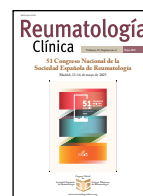




Sociedad Española
de Reumatología
Colegio Mexicano
de Reumatología

Reumatología Clínica

www.reumatologiaclinica.org



TRABAJOS ACEPTADOS SOLO PARA PUBLICACIÓN

51 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología

Madrid, 13-16 de mayo de 2025

RC001. ESTUDIO SOBRE LA ADHERENCIA A FAME BIOLÓGICOS O SINTÉTICOS DIRIGIDOS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO GALDAKAO-USANSOLO

Nahia Plaza Aulestia¹, Oihane Ibarguengoitia-Barrena^{1,2}, Itziar Calvo-Zorrilla¹, Irati Urionaguena-Onaindia¹, Nuria Vegas Revenga^{1,2}, David Montero-Seisdedos¹, Lucía Vega-Álvarez¹, José Francisco García-Llorente¹ y Alejandro Olivé Marqués³

¹Hospital Universitario Galdakao-Usansolo. ²Profesora Asociada EHU/UPV. ³Práctica Privada. Barcelona.

Introducción: La falta de adherencia a los tratamientos crónicos es un problema de salud a nivel mundial, implicando un coste sanitario elevado, aumento de la morbilidad y mortalidad de los pacientes y limitando su calidad de vida.

Objetivos: El objetivo de este estudio es medir la tasa de adherencia de los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad biológicos o sintéticos dirigidos (FAMEb/sd) en pacientes con artritis reumatoide (AR) y describir los factores que puedan estar relacionados.

Métodos: Estudio descriptivo transversal consecutivo en el que se incluyen pacientes diagnosticados de AR en tratamiento con FAMEb/sd. Los criterios de inclusión son: ≥ 18 años, cumplir los criterios de clasificación de ACR/EULAR 2010, tratamiento con FAMEb/sd por lo menos durante los últimos seis meses y firmar el consentimiento informado. Se recogen las variables sociodemográficas y clínicas relacionadas con la AR (seropositividad, enfermedad erosiva, actividad de la enfermedad mediante DAS-28, FAMEb/sd actual, previo y fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad sintéticos convencionales (FAMEsc) o glucocorticoides (GC) concomitantes) y los cuestionarios (*Compliance Questionnaire on Rheumatology* [CQR], *8-item Morisky Medication Adherence Scale* [MMAS-8], *test de Batalla* y *health assessment questionnaire* [HAQ]) cumplimentados por los pacientes.

Resultados: Se reclutaron 56 pacientes, pero 54 completaron correctamente todos los cuestionarios. La media de edad fue de $49,44 \pm 12,59$ años y el 75% de los pacientes fueron mujeres. El porcentaje de adherentes según CQR y MMAS-8 fue de 72,2% y 53,7%, respectivamente. La cantidad de terapias biológicas previas se relacionó con una mayor falta de adherencia ($p < 0,0373$), según CQR. No

hubo diferencias respecto a otras variables sociodemográficas ni clínicas de AR. Aunque no hubo diferencias estadísticamente significativas, los pacientes con dislipemia y diabetes mellitus tienden a ser menos adherentes y presentan cifras mayores de HAQ (según MMAS-8).

Tabla 1 Características clínicas de los pacientes con AR

Características de la enfermedad	Total (n=56)
Duración media +/- DE	13,18 +/- 9,99
FR +, n (%)	39 (69,6)
CCP +, n (%)	43 (76,8)
Erosiva, n (%)	21 (37,5)
Manifestaciones extraarticulares, n (%)	16 (28,6)
DAS-28 actual, media +/- DE	2,42 +/- 0,96
DAS-28 categorizado, n (%)	
Remisión	37 (66,07)
Baja actividad	7 (12,5)
Moderada actividad	12 (21,43)
Alta actividad	0 (0)
Tratamientos concomitantes	
GC ≥ 5 mg/día, n (%)	3 (5,4)
FAMEsc, n (%)	37 (66,1)
Terapia biológica actual, n (%)	
AntiTNF	30 (53,6)
Adalimumab	24 (42,9)
Etanercept	4 (7,1)
Golimumab	1 (1,8)
Certolizumab	1 (1,8)
AntiIL6 (Tocilizumab)	2 (3,6)
AntiCTLA4 (Abatacept)	4 (7,1)
AntiCD20 (Rituximab)	1 (1,8)
JAKi	19 (33,9)
Baricitinib	13 (23,2)
Upadacitinib	6 (10,7)
Tasa dispensación farmacia, media +/- DE	96,57 +/- 6,0
Cantidad FAMEb/sd previa, media +/- DE	1,23 +/- 1,49
HAQ, media +/- DE	0,81 +/- 0,70
Test de Batalla, n (%)	
3 correctas	32 (57,1)
≤ 2 correctas	24 (42,9)

AR: artritis reumatoide, DE: desviación estándar, FR: factor reumatoide, CCP: anticuerpos contra péptidos citrilinados, DAS-28: disease activity score, GC: glucocorticoides, FAMEsc: fármaco antirreumático modificador de la enfermedad sintético convencional, HAQ: health assessment questionnaire, MMAS-8: 8-item Morisky Medication Adherence Scale, CQR: Compliance Questionnaire on Rheumatology

Conclusiones: La adherencia a FAMEb/sd en nuestros pacientes con AR fue de 53,7 y 72,2%, según MMAS-8 y CQR. La única variable relacionada con la baja adherencia fue la cantidad de FAMEb/sd previo.

Tabla 2 Diferencias entre las características demográficas y clínicas de los pacientes con AR adherentes y no adherentes según el CQR.

Variables	No adherentes (n=15)	Adherentes (n=39)	Valor p
Mujeres, n (%)	11 (26,8)	30 (73,2)	0,7823
Media de edad +/- DE	48,69 +/- 13,03	50,52 +/- 11,83	0,3955
Mediana (IQR)	46,90 (40,51-59,16)	50,48 (44,59-54,41)	
Duración de la enfermedad, media +/- DE	13,42 +/- 8,54	12,06 +/- 9,59	0,9692
Hábito tabaquico, n (%)			0,6101
Nunca	7 (22,6)	24 (77,4)	
Actual	2 (33,3)	4 (66,7)	
Pasado	6 (35,3)	11 (64,7)	
DM, n (%)	2 (25,0)	6 (75,0)	0,8493
HTA, n (%)	6 (42,9)	8 (57,1)	0,1433
DLP, n (%)	7 (28,0)	18 (72,0)	0,9730
Fibromialgia, n (%)	2 (16,7)	10 (83,3)	0,3299
FR +, n (%)	10 (26,3)	28 (73,7)	0,7116
CCP +, n (%)	10 (23,8)	32 (76,2)	0,2232
Erosiva, n (%)	7 (33,3)	14 (66,7)	0,4672
Manifestaciones extraarticulares, n (%)	6 (40,0)	9 (60,0)	0,2137
FAMEb/sd actual, n (%)			0,4956
AntiTNF	6 (20,68)	23 (79,31)	
AntiIL6	0 (0)	2 (100)	
AntiCTLA4	1 (25,0)	3 (75)	
AntiCD20	1 (100)	0 (0)	
JAKi	7 (25)	11 (75)	
FAMEb/sd previo, n (%)	12 (38,7)	19 (61,3)	0,0373
Cantidad FAMEb/sd previo			0,0320
Media +/- DE	1,93 (1,75)	0,97 (1,33)	
Min-Max	0,00-6,00	0,00-5,00	
Mediana (IQR)	1,00 (1,00-3,00)	0,00 (0,00-2,00)	
GG, ≥5 mg/día, n (%)	0 (0)	3 (100)	0,2690
FAMEsc concomitante	8 (22,9)	27 (77,1)	0,2732
HAQ			0,9305
Media +/- DE	0,78 (0,66)	0,80 (0,73)	
Min-Max	0,00-2,38	0,00-2,88	
Mediana (IQR)	0,63 (0,38-1,00)	0,75 (0,25-1,00)	
HAQ categorizada			0,9317
<0,5	6 (31,6)	13 (68,4)	
≥0,5-1	4 (22,2)	14 (77,8)	
≥1-2	3 (30,0)	7 (70,0)	
≥2	2 (28,6)	5 (71,4)	
DAS-28, media +/- DE	2,10 (0,89)	2,57 (0,98)	0,0694
DAS-28 categorizada			0,3478
Remisión	12 (34,3)	23 (65,7)	
Baja actividad	1 (14,3)	6 (85,7)	
Moderada actividad	2 (16,7)	10 (83,3)	
Alta actividad	0 (0)	0 (0)	
MMAS-8 categorizado			0,7007
Adherentes	1 (25,0)	3 (75,0)	
No adherentes	14 (28,57)	35 (71,42)	
Test de Batalla			0,3222
3 correctas	7 (22,6)	24 (77,4)	
≤2 correctas	8 (34,8)	15 (65,2)	

AR: artritis reumatoide, CQR: Compliance Questionnaire on Rheumatology, DE: desviación estándar, DM: diabetes mellitus, HTA: hipertensión arterial, DLP: dislipemia, FR: factor reumatoide, CCP: anticuerpos contra péptidos citrulinados, GG: glucocorticoides, FAMEsc: fármaco antirreumático modificador de la enfermedad sintético convencional, HAQ: health assessment questionnaire, DAS-28: disease activity score, MMAS-8: 8-item Morisky Medication Adherence Scale.

Tabla 3 Diferencias entre las características demográficas y clínicas de los pacientes con AR adherentes y no adherentes según MMAS-8

Variables	No adherentes (n=25)	Adherentes (n=29)	Valor p
Mujeres, n (%)	20 (50,0)	20 (50,0)	0,3562
Media de edad +/- DE	51,11 +/- 14,82	47,90 +/- 10,86	0,2979
Mediana (IQR)	52,25 (44,59-55,15)	48,85 (42,20-53,00)	
Duración de la enfermedad, media +/- DE	14,35 +/- 9,88	12,05 +/- 10,12	0,2313
Hábito tabaquico, n (%)			0,8751
Nunca	15 (48,4)	16 (51,6)	
Actual	3 (50,0)	3 (50,0)	
Pasado	7 (41,2)	10 (58,8)	
DM, n (%)	6 (75,0)	2 (25,0)	0,0777
HTA, n (%)	8 (57,1)	6 (42,9)	0,3443
DLP, n (%)	15 (60,0)	10 (40,0)	0,0608
Fibromialgia, n (%)	6 (50,0)	6 (50,0)	0,7705
FR +, n (%)	16 (43,2)	21 (56,8)	0,5068
CCP +, n (%)	19 (46,3)	22 (53,7)	0,9906
Erosiva, n (%)	9 (45,0)	11 (55,0)	0,8835
Manifestaciones extraarticulares, n (%)	6 (40,0)	9 (60,0)	0,5650
FAMEb/sd actual, n (%)			0,7769
AntiTNF	12 (41,38)	17 (58,62)	
AntiIL6	1 (50,0)	1 (50,0)	
AntiCTLA4	2 (50,0)	2 (50,0)	
AntiCD20	1 (100)	0 (0)	
JAKi	9 (50,0)	9 (50,0)	
FAMEb/sd previo, n (%)	14 (45,2)	17 (54,8)	0,8460
Cantidad FAMEb/sd previo			0,9273
Media +/- DE	1,24 (1,56)	1,24 (1,48)	
Min-Max	0,00-6,00	0,00-5,00	
Mediana (IQR)	1,00 (0,00-2,00)	1,00 (0,00-2,00)	
GG ≥5 mg/día, n (%)	1 (50,0)	1 (50,0)	0,9148
FAME concomitante	14 (40,0)	21 (60,0)	0,2079
HAQ			0,0881
Media +/- DE	0,98 (0,78)	0,65 (0,60)	
Min-Max	0,00-2,88	0,00-2,29	
Mediana (IQR)	0,88 (0,38-1,38)	0,63 (0,13-0,75)	
HAQ categorizada			0,2678
<0,5	8 (42,1)	11 (57,9)	
≥0,5-1	6 (33,3)	12 (66,7)	
≥1-2	7 (70,0)	3 (30,0)	
≥2	4 (57,1)	3 (42,9)	
DAS-28, media +/- DE	2,28 (1,00)	2,58 (0,93)	0,1183
DAS-28 categorizada			0,2733
Remisión	19 (54,3)	16 (45,7)	
Baja actividad	2 (28,6)	5 (71,4)	
Moderada actividad	4 (33,3)	8 (66,7)	
Alta actividad	0 (0)	0 (0)	
CQR categorizado, n (%)			0,4595
Adherentes	16 (42,1)	22 (57,9)	
No adherentes	8 (53,3)	7 (46,7)	
Test de Batalla			0,3134
3 correctas	13 (40,6)	19 (59,4)	
≤2 correctas	12 (54,5)	10 (45,5)	

AR: artritis reumatoide, MMAS-8: 8-item Morisky Medication Adherence Scale, DE: desviación estándar, DM: diabetes mellitus, HTA: hipertensión arterial, DLP: dislipemia, FR: factor reumatoide, CCP: anticuerpos contra péptidos citrulinados, GG: glucocorticoides, FAMEsc: fármaco antirreumático modificador de la enfermedad sintético convencional, HAQ: health assessment questionnaire, DAS-28: disease activity score, CQR: Compliance Questionnaire on Rheumatology.

RC002. EXPERIENCIA EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL CON INHIBIDORES DE JANUS KINASA EN ARTRITIS REUMATOIDE EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Alberto López-Menchero Mora¹, Marco Aurelio Ramírez Huaranga¹, Luis Ángel Calvo Pascual², Lourdes Martín de la Sierra López¹, Laura María Jiménez Rodríguez¹, David Velasco Sánchez¹, Ana Isabel Martín-Albo López¹, David Castro Corredor¹, María Dolores Mínguez Sánchez¹, Verónica Salas Manzanedo¹, Eva Revuelta Evrard¹, Joaquín Anino Fernández¹, Marina González Peñas¹ y Marcos Paulino Huertas¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Ciudad Real. ²Departamento de Métodos Cuantitativos. ICADE. Universidad Pontificia de Comillas. Madrid.

Introducción: Las Janus kinasa (JAK) son enzimas del citoplasma que transmiten señales proinflamatorias intracelulares. En los últimos años los inhibidores de la JAK, como tofacitinib, upadacitinib, baricitinib y filgotinib, se han posicionado como una alternativa en el tratamiento de la artritis reumatoide (AR). Estos fármacos muestran un perfil de seguridad y efectos adversos similares a lo observado con los fármacos biológicos tradicionales. Sin embargo, se ha descrito una incidencia ligeramente incrementada de reactivación del virus del herpes zoster y de eventos tromboembólicos en el grupo de los inhibidores del JAK.

Objetivos: Describir el perfil de eficacia y seguridad en práctica clínica real del tratamiento con los inhibidores de la JAK en una cohorte de pacientes con artritis reumatoide.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional de una cohorte de pacientes con AR en tratamiento activo con inhibidores de la JAK durante marzo 2022 a febrero 2023.

Resultados: El análisis se realizó en 45 pacientes con AR (36 factor reumatoide positivo y 37 ACPA positivo). Los tratamientos concomitantes y fallos previos se reflejan en la tabla 1. A lo largo del seguimiento (6-8 meses) se observó una reducción significativa de la VSG y del índice de actividad según DAS28. Asimismo, se incrementó la proporción de pacientes en estado de remisión (48,89%) y baja actividad (26,67%) en relación con la basal (tabla 2) (fig. 1). Un dato interesante fue que, al analizar la respuesta en el DAS28 según fármaco, encontramos en nuestra cohorte que el tratamiento con baricitinib consiguió mejores resultados de control de enfermedad a pesar de iniciar con niveles más altos de actividad (fig. 2). En el test "Mutual information" se objetivó que la actividad previa y el fallo a FAME biológicos previos fueron los factores más determinantes de escasa respuesta al tratamiento con inhibidores de la JAK (Figura 3). Un porcentaje pequeño de pacientes presentó algún efecto adverso leve y transitorio, no existiendo casos de eventos cardiovasculares o tromboembólicos, ni tampoco infecciones oportunistas. Se reportaron cuatro faringitis, dos casos de herpes zóster y tres hipertransaminasemias, entre otros.

