% 1,0-10,7]) se asociaron de forma independiente a la depresión por Goldberg.

Conclusiones: La depresión está infradiagnosticada e infratratada en los pacientes con LES. La depresión presenta vinculación con la polimedicación y la percepción del paciente con LES de estar enfermo. Es importante tratar de forma correcta la depresión en el contexto de la comorbilidad del LES por su gran impacto en la calidad de vida.

RC43. CRECIMIENTO DE LA ACTIVIDAD TELEFÓNICA EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA REUMATOLÓGICA DURANTE LA PANDEMIA DE LA COVID-19

I. Balaguer Trull, R. Martín de la Leona Miñana, C. Campos Fernández, A. Rueda Cid, C. Molina Almela, M.D. Pastor Cubillo, J.J. Lerma Garrido y J. Calvo Catalá

Hospital General Universitario de Valencia.

Introducción: La consulta telefónica de Enfermería Reumatológica es de gran utilidad para los pacientes, ya que consigue mejorar la calidad asistencial, evita desplazamientos innecesarios, con lo que se consigue disminuir la sobrecarga asistencial, y proporciona confianza y seguridad a los pacientes, al tiempo que ayuda a mejorar la adherencia terapéutica y controlar la aparición de posibles efectos adversos de los tratamientos. Esta consulta incluye todas aquellas llamadas realizadas o recibidas tanto de forma programada como a demanda, relacionadas con la actividad de la enfermedad, dudas respecto al tratamiento y monitorización de efectos adversos entre otras. La pandemia ocasionada por la COVID-19 ha supuesto un cambio en la atención de los pacientes. El modelo de visita pasó a ser básicamente no presencial, y las actividades de enfermería se moldearon según la necesidad de los servicios de reumatología e incluso según las necesidades del propio hospital.

Objetivos: El objetivo de este trabajo es comparar la evolución de la actividad realizada en la consulta telefónica de enfermería reumatológica durante los meses de marzo a diciembre de los años 2019 y 2020, para valorar la repercusión de la COVID-19 en una consulta telefónica específica de enfermería reumatológica.

Métodos: Estudio retrospectivo y observacional en el que se realiza una revisión de todos los pacientes atendidos de forma telefónica en la consulta de enfermería reumatológica, comparando la actividad del mismo periodo de tiempo de los años 2019 y 2020.

Resultados: Durante los meses comprendidos entre marzo y diciembre de 2019, se atendieron un total de 1.564 consultas telefónicas.

nicas, y durante el mismo periodo de tiempo, pero del año 2020, se realizaron 2.532 consultas telefónicas, lo que supone un incremento del 61,89%. El motivo más frecuente de las consultas a demanda realizadas por los pacientes fueron las dudas: sobre medidas de protección frente a la COVID-19, el impacto de SARS-CoV-2 sobre la enfermedad reumática, la necesidad de la adherencia a los tratamientos inmunosupresores, la dispensación de tratamientos hospitalarios durante el confinamiento, dificultades de dispensación de hidroxiquina y problemas relacionados con la dificultad de acceder a los centros de atención primaria.

Conclusiones: La atención por enfermería desde marzo de 2020 se ha visto claramente afectada por la pandemia COVID-19. El impacto de la primera ola transformó la forma de atención en las consultas externas pasando de una forma presencial a una forma no presencial (telefónica o telemática), tanto de las consultas médicas como de enfermería. En nuestro hospital, las visitas programadas pasaron a realizarse de forma no presencial, básicamente de forma telefónica, y las consultas telefónicas de enfermería se duplicaron con respecto al mismo periodo del año anterior, debido a la gran demanda que tenían nuestros pacientes en relación con la pandemia COVID-19. En conclusión, la COVID-19 ha generado un aumento en la presión asistencial y un cambio en el tipo de atención y en la actividad realizada en las consultas monográficas de enfermería.

RC44. ESPONDILOARTRITIS Y SARCOIDOSIS: ¿COINCIDENCIA O ASOCIACIÓN? UN ESTUDIO POBLACIONAL DE COHORTES EMPAREJADAS/ESTUDIO TREND-ESPA

R. Mazzucchelli Esteban¹, R. Almodovar^{1,2}, E. DiÉguez-Costa³, N. Crespi Villarrías⁴, P. Zarco¹, E. Pérez Fernández⁵ y A. García Vadillo⁶

¹Rheumatology Unit. Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

²Department of Preventive Medicine and Public Health. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid. ³Department of Diagnostic Imaging. Hospital Vithas Nuestra Señora de América. Madrid. ⁴Centro de Salud La Rivota. Alcorcón. ⁵Department of Clinical Research. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. ⁶Rheumatology Department. Hospital Universitario La Princesa. Madrid.

Objetivos: Investigar la asociación entre espondiloartritis (SpA) y sarcoidosis. Analizar la incidencia, tendencia y características clínicas de los pacientes en los que coexisten ambas. Analizar si existe asociación entre sarcoidosis y SpA o si la coexistencia es debida al azar.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, poblacional, de cohortes emparejadas. Se revisaron los datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos de España (CMBD), que incluye las altas hospitalarias, de más del 98% de los hospitales españoles. Se analizaron todas las hospitalizaciones de pacientes con SpA (cohorte SpA) que se notificaron entre 1999 y 2015. Se seleccionó una cohorte control (cohorte No SpA) emparejada por edad, sexo y año de ingreso. Se calculó la tasa de incidencia bruta y ajustada por edad y sexo de sarcoidosis. Se describen las características clínico-demográficas de los pacientes con SpA y sarcoidosis frente a SpA sin sarcoidosis. Para el análisis de tendencia se utilizaron modelos lineales generales. La asociación entre sarcoidosis y SpA (y los diferentes tipos) se evaluó calculando el odds ratio (OR) cruda y ajustada (AOR) y sus intervalos de confianza correspondientes al 95% (95%IC) a través de modelos de regresión logística incondicional.

Resultados: La base de datos del estudio consta de 214.280 ingresos: 107.140 ingresos con SpA y 107.140 ingresos sin SpA. Hubo un total de 220 ingresos con sarcoidosis: 133 (0,12%) en el grupo con SpA y 87 (0,08%) en el grupo sin SpA ($p = 0,002$). La tasa de incidencia en SpA fue de 2,68/100.000 hab*año y de 1,64/100.000 hab*año en No SpA. La tendencia en ambas cohortes fue similar. Con respecto a la asociación entre SpA y sarcoidosis, para el conjunto de SpA, la OR cruda fue de 1,529 (IC95% 1,167-2,004) y AOR 1,502 (IC95% 1,145-

1,970). Para espondilitis anquilosante (EA) AOR 1,421 (IC95% 1,039-1,944) y para artritis psoriásica (APs) la AOR 1,817 (IC95% 1,293-2,551). No se observó asociación con SpA asociada a enfermedad inflamatoria intestinal ni en artritis reactiva.

Conclusiones: Nuestros resultados apoyan la asociación entre la sarcoidosis y SpA, y más específicamente con EA y APs, que no es debida al azar.

RC45. DESCRIPCIÓN CLÍNICA Y PREVALENCIA DE HÍGADO GRASO NO ALCOHÓLICO EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA DEL ÁREA SANITARIA DE BADAJOZ

A. Gallego Flores, C. Carrasco Cubero, A.M. Fernández Ortiz, F.J. Carrillo Pilo y J.L. Álvarez Vega

Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.

Introducción: La enfermedad por hígado graso no alcohólico (EHGNA) define un amplio espectro de lesiones hepáticas. Incluye el hígado graso no alcohólico (NASH) y la cirrosis, como extremos del proceso clínico. La EHGNA forma parte del conjunto de comorbilidades de la artritis psoriásica (APs) moderada-grave y puede llegar a marcar el pronóstico de la enfermedad. Se conoce que la EHGNA está íntimamente relacionada con la obesidad y la resistencia a la insulina (poner referencia) y puede condicionar la estrategia terapéutica, sobre todo por la potencial hepatotoxicidad de los fármacos usados en la APs.

Objetivos: Describir las características clínicas y conocer la prevalencia de EHGNA en nuestros pacientes con APs del área de Salud de Badajoz.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal de pacientes con diagnóstico de APs según criterios Caspar. Se incluyeron pacientes atendidos de manera consecutiva en las consultas de Reumatología del Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, durante el periodo comprendido desde el 1 de octubre del 2020 al 1 de marzo del 2021. Analizamos variables socio-demográficas/clínicas y determinamos la prevalencia de EHGNA. En el análisis estadístico se realizó contraste de hipótesis mediante test U de Mann-Whitney-Wilcoxon.

Resultados: Se incluyeron 79 pacientes, 48,75% mujeres: edad media 50,2 años (rango 26-82) y media del índice de masa corporal (IMC) de 26,5. El 83,75% eran trabajadores activos. 26,25% fumadores, 5,5% presentaron HTA y un 3,75% anemia. Los pacientes, de manera general, negaron abuso de alcohol y no se cuantificó la ingesta. Un 21,25% presentó citólisis y un 15% colestasis: al 71% de estos pacientes se les había realizado ecografía abdominal, con hallazgo de esteatosis hepática en todos (8 casos). La esteatosis mostró significación estadística en relación con niveles de GOT ($p < 0,02$), GPT ($p < 0,014$), triglicéridos ($p < 0,002$), GGT ($p < 0,012$) y glucemia ($p < 0,03$), mientras IMC ($p < 0,051$) y colesterol total ($p < 0,067$) rozaron la significación estadística. No se encontró relación estadística con la toma de metotrexato (MTX). Todos los casos presentaron afectación periférica (57% oligoarticular, 42% poliarticular, un caso monoarticular), 12,5% afectación axial, 15,18% dactilitis y un 14% entesitis. Se registró afectación ungueal en el 29% de los enfermos. El DAPSA se calculó en 48 pacientes, con un valor medio de 8,08: 25% remisión, 52% actividad leve, 23% actividad moderada. En los pacientes en los que se evaluó medida del área de superficie corporal afectada, la media fue menor del 5% (afectación leve). El 78,75% recibió tratamiento con algún tipo de FAME, ya sea convencional, dirigido o biológico (75,5% MTX, 8,3% salazopyrina, 7% leflunomida y 8,8% apremilast). 36 pacientes (45,5%) realizaron tratamiento con algún tipo de terapia biológica. De estos: 64% con anti-TNF alfa, 22,2% con ustekinumab, 13,8% con secukinumab. Un 14,75% han recibido más de un FAME biológico. Poner que no se encontró relación con MTX. Se realizó fibroscan a un paciente diagnosticado previamente de cirrosis biliar primaria.

Conclusiones: La EHGNA puede considerarse un verdadero problema de salud pública (población cada vez más obesa y polimedificada). La prevalencia en nuestra serie no es muy elevada (10,12%). Encontramos una clara relación de la EHGNA con la glucemia y prácticamente una significación estadística con el IMC. Sin embargo, no hemos observado correlación con las terapias recibidas.

RC46. DIFERENCIAS EN EL RANGO DE MOVILIDAD Y CARACTERÍSTICAS MECÁNICAS MUSCULARES ENTRE DOLOR RAQUÍDEO INFLAMATORIO Y MECÁNICO: UN ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

J.L. Garrido Castro¹, S. Alcaraz-Clariana¹, L. García-Luque¹, I.C. Aranda-Valera², M.L. Ladehesa Pineda², C. López-Medina², C. González-Navas³, F. Albuquerque Sendin¹, D.P. Rodrigues-de-Sousa¹, C. Garrido-González¹ y E. Collantes Estévez²

¹Facultad de Medicina. Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Córdoba. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ³Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba.

Introducción: El rango de movimiento de la columna vertebral (ROM) y las propiedades mecánicas musculares (MMP) en reposo se definen como factores clínicos relevantes en el dolor espinal inflamatorio (espondiloartritis axial -axSpA) y mecánico (dolor de cuello mecánico -NP- o dolor lumbar mecánico -LBP-). Sin embargo, no hay suficiente evidencia con respecto a si el ROM y las MMP son diferentes en ambos tipos de dolor espinal.

Objetivos: Identificar diferencias entre pacientes con EspAx y sujetos con NP o LBP, en ROMs cervicales y lumbares y MMPs en reposo.