Tabla 1. Características serológicas, tratamientos concomitantes y tratamientos previos al inicio de la terapia con inhibidores de la JAK

Variables	N (%) / media (± DE)
Serología autoinmune	
FR (+)	36 (56,25)
ACPA (+)	37 (57,81)
Tratamientos concomitantes	
AINE	15 (33,33)
No corticoides	25 (55,55)
Corticoides < 10 mg de prednisona	20 (44,44)
Metotrexato	10 (22,22)
Leflunomida	3 (6,66)
Hidroxicloroquina	2 (4,44)
Fallo a tratamientos previos	
FAMEsc	38 (84,44)
1 Anti-TNF	37 (82,22)
2 Anti -TNF	13 (28,89)
3 Anti-TNF	7 (15,55)
Anti-IL-6	14 (31,11)
Rituximab	2 (4,44)
Abatacept	8 (17,78)
1 inhibidor de la JAK	13 (28,89)
2 inhibidor de la JAK	2 (4,44)

Tabla 2. Actividad de la enfermedad al inicio del tratamiento con inhibidores del JAK y durante el seguimiento

Artritis reumatoide	Basal	Seguimiento (6-8 meses)
VSG (mm/h)	18,47 ± 16,91	11,22 ± 10,16
PCR (mg/dl)	0,8 ± 1,04	0,55 ± 0,93
DAS28	4,07 ± 0,89	2,62 ± 0,92
Remisión ($\leq 2,6$)	3 (6,66)	22 (48,89)
Baja actividad ($> 2,6-3,2$)	2 (4,44)	12 (26,67)
Moderada actividad ($> 3,2-5,1$)	33 (73,33)	11 (24,44)
Alta actividad ($> 5,1$)	7 (15,55)	0 (0)

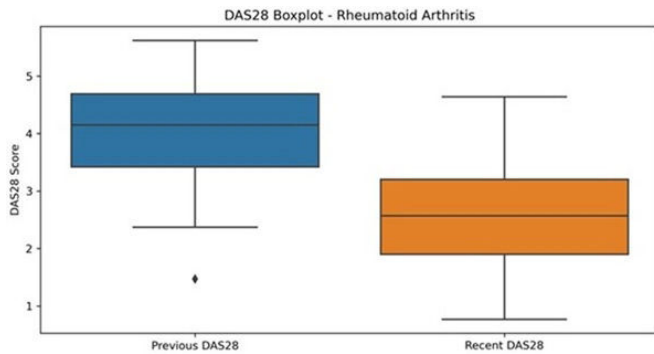


Figura 1. Gráfica de boxplot para el análisis de efectividad según los índices de actividad en AR.

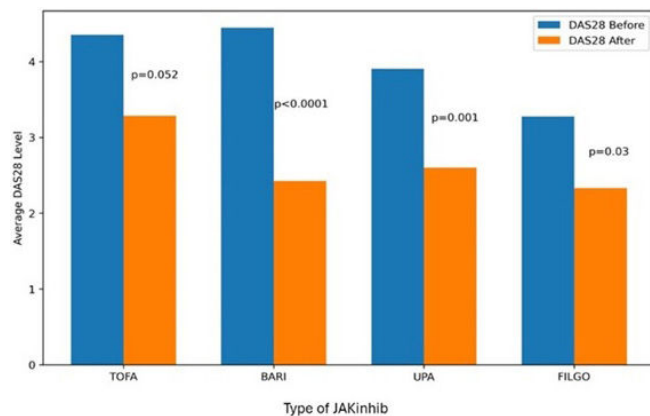


Figura 2. Variación del DAS28 tras el inicio del tratamiento según tipo de inhibidor de la JAK en el grupo de pacientes con AR.

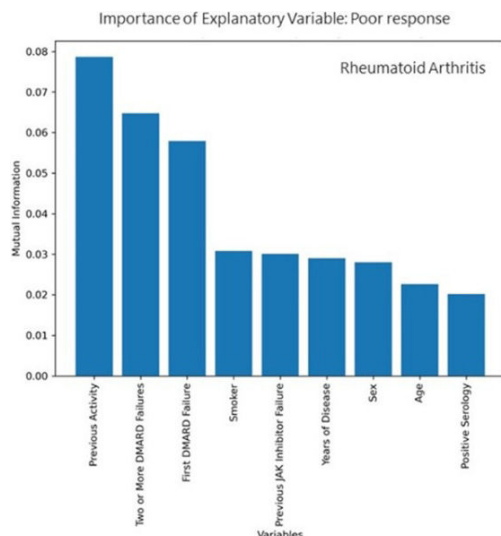


Figura 3. Influencia de las variables clínicas en AR como predictores de escasa respuesta al tratamiento con inhibidores del JAK.

Conclusiones: Actualmente, las publicaciones relacionadas con el uso en práctica clínica real de los inhibidores de la JAK van en auge, sobre todo en artritis reumatoide, describiendo buenos resultados con control de la enfermedad: 71% remisión y el 76,3% baja actividad. En nuestra población de AR se obtuvieron resultados similares (75,56% logró remisión o baja actividad) con los 4 inhibidores de la JAK disponibles para AR. Por todo ello, podemos concluir que el tratamiento con inhibidores de la JAK permite conseguir una tasa significativa de remisión/baja actividad que se mantiene a los 6-12 meses. Y con respecto a la seguridad, los efectos adversos observados son claramente menores a lo esperado.

RC003. ARTRITIS REUMATOIDE DIFÍCIL DE TRATAR. ANÁLISIS DE FACTORES ASOCIADOS A SU DESARROLLO. SEGUIMIENTO A DOS AÑOS

Marta Rojas Giménez, Paloma Muñoz Reinoso, María Dolores Arcila Durán, Manuel Maqueda López, Dolores Virginia Mendoza Mendoza y José Javier Pérez Venegas

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Objetivos: Comparar características de un grupo de pacientes con AR D2T y pacientes sin AR D2T, evaluar la evolución de los mismos y los factores asociados al desarrollo de AR D2T.

Métodos: Estudio observacional ambispectivo de una cohorte de pacientes con AR incluidos en el registro de terapias biológicas de reumatología del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla entre 2022 y finales de 2024, que llevarán al menos seis meses en tratamiento con terapia biológica/dirigida y seguimiento hasta final del estudio. Se dividió la muestra en dos grupos según cumplieran criterios de AR D2T (EULAR 2021). Se recogieron datos de actividad basales y al final del seguimiento, tratamientos y comorbilidades incluidas en el índice de Charlson, además de otras comunes en AR. Estadística: descriptivo, bivalente y regresión logística multivariante para evaluar factores asociados de forma independiente a AR D2T.

Resultados: Se incluyeron 540 pacientes. 49 (9,1%) eran AR D2T. Las características de los dos grupos se muestran en la tabla. En general, los pacientes con AR D2T presentaban mayor tiempo de evolución de la enfermedad, más seropositividad para FR y ACPA, con mayores niveles de este último, tenían más daño estructural y tenían con más frecuencia Sjögren secundario. Las AR D2T hacían más uso de glucocorticoides y utilizaban más jakinibs o rituximab que el resto de AR, a diferencia de éstas que hacían más uso de anti-TNF α . En cuanto a la actividad, presentaban mayor actividad de la enfermedad medida por DAS28 que las AR no D2T. El análisis multivariante mostró que la presencia de daño estructural [OR: 2,57; IC95 (1,3-5,1), $p = 0,005$], positividad para ACPA [OR: 9,33; IC95 (1,8-178,2), $p = 0,036$], mayor tiempo de evolución de la enfermedad [OR: 1,03; IC95 (1,01-1,07), $p = 0,031$], la edad [OR: 0,96; IC95 (0,94- 0,99), $p = 0,022$] y el índice de Charlson [OR: 1,35; IC95 (1,01-1,78), $p = 0,034$] se asociaban de forma independiente a presentar una AR D2T. Se siguieron a un total de 521 pacientes (15 pacientes perdieron seguimiento y 4 pacientes fallecieron, ninguno de estos últimos era AR D2T). El tiempo medio de seguimiento fue de 2,2 (0,97) años. De las 49 AR D2T, 20 (40,8%) seguían siéndolo, 28 (57,1%) se resolvieron y un paciente perdió seguimiento. La única diferencia entre los dos grupos fue que 18 (64,3%) de las AR D2T con buena evolución hacían terapia combinada con FAMES frente a 7 (35,5%) de las AR D2T persistentes, $p = 0,045$. Un segundo modelo multivariante mostró que los pacientes AR D2T que tenían tratamiento concomitante con FAMES tenían 3,3 veces más probabilidad de resolver la AR D2T al final del seguimiento [OR: 3,34 (1,03-11), $p = 0,048$] que los que tenían monoterapia con terapia biológica/dirigida. No había diferen-

Variable	AR D2T (n= 49)	AR no D2T (n=491)	p- valor
Edad (años), media (DE)	59,8 (11,7)	60,7 (12,6)	0,628
Sexo (mujer), n (%)	43 (87,7)	393 (80,04)	0,191
Tiempo evolución AR (años), media (DE)	19,3 (11,1)	15,1 (10,6)	0,013
Factor reumatoide positivo, n (%)	49 (100)	406 (83,2)	0,001
Factor reumatoide, media (DE)	227 (226)	182 (228)	0,285
ACPA positivo, n (%)	46 (93,9)	400 (85,3)	0,003
ACPA, media (DE)	314 (159)	227 (369)	0,016
Daño estructural, n (%)	33 (68,8)	207 (44)	0,004
Nódulos, n (%)	4 (8,2)	17 (3,5)	0,104
EPI, n (%)	6 (12,2)	39 (7,9)	0,298
Sd. Sjogren secundario, n (%)	7 (14,3)	31 (6,3)	0,037
DAS28-VSG, media (DE)	4,5 (1,1)	2,6 (1,30)	<0,001
DAS28-PCR, media (DE)	4,2 (1)	2,3 (1,2)	<0,001
Índice de Charlson, media (DE)	1,7 (1,1)	1,4 (0,95)	0,149
Índice de Charlson ajustado por edad, media (DE)	3,2 (1,9)	3,1 (1,7)	0,679
Tiempo desde el diagnóstico al primer biológico (años), media (DE)	9,9 (8,8)	7,8 (8,4)	0,114
2 o más FAMEs previos, n (%)	35 (53,1)	305 (62,1)	0,198
2 o más FAMEb/d previos, n (%)	32 (65,3)	72 (14,7)	<0,001
Terapia biológica/dirigida actualmente			
Anti-TNF α , n (%)	15 (30,6)	315 (64,1)	<0,001
Anti IL-6, n (%)	14 (28,6)	89 (18,1)	0,075
Jakinibs, n (%)	11 (22,4)	51 (10,4)	0,011
Abatacept, n (%)	5 (10,2)	25 (5,1)	0,136
Rituximab, n (%)	4 (8,2)	11 (2,2)	0,016
Tratamiento con FAMEs concomitante, n (%)	26 (53,1)	242 (49,3)	0,614
Metotrexato, n (%)	19 (73,1)	189 (78,1)	
Glucocorticoides, n (%)	31 (63,2)	178 (36,2)	<0,001
Dosis media de glucocorticoides, media (DE)	4,2 (5,3)	2,1 (3,7)	0,006

RC003 Tabla.

cias significativas en el resto de las características clínicas entre los dos grupos. 15 (31,2%) de las AR D2T habían cambiado el tratamiento, la mayoría por falta de eficacia. El DAS-PCR medio de las AR D2T persistentes era de 3,09 (1,05). 19 (95%) pacientes se encontraban con moderada- alta actividad de la enfermedad.

Conclusiones: En nuestra cohorte un 9% de los pacientes presentaban AR D2T. La presencia de erosiones, ACPA, el tiempo de evolución de la enfermedad, menos edad y la presencia de comorbilidades, medidas por índice de Charlson, predicen el desarrollo de AR D2T. El uso de tratamiento combinado con FAMEs parece ser más eficaz en la mayoría de los pacientes con AR D2T.

RC004. DATOS DE PRÁCTICA CLÍNICA REAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE CON TERAPIA DE INHIBIDORES DE JAK EN UN HOSPITAL DE ATENCIÓN TERCIARIA DURANTE 18 MESES DE SEGUIMIENTO

Mitndbaim Aelohim Parra Moreno,
María Lourdes Ladehesa Pineda, Jerusalem Calvo Gutiérrez,
Rafaela Ortega Castro, Montserrat Romero Gómez
y Alejandro Escudero-Contreras

Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Reina Sofía.
Córdoba/IMIBIC/Universidad de Córdoba.

Objetivos: Describir y comparar la respuesta clínica en el tratamiento con Inhibidores JAK (IJAK) para el control de la enfermedad en términos de mejoría en la actividad de la enfermedad medida por índices, parámetros analíticos y percepción de dolor en pacientes con AR en práctica clínica real.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron 126 pacientes diagnosticados de AR tratados con IJAK. Se recogieron datos demográficos, índices de actividad (DAS28-VSG/PCR), parámetros de laboratorio (VSG/PCR) y autoanticuerpos (FR/ACPA); al inicio, a los 6, 12 y 18 meses de tratamiento con IJAK, realizándose posteriormente un análisis estadístico descriptivo y comparaciones mediante la prueba de Friedman.

Resultados: De los pacientes analizados la mayoría eran mujeres (81%), con una edad media de 55,29 (10,65) años, con duración de la enfermedad media de 15,28 (10,59) años, la prevalencia de positividad del FR del 81,7% y ACPA del 82,5%. La proporción de IJAK en primera línea de tratamiento fue del 42,1%. Se evaluaron variables relacionadas con la actividad de la enfermedad y se observaron reducciones estadísticamente significativas en comparación con el valor basal a los 6, 12 y 18 meses de tratamiento en el número de articulaciones dolorosas (AD) e inflamadas (AI), niveles de PCR, SDAI, CDAI y en índices DAS28-VSG/PCR. La escala visual analógica (EVA) para el dolor informado por el paciente también indicó mejoría percibida (tabla).

Conclusiones: Este estudio proporciona una descripción detallada de pacientes con diagnóstico de AR tratados con IJAK en un hospital de atención terciaria. Los estudios de evidencia del mundo real respaldan la eficacia y la respuesta terapéutica con los IJAK mediante la mejoría clínica y de parámetros de actividad de la enfermedad. Nuestros datos confirman en práctica real los datos de los estudios pivótales de los IJAK, así mismo la adecuada respuesta terapéutica mantenida hasta los 18 meses de seguimiento. Se necesitan más estudios para evaluar la persistencia de respuesta a dichos tratamientos.

Tabla 1. Análisis descriptivo y comparativo de respuesta a tratamiento con Inhibidores JAK en pacientes con Artritis Reumatoide basal a los 6, 12 y 18 meses de seguimiento.					
	Basal	6 meses	12 meses	18 meses	p-valor
Edad, media (DE)	55,29 (10,65)	-	-	-	-
Sexo, Femenino	102 (81%)	-	-	-	-
Tiempo de evolución años, media (DE)	15,28 (10,59)	-	-	-	-
Fumador, Si	63 (50%)	-	-	-	-
Diabetes, Si	6 (4,8%)	-	-	-	-
Hipertensión arterial, Si	27 (21,4%)	-	-	-	-
Factor Reumatoide, Positivo	103 (81,7%)	-	-	-	-
Valor Factor Reumatoide, media (DE)	132,78 (190,65)	-	-	-	-
Anticuerpo Anti Citrulinado, Positivo	104 (82,7%)	-	-	-	-
Valor Anticuerpo Anti Citrulinado, media (DE)	329,86 (816,40)	-	-	-	-
FAME, Si	70 (55,6%)	-	-	-	-
Línea de tratamiento					
- 1	53 (42,1%)	-	-	-	-
- 2	26 (20,6%)	-	-	-	-
- ≥3	47 (37,3%)	-	-	-	-
AD, media (DE)	6,02 (4,26)	1,36 (4,11)	0,74 (1,23)	1,24 (2,22)	<0,001
AI, media (DE)	3,24 (3,50)	0,79 (3,97)	0,29 (0,85)	0,39 (1,48)	<0,001
PCR mg/dl, media (DE)	12,73 (14,57)	4,74 (9,97)	3,25 (4,34)	3,93 (5,68)	<0,001
VSG mm/1 ^o h, media (DE)	22,78 (18,46)	18,00 (14,28)	17,43 (13,10)	19,26 (16,17)	0,233
SDAI, media (DE)	23,58 (9,53)	8,08 (6,14)	7,29 (5,15)	8,76 (7,10)	<0,001
CDAI, media (DE)	22,32 (9,15)	7,62 (5,73)	6,98 (4,99)	8,37 (7,00)	<0,001
DAS28VSG, media (DE)	4,56 (1,15)	2,58 (1,00)	2,55 (0,89)	2,77 (1,13)	<0,001
DAS28PCR, media (DE)	4,32 (1,03)	2,18 (0,89)	2,09 (0,73)	2,32 (0,94)	<0,001
EVA paciente, media (DE)	6,86 (1,90)	3,31 (2,29)	3,0 (1,95)	3,47 (2,35)	<0,001

RC004 Tabla.