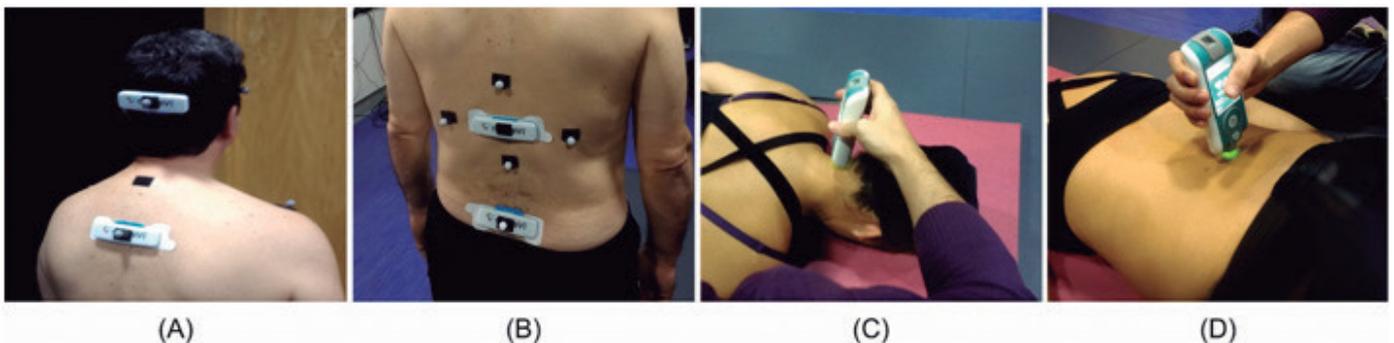
Métodos: Los sujetos con EspAx y con NP o LBP componen el grupo de dolor inflamatorio (IG) y el grupo de dolor mecánico (MG), respectivamente. Para el análisis de la movilidad espinal se utilizaron

dos sensores inerciales IMU (ViMove®). Para ambas regiones de la columna (cervical y lumbar, fig. A, B) se realizaron 3 repeticiones de flexión-extensión, flexión lateral y rotación por separado¹. Se realizó un registro de las MMP utilizando miotonometría manual (MyotonPro®) en la columna lumbar (vientre muscular del erector espinal, fig. D) y cervical (los músculos del semiespinal de la cabeza en C4, fig. C) en posición prona con ambos brazos a lo largo del cuerpo. Las MMP registradas en este estudio incluyeron: frecuencia (tono), rigidez, disminución (elasticidad), relajación y fluencia (viscosidad). El orden de las evaluaciones (derecha/izquierda) fue aleatorio. Dado que no se observaron diferencias de lado a lado en ninguno de los grupos, se consideró la media de ambos lados. Se utilizaron pruebas t de Student para comparar los grupos y se estimó el índice de tamaño del efecto de Cohen-d como una medida del tamaño de la diferencia. $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Participaron en este estudio 61 sujetos en IG (42% mujeres, edad 41 ± 12 años, IMC 25 ± 3) y 66 en MG (51% mujeres, edad 38 ± 13 años, IMC 25 ± 3). No se identificaron diferencias significativas en los datos sociodemográficos entre ambos grupos. La tabla muestra ROM y MMP entre grupos. Todos los ROM lumbares fueron significativamente menores en el IG, con la diferencia entre medias logrando la mínima diferencia clínica importante ($> 8^\circ$) para flexión-extensión y lateroflexión. Por el contrario, los ROM cervicales no fueron diferentes entre los grupos y mostraron la mayor variabilidad, probablemente relacionada con los mecanismos compensatorios debido a restricciones de los ROM lumbares. El IG mostró mayor rigidez lumbar que el MG con gran tamaño de efecto ($d = 0,94$). No se identificó ninguna otra diferencia en las MMP en esta región ($p > 0,05$). En cuanto a la región cervical, todas las MMP mostraron diferencias entre grupos. Así, el tono, la rigidez y la elasticidad fueron mayores en el IG, mientras que la relajación y la viscosidad fueron menores. En todos los casos, excepto en la disminución, el tamaño del efecto fue de moderado a grande ($0,6 < d < 0,8$).

Tabla RC46

| | IG (n = 61) | MG (n = 66) | p | Cohen-d |
|--------------------------------|----------------|----------------|-----------|---------|
| Lumbar flexión-extensión (°) | 62,7 ± 20,2 | 70,8 ± 17,9 | 0,019 * | 0,42 |
| Lumbar rotación (°) | 25,6 ± 8,3 | 30,1 ± 10,1 | 0,007 * | 0,48 |
| Lumbar lateral-flexión (°) | 46,6 ± 12,3 | 54,8 ± 10,8 | < 0,001 * | 0,70 |
| Cervical flexión-extensión (°) | 96,5 ± 21,6 | 96,2 ± 18,8 | 0,941 | 0,01 |
| Cervical rotación (°) | 130,9 ± 27,3 | 131,9 ± 25,6 | 0,817 | 0,01 |
| Cervical lateral-flexión (°) | 66,4 ± 21,5 | 71,6 ± 15,6 | 0,122 | 0,27 |
| Lumbar tone (Hz) | 15,32 ± 3,40 | 14,52 ± 1,93 | 0,129 | 0,29 |
| Lumbar stiffness (N/m) | 330,85 ± 56,93 | 272,48 ± 65,59 | 0,001 * | 0,94 |
| Lumbar decrement | 1,33 ± 0,41 | 1,29 ± 0,32 | 0,480 | 0,10 |
| Lumbar relaxation (ms) | 19,11 ± 7,58 | 20,23 ± 4,29 | 0,312 | 0,18 |
| Lumbar creep | 1,16 ± 0,43 | 1,21 ± 0,22 | 0,519 | 0,14 |
| Cervical tone (Hz) | 17,27 ± 1,93 | 16,17 ± 1,84 | 0,001 * | 0,58 |
| Cervical stiffness (N/m) | 313,93 ± 54,17 | 282,61 ± 50,07 | 0,001 * | 0,59 |
| Cervical decrement | 1,34 ± 0,23 | 1,42 ± 0,18 | 0,020 * | 0,39 |
| Cervical relaxation (ms) | 16,66 ± 2,52 | 18,49 ± 2,74 | < 0,001 * | 0,69 |
| Cervical creep | 1,02 ± 0,14 | 1,13 ± 0,14 | < 0,001* | 0,80 |



RC46 Figura. Diversos instrumentos de evaluación utilizados en el estudio.

Conclusiones: Los pacientes con EspAx presentan ROM lumbares más bajos que los sujetos con NP y LBP. Además, las MMP cervicales posteriores de EspAx son más rígidas y menos viscoelásticas que las de los sujetos con NP y LBP. Los ROM y MMP muestran un patrón de comportamiento diferente en las regiones cervical y lumbar cuando se evalúa el dolor espinal de diferente origen.

Bibliografía

1. Measuring Spinal Mobility Using an Inertial Measurement Unit System: A Validation Study in Axial Spondyloarthritis. *Diagnostics* 10(6):426.

RC47. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON ESPONDILOARTROPATÍA EN TRATAMIENTO BIOLÓGICO

E. Grau García, M. de la Rubia¹, C. Pávez Perales¹, S. Leal Rodríguez¹, C. Riesco Barcena¹, A.V. Huaylla Quispe¹, E. Vicens Bernabéu¹, R. Negueroles Albuixech¹, J. Ivorra Cortés¹, F. Ortiz-Sanjuán¹, I. Martínez Cordellat¹, J.J. Frago Gil¹, L. González Puig¹, J. Oller Rodríguez¹, C. Alcañiz Escandell¹, I. Cánovas Olmos¹, C. Nájera Herranz¹, J.A. Cañada Martínez² y J.A. Román Ivorra¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ²Unidad de Bioestadística. IIS La Fe. Valencia.

Introducción: Los pacientes con espondiloartropatía presentan una reducida calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en comparación a la población general. El uso de terapias biológicas en estos pacientes tiene como objetivo la mejora de la clínica, y ello redundaría de forma indirecta en la mejora de CVRS. Es por ello que el comportamiento de diferentes parámetros de CVRS estaría relacionado con la actividad clínica de la enfermedad.

Objetivos: Analizar las diferencias en CVRS reportadas por pacientes con diagnóstico de espondiloartropatía durante los primeros 6 meses de terapia biológica.

Métodos: Se realiza un estudio observacional prospectivo de 6 meses de seguimiento de pacientes con diagnóstico de espondiloartropatía que inician terapia biológica. Al inicio del tratamiento, al mes, 3 y 6 meses del inicio los pacientes cumplimentan los cuestionarios de CVRS AsqoL y ASAS-health-index. Se recogen también datos de discapacidad funcional (HAQ e índice BASFI), de actividad clínica (BASDAI, ASDAS-PCR y ASDAS-VSG) y de movilidad de columna (índice BASMI). El análisis estadístico se lleva a cabo mediante el software R utilizando modelos multivariantes de regresión lineal para las variables continuas y modelos de regresión bayesianos ordinales mixtos con efectos monotónicos para las variables ordinales. Los correspondientes odd ratio (OR) se calcularon con sus intervalos de confianza (IC95%).

Resultados: Se incluyeron 53 pacientes (71,11% hombres), el 73,58% diagnosticados de espondilitis anquilosante (EA) y el 26,42% de espondiloartritis axial. La edad media al inicio del tratamiento era de 48,74 (11,21) años, la edad media al diagnóstico de 41,57 (11,97) años y la media del tiempo de evolución de la enfermedad es de 7,19 (9,24) años. El 60,42% de ellos presentaba positividad para HLA-B27. 34 pacientes iniciaron terapia biológica con inhibidores

de TNF- α y 19 con inhibidores de IL-17. El 81,13% iniciaron en monoterapia. El 77,36% de los pacientes continuaron en tratamiento a los 6 meses de seguimiento, mientras que el 22,64% lo suspendieron (9 por ineficacia y 3 por efectos adversos). Se observa una correlación significativa entre los valores de AsqoL y ASAS-hi con los índices de actividad (BASDAI, ASDAS-PCR y ASDAS-VSG) y la discapacidad funcional (HAQ y BASFI). El análisis estadístico muestra que AsqoL y ASAS-hi están significativamente más bajos en los casos donde se suspende el tratamiento en comparación con los casos que lo continúan a los 6 meses, así como en los pacientes con tratamientos previos respecto a pacientes naïve. No se observan diferencias de AsqoL y ASAS-hi respecto al tiempo de evolución o el tipo de tratamiento (tabla). Estos resultados están en consonancia con la asociación estadísticamente significativa observada entre la actividad clínica y la discapacidad funcional respecto a la eficacia de la terapia biológica y la presencia de tratamientos biológicos previos.

Conclusiones: Los resultados de CVRS de los cuestionarios AsqoL y ASAS-hi se correlacionan con la actividad clínica y la discapacidad funcional y muestran el mismo comportamiento que estos parámetros, estando asociados a la eficacia de la terapia biológica y a la presencia de tratamientos biológicos previos. Así, la CVRS podría ser una herramienta clínica adicional para el óptimo manejo del paciente con espondiloartropatía en terapia biológica.

RC48. TRATAMIENTO CON GOLIMUMAB EN PACIENTES QUE DISCONTINUARON BIOLÓGICOS CON MECANISMO DE ACCIÓN DISTINTO A LOS ANTI TNF-ALFA O NUEVOS FAME SELECTIVOS EN EL REGISTRO BIOBADASER

M. Pombo-Suárez¹, C. Sánchez-Piedra², M.D. Ruiz Montesino³, C. Díaz-Torné⁴, V. Jovaní⁵, M.J. Arteaga⁶, L. Cea-Calvo⁶ e I. Castrejón⁷

¹Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario de Santiago. Santiago de Compostela. ²Unidad de investigación de la Sociedad Española de Reumatología. ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante. ⁶Medical Affairs. MSD España. ⁷Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción y objetivos: En la actualidad se dispone de múltiples fármacos biológicos y nuevos FAME selectivos o “dirigidos” para el tratamiento de pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias. Estos medicamentos se han estudiado principalmente en primera línea, tras discontinuación o fallo de los tratamientos sintomáticos y FAME convencionales, y en segunda línea tras discontinuación de anti TNF-alfa. Puesto que un porcentaje importante de pacientes requerirá discontinuar su tratamiento, es importante conocer la efectividad de los distintos fármacos disponibles cuando se prescriben tras discontinuarse otros. En este aspecto, la información disponible sobre la efectividad de los anti TNF-alfa prescritos tras retirada de biológicos no anti TNF-alfa o de FAME selectivos es muy escasa. En este trabajo, describimos la tasa de retención a 2 años de golimumab, un anti TNF-alfa, en pacientes con enfermeda-

Tabla RC47

| Comparación con la efectividad de la terapia biológica | Odds Ratio (OR) | 95% CI | Comparación con terapia biológica previa | Odds ratio (OR) | IC95% |
|--|-----------------|-------------|--|-----------------|-----------------|
| AsqoL | 1,502 | 1,123-2,033 | AsqoL | 10,704 | 1,232-108,504 |
| ASAS-HI | 1,56 | 1,184-2,078 | ASAS-HI | 11,553 | 1,299-108,974 |
| BASDAI | 1,5 | 1,199-2,04 | BASDAI | 11,96 | 1,823-86,901 |
| BASFI | 1,348 | 1,036-1,76 | BASFI | 18,37 | 2,15-176,988 |
| ASDAS-PCR | 1,538 | 1,176-2,036 | ASDAS-PCR | 8,869 | 2,001-42,272 |
| ASDAS-VSG | 1,944 | 1,166-3,384 | ASDAS-VSG | 44,621 | 2,886-1.077,816 |
| HAQ | 1,524 | 1,154-2,027 | HAQ | 24,111 | 1,779-371,742 |

des reumáticas inflamatorias tras discontinuación de biológicos no anti TNF-alfa o de nuevos FAME selectivos.

Métodos: Se identificaron los pacientes adultos de la base de datos BIOBADASER con artritis reumatoide (AR), espondiloartritis axial (EsA) o artritis psoriásica (APs) que habían iniciado tratamiento con golimumab tras discontinuación de biológicos no anti TNF-alfa o de FAME selectivos. Se calculó la probabilidad de supervivencia (retención o persistencia) del fármaco con el test de Kaplan-Meier, y las diferencias entre líneas de tratamiento con el test de los rangos logarítmicos (log-rank).

Resultados: Se identificaron 67 pacientes (38 con AR, 14 con EsA y 15 con APs), con una mediana de duración de la enfermedad al inicio del tratamiento de 10,4 años (rango intercuartil: 6,4-21,2). Golimumab fue prescrito como segunda línea de tratamiento a 14 pacientes (20,6%), como tercera a 43 (63,2%) y como cuarta o posterior a 11 (16,2%). Los tratamientos discontinuados antes de comenzar golimumab fueron abatacept (21 [30,9%]), secukinumab (17 [25,0%]), tocilizumab (11 [16,2%]), rituximab (7 [10,3%]), ustekinumab (4 [5,9%]), apremilast (4 [5,9%]), tofacitinib (3 [4,4%]) y baricitinib (1 [1,5%]). La probabilidad de supervivencia (retención) de golimumab desde el inicio del tratamiento fue 58,5% (Intervalo de confianza [IC] 95%: 45,4-69,4) al año 1 (número en riesgo: 32), 47,7% (IC: 34,1-60,0) al año 2 (número en riesgo: 15) y 40,6% (IC: 26,3-54,4) al año 3 (número en riesgo: 7). La probabilidad de persistencia fue similar en pacientes tratados en segunda, tercera o cuarta línea o posterior (65,1% y 57,1% al año y dos años en pacientes en segunda línea, 58,0% y 40,0% en tercera línea y 64,5 y 41,3% en cuarta o posterior, p-log rank = 0,970).

Conclusiones: Golimumab parece efectivo como tratamiento en los pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias que precisan discontinuar un biológico distinto a los anti TNF-alfa o un FAME selectivo, con una probabilidad de supervivencia del tratamiento en torno al 50% a los dos años. El estudio está limitado por la pequeña muestra de pacientes y el seguimiento limitado, y deberá ampliarse en el futuro.

RC49. METANÁLISIS EN RED DE EFICACIA A LARGO PLAZO (ASAS40) DE LOS FÁRMACOS ANTIRREUMÁTICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD BIOLÓGICOS EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL NO RADIOGRÁFICA NAÏVE A TERAPIA BIOLÓGICA

M.J. Moreno Ramos¹, S. Kiri², M. Kim³, M. Betts⁴, M. Chitnis⁴, K. Fahrbach⁴, J. Tarpey⁴ y M. Turner⁴

¹Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. ²UCB. Slough. Reino Unido. ³UCB Inc. Smyrna. GA. EE.UU. ⁴Evidera. Waltham. EE. UU.

Introducción y objetivos: Los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad biológicos (FAME-b) han demostrado una amplia eficacia en los pacientes con espondiloartritis axial no radiográfica (EspAax-nr), siendo el beneficio de estos fármacos mayor en los pacientes naïve a FAME-b. El objetivo de este metanálisis en red (MAR) fue comparar la eficacia de diferentes FAME-b en pacientes adultos con EspAax-nr naïve a FAME-b.

Métodos: A través de una revisión sistemática de la literatura (RSL) se identificaron los ensayos clínicos aleatorizados (ECA) publicados sobre la eficacia de los FAME-b en pacientes adultos con EspAax con fallo previo al menos a un anti-inflamatorio no esteroideo (AINE). Los datos de eficacia de certolizumab pegol (CZP) se extrajeron de los ensayos RAPID-axSpA (NCT01087762) y C-axSpAnd (NCT02552212). Tras una valoración inicial de la evidencia disponible, se realizó un análisis de aquellos ensayos que evaluaban la eficacia de los FAME-b en la subpoblación no radiográfica naïve a FAME-b. Se llevaron a cabo MAR bayesianos para comparar los tratamientos de interés; se utilizaron modelos de efectos fijos debido al limitado número de datos. Se evaluó la probabilidad de alcanzar un ASAS40 a la semana 12, 16 y 52, utilizando el Odds Ratio (OR) y un intervalo de credibilidad (ICr) del 95%.

Resultados: En la RSL se hallaron 10 ensayos en los que se evaluaban pacientes con EspAax-nr, de los cuales 7 se consideraron comparables para el MAR. Algunos ensayos estaban diseñados específicamente para pacientes naïve a FAME-b, mientras que otros reportaron los datos para este subgrupo de pacientes. Los FAME-b identificados fueron adalimumab (ADA), certolizumab pegol (CZP), etanercept (ETN), golimumab (GOL), ixekizumab (IXE) y secukinumab (SEC). Entre estos ensayos, en RAPID-axSpA (CZP), ABILITY-1 (ADA), EMBARK (ETN) y GO-AHEAD (CZP) se notificaron datos solo a las 12-16 semanas; en C-axSpAnd (CZP), PREVENT (SEC) y COAST-X (IXE) se notificaron datos a las 12-16 y 52 semanas. A las 12-16 semanas (tabla), CZP demostró una probabilidad significativamente mayor de alcanzar el ASAS40 en comparación con SEC, ETN, IXE cada 2 semanas (C2S) e IXE cada 4 semanas (C4S), siendo la probabilidad más elevada frente a SEC (OR [ICr 95%]: 4,07 [2,13, 7,95]). En comparación con ADA y GOL, aunque fue numéricamente mayor, no se alcanzó significación estadística. A las 52 semanas (tabla), CZP demostró una probabilidad significativamente mayor de respuesta ASAS40 en comparación con SEC (2,94 [1,45, 5,92]) e IXE C4S (2,50 [1,01, 6,09]), mientras que respecto a IXE C2S no se alcanzó significación estadística. El análisis de heterogeneidad de los estudios fue limitado por el hecho de que se encontró un solo estudio por cada tratamiento, excepto para CZP.

Resultados del metanálisis en red correspondientes a CZP frente a otros FAME-b en pacientes naïve a FAME-b

| Comparación | ASAS40 OR (ICr del 95%) | |
|-------------------------------------|----------------------------|-------------------|
| | 12-16 semanas | 52 semanas |
| CZP agrupado frente a ADA 40 mg | 2,14 [0,87, 5,18] | NP |
| CZP agrupado frente a ETN 50 mg | 2,75 [1,17, 6,37] | NP |
| CZP agrupado frente a GOL 50 mg | 1,60 [0,71, 3,55] | NP |
| CZP agrupado frente a SEC 150 mg | 4,07 [2,13, 7,95] | 2,94 [1,45, 5,92] |
| CZP agrupado frente a IXE 80 mg C2S | 2,45 [1,06, 5,54] | 2,35 [0,96, 5,75] |
| CZP agrupado frente a IXE 80 mg C4S | 3,01 [1,30, 6,83] | 2,50 [1,01, 6,09] |

CZP agrupado abarca tanto 200 mg C2S como 400 mg C4S. SEC 150 mg abarca pautas con y sin dosis de carga. ADA: adalimumab; CZP: certolizumab pegol; C2S: cada dos semanas; C4S: cada cuatro semanas; ETN: etanercept; FAME-b: fármaco antirreumático modificador de la enfermedad biológico; GOL: golimumab; ICr: intervalo de credibilidad; IXE: ixekizumab; NP: no procede; OD: Odds Ratio; SEC: secukinumab

Conclusiones: En los pacientes con espondiloartritis axial no radiográfica naïve a FAME-b, certolizumab pegol demostró una mayor probabilidad de respuesta ASAS40 comparado con la mayoría de los FAME-b a la semana 12-16 y con los inhibidores de la interleuquina-17A investigados a la semana 52.

RC50. PERSISTENCIA DEL TRATAMIENTO CON COSENTYX EN PACIENTES CON ARTROPATIA PSORIASICA Y ESPONDILOARTRITIS, EN PRACTICA CLÍNICA HABITUAL

G. Albaladejo Paredes, J. Moreno Morales, F.J. Rodríguez Martínez, E. Soriano Navarro, M.R. Oliva Ruiz, A. Uceda Galiano, J. Giménez Sánchez, J. León Navarro, F. Pedrero y V. Cogolludo Campillo

Complejo Hospitalario de Cartagena.

Introducción: Secukinumab es un anticuerpo monoclonal completamente humano dirigido frente a la interleukina 17 (IL17), aprobado para su uso en el tratamiento de la psoriasis moderada a grave, artritis psoriásica (APs) y espondilitis anquilosante (EA). La mayor parte de los datos actuales viene derivado de la extensión de los estudios pivotales. Los datos de persistencia en ensayos clínicos son favorables. En este trabajo analizamos la supervivencia del secukinumab en práctica clínica real en una cohorte de pacientes con APs y EA.

Objetivos: Determinar la persistencia del tratamiento con secukinumab en práctica clínica habitual en las indicaciones de artropatía psoriásica y espondilitis anquilosante.

Métodos: Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo donde se incluyeron los pacientes adultos tratados con secukinumab en artritis psoriásica y espondilitis anquilosante desde noviembre de 2015 hasta mayo de 2020. Las variables recogidas fueron sexo, edad, diagnóstico, fecha de diagnóstico, fecha de inicio de tratamiento, línea de tratamiento, tratamiento inmunomodulador concomitante, así como esteroideo, persistencia global a los 12 meses, distribución de pacientes y persistencia según indicación, línea de tratamiento y motivo de suspensión.

Resultados: Han sido tratados con secukinumab 87 pacientes (61% APs; 39% EA), de los que 58 han recibido tratamiento 12 o más meses. La media de edad fue $48,6 \pm 9,9$ años; el 49,5% fueron mujeres. Las características analizadas de los pacientes incluidos se incluyen en la tabla 1. Suspendieron el tratamiento 49 pacientes (56,3%) con una media de duración de este de $12,1 \pm 9,5$ meses. El resto ($n = 38$) continuaban con una media de duración de $31,6 \pm 12$ meses en el momento del corte del estudio. La persistencia global a los 12 meses fue del 66,7%. La persistencia por patología a los 12 meses fue del 68% en APs y 64,7% en EA (fig. 1). De los 38 pacientes que continuaban en tratamiento, 16 (42,1%) están recibiendo el fármaco en primera línea. De los 49 pacientes que discontinuaron, 10 (20,4%) eran naïve a biológico (persistencia $12,2 \pm 5,8$ meses) y 25 (51%) presentaron un fallo primario (persistencia $8,76 \pm 6,24$ meses). La persistencia en los pacientes que continuaban en tratamiento fue similar en APs ($31,4 \pm 12$ meses) y en EA ($31,8 \pm 11,7$ meses) (fig. 2). Lo mismo encontramos en cuanto a la persistencia en el total de pacientes analizados en ambas patologías ($20,5 \pm 14,4$ meses en APs vs. $20,9 \pm 14,1$ meses en EA). Por patologías, el porcentaje de pacientes con secukinumab en primera línea en aquellos que siguen tratados es de 43,4% en APs y 40% en EA vs. 16,6 y 26,3% respectivamente en los que el tratamiento ha fracasado (fig. 3).