RC005. FATIGA RESIDUAL EN PACIENTES SIN EVIDENCIA DE INFLAMACIÓN EN CONTAJE ARTICULAR NI EN LABORATORIO. ESTUDIO MULTICÉNTRICO

Rosa María Morlá Novell¹, Beatriz Frade Sosa¹, Enrique González Dávila², María López Lasanta³, Noemí Busquets-Pérez⁴, Meritxell Sallés Lizarzáburu⁵, Georgina Salvador Alarcón⁶, Virginia Ruiz-Esqueda¹, Marta Valls Roc⁷, Lola Tobalina Maestre¹, José A. Gómez-Puerta¹, Raimon Sanmartí Sala¹ y Grupo de Estudio ARcat

¹Servicio de Reumatología. Hospital Clínic de Barcelona. ²Departamento de Matemáticas, Estadística e Investigación Operativa. Universidad de La Laguna. ³Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

⁴Hospital de Granollers. ⁵Xarxa Sanitària Althaia. Manresa. ⁶Hospital Mútua de Terrassa. ⁷Hospital Universitari Dr. Trueta. Girona.

Introducción y objetivos: La fatiga residual que manifiestan pacientes con artritis reumatoide (AR), aún en remisión de actividad clínica, es un síntoma importante para los pacientes, poco evaluado habitualmente. Se examinan los factores asociados (sociodemográficos, clínicos y autoinformados por los pacientes) que pueden explicar la fatiga en pacientes con AR sin signos de inflamación ni en exploración articular ni en laboratorio, y los comparamos con los observados en pacientes en remisión clínica por DAS28.

Métodos: Los pacientes con AR (criterios ACR/EULAR, 2010), excepto con síndrome de fatiga crónica, se incluyeron consecutivamente durante 6 meses en las visitas periódicas en diferentes servicios de reumatología de Cataluña (grupo estudio ARcat); cumplieron los siguientes cuestionarios: 1. MDHAQ: Función (1-10), EVA_Dolor (0-10), VGP (0-10), EVA_Fatiga (0-10) (fatiga significativa = EVA_Fatiga ≥ 5)¹, Revisión de 60 síntomas (ROS60), e índices integrantes: RAPID3 (actividad de enfermedad), FAST3_Dolor, FAST3_Fatiga y FAST4 (fibromialgia), y MDS2 (depresión). 2. FACIT_Fatiga global (0-64): 0-13 preguntas. 3. RAID global (0-10): 10 preguntas para impacto de la enfermedad. Se estudió a los pacientes según 2 tipos

de remisión: definida con examen articular (NAT = 0) y de laboratorio (PCR < 0,4 mg/dL) (= NAT/PCR REM) y con DAS28VSG < 2,6 (DAS28 REM). Se recogieron variables sociodemográficas, tipo de enfermedad (erosiva y tiempo de evolución), comorbilidades asociadas: depresión, anemia, ansiedad, hipotiroidismo y diabetes mellitus. Se realizaron exámenes articulares (NAD28, NAT28) y se evaluó la actividad de la enfermedad mediante índices compuestos (CDAI, SDAI y DAS28PCR/VSG). Además se evaluaron marcadores de laboratorio (FR, ACPA, VSG y PCR), tratamientos (glucocorticoides o FAMES), y los resultados de los cuestionarios. Se realizó un análisis univariante de los distintos factores estudiados sobre si EVA_fatiga ≥ 5 o no según los 2 tipos de remisión (NAT/PCR REM vs. DAS28 REM).

Resultados: Se reclutaron 243 pacientes no seleccionados con AR (77,1% mujeres, edad media: 61,3 ± 10,5 años, 17,19 (DE:20,39) años de evolución de enfermedad, IMC de 26,5 ± 5 kg/m² y actividad clínica moderada: DAS28VSG = 3,47 (DE:1,37). Artrosis (17,1%) y síndrome de Sjögren (11,4%) fueron las enfermedades reumáticas concomitantes más frecuentes y los tratamientos: glucocorticoides en el 37,4%, FAMEb en el 45,0%, y Jakinibs en 13,6% de los pacientes. Presentaron remisión según REM NAT/PCR en 102 pacientes, 28 (27,4%) con fatiga residual, y 92 pacientes con REM DAS28, 18 (19,5%) con fatiga residual. Los factores asociados a la fatiga en el NAT/PCR REM, no con DAS28 REM, son: sexo femenino, hábito tabáquico, depresión y tratamiento antidepressivo. En cambio, el tratamiento con FAMEb se asoció a la fatiga solo en los pacientes con DAS28 REM (tabla). NAD y NAT mostraron una asociación con esta fatiga en DAS28 REM y NAD con NAT/PCR REM, y los índices compuestos (DAS28 VSG/PCR, CDAI y SDAI) se asociaron a fatiga en las 2 remisiones. Todos los cuestionarios e índices integrados del MDHAQ mostraron una asociación con la fatiga en los dos tipos de remisión (tabla).

Conclusiones: Una elevada proporción de pacientes con AR sin NAT y con PCR normal presentan fatiga residual. Algunos factores asociados (enfermedad activa y puntuaciones altas en cuestionarios) son

Variables	NAT/PCR REM				DAS28 REM			
	EVA Fatiga < 5 (N = 74)	EVA Fatiga ≥ 5 (N = 28)	p-valor	OR (IC _{95%})	EVA Fatiga < 5 (N = 74)	EVA Fatiga ≥ 5 (N = 18)	p-valor	OR (IC _{95%})
SOCIODEMOGRÁFICAS								
Mujer, n (%)	53 (71,6)	27 (96,4)	0,006	10,69 (1,36; 83,84)	53 (71,6)	17 (94,4)	0,062	6,74 (0,84; 53,87)
Hábito tabáquico, n (%)	7 (9,7)	8 (29,6)	0,025	3,91 (1,25; 12,17)	9 (12,2)	5 (27,8)	0,139	2,78 (0,80; 9,65)
ENFERMEDADES CONCOMITANTES NO REUMÁTICAS								
Depresión, n (%)	4 (5,6)	6 (22,2)	0,023	4,85 (1,21; 18,85)	5 (6,8)	3 (16,7)	0,186	2,76 (0,9; 12,83)
TRATAMIENTO, n (%)								
FAME biológico, n (%)	38 (52,8)	18 (66,7)	0,259	1,79 (0,71; 4,51)	36 (48,6)	14 (77,8)	0,035	3,69 (1,11; 12,28)
Antidepresivos, n (%)	8 (11,1)	8 (29,6)	0,035	3,37 (1,11; 10,17)	7 (9,6)	2 (11,8)	0,676	1,26 (0,24; 6,67)
ACTIVIDAD CLÍNICA								
NAD28, mediana (RIQ)	0 (0; 0)	0 (0; 1,5)	0,021	1,56 (1,08; 2,26)	6 (8,1)	5 (27,8)	0,036	4,36 (1,16; 16,43)
NAT28, mediana (RIQ)	-	-			4 (5,4)	4 (22,2)	0,044	5,00 (1,12; 22,41)
DAS28VSG, mediana (RIQ)	2,07 ± 0,75	2,69 ± 0,83	<0,001	2,83 (1,50; 5,32)	10 (6; 17)	6,5 (4; 9)	0,028	0,92 (0,84; 0,99)
DAS28PCR, mediana (RIQ)	1,82 ± 0,42	2,38 ± 0,61	<0,001	8,06 (3,06; 21,19)	1,79 ± 0,42	2,17 ± 0,56	0,002	4,62 (1,60; 13,36)
CDAI, mediana (RIQ)	2 (1; 5)	6,5 (4; 10)	<0,001	1,32 (1,15; 1,52)	2 (0,5; 4)	4,5 (3; 7)	0,011	1,20 (1,03; 1,41)
SDAI, mediana (RIQ)	2,4 (1,1; 5,4)	6,8 (4,4; 10,3)	<0,001	1,32 (1,15; 1,53)	2,4 (0,9; 4,1)	5 (3,1; 7,4)	0,016	1,19 (1,02; 1,40)
CUESTIONARIOS, n (%)								
Dolor (0-10), mediana (RIQ)	1 (0,4; 2,6)	4,5 (3; 7,4)	<0,001	1,85 (1,44; 2,39)	1 (0; 3)	4,5 (2,5; 7)	<0,001	1,74 (1,33; 2,27)
VGP (0-10), mediana (RIQ)	1 (0,5; 3)	5,3 (3,5; 7,8)	<0,001	1,87 (1,46; 2,41)	1,5 (0,5; 3)	5,3 (4; 7)	<0,001	1,75 (1,35; 2,29)
sRADAI, mediana (RIQ)	3 (1; 7)	14 (6; 23)	<0,001	1,22 (1,11; 1,33)	2,5 (1; 7)	11,5 (5; 26)	<0,001	1,13 (1,06; 1,22)
ROS60, mediana (RIQ)	5 (3; 8)	13 (7,3; 21)	<0,001	1,16 (1,08; 1,248)	5 (3; 9)	13 (8; 21)	<0,001	1,16 (1,07; 1,26)
RAPID3, mediana (RIQ)	4,1 (1,5; 7,5)	12 (9,8; 18,5)	<0,001	1,402 (1,22; 1,61)	3,6 (1,3; 7,8)	13 (7,3; 17,8)	<0,001	1,29 (1,15; 1,46)
MDS2+, n (%)	13 (18,3)	16 (57,1)	<0,001	5,94 (2,27; 15,54)	16 (22,2)	10 (55,6)	0,009	4,38 (1,48; 12,92)
FAST3 Dolor+, n (%)	1 (1,4)	12 (42,9)	<0,001	54,75 (6,63; 451,82)	3 (4,1)	6 (33,3)	0,001	11,83 (2,60; 3,83)
FAST3 Fatiga+, n (%)	1 (1,4)	14 (50,0)	<0,001	73,00 (8,87; 600,80)	3 (4,1)	6 (33,3)	0,001	11,83 (2,60; 3,83)
FAST4 Fatiga+, n (%)	-	11 (39,3)	<0,001		-	5 (27,8)	<0,001	
FACIT, mediana (RIQ)	41,7 ± 7,2	23,2 ± 9,3	<0,001	0,79 (0,72; 0,86)	42,2 ± 7,0	24,2 ± 9,4	<0,001	0,78 (0,70; 0,88)
RAID, mediana (RIQ)	1,8 ± 1,6	5,3 ± 1,7	<0,001	3,03 (1,93; 4,75)	1,8 ± 1,6	5,0 ± 1,8	<0,001	2,49 (1,66; 3,74)

RC005 Tabla. Factores asociados a fatiga residual en pacientes con remisión por NAT/PCR comparados con remisión por DAS28. Solo se muestran datos significativos ($p < 0,05$).

similares en remisión DAS28VSG, además aporta información adicional de perfil de paciente.

Bibliografía

1. Tournadre. Joint Bone Spine, 2019.

RC006. IMPACTO DE LOS NIVELES DE FACTOR REUMATOIDE EN LA SUPERVIVENCIA DEL FÁRMACO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE: UN ANÁLISIS EN VIDA REAL DE CERTOLIZUMAB PEGOL E INHIBIDORES DE JAK

Marta Chao Moreira¹, Sara Salas Santamaría¹, Odelaisy León Triana², Marta Novella-Navarro¹, Pilar Nozal Aranda³, Ana Martínez Feito³, Alejandro Villalba Yllan¹, Diana Peiteado López¹, Ana Sánchez Calle⁴, Eduardo López Granados³, Eugenio de Miguel Mendieta¹ y Chamaida Plasencia Rodríguez¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

²Servicio de Bioestadística. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

³Servicio de Inmunología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

⁴Enfermería. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

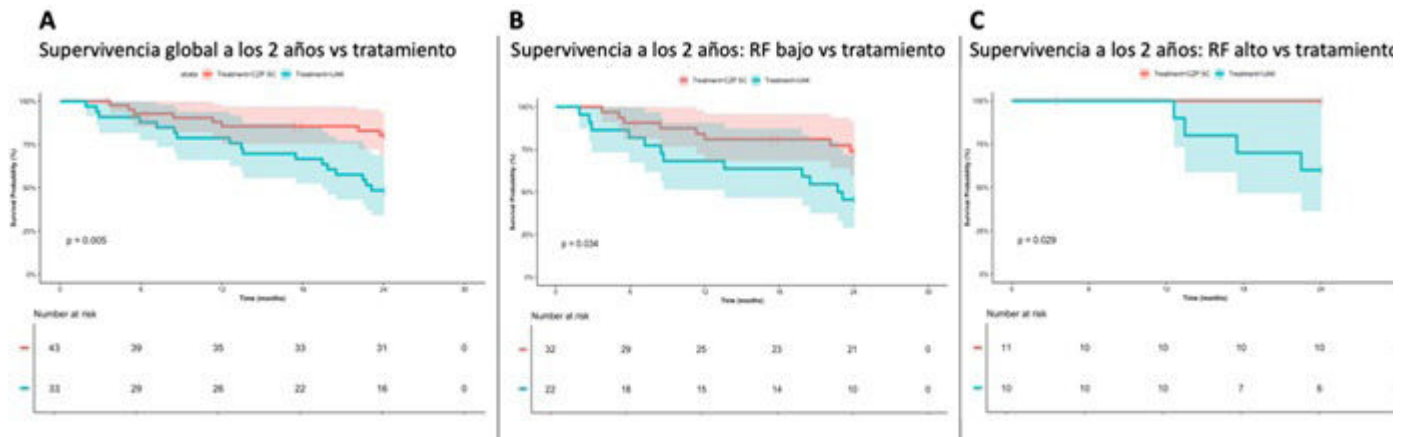
Introducción: El factor reumatoide (FR) es un autoanticuerpo característico de la artritis reumatoide (AR) que reconoce la fracción Fc de otras inmunoglobulinas. Niveles altos de FR (≥ 203 UI/mL) previo inicio de tratamiento biológico, se han relacionado con menor persistencia del fármaco en pacientes tratados con anticuerpos monoclonales inhibidores del TNF (iTNF). Esto no se observó con iTNF con fragmento Fab pegilado (certolizumab, CZP), sugiriendo que la ausencia del fragmento Fc en CZP podría contribuir a una más larga persistencia del fármaco en pacientes con niveles más altos de FR. El efecto del nivel de FR no ha sido estudiado todavía la respuesta a inhibidores de la Janus quinasa (iJAK).

Objetivos: Investigar si la presencia de niveles séricos de FR ≥ 203 UI/mL está asociada con: I) Una menor persistencia de los iJAK

a los dos años. II) Diferencias en la respuesta a tratamiento tras un año de seguimiento.

Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo que incluyó a pacientes con AR que iniciaron tratamiento con CZP o iJAK entre 2009-2024, con aprobación del Comité de Ética PI-6366. Se seleccionaron pacientes previamente tratados con ≤ 2 fármacos modificadores de la enfermedad biológicos (FAMEb). Se recogieron datos demográficos, de tratamiento, serológicos y de actividad clínica (escalas DAS28 y SDAI) evaluándose esto último previo inicio, a los 6 y a los 12 meses de tratamiento. Los pacientes se dividieron según el fármaco administrado. Las comparaciones entre grupos se realizaron utilizando la prueba de Chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher para variables categóricas y la prueba ANOVA para variables continuas. Para comparar la actividad se utilizaron los test de Kruskal-Wallis y t de Student. El abandono del tratamiento se registró hasta diciembre de 2024. Se estudió la supervivencia a los dos años de forma global y según niveles basales de FR en < 0 o ≥ 203 UI/mL.

Resultados: Se incluyeron 76 pacientes (43 CZP y 33 iJAK). Se estudiaron las características basales, reflejadas en la tabla 1. Solo el 10,7% de los pacientes estaban en monoterapia ($p = 0,128$). En el grupo iJAK, la mayoría (75,8%) de los pacientes había recibido previamente otro FAMEb, en el grupo CPZ solo el 18,7% ($p < 0,001$). La evolución del DAS28 y SDAI se puede ver en la tabla 2: Respecto al DAS28, en pacientes con $FR \geq 203$, los tratados con CZP mostraron una mayor reducción en comparación con iJAK a los 12 meses ($-2,1 \pm 1,1$ vs. $-0,8 \pm 0,7$, $p = 0,031$), alcanzando significación estadística. En pacientes con $FR < 203$ UI/mL, en cambio, fue similar entre grupos ($-2,1 \pm 0,9$ vs. $-2,4 \pm 1,3$, $p = 0,260$). Para el SDAI no se encontraron diferencias significativas entre grupos. El tratamiento fue abandonado por 43 (57%) pacientes (22 con CZP y 21 con iJAK), siendo un 33% de ellos por ineficacia (10 con CZP y 15 con iJAK). Se observó que la supervivencia global del fármaco a los dos años fue mayor en el grupo CZP



RC006 Figura. Supervivencia global y según niveles de FR del fármaco a los 2 años vs. tratamiento.

(fig. 3A). No se encontraron diferencias en el abandono ni en la supervivencia al estratificar por niveles de FR (fig. B, C).

Conclusiones: Los datos de vida real sugieren que los niveles basales de FR no parecen ser un factor determinante en la supervivencia del fármaco entre los pacientes tratados con CZP o IJAK, aunque aquellos pacientes con niveles altos de FR podrían beneficiarse de una mayor respuesta al tratamiento durante el primer año con el uso de CZP. No obstante, se necesitan realizar nuevos estudios prospectivos para confirmar estos datos y aumentar la evidencia.

	Total n = 76	CZP n = 43	IJAK n = 33	P
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS				
Sexo femenino, n (%)	65 (85.5%)	37 (86%)	28 (84.8%)	0.883
Edad (años), media (RIQ)	55.0 (41.9, 62.5)	46.6 (39.8, 62.1)	58.7 (48.7, 62.3)	0.047
IMC, media (RIQ)	24.3 (22.5, 29.7)	24.5 (21.6, 29.7)	24.1 (23.3, 28.6)	0.473
Hábito tabáquico				0.481
• Actual	16 (21.1%)	7 (16.3%)	9 (27.3%)	
• Previo	21 (27.6%)	12 (27.9%)	9 (27.3%)	
• No fumador	39 (51.3%)	24 (55.8%)	15 (45.5%)	
Duración de la enfermedad hasta tratamiento (años), media (RIQ)	10.0 (5.2, 13.7)	8.2 (4.2, 11.6)	11.6 (8.1, 17.1)	0.026
Duración de la enfermedad hasta este abstract (años), media (RIQ)	16.0 (12.4, 21.2)	17.0 (13.4, 20.9)	16.0 (12.0, 23.0)	0.753
CARACTERÍSTICAS SEROLÓGICAS				
PCR mg/L, media (RIQ)	4.5 (1.2, 12.2)	5.0 (2.2, 14.4)	3.0 (0.8, 11.9)	0.255
Positividad FR, n (%)	56 (73.7%)	29 (67.4%)	27 (81.8%)	0.158
Niveles FR, n (%)				0.172
• Bajo (<203 UI/mL)	54 (72.0%)	32 (74.4%)	22 (68.8%)	
• Alto (≥203 UI/mL)	21 (28.0%)	11 (25.6%)	10 (31.2%)	
Positividad ACPA, n (%)	68 (90.7%)	40 (93.0%)	28 (87.5%)	0.451
CARACTERÍSTICAS TRATAMIENTO				
Uso previo de FAME, n (%)	67 (89.3%)	40 (95.2%)	27 (81.8%)	0.128
Monoterapia, n (%)	8 (10.7%)	2 (4.8%)	6 (18.2%)	0.128
Uso de metotrexato, n (%)	37 (49.3%)	20 (47.6%)	17 (51.5%)	0.738
Uso de otros FAME, n (%)	38 (50.0%)	18 (41.8%)	20 (60.6%)	0.697
Uso de prednisona, n (%)	34 (45.3%)	21 (50.0%)	13 (39.4%)	0.360
Nº de FAMEb previos, n (%)				<0.001
• 0	43 (56.6%)	35 (81.4%)	8 (24.2%)	
• 1	18 (23.7%)	6 (14.0%)	12 (36.4%)	
• 2	15 (19.7%)	2 (4.7%)	13 (39.4%)	
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS				
DAS28 basal, media ± DS	4.7 (1.2)	4.8 (1.3)	4.5 (1.1)	0.240
SDAI basal, media ± DS	25.2 (13.1)	25.8 (15.0)	23.8 (7.4)	0.852

Tabla 1. Características sociodemográficas, de tratamiento y clínicas basales de los pacientes tratados con CZP e IJAK.

	RF LEVEL	TOTAL n=76	CZP n=43	IJAK n=33	p
Δ6 MESES	BAJO	-1.8 (-2.4, -1)	-1.9 (-2.7, -1.1)	-1.8 (-2.1, -0.9)	0.213
	n=	40	23	17	
	ALTO	-1.8 (-2.2, -1.4)	-2 (-2.5, -1.6)	-1.5 (-2.1, -1)	0.223
	n=	16	9	7	
Δ12 MESES	BAJO	-19.5±10.3	-19.8±11.6	-19±7.5	0.814
	n=	33	22	11	
	ALTO	-27.2±13.6	-28.9±16.4	-24.3±6	0.563
	n=	14	9	5	
Δ6 MESES	BAJO	-1.5 (-2.2, -1)	-1.4 (-2.1, -0.9)	-2 (-2.4, -1.3)	0.260
	n=	35	22	13	
	ALTO	-1.6±1.1	-2.1±1.1	-0.8±0.7	0.031
	n=	14	9	5	
Δ12 MESES	BAJO	-13.9±9.5	-15.2±9.6	-9.1±8.1	0.168
	n=	27	21	6	
	ALTO	-18.6±14.4	-22.5±13.1	-9.8±14.9	0.146
	n=	13	9	4	

Tabla 2. Comparación de la variación de DAS28 y SDAI según niveles de FR.

RC007. EFICACIA DEL ANTIFIBRÓTICO NINTEDANIB COMBINADO CON FAMES EN LOS DOMINIOS ARTICULAR Y PULMONAR DE LA ARTRITIS REUMATOIDE-ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL. ESTUDIO MULTICÉNTRICO NACIONAL DE 74 PACIENTES

Ana Serrano-Combarro¹, Belén Atienza-Mateo¹, Jesús Loarce-Martos², Nuria Vegas-Revenge³, María Martín López⁴, Rafael B. Melero-González⁵, Natalia Mena-Vázquez⁶, María del Carmen Carrasco Cubero⁷, Carolina Díez Morrondo⁸, David Castro-Corredor⁹, Tomás Ramón Vázquez Rodríguez¹⁰, Andrea García-Valle¹¹, Gema Bonilla¹², Marina Rodríguez López¹³, Ignacio Braña Abascal¹⁴, Sara María Rojas Herrera¹⁵, Juan Sarmiento-Monroy¹⁶, Pablo Andújar-Brazal¹⁷, Diego Ferrer¹⁸, Iván Ferraz-Amaro¹⁹, Santos Castañeda²⁰ y Ricardo Blanco¹, en nombre del Grupo Colaborador Español de Antifibróticos en la Enfermedad Pulmonar Intersticial Asociada a Artritis Reumatoide

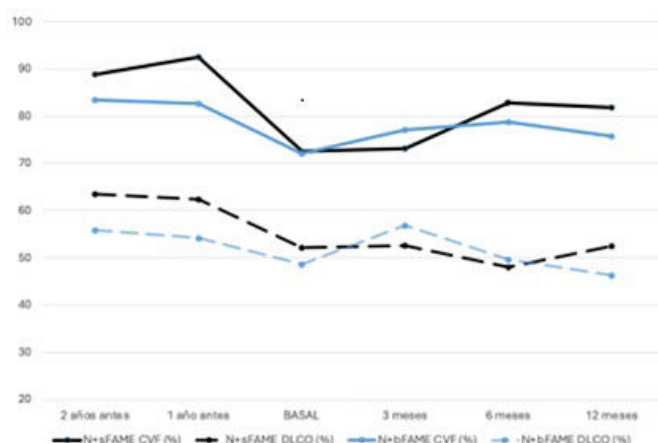
¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Immunopathology group. IDIVAL. Santander. ²Hospital Ramón y Cajal. Madrid. ³Hospital Galdakao-Usansolo. Bilbao. ⁴Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ⁵Complejo Hospitalario de Vigo. ⁶Hospital Regional Universitario de Málaga. ⁷CHU Infanta Cristina. Badajoz. ⁸Complejo Asistencial Universitario de León. ⁹Hospital General Universitario de Ciudad Real. ¹⁰Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. ¹¹Complejo Asistencial Universitario de Palencia. ¹²Hospital Universitario La Paz. Madrid. ¹³Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. ¹⁴Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ¹⁵Hospital de Mérida. ¹⁶Hospital Clínic. Barcelona. ¹⁷Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia. ¹⁸Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. ¹⁹Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Tenerife. ²⁰Hospital Universitario La Princesa. IIS-Princesa. Madrid.

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) es una complicación grave de la artritis reumatoide (AR). El tratamiento de la AR-EPI sigue siendo un reto. La actividad inflamatoria de la enfermedad debe controlarse con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME)¹. Sin embargo, la artritis puede ser difícil de tratar. Además, aproximadamente un tercio de los pacientes pueden desarrollar un fenotipo de EPI progresiva. La combinación de antifibróticos con FAME podría ser la mejor opción en estos sujetos. Anteriormente hemos obtenido resultados favorables con el antifibrótico nintedanib (NINTE) en pacientes con AR-EPI con un fenotipo progresivo en lo que respecta a la evolución de la función pulmonar². Sin embargo, poco se sabe sobre la respuesta articular al combinar este fármaco con los diferentes DMARDs disponibles.

Objetivos: Evaluar la evolución de la actividad articular en pacientes con AR-EPI con fenotipo progresivo tratados con NINTE y FAMES en la práctica clínica.

	Pacientes con AR-EPI en tratamiento con NINTE n=74	Pacientes con AR-EPI en tratamiento con NINTE + sFAME n=15	Pacientes con AR-EPI en tratamiento con NINTE + bFAME n=37	p
Edad, años, mediana (DE)	69±9	73±8	68±9	0.54
Hombres, n (%)	43 (74)	10 (67)	22 (60)	0.63
Fumador, n (%)	52 (70)	10 (67)	29 (78)	0.38
FR, n (%)	68 (92)	13 (87)	36 (97)	0.13
ACPA, n (%)	63 (85)	11 (73)	34 (92)	0.076
Artritis erosiva, n (%)	24 (33)	2 (14)	14 (38)	0.10
PCR (mg/dL), mediana [RIQ]	2 [0.5-7]	2 [0.4-4]	2 [0.5-7]	0.078
VSG (mm/h), mediana (DE)	32±29	21±28	31±28	0.36
Duración de EPI hasta inicio de antifibrótico, meses, mediana [RIQ]	51 [22-78]	30 [14-66]	51 [28-84]	0.78
CVF (% pred), mediana (DE)	73±23	73±27	72±22	0.062
DLCO (% pred), mediana (DE)	50±14	52±12	48±15	0.73
Patrón TACAR, n (%)				
NIU	46 (66)	9/13	29/37	0.59
NINE	20 (29)	4/13	7/37	0.59
Otros	4 (6)	0/13	1/37	0.59
Tratamiento inmunosupresor concomitante, n (%)	52 (70)	15 (100)	37 (100)	
sFAME (LFNMTX/obo*)	15(20) [6(8)/6(8)/16(22)]	15 (100) [5(33)/3(20)/7(47)]	0	
bFAME (ABA, RTX)	37 (50) [26(35)/9(12)]	0	37 (100) [26(70)/9(24)]	

Principales características clínicas generales de los pacientes con AR-ILD al inicio del tratamiento con nintedanib.



Evolución de la función pulmonar en 74 pacientes con AR-EPI según la combinación de nintedanib con FAMES biológicos o sintéticos.

Métodos: Estudio multicéntrico nacional español de pacientes con AR-EPI a los que se añadió NINTE debido a EPI fibrosante progresiva. La actividad articular y la evolución de la capacidad vital forzada (CVF) de los diferentes grupos de tratamiento según la categoría de FAME (biológicos [bFAME] o sintéticos [sFAME]) fueron las principales medidas de resultado.

Resultados: Se recogió un total de 74 pacientes (43 hombres/31 mujeres), con una edad media de 69 ± 9 años. La mediana [RIQ] de la duración de la EPI hasta el inicio de los antifibróticos fue de 51 [22-78] meses. Se utilizó NINTE combinado con bFAME (n = 37, principalmente abatacept, n = 26), sFAME (n = 15, principalmente leflunomida, n = 5) combinación de ambos grupos de FAME (n = 9) y monoterapia (solo glucocorticoides) (n = 13). Las principales características basales de los pacientes se muestran en la Tabla. Tras 12 meses de seguimiento, la actividad articular estaba controlada en el 81% de los pacientes (87% en el grupo de NINTE + bFAME y 83% en el grupo de NINTE + sFAME, p = 0,82). Además, no se observó una disminución significativa de los valores medios de CVF o DLCO, sin diferencias estadísticamente significativas entre los 2 grupos de tratamiento (fig.).

Conclusiones: La inflamación articular pudo controlarse tanto con bFAME como con FAMES en los pacientes con AR-EPI tratados con NINTE, con una evolución similar de la función pulmonar.

Bibliografía

- Atienza-Mateo B, et al. J Clin Med. 2020;9(10):3070.
- Matteson EL et al. Clin Rheumatol. 2023;42(9):2311-9.

RC008. EFECTIVIDAD DE BARICITINIB VS. OTROS FAMEB/SD EN LOGRAR UNA REMISIÓN TEMPRANA O BAJA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD HASTA 2 AÑOS: EL ESTUDIO RA-BE-REAL EN PACIENTES EUROPEOS

María Luz García Vivar¹, Josef S. Smolen², Rieke Alten³, Andrew Östör⁴, Christopher John Edwards⁵, Ewa Haladyj⁶, Khai Jing Ng⁶, Samuel Ogwu⁷, Yuko Kaneko⁸ y Lars Erik Kristensen⁹

¹Hospital Universitario de Basurto, Bilbao. ²Division of Rheumatology. Medical University of Vienna. Austria. Viena. Austria. ³University Medicine Berlin. Department of Internal Medicine and Rheumatology. Berlín. Alemania. ⁴Monash University. Cabrini Hospital. Canberra. Australia. ⁵University Hospital Southampton. NIHR Southampton Clinical Research Facility. Southampton. Reino Unido. ⁶Eli Lilly and Company Ltd. Indianapolis. EE.UU. ⁷Keio University School of Medicine. Division of Rheumatology. Tokio. Japón. ⁸Bispebjerg and Frederiksberg Hospital. The Parker Institute. Copenhagen. Dinamarca.

Objetivos: Informar sobre el logro temprano de la remisión/baja actividad de la enfermedad (LDA) (basado en CDAI) a los 3 meses (M) en una población del mundo real y explorar sus consecuencias a largo plazo.

Métodos: En RA-BE-REAL, los pacientes con artritis reumatoide iniciaron baricitinib (Cohorte-A) o cualquier otro fármaco antirreumático modificador de la enfermedad (FAME) biológico (b) o sintético dirigido (sd) (Cohorte-B) por primera vez. Este análisis cubre datos europeos.