Tabla 1. Características de los pacientes

| | Total pacientes | APs | EA |
|---------------------------------------|---|---|---|
| N total (%) | 87 (100) | 53 (60,9) | 34 (39,1) |
| Sexo | Hombres 44 Mujeres 43 | Hombres 27 Mujeres 26 | Hombres 17 Mujeres 17 |
| Edad media (años) | 48,6 | 48,9 | 48,1 |
| Tiempo de evolución enfermedad (años) | 5,6 | 5,2 | 6,2 |
| Tiempo de tratamiento con secukinumab | 1,72 | 1,71 | 1,73 |
| Línea de tratamiento del secukinumab | 1ª línea 26 (29,8%) Resto 61 (70,1%) | 1ª línea 14 (26,4%) Resto 39 (73,6%) | 1ª línea 11 (32,3%) Resto 23 (67,6%) |
| HTA | 22/87 (25,3%) | 9/53 (17%) | 13/34 (38,2%) |
| DM | 9/87 (10,3%) | 7/53 (13,2%) | 2/34 (5,8%) |
| FAMES asociado | 23/87 (26,4%) | 20/53 (37,7%) | 4/34 (11,7%) |
| Corticoide asociado | 20/87 (22,3%) | 17/53 (32%) | 3/34 (8,8%) |

Tabla 2. Resultados

| | Total pacientes | APs | EA |
|--|---|---------------|--|
| N total (%) | 87 (100) | 53 (60,9) | 34 (39,1) |
| Persistencia a 1 año | 66,7% | 68% | 64,7% |
| Secukinumab activo | 38/87 (43,7%) | 23/53 (43,4%) | 15/34 (44,1%) |
| Persistencia media en pacientes activos (meses) | 31,2 | 31,4 | 31,6 |
| Persistencia media en pacientes NO activos (meses) | 12,15 | 12 | 12,2 |
| Persistencia media en total de pacientes (meses) | 20,6 | 20,4 | 20,7 |
| % 1ª línea en pacientes activos | 42,1 | 43,4 | 40 |
| % 1ª línea en pacientes NO activos | 20,4 | 16,6 | 26,3 |
| Fallo primario | 25/87 (28,7%) | 14/53 (26,4%) | 11/34 (32,3%) |
| Fallo secundario | 15/87 (17,2) | 10/53 (18,8%) | 5/34 (14,7%) |
| Intolerancia | 5/87 (5,7%) | 4/53 (7,5%) | 1/34 (2,9%) |
| Abandono por efecto secundario | 4/87 (4,6%) | 2/53 (3,7%) | 2/34 (5,8%) |
| Tipo de efecto secundario | 1 inf. resp. vía alta 1 rectorragia 2 candidiasis | 2 candidiasis | 1 inf. resp. vía alta 1 rectorragia |

Conclusiones: Nuestros datos muestran una persistencia del secukinumab similar en pacientes con APs y EA, tanto en los que continúan con tratamiento como en el total de pacientes estudiados. La supervivencia del fármaco a un año también fue muy parecida en ambas patologías. La proporción de pacientes tratados en primera línea es mayor en aquellos que mantienen tratamiento activo con secukinumab, tanto si diferenciamos por indicación como si lo hacemos de forma global. En los pacientes diagnosticados de EA, el porcentaje de pacientes naïve que fracasan es algo superior al observado en el grupo con APs (26,3 vs. 16,6%).

RC51. BIOSIMILARES DE ADALIMUMAB: ¿LO MISMO PERO DIFERENTE?

J. Malave Calzada¹, A. Gallardo Pizarro², M.Á. Gantes Pedraza¹, M.Á. Abad Hernández¹, N. Lucas Collado¹, M. Torresano Andrés¹ y F. Gamero Ruiz

¹Reumatología; ²Medicina Interna. Hospital Virgen del Puerto. Plasencia.

Introducción: Los biosimilares (BS) son medicamentos equivalentes en calidad, eficacia y seguridad al fármaco biológico original. En los últimos años se ha potenciado la prescripción de BS de adalimumab, tanto naïve como *switch* en reumatología.

Objetivos: El objetivo de este estudio es evaluar las características y supervivencia de dos biosimilares de adalimumab (A-BS) en

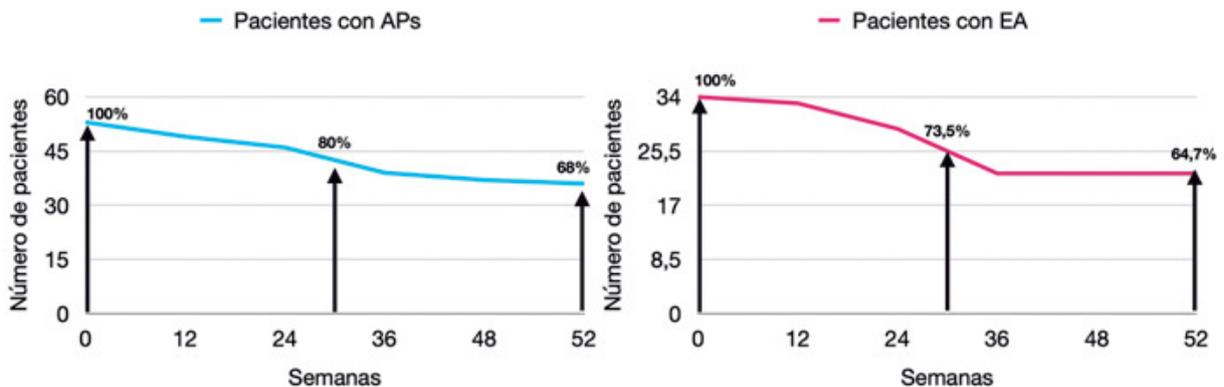
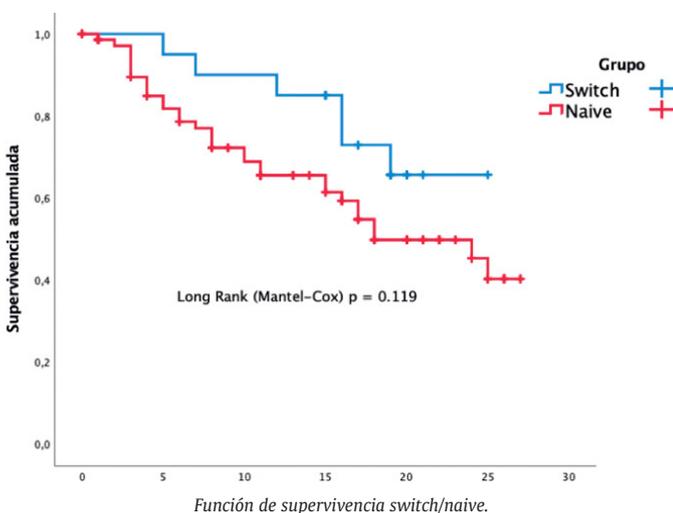


Figura 1. Persistencia de secukinumab tras 1 años de tratamiento

pacientes en los que se prescribió tratamiento, tanto de inicio, como en los que se realizó intercambio de adalimumab original a A-BS; así como evaluar el impacto económico de la utilización de BS.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo realizado en una cohorte de pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias de una consulta monográfica de biológicos (artritis reumatoide: AR, espondiloartritis: EspA y artritis psoriásica: Aps) a los que se administró tratamiento con dos A-BS distintos (imraldi o amgevita).

Resultados: Se incluyeron un total de 93 pacientes (37 AR, 44 EspA, 22 APs) con una media de edad de 53 (\pm 11) años, un tiempo medio de evolución de la enfermedad de 58 (28,5-135) meses y un tiempo medio de tratamiento de 15 (6-19,5) meses. El 62,4% de los pacientes eran mujeres. La tabla muestra las características y diferencias entre los pacientes con los distintos A-BS analizados. Dentro de las AR, el 74,3% eran seropositivas para factor reumatoide (FR) y el 81,8% para anticuerpos antipéptido citrulinados (ACPA). El 52,3% de las EspA eran HLAB27 positivas y el 72,7% de las APs tenían forma de presentación periférica, en contraste con el 18,2% que eran mixtas o axiales. Se pautó amgevita en 46 pacientes e imraldi en 47, estando el 80% de los pacientes a los que se hizo *switch* en remisión o baja actividad. No se registró ningún efecto adverso grave durante la terapia biológica. En el grupo de pacientes *naïve* se suspendió el BS en 31 pacientes: 13 por fallo primario, 9 por fallo secundario y 9 por reacciones adversas. De los 20 pacientes que realizaron *switch*, 6 suspendieron el BS: 3 por reacciones adversas (2 dolor en el punto inyección, 1 reacción cutánea, 2 por aumento actividad y 1 por diagnóstico de cáncer); 5 de los 6 pacientes volvieron a adalimumab de referencia con buena respuesta clínica. La figura 1 muestra la función de supervivencia entre pacientes *naïve* y *switch*. Los pacientes que abandonaban el BS presentaban determinaciones de proteína C reactiva (PCR) más bajas tanto previas [OR 1,27 (1,06-1,52); p 0,01] como tras inicio del tratamiento [OR 0,83 (0,73-0,94); p < 0,01] en comparación con los que continuaban con el BS. Aquellos pacientes que utilizaron en algún momento de la enfermedad menos de 2 fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) tenían menor probabilidad de discontinuar el A-BS en comparación con los que utilizaron más FAME [OR 0,03 (0,01-0,30); p < 0,01]. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo, tipo de BS utilizado, subtipo de enfermedad reumática y el uso concomitante de metotrexato o corticoides. El uso de A-BS supuso un ahorro económico de 309.388 euros durante los 22 meses que abarco el periodo de seguimiento en comparación con si se hubiese administrado A-R.



Características

| | Naïve Ada-BS (n = 73) | Switch Ada-BS (n = 20) | p-valor |
|---|--------------------------|---------------------------|---------|
| Edad, años [media (DE)] | 52,6 (11,1) | 55,6 (15,3) | 0,335 |
| Sexo | | | 0,07 |
| Femenino | 49/73 (67,1%) | 9/20 (45,0%) | |
| Masculino | 24/73 (32,9%) | 11/20 (55,0%) | |
| Diagnóstico | | | 0,169 |
| Artritis reumatoide | 29/73 (39,7%) | 8/20 (40,0%) | |
| Espondiloartritis | 23/73 (31,5%) | 11/20 (55,0%) | |
| Artritis psoriásica | 21/73 (28,8%) | 1/20 (5,0%) | |
| Uso concomitante de metotrexato | 27/73 (37,0%) | 6/20 (30,0%) | 0,562 |
| Nº FAME empleados | | | 0,662 |
| < 2 | 63/73 (86,3%) | 18/20 (90,0%) | |
| ≥ 2 | 10/73 (13,7%) | 2/20 (10,0%) | |
| PCR [mediana (p25; p75)] | | | |
| Previa a tratamiento | 4,0 (1,0-8,0) | 1,3 (1,0-3,0) | 0,111 |
| Tras inicio tratamiento | 4,0 (1,0-6,0) | 1,4 (1,0-3,7) | 0,57 |
| Tiempo de seguimiento, meses [mediana (p25; p75)] | 52,0 (26,5;116,0) | 128,5 (58,0;247,5) | < 0,001 |
| Tiempo de tratamiento, meses [mediana (p25; p75)] | 11,0 (4,0;19,0) | 18,0 (15,0;19,8) | 0,003 |
| Continuidad del tratamiento | | | 0,313 |
| Sí | 42/73 (57,5%) | 14/20 (70,0%) | |
| No | 31/73 (42,5%) | 6/20 (30,0%) | |
| Pérdidas | 0/73 (0,0%) | 0/20 (0,0%) | |
| Motivo de interrupción | | | 0,073 |
| Fallo primario | 13/31 (41,9%) | 1/6 (16,7%) | |
| Fallo secundario | 9/31 (29,0%) | 1/6 (16,7%) | |
| Reacción adversa | 9/31 (29,0%) | 3/6 (50,0%) | |
| Otra enfermedad que contraindica | 0/31 (0,0%) | 1/6 (16,7%) | |
| Remisión | 0/31 (0,0%) | 0/6 (0,0%) | |
| Coste A-BS (€) | 121,171 | 40,39 | |
| Coste A-R estimado (€) | 356,21 | 114,739 | |
| Ahorro estimado (€) | 235,039 | 74,349 | |

Conclusiones: La PCR pre y posinicio de tratamiento, junto con el número de FAME utilizados fueron los parámetros más importantes a la hora de determinar la continuidad de A-BS. El ahorro económico fue otro de los aspectos a valorar del tratamiento con A-BS.

RC52. OPTIMIZACIÓN EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA EN BAJA ACTIVIDAD TRATADOS CON APREMILAST

P. Castro Pérez¹, A. Onteniente González², Á. Aragón Díez¹ y J.M. Rodríguez Heredia¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de Getafe.

Introducción: Apremilast (APR) es un inhibidor de la fosfodiesterasa 4 que ha demostrado ser eficaz en obtener la remisión en pacientes con artritis psoriásica (APs). Sin embargo no está bien definida la mejor estrategia a seguir si se usa la optimización para mantener esta remisión.

Métodos: Se incluyeron pacientes del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario de Getafe diagnosticados de APs según los criterios CASPAR. Todos ellos fueron tratados por objetivos con APR. Se consideró baja actividad de la APs cuando el paciente cumplía al menos 5 de los 7 criterios de la MDA (Minimal Disease Activity). Aquellos que consiguieron baja actividad de su APs redujeron la dosis de administración, inicialmente un 25% (60 mg/30mg días alternos) y si posteriormente mantenían baja actividad, redujeron de nuevo la dosis otro 25% (30 mg/diario). Se consideraron reactivaciones, las de aquellos pacientes que dejaron de cumplir 5 de los 7 criterios de MDA tras la reducción de dosis.

Resultados: Un total de 50 pacientes fueron tratados con APR en nuestro servicio desde enero de 2016 hasta mayo de 2021. De esos pacientes, 18 suspendieron el tratamiento, 12 por ineficacia y 6 por efectos adversos. De los 32 pacientes que siguieron en tratamiento 8 (25%) consiguieron una baja actividad, medido por MDA. De estos

pacientes con baja actividad, 3 pacientes (37%) redujeron un 25% la dosis mientras que 4 (50%) pacientes la redujeron un 50%. 1 paciente (12%) tuvo una reactivación de su enfermedad que obligó a volver a la dosis inicial. De los pacientes optimizados 2 estaban en monoterapia, 2 usaban una combinación de metotrexato y APR. Cuatro pacientes usaban una combinación de un biológico (1 paciente adalimumab, 1 secukinumab, 1 ustekinumab y 1 ixekizumab) y APR. La reducción de dosis fue más frecuente en pacientes tratados con una combinación de APR con biológicos (4 pacientes) vs. FAME clásico (2 pacientes). Los pacientes con reducción de la dosis mantuvieron la baja actividad durante una media de 14 meses/paciente de tratamiento.

Conclusiones: Es posible mantener un buen control de la actividad de la APs en pacientes tratados con APR con pautas optimizadas con una reducción de dosis de hasta un 50% sin riesgo de reactivación de la APs. Esto es especialmente cierto cuando se combina APR con biológicos. La combinación de APR con biológico favorece la obtención de una baja actividad, una mayor reducción de dosis, mejorando la persistencia del APR. Las reactivaciones de la APs fueron muy poco frecuentes tras la reducción de dosis.

RC53. OPTIMIZACIÓN DE TERAPIA BIOLÓGICA SUBCUTÁNEA EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

C. Fuego Varela, M.D. Toledo Coello, C. Serrano Virlan y Á. Almansa Ramírez

Hospital Universitario de Jerez de la Frontera.

Objetivos: Describir nuestra experiencia clínica en la optimización de dosis de biológicos subcutáneos en pacientes con artritis psoriásica.

Métodos: Diseño: estudio observacional retrospectivo. Pacientes con artritis psoriásica en reducción de dosis de terapia biológica subcutánea. Criterios de inclusión: Artritis psoriasisica (CASPAR) que han iniciado tratamiento con fármacos biológicos subcutáneos entre 2007-2020. Criterios de exclusión: ninguno. Protocolo: los pacientes con FAMEb subcutáneos usualmente son seguidos prospectivamente en una consulta cada 6 meses siguiendo un cuestionario preestablecido. El día de la optimización de dosis se marcará como la visita basal (v0). Variables de interés: El tiempo en reducción se definió como el tiempo en el que los pacientes persisten con la optimización desde la fecha de optimización hasta la fecha de corte. Mantenimiento de la actividad media a los 6 meses de la reducción (DAPSA). Otras variables: Demográficas: tiempo de evolución de la enfermedad, clínico-analíticas: FR, índices de actividad (DAPSA) basal y los 6 meses de la optimización, uso de FAMEsc concomitantes. Motivo de la optimización (baja actividad, remisión, efectos adversos...). Estadísticos: descriptivo y análisis multivariante para identificar variables independientes asociadas al tiempo en optimización de la terapia biológica. (VD: tiempo en reducción).

Resultados: Las principales características de los 53 pacientes con artritis psoriásica y optimización de la terapia biológica subcutánea se muestran en la tabla. La mayoría eran hombres (69,8%) con una media (DE) de edad de 54 (11,45) años. La mayoría de los pacientes estaban en tratamiento con etanercept (66,1%) y el 11% estaban en tratamiento con FAMEsc concomitante. Todos los pacientes redujeron la dosis por mejoría de la actividad de la enfermedad. Datos de la reducción: a los 6 meses de la reducción la mediana (p25-p75) de actividad de la enfermedad medida por DAPSA fue de 2 (1-5). Eficacia de la reducción: Tras una media (DE) de seguimiento de 5 (3,1) años tras la optimización, 39 pacientes (73,6%) mantienen la reducción de dosis y 14 (26,4%) han tenido recaída. En el análisis multivariante se observó que la variable independiente que se asociaba al tiempo de mantenimiento de la reducción en los pacientes con artritis psoriásica fue el DAPSA medio en el momento de la optimización.

| Variables | Pacientes |
|---|------------|
| Características epidemiológicas | |
| Sexo (hombre), n (%) | 37 (69,8) |
| Edad (años), media (DE) | 54 (11,45) |
| Tiempo evolución enfermedad (años), media (DE) | 13 (5) |
| Tiempo hasta la optimización (meses), media (DE) | 49 (32,73) |
| Porcentaje de pacientes en optimización hasta la fecha de corte n (%) | 39 (73,6) |
| Características clínicas y analíticas | |
| Factor reumatoide negativo, n (%) | 48 (90,6) |
| Tratamiento concomitante con FAMEsc n (%) | 11 (20,8) |
| FAME b optimizado n (%) | |
| Etanercept | 35 (66,1) |
| Adalimumab | 17 (32,1) |
| Ustekinumab | 1 (1,9) |

Conclusiones: La mayoría de los pacientes con artritis psoriásica que inician optimización de TB, mantienen la optimización tras 5 años. El tiempo en optimización se asoció con el valor de DAPSA al inicio de la optimización de la terapia.

RC54. SECUKINUMAB EN PRACTICA CLÍNICA EN CANARIAS

A.M. García Dorta¹, P. del Coromoto León Suárez², M. Hernández Díaz¹, S.I. Peña Montelongo³, C. Rodríguez Lozano², F. Díaz González¹ y V. Hernández Hernández¹

¹Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife.

²Reumatología. Hospital Universitario Doctor Negrín. Gran Canaria.

³Reumatología. Hospital General de Fuerteventura Virgen de la Peña. Fuerteventura.

Introducción: La interleuquina 17 (IL-17) es una citoquina proinflamatoria que juega un papel importante en la patogenia de las espondiloartropatías (EspA). Secukinumab (SECU), un anticuerpo anti-IL17 ha demostrado eficacia en el tratamiento de la artritis psoriásica (APs) y la espondilitis anquilosante (EA) en ensayos clínicos aleatorizados (ECA). Sin embargo, las características clínicas de los pacientes en la práctica diaria son distintas a las de los ECA. Este estudio analiza los datos de efectividad, seguridad y persistencia del SECU en pacientes con APs y EA en práctica clínica real.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo multicéntrico desarrollado en la comunidad autónoma de Canarias. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de APs y EA según criterios CASPAR y ASAS, respectivamente. Tanto pacientes naïve o con otros biológicos previos que hubieran recibido tratamiento con SECU durante al menos 3 meses, entre los meses de noviembre de 2015 y diciembre de 2020, por indicación del reumatólogo. Se recogieron datos de actividad (reactantes de fase aguda, recuento articular, DAS28-PCR, ASDAS-PCR, BASDAI y BASFI) en la visita al inicio del fármaco, a los seis meses y anualmente hasta la fecha de fin de tratamiento o del estudio.

Resultados: Se incluyeron 138 pacientes, 61 (44%) APs y 77 (56%) EA. Las características demográficas y clínicas basales se resumen en la tabla. La actividad clínica a nivel axial en EA fue alta según scores compuestos (ASDAS-PCR 3,7 ± 0,7; BASDAI 6,5 ± 1,6 y BASFI 6 ± 2,3) al igual que en los pacientes con APs (ASDAS-PCR 3,6 ± 0,8, BASDAI 6,2 ± 2,3, BASFI 5,3 ± 2,5). A nivel periférico los pacientes con APs presentaron actividad moderada (DAS28 VSG 3,8 ± 1,4). El 34% de los pacientes recibieron el SECU en primera línea, el 66% en segunda o sucesivas, sin que hubiera diferencias en las características clínicas basales de los pacientes incluido en cada línea de tratamiento. En EA la mayoría de los pacientes recibieron SECU en monoterapia (APs 34% y EA 73%; p: 0,001). SECU mostró eficacia en cuanto a disminución de índices de actividad simples (VSG y PCR) y compuestos (DAS28-VSG, ASDAS-PCR, BASDAI y BASFI), que variaron de significativamente entre la primera y la última visita tanto en APs (p < 0,001) como en EA (p < 0,001) (fig. 1). En la persistencia global del SECU no se evidenciaron diferencias significativas entre las dos patologías (APs vs. EA; p = 0,24) ni ajustando por líneas de tratamiento ni por tiempo de evo-

| | | | | |
|---|-----------------|----------------|-------|----------------|
| Edad (años), media ± DE | 47,4 ± 11,0 | 47,6 ± 9,4 | 0,931 | 47,5 ± 10,3 |
| Hombre, n (%) | 57 (74) | 33 (54) | 0,019 | 90 (65) |
| Tiempo de evolución (años), mediana (rango IQ) | 12,9 (5,7-23,3) | 7,8 (3,6-14,7) | 0,001 | 9,4 (4,8-18,9) |
| Tipo de afectación, n (%) | | | | |
| Axial | 67(87) | 1 (2) | | |
| Axial no radiológica | 10(13) | - | | |
| Periférica | - | 38 (62) | | |
| Mixta | - | 22 (36) | | |
| HLAB27 | | | | |
| n+/n Realizados (%+) | 59/62 (95) | 7/33 (21) | | 66/95 (69) |
| No realizado, n | 15 | 28 | | 43 (31) |
| Datos clínicos, mediana (rango IQ) | | | | |
| NAD | 1 (0-6) | 3 (1-8) | | 2 (0-8) |
| NAT | 0 (0-1) | 1 (0-3) | | 0 (0-2) |
| NED | 2 (0-4) | 2 (0-6) | | 2 (0-4,7) |
| Datos analíticos, mediana (rango IQ) | | | | |
| VSG | 7,5 (3-10,2) | 11,5 (4,7-27) | 0,003 | 9 (3-18,7) |
| PCR | 4,5 (1,2-10,5) | 5,6 (1,7-12,6) | 0,263 | 4,9 (1,5-11,4) |
| Índices de actividad | | | | |
| DAS VSG, media ± DE | - | 3,8 ± 1,4 | | |
| ASDAS-PCR, media ± DE | 3,7 ± 0,7 | 3,6 ± 0,8 | | 3,5 ± 0,7 |
| BASDAI | 6,5 ± 1,6 | 6,2 ± 2,3 | | 6,4 ± 1,7 |
| BASFI | 6 ± 2,3 | 5,3 ± 2,5 | | 5,9 ± 2,3 |
| HAQ | - | 1,3 ± 0,7 | | - |
| Dosis de inicio secukinumab, n% | | | 0,001 | |
| 150 mg | 68 (88) | 28 (46) | | 96 (70) |
| 300 mg | 9 (12) | 33 (54) | | 42 (30) |
| Intensificación de dosis durante el estudio, n(%) | 11 (14) | 10 (16) | 0,732 | 21 (15) |
| Pacientes en monoterapia, n (%) | 56 (73) | 21 (34) | 0,001 | 77 (56) |
| Línea de tto de Secukinumab, n (%) | | | 0,501 | |
| 1 | 29 (38) | 18 (30) | | 47 (34) |
| 2 | 13 (17) | 14 (23) | | 27 (20) |
| ≥ 3 | 34 (45) | 29 (48) | | 63 (46) |
| Anti TNF previo n (%) | 47 (61) | 41(68) | 0,473 | 88 (64) |

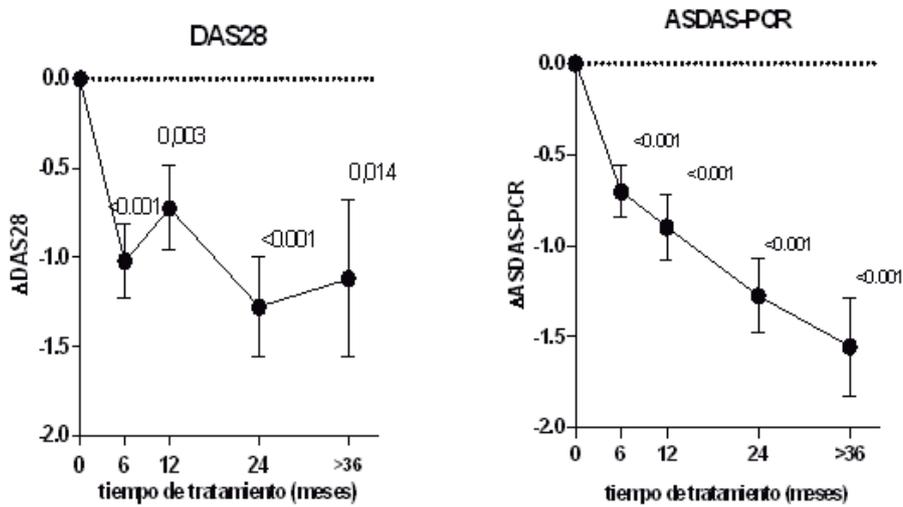


Figura 1. Evolución de los índices de actividad entre la primera visita a la visita del mes 36.