Resultados: A los 3M, una alta proporción de pacientes en la Cohorte-A (n/N = 190/320) y la Cohorte-B (n/N = 174/353) alcanzaron remisión o LDA. Estos pacientes tuvieron mayores mejoras en el dolor a corto y largo plazo en ambas cohortes [Escala visual analógica del dolor, media (DE): -32,6 (24,7) y -27,5 (26,2) a los 3M; -26,2 (28,8) y -19,4 (30,6) a los 24M], funcionamiento [HAQ-DI, media (DE): -0,4 (0,6) y -0,4 (0,6) a los 3M; -0,4 (0,7) y -0,3 (0,6) a los 24M], y calidad de vida [Escala visual analógica EQ-5D-5L, media (DE): 15,8 (28,3) y 13,2 (29,5) a los 3M; 14,3 (28,0) y 11,6 (25,9) a los 24M; Utilidad EQ-5D-5L, media (DE): 0,2 (0,2) y 0,2 (0,2) a los 3M; 0,1 (0,3)

y 0,1 (0,3) a los 24M] que aquellos que no lo lograron. Se observaron mayores mejoras numéricas en el cambio medio desde el inicio en CDAI, dolor, HAQ-DI y E5-QD hasta 2 años en pacientes tratados con baricitinib en comparación con aquellos tratados con otras moléculas. La interrupción del tratamiento entre los 3-24M en aquellos que no lograron la remisión/LDA a los 3M (Cohorte-A: 53,1%, Cohorte-B: 58,7%) fue numéricamente mayor que en aquellos que sí lo lograron (Cohorte-A: 30,0%, Cohorte-B: 41,4%).

Conclusiones: En un entorno de la vida real, el 59,4% de los pacientes tratados con baricitinib y el 49,3% de los pacientes con otros FAMEb/sd lograron LDA o remisión a los 3 meses. El logro de LDA o remisión se asoció con resultados a largo plazo hasta 2 años. Las mejoras en los principales resultados fueron mayores hasta 2 años en los pacientes tratados con baricitinib que en aquellos que recibieron otros FAMEb/sd. Conflictos de interés: este estudio fue patrocinado por Eli Lilly and Company. Este estudio se presentó previamente en el 26º Congreso de la Liga de Asociaciones de Reumatología de Asia-Pacífico; Suntec, Singapur; Del 21 al 25 de agosto de 2024.

RC009. FACTORES ASOCIADOS A UNA MEJOR RESPUESTA A LA TERAPIA ANTI-TNF EN ARTRITIS REUMATOIDE

Paula Borregón Garrido¹, Fernando Ortiz Márquez²,
Aimara García Studer², Natalia Mena Vázquez², Roman Kost²
y Sara Manrique Arija²

¹Instituto de investigación Biomédica de Málaga-BIONAND. UGC de Reumatología. Hospital Regional Universitario de Málaga.

²Departamento de Medicina y Dermatología. Universidad de Málaga.

Introducción: Los inhibidores del factor de necrosis tumoral (anti-TNF α) son ampliamente utilizados en el tratamiento de la artritis reumatoide (AR), pero las variables que influyen en las diferencias de respuesta al tratamiento no están completamente comprendidas.

Objetivos: Describir la prevalencia global y estratificada por edad de respondedores a tratamiento con anti-TNF α tras 6 meses e identificar los factores asociados a una mayor respuesta a anti-TNF α en pacientes con artritis reumatoide (AR).

Métodos: Estudio prospectivo a 6 meses. Se incluyeron pacientes con AR tratados con un primer fármaco anti-TNF α por moderada-alta actividad inflamatoria. Variable Principal: proporción de respondedores a los 6 meses, definida como pacientes que alcanzaron un puntaje de actividad de la enfermedad en 28 articulaciones (DAS28) menor o igual a 3,2. Por otro lado, categorizamos a los pacientes en dos grupos de edad: menores de 60 años y 60 años o más. Además, se incluyeron variables clínico-epidemiológicas, clínicas y analíticas. Se realizó análisis descriptivo y multivariante (regresión logística) para identificar factores asociados a respondedores (VD) tras inicio de anti-TNF α en AR.

Resultados: Se incluyeron 89 pacientes, de los cuales, 70 (78,6%) eran mujeres, con una media de edad de 57 años. En la tabla se objetivan las variables descriptivas basales de los pacientes. A los 6 meses, un 70,8% de los pacientes se clasificaron como respondedores, de los cuales el 81% eran menores de 60 años y el 51,6% de los pacientes de 60 años o más ($p = 0,032$). En el análisis multivariante se identificaron como variables independientes asociadas a mejor respuesta a anti-TNF α : una menor edad [OR (IC95%), 0,945 (0,897-0,995); $p = 0,032$], no ser fumador [OR (IC95%), 0,260 (0,70-0,969); $p = 0,045$] y ausencia de depresión [OR. (IC95%), 0,134 (0,025-0,719); $p = 0,019$].

Conclusiones: Los pacientes con AR menores de 60 años tienen un mayor porcentaje de respuesta a anti-TNF α a los 6 meses. Además de una menor edad, los no fumadores y la ausencia de depresión se asocian a mejor respuesta a tratamiento anti-TNF α en pacientes con AR.

VARIABLE	RESPONDEDORES (DAS28 < 3.2) n= 63	NO RESPONDEDORES (DAS28 > 3.2) n= 26	p-valor
Características epidemiológicas			
Sexo, mujer, n (%)	49 (77,8)	21 (80,8)	0,754
Edad años, media (DE)	53,7 (11,8)	61 (9,0)	0,006
Comorbilidades			
Tabaco			0,008
No fumador, n (%)	32 (50,8)	5 (19,2)	
Ex-fumador, n (%)	12 (19)	12 (46,2)	
Fumador, n (%)	19 (30,2)	9 (34,6)	
Diabetes mellitus, n (%)	9 (14,3)	2 (7,7)	0,390
Hipertensión arterial, n (%)	16 (25,4)	10 (38,5)	0,218
Obesidad, n (%)	17 (27)	6 (23,1)	0,702
Dislipemia, n (%)	14 (22,2)	5 (19,2)	0,754
Evento Cardio Vascular, n (%)	6 (9,5)	2 (7,7)	0,784
Insuf. venosa profunda, n (%)	0 (0)	2 (7,7)	0,026
Sedentarismo, n (%)	20 (31,7)	13 (50)	0,105
Depresión, n (%)	5 (7,9)	7 (26,9)	0,017
Tr. ansioso-depresivo, n (%)	11 (17,5)	10 (38,5)	0,034
Fibromialgia, n (%)	3 (4,8)	3 (11,5)	0,246
Osteoporosis, n (%)	6 (9,5)	7 (26,9)	0,035
Características clínicas			
Erosiones, n (%)	31 (49,2)	12 (46,2)	0,793
Retraso diagnóstico meses, media (DE)	14,1 (26,1)	11,2 (8,7)	0,592
Duración AR meses, media (DE)	114,5 (128)	147,2 (168,1)	0,322
EVA dolor (0-100) media (DE)	69,2 (19,9)	77,3 (14,3)	0,064
EVA general (0-100) media (DE)	70,1 (16,7)	74,2 (19,6)	0,314
EVA médico (0-100) media (DE)	68,4 (14,5)	72,6 (12,5)	0,220
NAD (0-28) media (DE)	6,1 (5,3)	9,2 (7,1)	0,026
NAT (0-28) media (DE)	3,4 (3,2)	3,9 (3,2)	0,479
PCR.mg dL, media (DE)	10,7 (9,2)	23,9 (24)	0,011
VSG, media (DE)	24,4 (16,4)	35,5 (21,8)	0,030
DAS28-PCR, media (DE)	4,6 (1,1)	5,3 (1)	0,012
HAQ, media (DE)	1,3 (0,7)	1,6 (0,6)	0,088
Tratamientos			
FAME sintéticos, n (%)	59 (93,7)	26 (100)	0,189
Metotrexato, n (%)	42 (66,7)	13 (50)	0,141
Hidroxicloroquina, n (%)	7 (11,1)	5 (19,2)	0,308
Leflunomida, n (%)	10 (15,9)	8 (30,8)	0,112
Sulfasalazina, n (%)	17 (27)	7 (26,9)	0,995

Análisis descriptivo basal de los pacientes respondedores y no respondedores.

RC010. CORRELACIÓN ENTRE LOS ÍNDICES NEUTRÓFILOS-LINFOCITOS Y PLAQUETAS-LINFOCITOS Y ATROMATOSIS CAROTÍDEA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

Jesús Rubio Úbeda, Francesco Bizzarri, Juan Salvatierra
y Enrique Raya Álvarez

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Clínico San Cecilio.
Granada.

Introducción: La enfermedad cardiovascular (ECV) es actualmente la principal causa de morbilidad en pacientes con artritis reumatoide (AR), en quienes existe un exceso de RCV. Este exceso de riesgo se explica parcialmente por FRCV tradicionales como la hipertensión arterial o la diabetes, existiendo otros intrínsecos a la AR que ayudan a explicarlo, principalmente la inflamación sistémica. No obstante, ninguno de los sistemas actuales que evalúa el RCV ha demostrado tener un buen rendimiento a la hora de discriminar pacientes que, teniendo un RCV alto o muy alto, son clasificados en RCV intermedio. En este escenario surgen varias herramientas que ayudan a reclasificar a estos pacientes, como lo

Tabla 1: Características Clínicas, Sociodemográficas, de Laboratorio y Perfil de RCV.

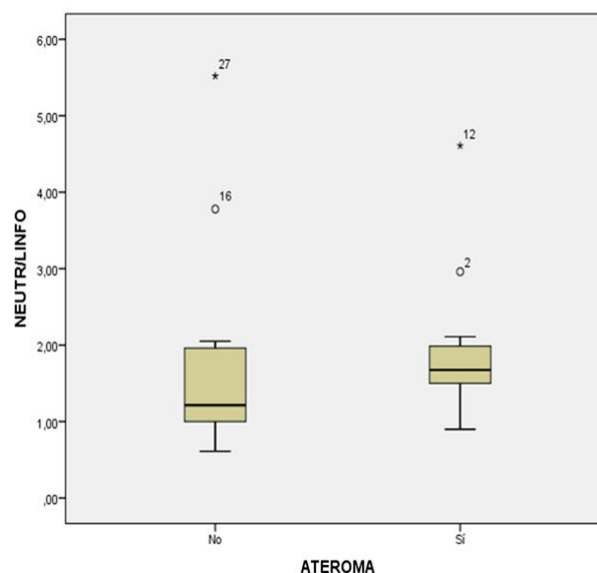
Variable	Valor
Edad, media (DS)	59,63 (8,39)
Sexo femenino, n (%)	26 (86,7)
Tabaquismo, n (%)	12 (40)
Hipertensión arterial, n (%)	17 (56,7)
Diabetes Mellitus, n (%)	7 (23,3)
Índice de Masa Corporal, media (DS)	29,86 (6,58)
FR, n (%)	24 (80)
ACPA, n (%)	19 (63,3)
Manifestaciones extraarticulares, n (%)	6 (20)
Bronquiolitis	1 (16,7)
EPID	3 (50)
Escleritis	2 (33,3)
DAS28, media (DS)	3,05 (1,54)
PCR, media (DS)	4,63 (6,44)
VSG, media (DS)	14,83 (13,17)
Colesterol total, media (DS)	254,47 (48,65)
HDLc, media (DS)	62,77 (18,88)
LDLc, media (DS)	152,53 (38,38)
CT noHDL, media (DS)	191,60 (46,91)
Lp(a), media (DS)	49,45 (43,79)
FAMEs, n (%)	17 (56,7)
Metotrexato	9 (52,9)
Leflunomida	6 (35,3)
Sulfasalazina	1 (5,9)
Hidroxicloroquina	1 (5,9)
FAMEb, n (%)	23 (76,7)
Adalimumab	3 (13)
Golimumab	3 (13)
Etanercept	4 (17,4)
Infliximab	2 (8,7)
Tocilizumab	6 (26,1)
Rituximab	3 (13)
Baricitinib	1 (4,3)
Upadacitinib	1 (4,3)
CTS, n (%)	12 (40)
Estatinas, n (%)	12 (40)
Placas Carotídeas, n (%)	14 (46,7)
SCOREm, media (DS)	11,01 (5,21)
RCV Intermedio, n (%)	3 (10)
RCV Alto, n (%)	12 (40)
RCV Muy Alto, n (%)	15 (50)

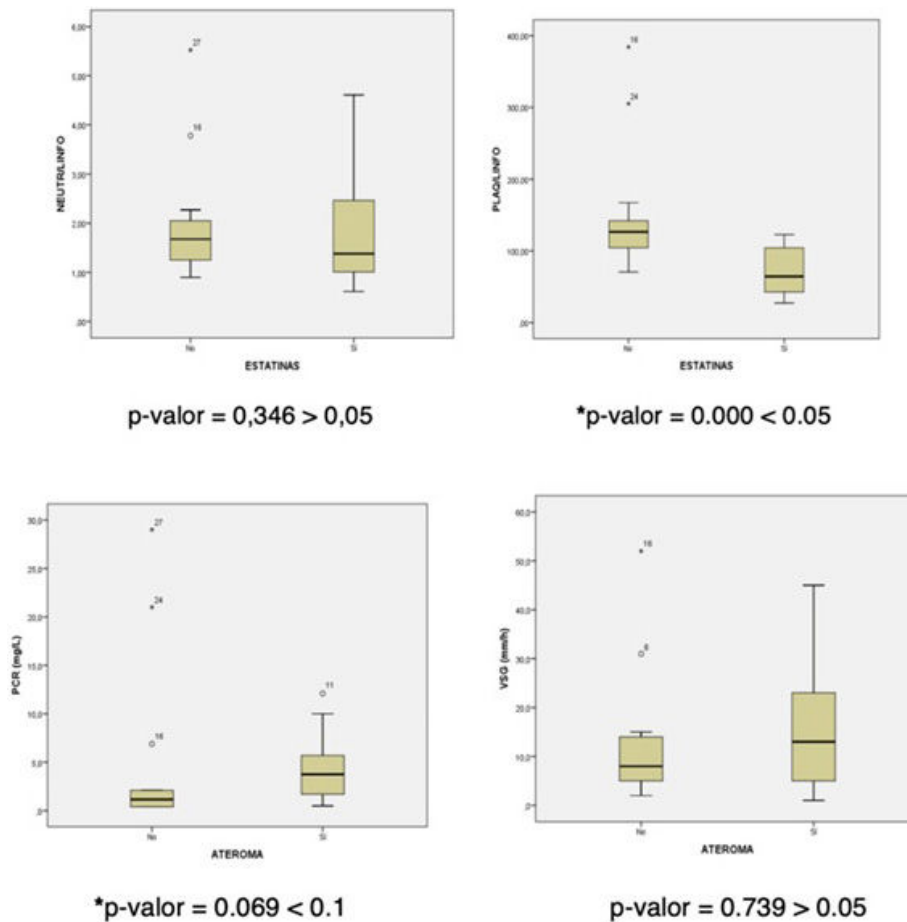
son la ecografía vascular (cUS) o los índices hematológicos: neutrófilos-linfocitos (INL) y plaquetas-linfocitos (IPL). En AR se ha visto que hasta el 63% de los pacientes tienen anomalías graves en cUS (placas carotídeas y engrosamiento íntima-media carotídeo -CIMT-), así como IPL e INL han demostrado ser marcadores de eventos desfavorables (infarto de miocardio, sepsis, RCV...). Nos propusimos, pues, analizar si INL y/o IPL más elevados se asociaban con la presencia de placas carotídeas en pacientes con artritis reumatoide, así como si estos índices podían modificarse por alguna de las características de los pacientes.

Métodos: Estudio transversal de 30 pacientes con AR según criterios ACR/EULAR 2010 en quienes se recogieron datos sociodemográficos, características basales de la enfermedad inflamatoria (PCR, VSG, DAS28 y toma de FAME sintético o biológico, o de corticoterapia crónica) y perfil lipídico (CT, HDLc, LDLc, CT-noHDL, Lp(a)). Los INL e IPL fueron calculados manualmente, así como se realizó ecografía carotídea en busca de placas carotídeas. Pacientes con condiciones que pudieran modificar INL e IPL fueron excluidos del estudio.

Resultados: Los resultados descriptivos del estudio se muestran en la tabla. En nuestra población de estudio encontramos que los valores de INL y/o IPL no se asociaron con la presencia de placas de ateroma. Si bien es cierto que en nuestra cohorte no encontramos relaciones estadísticamente significativas entre los valores de los índices hematológicos y la presencia de placas, destaca que la mediana de INL aumenta en pacientes con placas de ateroma. No obstante, son valores que no difieren de forma estadísticamente significativa entre los pacientes con y sin placas carotídeas (fig. 1). El tratamiento con FAME o corticoide no afectó al valor de los índices NL ni PL. Encontramos que el

tratamiento hipolipemiente sí reducía de forma significativa los valores de IPL ($p = 0,000 < 0,05$), así como niveles de PCR más elevados se asociaron con la presencia de placas carotídeas, si bien tuvimos que aumentar el error de significación ($p = 0,069 < 0,1$) (fig. 2).