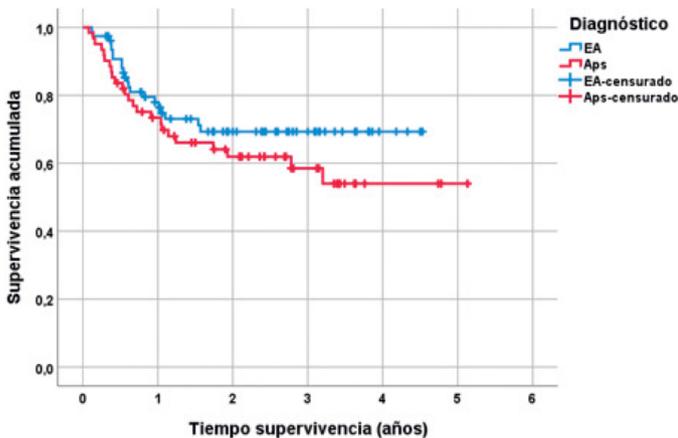


Figura 2. Supervivencia global de la enfermedad.

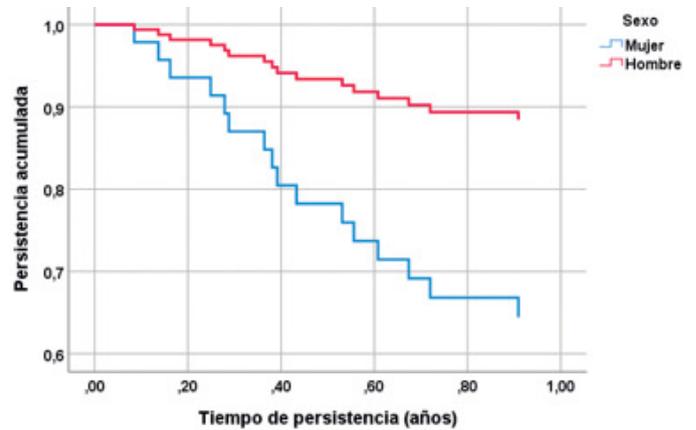


Figura 3. Supervivencia por sexos en Aps al año.

lución de la enfermedad (fig. 1). Si se observó mayor supervivencia en los pacientes que iniciaron el tratamiento con dosis de 300 mg ($p = 0,005$). La persistencia del SECU tras el primer año fue superior al 75% en ambas patologías. En APs la persistencia fue significativamente mayor en hombres que en mujeres (88% vs. 72%; $p = 0,28$), ajustando por tiempo de evolución de la enfermedad, línea de tratamiento y dosis inicial. En EA se observó la tendencia contraria, sin alcanzar significación estadística (varones 75% vs. mujeres 94%, $p = 0,141$).

Conclusiones: El secukinumab es un fármaco eficaz para el manejo clínico en práctica real de la artritis psoriásica y de la espondilitis anquilosante. La persistencia del secukinumab al primer año es superior al 75% en ambas patologías. En artritis psoriásica la persistencia del secukinumab al primer año es significativamente mayor en varones que en mujeres, sin que otros factores como el tiempo de evolución de la enfermedad, la línea de tratamiento o la dosis inicial parezcan condicionarla.

RC55. EL VIAJE DE LA ESPONDILOARTRITIS AXIAL EN ESPAÑA: DESDE ATENCIÓN PRIMARIA HASTA REUMATOLOGÍA

E. Flores Fernández¹, C. Valera-Ribera¹, I. Vázquez-Gómez¹, A.V. Orenes-Vera¹, E. Valls-Pascual¹, À. Martínez-Ferrer¹, D. Ybáñez-García¹, A. Sendra-García² y J.J. Alegre-Sancho¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia.

Introducción: El retraso diagnóstico en la espondiloartritis axial (EspAx), con la morbilidad y carga económica que eso supone, es bien conocido. De acuerdo con el Atlas de Espondiloartritis Axial en España de 2017, la media de retraso diagnóstico es de 8,5 años, con un coste medio por paciente de 659,8€ incluyendo consultas médicas y pruebas complementarias realizadas hasta que se llega al diagnóstico definitivo. Sin embargo, a pesar de los avances en los conocimientos y herramientas diagnósticas, actualmente sigue habiendo pacientes que son remitidos de forma incorrecta desde atención primaria (AP).

Objetivos: Describir el viaje de los pacientes con EspAx hasta su diagnóstico y tratamiento. Analizar los costes adicionales derivados del retraso en la remisión de los pacientes a reumatología.

Métodos: Se ha diseñado un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se incluyeron pacientes remitidos al Servicio de Reumatología del Hospital Doctor Peset desde enero de 2019 hasta diciembre de 2020 cuyo diagnóstico definitivo fue EspAx. Se recogieron datos desde el primer contacto de estos pacientes con AP, incluyendo consultas al servicio de Urgencias y otros especialistas. También se registraron el número de consultas, de pruebas complementarias (analíticas y de imagen), y los costes directos derivados de todas ellas. Se llevó a cabo un análisis descriptivo y asociativo de estos datos usando el *software* estadístico SPSS. Se usó la media y la desviación típica (S) para el análisis descriptivo y un valor de p significativo $< 0,05$.

Resultados: Desde enero de 2019 hasta diciembre de 2020, 20 pacientes fueron diagnosticados de EspAx en nuestro centro, con una media de edad de 45 años (S 14,3), de los cuales 14 fueron varones y 6 mujeres. El principal motivo de derivación fue por lumbalgia de ritmo inflamatorio (65%). El 65% de los pacientes fue remitido desde AP, seguido por urgencias hospitalarias (20%). A pesar de presentar sintomatología típica, 5 pacientes (25%) fueron remitidos previamente a traumatología, de los cuales 4 pacientes fueron remitidos de nuevo a AP sin el correcto diagnóstico. Un 35% había acudido previamente a Urgencias por lumbalgia. El tiempo medio de retraso diagnóstico, desde la primera consulta médica hasta el diagnóstico definitivo en nuestro centro fue de 2,05 (S 2,5) años. Una derivación errónea se relacionó de forma significativa con un retraso en el diagnóstico ($p = 0,002$) y un aumento de los costes por paciente ($p = 0,01$). El coste medio adicional por paciente, de aquellos no

remitidos directamente a reumatología, o que tuvieron que acudir a Urgencias, fue de 693,30 (S 707)€.

Conclusiones: La EspAx es una enfermedad con un innegable retraso diagnóstico, pero parece ser menor en nuestro centro de lo reportado por otros estudios. Una derivación errónea a otros especialistas, principalmente a traumatología, se asocia significativamente con un retraso diagnóstico y un coste adicional en el manejo de estos pacientes. Esto demuestra que existe todavía una necesidad de mejorar el manejo y derivación de los pacientes con espondiloartritis axial desde atención primaria a reumatología, asegurando así un diagnóstico y tratamiento precoz, con el menor coste para el sistema sanitario. Nuestro estudio tiene limitaciones debido al pequeño tamaño muestral, pero los resultados preliminares indican que sería necesario un estudio a mayor escala para evaluar correctamente la magnitud de este problema.

RC56. EVALUACIÓN DE LA VARIABILIDAD INTERPRESCRIPTOR EN LOS CAMBIOS DE TRATAMIENTO BIOLÓGICO/DIRIGIDO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS

F.J. Navarro Blasco¹, M. Llinares Esquerdo², L. Peral Ballester², G. Miralles Andreu², M. Pomares Bernabeu², A. García Monsalve² y A. Navarro Ruiz²

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Farmacia. Hospital General Universitario de Elche.

Objetivos: El objetivo del presente estudio es describir los motivos de cambio de tratamiento o *switch* de agentes modificadores de la enfermedad (FAMES) biológicos o dirigidos en un hospital terciario. Adicionalmente, se pretende calcular la tasa de sustitución de tratamiento biológico/dirigido por prescriptor para evaluar la concordancia ante la ausencia de algoritmos terapéuticos de decisión validados y universalmente aceptados.

Métodos: Estudio descriptivo observacional retrospectivo y longitudinal llevado a cabo en un hospital terciario. Se incluyeron todos los cambios de principio activo en pacientes adultos con enfermedad reumática (artritis reumatoide (AR), artropatía psoriásica (APs) y espondilitis anquilopoyética (EA) y que estaban en tratamiento con FAMES biológicos y/o sintéticos efectuados en el periodo de estudio (enero-diciembre 2019). Los datos se obtuvieron de las actas de la comisión de biológicos del departamento de salud y la revisión de las historias clínicas.

Resultados: En el periodo de estudio se identificaron un total de 100 casos de *switch* correspondientes a 75 pacientes y 4 prescriptores del S. Reumatología. Las características de los pacientes pueden verse en la tabla 1. Antes de la solicitud de cambio de tratamiento, los pacientes habían sido tratados con una media de $1,58 \pm 1,7$ agentes biológicos/dirigidos. La media de tratamientos por patología fue $1,98 \pm 1,9$ para AR, $1,2 \pm 1,5$ para APs y $1,3 \pm 1,6$ para EA. Los casos de cambio de agente terapéutico se resumen en la tabla 2. La principal razón (61%) para solicitar el *switch* fue el fallo secundario. En el 68,9% de éstos se solicitó un cambio en la diana de acción. Por otro lado, en los pacientes que no habían conseguido una respuesta desde el inicio del tratamiento, el porcentaje de cambio de diana terapéutica fue de 77,8%. Del total de 80 casos de *switch* por fallo de tratamiento (primario/secundario), en 44 se utilizaron Índices de actividad para evaluar el estado de la enfermedad (*Disease Activity Score-28* (DAS28) $n = 27$, *Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index* (BASDAI) $n = 17$). En los 36 casos restantes la evaluación de la actividad se realizó mediante recuento de articulaciones, exploración física, parámetros analíticos u otros datos complementarios. En cuanto a la tasa de sustitución del tratamiento en los pacientes con enfermedad reumática, no se entraron diferencias estadísticamente significativas entre prescriptores (p -valor = 0,191, test chi-cuadrado).

Tabla 1. Características generales de los pacientes con switch

| | Total n = 75 | AR n = 34 | APs n = 26 | EA n = 15 |
|--------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Edad (años) | 57,5 (25-83) | 60,5 (25-83) | 56,1 (35-82) | 53,0 (41-77) |
| Mujeres n (%) | 56 (74,7) | 32 (94,1) | 18 (69,2) | 6 (40,0) |
| Hombres n (%) | 19 (25,3) | 2 (5,9) | 8 (30,8) | 9 (60,0) |
| Comorbilidades ≥ 2 n (%) | 37 (49,3) | 19 (55,9) | 11 (42,3) | 7 (46,7) |

AR: artritis reumatoide; APs: artropatía psoriática; EA: espondilitis anquilosante.