**Figura 1.**



RC010 Figura 2.

Conclusiones: Las crecientes recomendaciones acerca del uso de la ecografía vascular como herramienta complementaria en la evaluación del RCV nos ha llevado a plantear la correlación entre los hallazgos encontrados y alteraciones en los índices INL e IPL. A pesar de que el 47% de los pacientes presentaban placas carotídeas, no hubo correlación con INL o IPL, probablemente debido al buen control de la enfermedad inflamatoria. Existiendo poca evidencia actual acerca del uso del IPL en AR, sí observamos un efecto beneficioso de las estatinas sobre la actividad inflamatoria en AR, reflejado por el descenso que producen en el IPL.

RC011. CREACIÓN DE UN INSTITUTO DEL DOLOR EN UN HOSPITAL COMARCAL: EL PAPEL DE REUMATOLOGÍA EN EL ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DEL DOLOR CRÓNICO

Helena Sirera Perelló¹, E. García Casares¹, L. de Prado¹, J. Rovira¹, C. López Castillo², M. Pascasio², D. Cuevas², I. Muñoz², A. Fortuny³, L. Martínez³, M. Gasco⁴ y J. Fernández⁴

¹Servicio de Reumatología. Fundación Sanitaria de Mollet. ²Servicio de Rehabilitación. Fundación Sanitaria de Mollet. ³Servicio de Anestesiología. Fundación Sanitaria de Mollet. ⁴Unidad de Enfermería, Bloque Quirúrgico. Fundación Sanitaria de Mollet.

Introducción: El dolor lumbar crónico es una de las causas más prevalentes de consulta y su abordaje eficaz exige una organización sanitaria coordinada y especializada. En respuesta a largas listas de espera en la Unidad del Dolor de Anestesiología, en 2023 nace el Instituto del Dolor (IDD) buscando crear una unidad específica y eficiente.

Objetivos: Justificar la creación del IDD para tratar la lumbalgia crónica mediante la derivación a Reumatología como ventana única, quién gestiona la distribución de los pacientes a los servicios integrantes de la unidad. Los objetivos principales son atender la creciente demanda, reducir listas de espera y mejorar la calidad de vida de los pacientes, evolucionando de un modelo unidimensional a una unidad multidisciplinar de nivel II.

Métodos: El IDD incluye reumatólogos, anestesiólogos, rehabilitadores, fisioterapeutas, psicólogos y enfermería especializada. Las técnicas que se realizan son infiltraciones, bloqueos, radiofrecuencia y neuromodulación externa. Reumatología actúa como ventana única para derivaciones que se realizan mediante un formulario informatizado desde Atención Primaria y otros servicios. En la consulta especializada de Reumatología, se realiza un abordaje integral del paciente, contando además con una agenda de infiltraciones ecoguiadas en ámbito de Hospital de Día respaldada por enfermería especializada. Ello ha reducido la carga asistencial de Anestesiología. El IDD cuenta con el programa "Dolor, treu-te'l del cap" (DTC), liderado por Rehabilitación. Tiene una duración de 4 meses e incluye 8 sesiones educativas, 16 de ejercicio terapéutico/relajación y 8 de actividad cardiovascular (marchas por la naturaleza). Tras la firma de un consentimiento informado se evalúan los siguientes ítems: EVA, TSK-11, ECD, HADS, EQ-5D y velocidad de marcha. También cuenta con un canal educativo en redes sociales. El Instituto dispone de una Unidad de Enfermería de Práctica Avanzada (EPA), que refuerza la atención integral.

Resultados: Entre mayo y diciembre de 2024, se realizaron 366 visitas en la consulta especializada de Reumatología: 171 primeras visitas (77,2% mujeres, edad media 64,9 años), 100 sucesivas, 95 telefónicas y 98 intervenciones ecoguiadas. Las derivaciones provinieron de Atención Primaria (61,4%), Reumatología (19,9%), Trauma-

tología (8,8%), Anestesiología (7%), Neurología (1,8%) y Urgencias (1,2%). En el programa DTC participaron 36 personas (83% mujeres, edad media 58 años), mayoritariamente en baja laboral (59%). Se registró una reducción en la escala EVA (de 8,41 a 6,39), kinesiophobia (de 30,89 a 27), catastrofismo (de 35,31 a 30,67) y ansiedad-depresión (de 21,50 a 18,14). La velocidad de marcha aumentó de 1,31 m/s a 1,73 m/s y el índice EQ-5D mejoró de 0,358 a 0,534. Como comorbilidades destacaron la depresión (58,33%) y la fibromialgia (52,78%). **Conclusiones:** El IDD es un modelo multidisciplinar centrado en la persona, que combina estrategias farmacológicas, no farmacológicas, técnicas intervencionistas y un programa educativo, mejorando la accesibilidad y optimizando recursos gracias a la ventana única gestionada por Reumatología. Se destaca el papel del reumatólogo como médico intervencionista con el uso de técnicas ecoguiadas. Aunque los resultados clínicos son preliminares, el alto volumen de pacientes atendidos evidencia la necesidad y efectividad de este enfoque para mejorar la calidad de vida y reducir la discapacidad asociada al dolor crónico.

RC012. COMPLICACIONES DE LA BIOPSIA DE GLÁNDULA SALIVAL MENOR EN LOS PACIENTES CON SOSPECHA DE SÍNDROME DE SJÖGREN

Marina González Peñas¹, Marco Aurelio Ramírez Huaranga¹, Lourdes Martín de la Sierra López¹, Luis Ángel Calvo Pascual², Laura María Jiménez Rodríguez¹, David Velasco Sánchez¹, Alberto López Menchero Mora¹, David Castro Corredor¹, Joaquín Anino Fernández¹, Javier Seoane Romero³ y Marcos Paulino Huertas¹

¹Hospital General Universitario de Ciudad Real. ²Departamento de Métodos Cuantitativos ICADE. Universidad Pontificia de Comillas. ³Hospital Universitario de A Coruña.

Introducción: El síndrome de Sjögren primario es una exocrinopatía crónica autoinmune que se caracteriza por síntomas de sequedad de mucosas, puede afectar múltiples órganos y sistemas. En el Síndrome de Sjögren se observa la presencia de un infiltrado linfocitario focal con predominio de linfocitos CD4 en glándulas exocrinas, a menudo, central, dentro del lóbulo, sin afectar a acinos y ductos. Actualmente, para el diagnóstico del SSp se utilizan los criterios de clasificación ACR/EULAR de 2016, que incluyen sialoadenitis linfocítica focal en glándula salival menor con > 1 foco linfocítico/4 mm² de tejido glandular, con una puntuación de 3 puntos, siendo la histología uno de los ítems que más puntúa en estos criterios.

Objetivos: Analizar la aparición de complicaciones inmediatas, al mes y a los tres meses tras la realización de la biopsia de glándula salival menor: dolor, hematoma, sangrado, infección, disminución de la sensibilidad y hormigueos.

Métodos: Estudio observacional descriptivo de las complicaciones de la biopsia de glándula salival menor en pacientes con sospecha de Síndrome de Sjögren.

Resultados: Un total de 36 pacientes cumplieron los criterios de inclusión, todos ellos completaron el estudio, no hubo pérdidas de seguimiento. En la figura 1 se describen las características de la población incluida en el estudio. Todos los pacientes toleraron el procedimiento, no registrándose eventos adversos serios. Veinticuatro pacientes presentaron complicaciones inmediatas, principalmente dolor los primeros días tras la biopsia y hematoma en el sitio de la incisión. En la figura 2 se describen las complicaciones inmediatas y al mes. De los cinco pacientes que presentaban disminución de la sensibilidad al mes, en dos de ellos se resolvió a los tres meses.

Conclusiones: La biopsia de glándula salival menor es un procedimiento seguro y poco invasivo. Tras la biopsia pueden existir complicaciones, en su mayoría son leves y transitorias, destacando en el

momento inicial el dolor y hematoma en la zona de la incisión, y más tardío la disminución de la sensibilidad.

Imagen 1: Características de la población de estudio. DE: desviación estándar. ANA: anticuerpos antinucleares. RFA: reactantes de fase aguda.

Características	N (%) / Media (+/- DE)
Sexo femenino	33 (91.67)
Edad	55 (+/-12.92)
Hipertensión arterial	8 (22.22)
Diabetes mellitus	5 (13.89)
Dislipemia	10 (27.78)
Tabaco:	
Si	5 (13.89)
No	25 (69.44)
Exfumador	6 (16.67)
ANA POSITIVO >1/160	22 (61.11)
Anti-SSA/Ro	10 (27.78)
Anti-SSB/La	1 (2.78)
Factor reumatoide	5 (13.89)
RFA elevados	10 (27.78)
Hipocomplementemia C3 y/o C4	3 (8.33)
Tiempo (meses) desde inicio de síntomas	64 (+/-68.38)
Sequedad:	
Oral	6 (16.67)
Ocular	5 (13.89)
Ambas	23 (63.89)

Imagen 2: Complicaciones inmediatas y al mes de la biopsia de glándula salival menor.

	Complicaciones inmediatas	Complicaciones al mes
	Valor absoluto (porcentaje)	Valor absoluto (porcentaje)
Dolor	15 (41.66%)	0 (0%)
Hematoma	18 (50%)	0 (0%)
Sangrado	0 (0%)	0 (0%)
Infección	1 (2.78%)	0 (0%)
Disminución de la sensibilidad	8 (22.22%)	5 (13.89%)

RC013. CARACTERÍSTICAS Y FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES CON FRACTURA DE HÚMERO FRENTE A CADERA EN UN PROGRAMA DE COORDINACIÓN DE FRACTURAS (FLS)

Patricio Cardoso Peñafiel¹, M. Sanz Jardón⁶, A. Pareja Martínez^{1,5}, A. Mozo Muriel^{2,5}, L. Lojo Oliveira^{1,5}, V. Pardo Guimera^{3,5}, R. Larrainzar Garijo^{4,5}, Marta Neira Álvarez², L. Lojo Oliveira^{1,5} y T. Navío Marco^{1,5}

¹Sección de Reumatología. Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. ²Servicio de Rehabilitación. Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. ⁴Servicio de Traumatología. Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. ⁵Universidad Complutense de Madrid. ⁶Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción y objetivos: Las fracturas osteoporóticas son una carga en salud pública. Según el registro español de fracturas (REFRA) y la literatura, las de cadera ocurren en pacientes longevos (> 80 años) con IMC bajos (< 25), y las de húmero en pacientes más jóvenes (< 80 años) con IMC altos (> 25). Hemos investigado las fracturas de húmero, menos estudiadas y más infravaloradas en la práctica clínica, comparándolas con las de cadera. El objetivo es identificar factores de riesgo en fracturas de húmero para un control y tratamiento precoz de la osteoporosis, mejorando la calidad de vida de los pacientes y optimizando recursos del sistema sanitario.

Métodos: Estudio retrospectivo y comparativo de fracturas de cadera y húmero dentro del programa FLS. Los datos se recogieron de registros clínicos y de la herramienta MINIREFRA (2019-2023). Utilizamos el programa Statistical Analysis System. Comparamos poblaciones mediante la prueba t de Student y chi-cuadrado.

Resultados: Se incluyeron 101 pacientes: 61 (60,4%) fracturas de húmero y 40 (39,6%) cadera. Los pacientes con fractura de cadera fueron mayores con menor IMC. Además, el grupo de cadera presentaba un mayor riesgo de fracturas según el FRAX para fracturas mayores (15,30 vs. 10,42, $p = 0,0093$) y de cadera (7,30 vs. 4,42, $p = 0,0210$), además de una peor puntuación densitométrica. Respecto a niveles de Vitamina D, no hubo diferencias significativas, aunque se encontró una alta deficiencia en ambos grupos. En cuanto al tratamiento, Denosumab fue más utilizado en pacientes con fractura de cadera (67,5%), mientras que en húmero fueron los bifosfonatos (68,57%).

Parámetro	Fractura de Húmero (n=61)	Fractura de Cadera (n=40)	P
Edad (años) (m±SD)	71.74 ± 10.10	82.75 ± 7.63	< 0.01
Mujeres n/N (%)	58/61 (95.08%)	32 (80.00%)	< 0.01
Hombres n/N (%)	3/61 (4.92%)	8 (20.00%)	< 0.01
IMC (kg/m ²) (m±SD)	29.18 ± 5.14	26.94 ± 5.06	0.0376
T-Score CF (m±SD)	-2.52 ± 0.67	-2.92 ± 0.56	0.0018
FRAX fx Mayor (m±SD)	10.42 ± 7.21	15.30 ± 10.42	0.0093
FRAX fx Cadera (m±SD)	4.42 ± 5.01	7.30 ± 8.02	0.0210

Tabla 1. Características principales de cada grupo y su significación estadística

Conclusiones: Los pacientes con fracturas de húmero son más jóvenes, presentan un IMC más alto y menor gravedad de osteoporosis densitométrica. Es crucial enfocarse en estos pacientes para implementar medidas preventivas efectivas. Nuestros resultados sugieren la tendencia a subestimarlas, lo cual se traduce en una menor iniciación de tratamientos.

RC014. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON OSTEOPOROSIS Y MUY ALTO RIESGO DE FRACTURA TRATADOS CON ROMOSUZUMAB. ESTUDIO MULTICÉNTRICO

Itziar Calvo Zorrilla¹, C.A. Egües Dubuc², M. González Fernández³, I. Etxebarria Foronda⁴, E. Barastay Alberdi⁵, L. Ibarrola Paino⁶, A. Valero Jaimes⁷, J. Aróstegui Lavilla⁸, S.I. Estrada Dorronsoro⁹, M.J. Manovel Nogueiras¹⁰, N. Plaza Aulestia¹, O. Ibarguengoitia Barrena¹, D. Montero Seisdedos¹, N. Vegas Revenga¹, I. Urionaguena Onaindia¹ y J.F. García Llorente¹

¹Reumatología. Hospital Universitario Galdakao-Usansolo. Vizcaya.

²Reumatología. Hospital Universitario Donostia. San Sebastián.

³Reumatología. Hospital Universitario Basurto. Vizcaya.

⁴Traumatología. Hospital Alto Deba. Arrasate. ⁵Reumatología. Hospital Urduliz. ⁶Reumatología. Hospital Bidasoa. Hondarribia.

⁷Reumatología. Hospital de Zumárraga. ⁸Reumatología. Hospital Universitario Cruces. Vizcaya. ⁹Medicina Interna. Hospital Universitario Galdakao-Usansolo. Vizcaya. ¹⁰Medicina Interna. Hospital Universitario Cruces. Vizcaya.

Introducción: La osteoporosis (OP) conlleva un alto riesgo de fractura por fragilidad (FF), y un aumento significativo de la morbimortalidad. El romosozumab (ROMO), fármaco que se une a la esclerostina y la inhibe, produciendo un efecto dual al aumentar simultáneamente la formación ósea y disminuir la resorción ósea, amplía el arsenal terapéutico disponible para las mujeres posmenopáusicas con muy alto riesgo de fractura (MARF).

Métodos: Estudio ambispectivo, multidisciplinar y multicéntrico de una cohorte de pacientes a los que se prescribió ROMO en el País Vasco (octubre/2022-diciembre/2024). Se analizaron las características clínicas, analíticas y densitométricas de los pacientes, se registró la terapia secuencial y se comparó la diferencia de densidad

mineral ósea (DMO) y parámetros analíticos entre los pacientes que completaron los 12 meses el tratamiento. Para el análisis se utilizaron frecuencias y porcentajes en variables cualitativas, y media y desviación estándar (DE) o mediana y rango intercuartílico (RIQ) para las cuantitativas. La diferencia media entre los valores previos y posteriores al tratamiento se analizó mediante una prueba t emparejada (Shapiro-Wilk o Wilcoxon). El análisis estadístico se realizó con SPSS versión v26.

Resultados: Se incluyeron 99 mujeres, edad media ± DE de 69,44 ± 8,74 años. Antecedentes médicos: HTA (29,29%), neoplasia (12,12%) y DM (5,05%). La mediana ± RIQ de SCORE-2 fue 5 ± 1, Barthel 100 ± 0 y Charlson 4 ± 1. Los factores de riesgo para OP se enumeran en la tabla 1. En la visita basal, estas fueron las medias ± DE: Ca 9,52 ± 0,38 mg/dL, p 3,46 ± 0,46 mg/dL, vitamina D 30,7 ± 15,24 ng/mL, PTH 55,37 ± 29,66 pg/mL, P1NP 77,22 ± 20,27 ug/L y CTX 443,8 ± 324 pg/mL. La media ± DE del FRAX para fractura osteoporótica mayor fue de 17,19 ± 10,34 y de 10,59 ± 9,18 para fractura de cadera. En la densitometría, la T-score en la columna lumbar fue de -2,51 ± 1,69 y de -2,52 ± 1,17 en la cadera y la DMO lumbar fue de 0,85 ± 0,17 g/cm² y de 0,68 ± 0,17 g/cm² en cadera. 86 de los 99 pacientes (86,8%) habían recibido previamente uno o más tratamientos para la OP, siendo los bifosfonatos (BF) los más empleados. tabla 2. El 80% tomaba suplementos de calcio. 84 pacientes presentaban una o más FF previas (vertebral 74,8%, radio distal 15,9% y cadera 13,9%). Se recogen los datos de la visita final de 55 pacientes, completando el tratamiento en 50 de ellos (suspensión de 2 por *exitus*, 2 por mala tolerancia y 1 por decisión del paciente). No se produjeron nuevas FF durante los 12 meses. Se observó una ganancia de DMO pre y post tratamiento de 0,11 g/cm² en columna lumbar y de 0,23 g/cm² en cadera, observado diferencias estadísticamente significativas en la T-score de cuello femoral. Salvo el aumento de la vitamina D y P1NP, no hubo diferencias significativas en los parámetros analíticos relacionados con el metabolismo P-Ca (tabla 3). Tras el ROMO, el denosumab fue el tratamiento más empleado (25 pacientes), seguido de BF en 21, teriparatida en 1 y SERM en otro. La gran mayoría de pacientes continuaban con suplementos de Ca (73%) y vitamina D (71%).

Conclusiones: La alta prevalencia de FF en la actualidad cambia el paradigma del tratamiento de la OP, haciendo necesario identificar a pacientes con MARF para reducir el riesgo inminente. En los 50 pacientes que han completado el tratamiento con ROMO, se ha producido un aumento de DMO y una mejoría del T-score, sobre todo en cadera, además de un aumento del parámetro P1NP. No se reportan nuevas FF y presenta un buen perfil de seguridad.

RC015. FRACTURAS INCIDENTALES EN PACIENTES CON OSTEOGÉNEIS IMPERFECTA EN LA EDAD ADULTA: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA COHORTE

Cristina Rocamora Gisbert, Francina Salabert-Carreras, Raquel Ugena-García, Cristina Calomarde-Gómez, Clara Churtichaga, Judith Vidal-Ripoll, Anne Riveros Frutos, Judit Font, Ivette Casafont-Solé, Annika Nack, Melania Martínez-Morillo, María Aparicio-Espinar, Susana Holgado Pérez, Lourdes Mateo-Soria, Águeda Prior-Español y Laia Gifré

Servicio de Reumatología. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona.

Introducción: La osteogénesis imperfecta (OI) es una enfermedad hereditaria causada principalmente por mutaciones del colágeno. Se asocia a fracturas recurrentes, deformidades óseas, osteoporosis y también a manifestaciones oculares, auditivas y cardiorrespiratorias.

Objetivos: Describir el espectro médico en adultos con OI, incluyendo sus características clínicas, analíticas, densitométricas y radiográficas, así como su historial de fracturas (tanto previas como incidentales), deformidades esqueléticas y los tratamientos antiosteoporóticos que han recibido.

Métodos: Estudio observacional descriptivo en que se incluyeron pacientes con OI que realizan seguimiento en un hospital terciario. Se recogió información clínica (como edad al diagnóstico, dentinogénesis imperfecta, pérdida auditiva, deformidades esqueléticas y antecedentes de fracturas), estudios genéticos, subtipo de OI, datos analíticos, datos densitométricos (mediante Lunar DPX), resultados radiológicos y tratamientos antiosteoporóticos recibidos (anti-OP). Para los pacientes menores de 50 años, se utilizó el puntaje Z (con $Z < -2$ DE indicando baja masa ósea). La estructura trabecular se evaluó utilizando TBS (TBS Insight®). Los análisis estadísticos se realizaron utilizando SPSS (versión 27).

Espectro clínico de los pacientes con OI. EEII: extremidades inferiores. Los resultados estadísticos se han expresado con %, media, desviación estándar y rango

Edad (años)	54,31 ± 18,52 [28-84]
Mujeres (> 50 años/< 50 años)	6 (66,7)/3 (33,3)
Tipo de OI	
Tipo I	8 (61,5%)
Tipo III	1 (7,6%)
Tipo IV	1 (7,6%)
Pendiente de estudio genético	4 (30,8%)
Edad al diagnóstico (años)	20,14 ± 19,57 [0-63]
Antecedentes familiares	9 (69,2%)
Laboralmente activos	5 (38,4)
Escleras azules	11 (84,6)
Dentinogénesis imperfecta	5 (38,4)
Hipoacusia	9 (69,2)
Cardiopatía valvular	1 (6,7)
Deformidades esqueléticas	12 (92,3)
Tórax en tonel	5 (38,4)
Recurvatum de EEII	4 (30,8)
Asimetría de EEII	9 (69,2)
Escoliosis	12 (92,3)

Resultados: Se incluyeron un total de 13 pacientes (9 mujeres y 4 hombres) con una edad media de 54 ± 19 años [rango 28-84] diagnosticados con OI. Entre ellos, 6 pacientes fueron el caso índice para el diagnóstico de OI. El espectro clínico de los pacientes se resume en la tabla 1. La edad media al momento del diagnóstico fue de $20 \pm 19,57$ años [rango 0-63]. Se encontraron mutaciones genéticas en COL1A1 ($n = 8$) y COL1A2 ($n = 2$), mientras que 3 pacientes aún no se han sometido a pruebas genéticas. A nivel densitométrico, 9 pacientes fueron diagnosticados de osteoporosis o baja masa ósea (principalmente en la región lumbar). 4 pacientes mostraron resultados degradados de TBS. Once de los pacientes habían recibido tratamiento anti-OP durante su seguimiento, incluidos bifosfonatos orales ($n = 9$), bifosfonatos intravenosos ($n = 10$), denosumab ($n = 4$) y teriparatida ($n = 4$). Un paciente recibió terapia hormonal sustitutiva. Nueve pacientes continuaron con tratamiento anti-OP en su última visita de seguimiento. Los 13 pacientes habían experimentado un total de 167 fracturas, de las cuales 25 clasificadas como traumáticas; con un pro-

medio de 12,84 fracturas por paciente [rango 1-27]. 7 pacientes tuvieron una o múltiples fracturas vertebrales. Durante los últimos dos años, durante el seguimiento, 7/13 pacientes sufrieron un total de 15 fracturas incidentales (10 fracturas por fragilidad y 5 fracturas traumáticas) mientras estaban siendo tratados con bifosfonatos ($n = 4$), denosumab ($n = 2$) y sin tratamiento ($n = 1$).

Conclusiones: Más de la mitad de los pacientes con OI que recibieron tratamiento anti-OP y seguimiento en un hospital terciario sufrieron fracturas incidentales (tanto por fragilidad como traumáticas) en los últimos dos años. Cabe destacar que el TBS no parece predecir eficazmente el riesgo de fracturas en pacientes con OI. Estos resultados coinciden con la evidencia previa y enfatizan la necesidad de desarrollar un tratamiento anti-OP específico para pacientes con OI.

RC016. TRATAMIENTO SECUENCIAL CON ROMOSUZUMAB TRAS DENOSUMAB: ¿UNA NUEVA ESTRATEGIA PARA EL SELLADO?

Cristina Valero-Martínez, Maryia Nikitsina, Marina Dueñas, Juan Carlos Sáez, Ana Romero, Miren Uriarte-Ecenarro, Irene Llorente, Ana M. Ortiz, Eva G. Tomero, María Ahijón, Esther F. Vicente-Rabaneda, Isidoro González-Álvaro, Rosario García-Vicuña y Santos Castañeda

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de La Princesa. IIS-Princesa. Madrid.

Introducción y objetivos: Denosumab (Dmab) es un anticuerpo monoclonal que inhibe el ligando de RANK, con un potente efecto antirresortivo indicado para el tratamiento de la osteoporosis (OP). Al suspenderlo, se produce un efecto rebote con un incremento acelerado de la resorción ósea y una disminución abrupta en la densidad mineral ósea (DMO). Para mitigar este efecto, se han propuesto estrategias de "sellado" con otros fármacos antirresortivos. Sin embargo, los efectos adversos o contraindicaciones limitan el uso de bisfosfonatos. Romosozumab (ROMO), un fármaco con acción dual (antirresortivo y osteoformador) podría ser una alternativa prometedora en este subgrupo de pacientes. El objetivo de este estudio fue analizar las características de los pacientes en tratamiento con ROMO que habían recibido Dmab como último tratamiento previo para su OP.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico. Se incluyeron todos los pacientes de nuestro centro que habían recibido tratamiento con ROMO después de Dmab desde octubre de 2022 a diciembre de 2024. Se identificaron 24 pacientes con uso previo de Dmab, de los cuales se excluyeron 15 pacientes en los cuales se realizó sellado con un bisfosfonato antes de iniciar ROMO. Se recogieron datos demográficos, número y tipo de fracturas previas, parámetros de DMO (Hologic Horizon) y tratamientos previos para

Características	N=9 mujeres
Edad basal (años), media ± DE	72±10
Número de pacientes con fracturas por OP, n (%)	8 (88,9)
Vertebrales, n (%)	8 (88,9)
1, n (%) / 2 o más, n (%)	3 (33,3) / 5 (55,5)
Cadera, n (%)	1 (11,1)
Otras, n (%)	2 (22,2)
Número de tratamientos anti-OP antes de ROMO, media ± DE	2,1±0,87
Tipo de tratamientos previos anti-OP además de Dmab	
Bisfosfonatos, n (%)	5 (55,5)
Teriparatida, n (%)	4 (44,4)
Número dosis en total Dmab (mediana; RIQ)	10±4
Tiempo en meses desde Dmab hasta ROMO (mediana; RIQ)	12 [6-21]
Motivo de inicio ROMO	
Acontecimientos adversos Dmab, n (%)	3 (33,3)
Fracaso Dmab, n (%)	6 (66,6)

Abreviaturas: DE: desviación estándar; Dmab: denosumab; OP: osteoporosis; RIQ: rango intercuartílico; ROMO: romosozumab.

RC016 Tabla 1. Características de las pacientes en tratamiento con romosozumab con uso previo de denosumab.

Nº	Total dosis Dmab	Tiempo hasta inicio ROMO (m)	Motivo suspensión Dmab	Total dosis ROMO	Δ DMO columna (%)	Δ DMO cadera (%)	Δ TBS (%)	Fracturas
1	10	6	Refractario Dmab	12	DXA ND	DXA ND	DXA ND	No
2	11	29	Pérdida DMO acelerada	12	7,5%	-2,4%	2,2%	No
3	5	1	AA Dmab	12	10,1%	3,2%	3%	No
4	10	12	Refractario Dmab	12	DXA ND	DXA ND	DXA ND	No
5	3	12	AA Dmab	12	DXA ND	DXA ND	DXA ND	No
6	5	60	Pérdida DMO acelerada. AA Dmab	12	8,3%	1,7%	2%	No

Abreviaturas: AA: acontecimientos adversos; DXA: densitometría dual de rayos X; Dmab: denosumab; DMO: densidad mineral ósea; m: meses; ND: no disponible; ROMO: romosozumab; TBS: trabecular bone score; Δ: variación de la DMO.

RC016 Tabla 2. Pacientes con tratamiento secuencial denosumab-romosozumab completado.

la OP. Se realizó a todos un TBS (Medimaps) y estudio volumétrico del hueso de cadera (3D-SHAPER). Se realizó un análisis descriptivo de esta población de pacientes.

Resultados: Se incluyeron 9 pacientes, todas ellas mujeres, con una edad media de 72 ± 10 años (tabla 1). En 7 pacientes (77,7%) se probaron otros fármacos anti-OP además de ROMO y Dmab, destacando el uso de teriparatida en 4 casos (44,4%). El 88,8% sufrieron fracturas vertebrales antes de ROMO. El motivo principal de inicio de ROMO fue el fracaso de Dmab en 6 casos (66,6%) y la mediana hasta el inicio de ROMO fue de 12 [6-21] meses desde la última inyección de Dmab. El 66,6% de los pacientes completaron el tratamiento con ROMO (12 dosis) y no se ha suspendido todavía en ninguno de los que se encuentran en tratamiento activo. En los pacientes con pauta de ROMO completa (tabla 2), solo 3 disponían de datos de DMO al finalizar el tratamiento. En estos casos, se observó un incremento de DMO en columna lumbar $> 5\%$ en todos ellos, con estabilidad en la DMO de cadera. No se registraron fracturas clínicas en ninguno de los pacientes al finalizar ROMO ni en los que mantienen el tratamiento. Los datos del estudio volumétrico de cadera, aun no disponibles, se presentarán el día de la exposición. No se observaron reacciones adversas relacionadas con ROMO. Tampoco se registraron casos de osteonecrosis mandibular durante el tratamiento, pese al antecedente de esta reacción adversa atribuida a Dmab en dos de los pacientes.

Conclusiones: ROMO se vislumbra como una posible estrategia de sellado óseo eficaz y segura en pacientes con fracaso o intolerancia a Dmab. La mejora ósea con ROMO se observó también en el TBS de columna. ROMO resultó seguro en los dos pacientes con antecedentes de osteonecrosis maxilar previa con Dmab.

RC017. PERFIL DE PACIENTES QUE INICIAN TRATAMIENTO CON ABALOPARATIDA EN PRÁCTICA CLÍNICA: ADHERENCIA Y SEGURIDAD A CORTO PLAZO

Juan Molina-Collada¹, Soledad Ojeda Bruno², Antonio Naranjo Hernández², Silvia Pérez Esteban³, Luisa Alejandra Hernández-Sánchez⁴, Olga Sánchez González⁵, Valentina Emperiale³, Pablo Rodríguez Merlos¹ y Teresa González Hernández¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IiSGM). Madrid. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario del Sureste. Madrid. ⁴Servicio de Geriatria. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid.

Introducción: Aunque existen guías de práctica clínica que orientan el tratamiento antiosteoporótico en pacientes con riesgo

de fractura, su implementación en práctica clínica es variable. Por otro lado, los efectos adversos del tratamiento suelen aparecer en las primeras semanas, lo que puede llevar a su suspensión. Abaloparatida (ABL) es un fármaco aprobado en nuestro país en mayo de 2024, para el tratamiento de la osteoporosis (OP) posmenopáusica, por lo que la experiencia en vida real es aún muy limitada.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, multicéntrico. Se incluyeron mujeres postmenopáusicas con OP que iniciaron ABL entre junio y diciembre de 2024. Se recogieron datos demográficos, factores de riesgo clínicos para OP, tratamientos antiosteoporóticos previos, densitometría ósea, datos de laboratorio, motivo de tratamiento con ABL, así como efectos secundarios y adherencia al tratamiento a los 3 meses. Se realizó un análisis descriptivo simple de las variables estudiadas.