Tabla 2. Casos evaluados para switch de tratamiento por motivo de cambio y prescriptor

| | Total | Prescriptor | | | |
|---|---------|-------------|------------|------------|------------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Nº de pacientes en tratamiento con biológicos | 533 | 151 | 85 | 186 | 111 |
| Casos de switch n (%) | 100 | 33 (21,85) | 18 (21,18) | 26 (13,98) | 23 (20,7%) |
| Motivo del cambio | 19 (19) | 7 (21,2) | 2 (11,1) | 4 (15,4) | 5 (21,7) |
| Fallo primario n (%) | 61 (61) | 21 (63,6) | 11 (61,1) | 14 (53,8) | 15 (65,2) |
| Fallo secundario n (%) | 11 (11) | 1 (3,0) | 2 (11,1) | 5 (19,2) | 3 (13,0) |
| Intolerancia n (%) | 1 (1) | 0 (0,0) | 1 (5,6) | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| Embarazo n (%) | 6 (6) | 4 (12,1) | 1 (5,6) | 1 (3,8) | 0 (0,0) |
| Decisión del paciente n (%) | 2 (2) | 0 (0,0) | 0 (0,0) | 2 (7,7) | 0 (0,0) |
| Desconocido n (%) | | | | | |

Conclusiones: Las evidencias del presente estudio muestran que los criterios clínicos y patológicos tenidos en cuenta por parte de los diferentes componentes del equipo de Reumatología coinciden y no existe una desviación en la aplicación de los mismos para realizar el switch de tratamientos con FAME biológicos o dirigidos en las diferentes enfermedades evaluadas. Sería interesante evaluar esta misma coincidencia a nivel de la comunidad para homogeneizar los criterios y validar los protocolos para realizar estos cambios de tratamiento.

RC57. TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS: SUPERVIVENCIA EN PRÁCTICA CLÍNICA

D. Roig Vilaseca¹, M. Martín-Baranera², V. Navarro Ángeles¹, D. Cerdà Gabaroi¹, P. Estrada Alarcón¹, S. Heredia Martín¹, O. Camacho Alcázar¹, S. García Díaz¹ y D. Reina Sanz¹

¹Servicio de Reumatología; ²Departamento de Epidemiología. Complex Hospitalari Moisès Broggi. Sant Joan Despí.

Introducción: Los tratamientos biológicos son fármacos que han demostrado mejorar el pronóstico de la enfermedad y la calidad de vida del paciente. No obstante, un porcentaje importante de ellos discontinúan el tratamiento. La supervivencia de un fármaco es un marcador de éxito terapéutico que mide la efectividad del tratamiento, sus efectos adversos y las preferencias del enfermo y del médico. Conocer la supervivencia de los tratamientos biológicos permite una elección terapéutica más personalizada y mejora el manejo de la enfermedad.

Objetivos: Conocer la supervivencia de los tratamientos biológicos y los factores que pueden influenciarla.

Métodos: El estudio incluye los pacientes que han recibido tratamiento biológico en el Servicio de Reumatología hasta 10/5/21, recogidos en una base de datos diseñada para su seguimiento administrativo. Los datos seleccionados para el análisis han sido sexo, edad al inicio del primer tratamiento, diagnóstico, tipo de tratamiento, orden del tratamiento cuando han sido varios los realiza-

dos, fechas de inicio y fin del tratamiento, y motivo de la finalización. Se ha realizado un análisis descriptivo y un análisis de la supervivencia del tratamiento biológico. Los factores significativos se han introducido en un modelo de regresión de Cox.

Resultados: Se han analizado 521 pacientes, 333 (63,9%) mujeres. La edad media al inicio del primer tratamiento era de 50,64 ± 14,33 años (15,1 a 89,2). 297 pacientes (57,0%) habían recibido solo un tratamiento biológico, 119 dos tratamientos, y el resto 3 o más tratamientos (2 pacientes recibieron hasta 9 tratamientos). La artritis reumatoide (AR) fue la indicación más frecuente (238 pacientes (45,7%)), seguido de las espondiloartropatías axiales (EA y formas indiferenciadas) (EA) con 115 pacientes (22,1%) y la artropatía psoriática (ApS) en 97 casos (18,6%). El resto, 71 pacientes, tenían otras enfermedades. Como primera opción de tratamiento, 348 pacientes (66,8%) habían recibido anti-TNF, 51 (9,8%) anti-IL6, 19 (3,6%) anti-IL17/12/23, 14 (2,7%) pequeñas moléculas, y 89 (17,1%) otros biológicos. El motivo de finalización más frecuente del primer fármaco fue la ineficacia primaria (51 pacientes, 21,4%) o secundaria (67 pacientes, 28,2%). En 34 casos (14,3%) fue por efectos secundarios y, en 14 casos por mejoría clínica (2 pacientes, 0,8%) o remisión (12 pacientes, 5,0%). En el análisis de supervivencia del primer fármaco se observó que tenía tendencia a ser mayor en hombres que en mujeres ($p = 0,084$), pero no se observaron diferencias por grupos de edad (< 45 años, 45-55 años y > 55 años), enfermedad (AR, ApS, EA y otras) o tipo de biológico (anti-TNF, pequeñas moléculas, anti-IL6, anti-IL17/12/23 y otros tratamientos). Cuando se compara la supervivencia del primer biológico con la del resto, se observa una diferencia significativa a favor del primer tratamiento ($p = 0,000$). En el modelo multivariante el sexo es el único factor que influye en la supervivencia del primer tratamiento biológico ($p = 0,046$). Cuando se comparan solo pacientes que han recibido tratamiento con biosimilar o el correspondiente de marca, el haber utilizado un biosimilar se asocia a una menor supervivencia, de forma significativa ($p = 0,044$).

Conclusiones: En nuestro estudio el sexo es el único factor independiente relacionado con la supervivencia del tratamiento biológico (mayor en hombres que en mujeres). Para los fármacos que disponen de biosimilar, el uso de éstos se asocia a menor supervivencia.

RC58. UTILIDAD DE LA CONSULTA ELECTRÓNICA EN EL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA DE UN HOSPITAL TERCIARIO

N. de la Torre Rubio, O. Rusinovich, M. Pavía Pascual, P. Navarro Palomo, M. Machattou, H. Godoy Tundidor, M. Fernández Castro, C. Barbadillo Mateos, M. Espinosa Malpartida, C. Merino Argumáñez, J. Sanz Sanz, L.F. Villa Alcázar, J. Campos Esteban y J.L. Andréu Sánchez

Servicio de Reumatología. Hospital Puerta de Hierro Majadahonda.

Objetivos: Analizar la demanda de Atención Primaria y su resolución mediante el sistema de consulta electrónica del servicio de Reumatología de un hospital terciario.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los datos recogidos en el sistema de peticiones e informado (SIPE) que da soporte a la consulta electrónica entre los médicos de Atención Primaria del área sanitaria y el servicio de Reumatología de un hospital terciario entre los meses de julio de 2020 y mayo de 2021. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, motivo de consulta, tiempo de respuesta en días y destino (seguimiento en atención primaria/hospitalaria). Se utilizó estadística descriptiva para la presentación de los resultados.

Resultados: Se recogieron las últimas 500 consultas electrónicas consecutivas registradas en el sistema, referidas a 496 pacientes. La media de edad fue de 59,5 ± 17,7 años; 74,2% mujeres. El

tiempo medio de respuesta fue de 2 días, la mediana de respuesta 1 día y el rango 0-45. Los motivos de consulta fueron: valoración de osteoporosis 55 (11%), ajuste de tratamiento 50 (10%), pedir cita 49 (9,8%), pérdida de seguimiento 43 (8,6%), valoración de patología local-regional 39 (7,8%), solicitud de infiltración 28 (5,6%), sospecha de artritis reumatoide 19 (3,8%), brote 18 (3,6%), sospecha de polimialgia reumática o arteritis de células gigantes 16 (3,2%), consulta vacuna COVID 14 (2,8%), fenómeno de Raynaud 13 (2,6%), valoración de monoartritis 12 (2,4%), efectos adversos del tratamiento 11 (2,2%), valoración de poliartritis 11 (2,2%), sospecha de espondiloartritis 11 (2,2%), sospecha de artritis psoriásica 8 (1,6%), dolor generalizado 7 (1,4%), sospecha de síndrome de Sjögren 5 (1%), sospecha de lupus eritematosos sistémico 1 (0,2%), sospecha de otras enfermedades autoinmunes sistémicas 9 (1,8%), otros 81 (16,2%). El 57,4% (287) de los pacientes necesitaron ser citados en la consulta externa de Reumatología y en el 42,6% de los pacientes (213) la consulta electrónica fue resolutoria y no fue necesario el desplazamiento del paciente al centro hospitalario.

Conclusiones: La consulta electrónica permite resolver en una media temporal de dos días el 42,6% de los pacientes que, sin la misma, se hubieran derivado a atención especializada. Los principales motivos de consulta fueron la valoración de osteoporosis y la aclaración de dudas sobre el tratamiento de pacientes que ya se encontraban en seguimiento por el servicio.

RC59. POSIBLE SOLUCIÓN A LAS NUEVAS DIFICULTADES ASISTENCIALES DE LA POBLACIÓN RURAL

M.Á. Gantes Pedraza, J. Malave Calzada, N. Lucas Collado, M.Á. Abad Hernández, F. Gamero Ruiz y M. Torresano Andrés

Servicio de Reumatología. Hospital Virgen del Puerto. Plasencia.

Introducción: Vivimos un déficit de médicos en la Salud Pública. Este hecho se agrava especialmente en las áreas consideradas rurales, como le ocurre al norte de la provincia de Cáceres. Indirectamente, la especialidad de reumatología se ha visto afectada por la derivación de los médicos de Atención Primaria (AP) de pacientes considerados en un primer momento susceptibles de valoración por traumatología o rehabilitación. La buena respuesta por parte del reumatólogo se ha considerado clave para la creación de un protocolo adecuado y consensuado por las diferentes partes implicadas tras varias reuniones presenciales. Este protocolo de consultas de aparato locomotor (CAL), define principalmente la patología musculoesquelética que puede ser adecuadamente valorada y tratada por el reumatólogo como parte de una mejora asistencial a nuestra población, que, a efectos prácticos, es aquella no subsidiaria de intervención quirúrgica ni traumática. La derivación es llevada a cabo desde AP a través del espacio digital por e-consultas, que son debidamente respondidas por parte del servicio de reumatología (REU), y canalizadas. Posteriormente a su aplicación, se han mantenido reuniones virtuales por videoconferencia para ver el grado de satisfacción de los profesionales sanitarios, aclaración de dificultades observadas y posibles mejoras.

Métodos: Se trata de un estudio transversal desde noviembre de 2020 a abril de 2021. Se recogieron datos cuantitativos de e-consultas realizadas en este periodo a CAL desde AP, valoradas por dos reumatólogos con varias posibilidades de respuesta: cita en CAL, cita en REU, cita en Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT), cita en Rehabilitación (RHB), consultas desestimadas/respondidas (en las cuales existían bien citas duplicadas, no se ajustaban al protocolo, o se solicitaba más información para la derivación). También se recogen datos de los pacientes atendidos en CAL: alta en primera consulta, revisión tras pruebas complementarias y pacientes no presentados.

Resultados: De los 113.066 usuarios del Área de Salud de Plasencia, se han recibido un total de 2595 e-consultas (2'3% de la población), las cuales han sido valoradas y derivadas a las diferentes especialidades o respondidas/desestimadas: CAL 1.491; REU 533; RHB 48; respondidas/desestimadas 145 (fig. 1). Del total de e-consultas, un 78% de ellas han sido atendidas por reumatólogos de manera presencial, en CAL o REU, 1.005 y 461 pacientes respectivamente. De los 1.005 pacientes nuevos vistos en CAL, 580 han sido tratados en acto único (57,7%) y han requerido una revisión 425 (42,3%) (fig. 2).

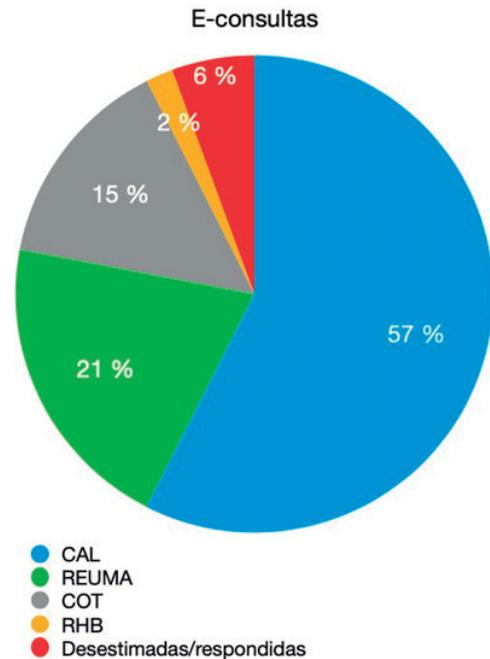


Figura 1

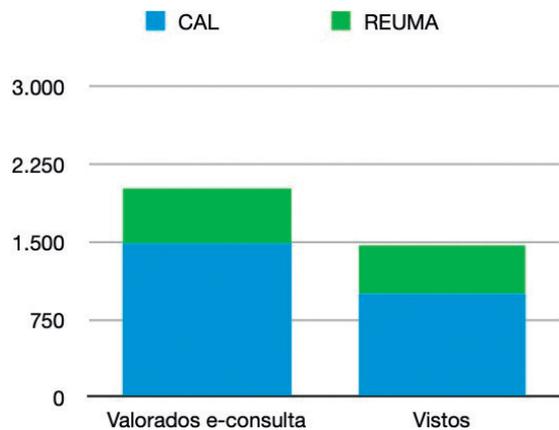


Figura 2

Conclusiones: Los datos reflejados en este estudio van en consonancia con otros publicados, en relación a consultas de atención médica por parte del reumatólogo a pacientes con patología del aparato locomotor. Hasta un 78% de las consultas pueden ser respondidas por un reumatólogo, requiriendo algo más de la mitad una única consulta para tratar su patología. La valoración de las e-consultas las consideramos un avance para un primer contacto con la historia del paciente, y una adecuada adaptación del servicio a las necesidades médicas individuales. Somos conscientes de que este hecho requiere tiempo de los profesionales, pero a la vez mejora la atención al paciente, a medio plazo disminuye listas de espera, las com-

plicaciones derivadas de la atención tardía y probablemente implique un mejor aprovechamiento de los recursos,

RC60. IMPLEMENTACIÓN DE LA TELECONSULTA COMO VÍA DE COMUNICACIÓN ENTRE EL REUMATÓLOGO Y ATENCIÓN PRIMARIA: UNA HERRAMIENTA ÚTIL EN TIEMPOS DE COVID

I. García Hernández, D. Mendoza Mendoza, P. Muñoz Reinoso y J.J. Pérez Venegas

Hospital Universitario Virgen Macarena

Introducción: La teleconsulta es una herramienta que permite la relación directa entre atención primaria y atención hospitalaria especializada. El aumento de la demanda asistencial y la dificultad para dar respuesta a la misma ha acelerado su implantación en diferentes especialidades¹. Su finalidad principal es mejorar la eficiencia en las consultas y la pandemia por SARS-CoV-2 ha favorecido su auge. El Hospital Universitario Virgen Macarena pone en marcha en 2020 el proyecto E-Hermes para la implantación de teleconsultas, teniendo acceso a esta herramienta todos los centros de salud del área que atiende a 485.000 habitantes.

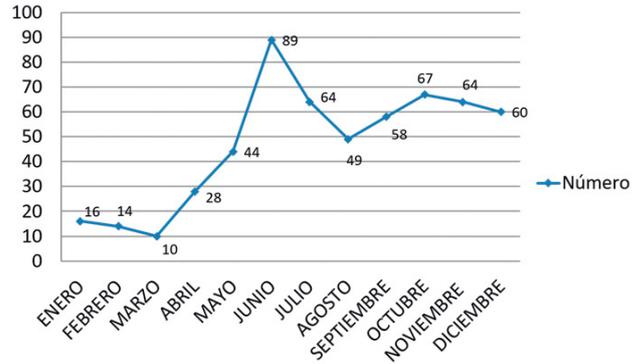
Objetivos: El objetivo primario es describir nuestra experiencia con el uso de teleconsulta y su utilidad como nueva modalidad de atención especializada especialmente en la situación actual de pandemia COVID-19. Los objetivos secundarios son identificar motivos de consulta y diagnósticos realizados.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se analizan las teleconsultas realizadas desde AP (47 centros) a Reumatología durante el 2020. Se realizaron a través de la herramienta "Plataforma de Teleconsultas del Servicio Andaluz de Salud". La respuesta dada a AP se engloba en 4 modelos: No tributario (no relacionado con la especialidad), Alta (se concluye un diagnóstico y actitud terapéutica), Citar en consulta y Seguimiento (se solicita más información). Se analizaron motivos de consulta, diagnósticos, tiempo y tipo de respuesta.

Resultados: Se realizaron 547 teleconsultas. El 54,5% (n 298) se cerraron como Alta, 27,4% (n 150) Citar en consulta, 17,7% (n 97) Seguimiento, 0,4% (n 2) no tributario. El tiempo medio de respuesta fue de 2 días y 16 horas. El motivo más frecuente de consulta fue poliartalgias (26,7%), estableciéndose un diagnóstico tras su valoración en el 89% de ellas. 30,8% fueron artropatías inflamatorias, 19,9% (n 29) artrosis, 12,3% (n 18) fibromialgia, 6,9% (n 10) polimialgia reumática, 2,7% osteoporosis y 2,1% conectivopatías. Otro motivo de consulta frecuente fue osteoporosis (13,5%) de las cuales en el 85,1% se confirmó el diagnóstico y/o necesidad de revisión. Se emitió un diagnóstico vía telemática en el 89,6% de las consultas (tabla). El 27,4% de las teleconsultas se citaron para evaluación presencial de forma preferente. Analizamos la distribución temporal (fig.). En la fase de confinamiento por COVID-19 y hasta el fin de las restricciones completas de movilidad (14 marzo-21 junio), el número de consultas aumentó, alcanzando el máximo en junio, comportamiento que ha persistido en los periodos de empeoramiento de la situación sanitaria (octubre/noviembre).

| Diagnóstico | Porcentaje (N) |
|---|----------------|
| Osteoporosis | 15,5% (85) |
| Artrosis | 14,9% (81) |
| Lesiones de partes blandas | 10,5% (57) |
| Algias mecánicas/inespecíficas sin datos de enfermedad inflamatoria | 8,8% (47) |
| Artritis reumatoide | 7,1% (39) |
| Fibromialgia | 6,5% (35) |
| Conectivopatía | 6,2% (34) |
| Polimialgia reumática | 5,7% (31) |
| Sospechas de espondiloartritis | 4,9% (26) |
| Artritis psoriásica | 4,2% (23) |
| Artritis microcristalinas | 4,2% (23) |
| Artritis seronegativas | 1,1% (6) |

FIGURA 1. EVOLUCIÓN ANUAL DE TELECONSULTAS A REUMATOLOGÍA



Conclusiones: Más de la mitad de las teleconsultas realizadas se resolvieron sin valoración presencial estableciéndose un diagnóstico en casi un 90%. Cuando la patología requería una valoración prioritaria, se citó a los pacientes forma presencial, demostrando por tanto ser eficaz para el acceso rápido al reumatólogo. Esto permitió el diagnóstico precoz de artropatía inflamatoria, que se detectó en la cuarta parte de las consultas siendo también una herramienta útil para diagnóstico y seguimiento de la osteoporosis. La teleconsulta facilita una respuesta rápida, tomando un papel aún más relevante en la situación actual de pandemia.

Bibliografía

1. Oliva X, et al. Virtual referral system between specialized endocrinological care and primary care. *Endocrinol Nutr.* 2013;60:4-9.

RC61. EFICACIA Y SEGURIDAD DE ANAKINRA EN PACIENTES COMPLEJOS CON GOTA: SERIE DE CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

S.R. Jeria Navarro, H. Sang Park², E. Calvo-Aranda³, F. Sánchez-Aranda³, D. Lobo¹, L. Sainz¹, H. Codes¹, A. García-Guillén², A. Millán¹, S. Fernández¹, P. Moya¹, B. Magallares¹, I. Castellví¹, H. Corominas¹ y C. Díaz-Torné¹

¹Hospital Universitario de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

²Hospital Dos de Mayo. Barcelona. ³Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid.

Introducción: La gota es la artritis inflamatoria más frecuente. Se produce por el depósito de cristales de urato monosódico (UMS) a nivel articular. Es frecuente la asociación con comorbilidades como hipertensión arterial (HTA), enfermedad renal crónica (ERC), diabetes mellitus tipo 2 (DM2) o enfermedad cardiovascular (ECV). El tratamiento habitual de los brotes de gota son antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), glucocorticoides o colchicina. Estos medicamentos están contraindicados en ciertos pacientes complejos. El antagonista del receptor de IL-1 anakinra puede ser una opción terapéutica.

Objetivos: Realizar una revisión sistemática exploratoria de la eficacia y seguridad de anakinra. Describir una serie de casos de pacientes complejos con gota.

Métodos: Estudio retrospectivo y observacional para describir la exposición y los resultados de pacientes complejos con gota de dos hospitales universitarios tratados con anakinra entre enero de 2009 a diciembre de 2020. Para la revisión de la literatura, se realizó una búsqueda en la base de datos PubMed entre enero de 2000 hasta diciembre de 2020. Se utilizaron términos MeSH y texto libre utilizando diferentes combinaciones referentes a anakinra, bloqueo IL-1 y brote de gota. Los pacientes de la serie de casos se incluyeron en el análisis global de resultados.

Resultados: El estudio incluyó 453 pacientes, 431 (95,1%) tratados en brote y 22 recibieron tratamiento crónico (> 12 semanas). Se analiza-

ron 505 brotes. Las características clínicas y demográficas de los pacientes con gota se muestran en la tabla. Algunos de estos pacientes presentaban formas atípicas de la enfermedad, como gota espinal, síndromes autoinflamatorios o artritis esternoclavicular. La mayoría de los pacientes presentaban comorbilidades, alrededor del 60% de los pacientes presentaban una o más, siendo la más frecuente hipertensión arterial en 130 (70,7%), 41 (14,7%) pacientes trasplantados, hospitalizados con brote de gota 262 (57,8%) y 52 (19,8%) fueron tratados con anakinra en el curso de una infección activa. Se describieron diferentes regímenes de tratamiento, la frecuencia de administración diaria fue la más utilizada (98%), con < 7 días en un 92,8%. En el grupo crónico, el seguimiento más largo fue de 5 años. Anakinra fue eficaz en el 93% de los pacientes tratados en brotes y en el 90,9% de los pacientes crónicos. En general, anakinra fue bien tolerado. En el régimen de brote, se registraron 34 (7,8%) efectos adversos, 7 (1,6%) reacciones en el sitio de punción, 5 (1,1%) alteraciones hematológicas reversibles y 5 (1,1%) infecciones agudas (infección H1N1, herpes zóster, infección de vía aérea alta, absceso pulmonar y pielonefritis nosocomial). En tratamiento crónico, los eventos adversos infecciosos fueron más frecuentes, se informaron 7(32%) infecciones: 2 tofos infectados por *S. aureus*, absceso pulmonar por *S. aureus*, erisipela en extremidad inferior, infección del tracto urinario por *S. grupo B*, artritis séptica de rodilla por *S. aureus*, linfadenitis cervical tuberculosa.

Características clínicas y demográficas de los pacientes con gota tratados con anakinra

| | |
|---|----------------|
| Número de pacientes/brotes, n | 453/505 |
| Sexo, hombres n, (%) | 375 (83) |
| Edad, años (± DE) | 60,9 (± 10,07) |
| Poliarticular, n (%) | 125 (47,5) |
| Tofos, n (%) | 182 (66,9) |
| Comorbilidades | |
| Hipertensión arterial crónica, n (%) | 130 (70,7) |
| Insuficiencia cardíaca crónica, n (%) | 138 (41,4) |
| Enfermedad renal crónica ≥ estadio 3, n (%) | 225 (52,8) |
| Diabetes mellitus tipo 2, n (%) | 150 (38,5) |
| Trasplantados, n (%) | 41 (14,7) |
| Dializados, n (%) | 13 (21,6) |
| Tratamientos previos a anakinra | |
| Colchicina, n (%) | 165 (43,1) |
| AINE, n (%) | 46 (12) |
| Glucocorticoides, n (%) | 193 (50,4) |

Conclusiones: Anakinra ha demostrado su eficacia en pacientes complejos con gota y refractarios a tratamiento estándar. El régimen de brote mostró un buen perfil de seguridad. En el régimen crónico, los efectos secundarios, especialmente las infecciones, fueron más frecuentes. Es necesario confirmar estos hallazgos con ensayos clínicos controlados para incluirlos en recomendaciones de tratamiento en situaciones especiales de brotes de artritis gotosa.