Características demográficas, clínicas y tratamiento de los pacientes

	N	
Edad (media $\pm$ DE)	69	73,65 $\pm$ 8,79
IMC (media $\pm$ DE)	69	25,20 $\pm$ 4,62
Fumador, n (%)	69	12 (17,3)
Consumo alcohol, n (%)	69	1 (1,4)
OP secundaria, n (%)	69	10 (14,4)
Fractura cadera padres, n (%)	69	13 (18,8)
Fracturas previas, n (%)	69	29 (42)
Columna lumbar		16 (55,1)
Cadera		5 (17,2)
Hombro		4 (13,7)
Otras		12 (41,3)
Tratamiento previo, n (%)	69	18 (26)
Bifosfonatos		17 (94,4)
Denosumab		7 (38,8)
Bifosfonatos + Denosumab		4 (22,2)
Otros		4 (22,2)
Media T-score columna lumbar (DE)	69	-3,28 (1,18)
Media T-score cuello femoral (DE)	69	-2,73 (0,87)
Media niveles vitamina D (DE)	69	32,82 (20,15)
Indicación abaloparatida	69	
Primera línea, n (%)		47 (68,1)
Segunda línea, n (%)		18 (26)
Tercera o mas, n (%)		4 (5,7)
Motivo prescripción abaloparatida	69	
Fracturas, n (%)		50 (72,4)
Columna lumbar. Múltiples		34 (68). 22 (64,7)
Cadera		13 (18,84)
Pelvis		2 (2,9)
Hombro		4 (5,8)
Otras		7 (10,14)
DMO, Tscore ≤ 3 , n (%)	69	48 (71,6)
Columna lumbar		38 (64,4)
Cuello femoral		27 (45,7)
Fracturas + DMO (Tscore ≤ 3), n (%)	69	32 (46,3)
Contraindicación a otros tratamientos, n (%)	69	5 (7,2)
Efectos adversos de otros tratamientos, n (%)	69	3 (4,3)
Efectos adversos ABL, n (%)	43	6 (13,9)
Suspensión ABL por efectos adversos, n (%)	43	5 (11,6)

Resultados: Se incluyeron en el análisis 69 mujeres de 5 centros (4 de reumatología y uno de geriatría). La edad media (DE) fue de 73 (8,79) años. Veintinueve (42%) pacientes habían tenido fracturas previas, y el 62% de ellas había recibido tratamiento. La ABL fue la primera línea de tratamiento en el 68,1% de los casos. El motivo más frecuente para iniciar ABL fue la presencia de fracturas en el año previo en el 72,4% de las pacientes, el 68% en columna lumbar, de las cuales el 64,7% fueron múltiples, 13 en cadera, 2 en pelvis y 4 en hombro. El segundo motivo para prescribir ABL fue la DMO muy baja ($T \leq -3,0$) en el 71,6% de las pacientes, el 64,4% en columna lumbar y el 45,7% en cuello femoral. Hasta diciembre del 2024 un total de 43 pacientes completaron el seguimiento a los 3 meses, de los cuales 6 (13,9%) presentaron efectos adversos (mialgias), lo que obligó a suspender ABL en 5 pacientes (tabla).

Conclusiones: Los pacientes que inician ABL tienen un riesgo muy alto de OP debido a fracturas recientes y/o DMO muy baja. ABL fue el primer tratamiento antiosteoporótico en la mayoría de los pacientes. El perfil de seguridad a los 3 meses fue óptimo y la tasa de persistencia alta.

RC018. MASTOCITOSIS Y DENSIDAD MINERAL ÓSEA: ATENTOS A LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA NORMAL

Marta Valls Roc¹, Teresa Clavaguera Poch¹, David Lobo Prat¹, Emma Brugarolas Martínez², Anna Angona Figueras² y Patricia Reyner Echevarría¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Dr. Josep Trueta/Hospital Santa Caterina. Girona. ²Servicio de Hematología. Hospital Josep Trueta/Hospital Santa Caterina. Institut Català d'Oncologia. Girona.

Introducción: la mastocitosis sistémica se caracteriza por una expansión monoclonal de mastocitos morfológica e inmunofenotípicamente anormales que infiltran diferentes tejidos. Sus principales características son síntomas cutáneos (urticaria o prurito), anafilaxia o síntomas gastrointestinales (náuseas, vómitos y diarreas) junto con valores de triptasa sérica mayores a 20 ug/L. Es una causa secundaria de pérdida de densidad mineral ósea (DMO) en hasta un 40% de los casos y el 20% de los hombres y 14% de las mujeres pueden presentar fracturas vertebrales. Menos conocido es que un 5-19% de los pacientes pueden desarrollar un incremento de la DMO o una osteoesclerosis. La osteoesclerosis sucede, sobre todo, en los pacientes que presentan mastocitosis agresiva, con una mayor infiltración de mastocitos en la médula ósea, con dolor óseo en el raquis y/o en cinturas, con cifras elevadas de triptasa y/o fosfatasas alcalinas y con densidad mineral ósea normal o elevada en la densitometría. Se debe confirmar mediante una prueba de imagen (RM o PET-TC). Se considera osteoporosis los valores en densitometría (DXA) de T score $< -2,5$ DE, grave osteopenia asociada a mastocitosis Z score < -2 DE, incremento de DMO Z score > 1 DE y osteoesclerosis Z score > 2 DE.

Objetivos: Describir las características clínicas y los resultados de la densidad mineral ósea de los pacientes con mastocitosis.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes afectos de mastocitosis. Se registraron: sexo, edad, fecha de diagnóstico, características de la enfermedad y niveles de triptasa sérica. Así como los resultados de la densitometría (DXA): T-score y Z-score en columna lumbar y fémur y la presencia de fracturas, los valores del metabolismo fosfocálcico (calcio y fósforo, PTH y $25(\text{OH})_2\text{VitD}_3$) y los tratamientos recibidos.

Resultados: De los 13 pacientes estudiados, 9 eran mujeres y 4 hombres. 10 tenían una mastocitosis sistémica indolente, 2 un síndrome de activación mastocítica, y 1 una mastocitosis agresiva. La edad media fue 57 ± 14 años y la mediana del tiempo de diagnóstico de 6 ± 3 años. Los valores medios de triptasa sérica fueron de 57 (11-378) ug/L. Solo 11 pacientes tenían realizada una DXA. Los resultados se muestran en la tabla. La paciente con osteoesclerosis se clasificó de mastocitosis agresiva, presentaba cifras muy elevadas de fosfatasas

alcalinas 381 (40-129 U/L) y triptasa sérica (378 ug/L) y el diagnóstico se confirmó por PET-TC y resonancia magnética (RM). 4 pacientes tuvieron fracturas vertebrales (múltiples en 2 pacientes) y uno también de fémur. La DMO era normal en 2 de los pacientes que presentaron fracturas vertebrales y osteopenia en 2 con fracturas vertebrales y de fémur. Los valores del metabolismo fosfocálcico (calcio, fósforo y PTH) fueron normales en todos los pacientes y 8 pacientes tenían la $25(\text{OH})_2\text{VitD}_3$ baja 19 ± 7 ng/ml. 3 pacientes con fracturas estaban en tratamiento con antirresortivos (uno alendronato y dos denosumab) y 7 pacientes tomaban calcifediol. La paciente con mastocitosis agresiva y osteoesclerosis tuvo que ser tratada con midostaurina.

Valores DXA	Z score DE	T score (media) DE
Normal	2	-0,8
Osteoporosis	1	-2,5
Grave osteopenia asociada a mastocitosis	1	-2,5*
Osteopenia	5	-1,6
Incremento de DMO	1	1,2*
Osteoesclerosis	1	3,3**

*Col. lumbar, **Fémur total

Conclusiones: La asociación entre mastocitosis, baja DMO y fracturas es conocida pero no tanto la presencia de osteoesclerosis. Los pacientes con valores de DMO en DXA en el rango de la normalidad pueden tener fracturas y se debe descartar osteoesclerosis si la Z score es > 2 DE.

RC019. IMPLEMENTACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA PARA LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS DESARROLLADAS EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DE REUMATOLOGÍA 2024-2025

Ana Cecilia Sovero Utrilla, Ángel García Manzanares, Lorena Arques, Kinga Pérez Futo, María Teresa Bonet Pastor, Salvador López Salguero y María Araceli Agulló Antón

Hospital Universitario de Torrevieja.

Introducción: Las caídas son una de las principales causas de lesiones graves y discapacidad en personas mayores, afectando al 30% de las personas mayores de 65 años anualmente, según datos del Sistema Nacional de Salud (SNS). Este problema es especialmente relevante en pacientes reumáticos y con alteración del metabolismo óseo, quienes presentan mayor riesgo debido a la fragilidad ósea, debilidad muscular, polifarmacia y limitaciones funcionales. En este contexto, Sumamos Excelencia es un proyecto nacional de implantación de recomendaciones de buenas prácticas en el SNS, liderado por la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-iscill) y el Centro Español para los Cuidados de Salud Basados en la Evidencia (CECBE), un Centro de Excelencia del Instituto Joanna Briggs. Este trabajo detalla la implementación de estas prácticas en las consultas externas del servicio de Reumatología, con el objetivo de prevenir caídas y mejorar la seguridad del paciente.

Objetivos: Desarrollar un enfoque estructurado para la prevención de caídas en pacientes mayores de 65 años, basándose en estrategias de buenas prácticas, auditorías sistemáticas y planes de mejora continua, promoviendo así la seguridad y calidad de la atención.

Métodos: Análisis de contexto: Identificación y priorización de barreras organizadas en niveles y categorías para facilitar la implementación. Cribado de alto riesgo: Evaluación de pacientes mayores de 65 años mediante herramientas validadas como Downton, Barthel y Get Up and Go en los 30-90 días previos a la auditoría. Auditoría basal: Evaluación de 30 pacientes (media: 77,2 años, rango: 65-94 años) como línea base para el diseño de intervenciones y programación de auditorías trimestrales. Intervenciones: educación a pacientes y cuidadores, promoción del ejercicio físico, medidas universales para entornos seguros, y monitorización de factores modificables como polifarmacia, déficit nutricional y riesgo ambiental.

Resultados: Cribado: realizado en el 63% de los pacientes, con un 95% identificado en riesgo de caídas. Valoración multifactorial: Factores más frecuentes: movilidad (43,3%), función sensorial (33,3%), actividades de la vida diaria (43,3%), función cognitiva (36,7%), antecedentes de enfermedad (43,3%), medicación (33,3%) y riesgo ambiental (36,7%). Sin información sobre estado nutricional y miedo a caer. Plan de cuidados: Solo el 39% de los pacientes con riesgo tenía un plan, compuesto por: educación sanitaria (23,3%), medidas para entornos seguros (23,3%), consejo nutricional (16,7%), educación a la red de apoyo (13,3%) y promoción del ejercicio físico (6,7%).

Conclusiones: La auditoría basal identificó áreas críticas para mejorar la prevención de caídas en consultas externas. Los datos resaltan la importancia de incrementar la cobertura del cribado y los planes de cuidados integrales, integrando medidas educativas y promoviendo el ejercicio físico. La implicación de un equipo interdisciplinario ha sido clave para abordar este problema multifactorial, adaptando las intervenciones a una población envejecida (media: 77,2 años). En el marco del proyecto Sumamos Excelencia, este enfoque ofrece un modelo replicable y sostenible que puede ampliarse a otros servicios del SNS, contribuyendo a una atención más segura y de calidad. El uso combinado de herramientas validadas permitió una valoración integral de los factores de riesgo y la auditoría es clave para una mejora continua de los procesos.

RC020. ESPECTRO CLÍNICO DE PACIENTES CON SÍNDROME DE MCCUNE ALBRIGHT. A PROPÓSITO DE 4 CASOS

Anna Pujol Manresa¹, Águeda Prior-Español²,
Melania Martínez-Murillo², Judit Font², Eva Forcadell¹ y Laia Gifré²

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

Introducción: El síndrome de McCune Albright (MAS) es una enfermedad rara (ORPHA:562) que se caracteriza por presentar afectación ósea (displasia fibrosa polioestótica) junto con afectaciones extraesqueléticas tales como endocrinopatías de hiperfunción y lesiones cutáneas. Esta enfermedad se asocia con mutaciones somáticas en el gen *GNAS* (mosaicismo). El espectro clínico de los pacientes afectados es variable. Por ello, presentamos las características clínicas y radiológicas de 4 pacientes con displasia fibrosa atendidos en nuestro centro, así como su evolución y tratamiento.

Métodos: Se recogen las características clínicas (localización de la displasia fibrosa, deformidades, fracturas, cirugías, endocrinopatías, afectación cutánea) y tratamientos recibidos de 4 pacientes con MAS controlados en un Hospital de tercer nivel.

Resultados: 3 son de origen hispano y 1 caucásico. 3 de los pacientes fueron diagnosticados en edad pediátrica (2 de ellos por fractura patológica; y 1 por dolor óseo). 1 ya había recibido tratamiento con bifosfonatos en edad infantil; 2 se han sometido a cirugías ortopédicas en edad pediátrica, y 1 en edad adulta. En la tabla se detallan los huesos afectados, en su mayoría huesos largos y cráneo. 3 han presentado fracturas patológicas en su evolución y 1 presenta marcas deformidades esqueléticas asociadas. Al revisar la afectación extraesquelética: 3 presentan manchas café-con-leche y 3 endocrinopatía asociada (1 hipertiroidismo, 2 ovario poliquístico y 1 dudosa pubertad precoz). Todos los pacientes han recibido tratamiento con zoledronato endovenoso (con pautas ajustadas a la edad). 1 paciente había recibido pamidronato previamente.

Conclusiones: En nuestra serie de pacientes con MAS, todos ellos presentan displasia fibrosa polioestótica. 3 pacientes presentaron fracturas patológicas. Todos presentaban afectación extraesquelética (3 endocrinopatía, 3 cutánea y 2 ambas). El abordaje terapéutico se ha realizado con bisfosfonatos endovenosos, cirugías ortopédicas y abordaje endocrinológico.

Tabla 1. Características clínicas y tratamientos de 4 pacientes con síndrome de McCune Albright

	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4
Sexo	Femenino	Femenino	Masculino	Masculino
Edad al diagnóstico	3	39	17	12
Edad a su llegada a nuestro centro	24	39	24	12
Etnia	Hispana	Hispana	Caucásica	Hispana
Forma	Polioestótica	Polioestótica	Polioestótica	Polioestótica
Huesos afectados	Calota, escapulas, arcos costales, clavícula izquierda, raquis, sacro, pelvis, tibias, fémures, cúbitos, radios y húmeros	Acetábulo, pubis izquierdo, fémur izquierdo, dedos 1 y 2 del pie izquierdo	Costillas 6 y 7 izquierdas, 8, 9 y 11 derechas, húmero izquierdo, escapula izquierda, base del cráneo	Trocánter femoral izquierdo, peroné izquierdo, calcáneo izquierdo y Metatarsos 3 y 4 del pie izquierdo
FGF23	87 (elevado)	Pendiente	53 (normal)	Pendiente
Fosfatasa alcalina total	326 (elevada)	81 (normal)	69 (normal)	310 (normal por edad)
Afectación cutánea	Sí	Sí	No	Sí
Afectación endocrinológica	Sí (ovario poliquístico, dudosa pubertad precoz)	Sí (ovario poliquístico)	Sí (hipertiroidismo)	No
Tratamientos previos	Sí (pamidronato y zoledronato)	No	No	No
Tratamientos en nuestro centro	Zoledronato	Zoledronato	Zoledronato	Zoledronato
Deformidades	Sí (disimetría, baja talla)	No	No	No
Fracturas patológicas	Sí (múltiples)	Sí	Sí (múltiples)	No
Intervenciones quirúrgicas	Sí	Sí	Sí	No

RC020 Tabla.

RC021. ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA OSTEOPORÓTICA. ¿SERÍA RECOMENDABLE LA INSTAURACIÓN DE UNA UNIDAD DE FRACTURAS?

Esther Monleón Acosta, Alicia Pérez González, José Andrés Rodríguez Fernández, Pedro José Manuel Hernández, María del Rosario Oliva Ruiz, José María Andreu Ubero, Paloma Valentina Castillo Dayer, Gloria Albaladejo Paredes, Carlos Fernández Díaz, Ángela Egea Fuentes, Montserrat Fernández Salamanca y Vicente Cogolludo Campillo

Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena.

Introducción: La fractura de cadera es la segunda fractura osteoporótica más frecuente y la que conlleva un mayor costo a nivel socioeconómico. Presenta una mortalidad de hasta el 30% en el primer año. La presencia de una fractura de perfil osteoporótico es uno de los factores de riesgo más importantes para la aparición de nuevas fracturas, sobre todo durante el primer año. A pesar de ello, en menos del 25% de los casos se inicia tratamiento para osteoporosis (OP). Por ello, se recomienda la instauración de unidades de fractura (UF) cuyo coordinador sea un experto en metabolismo óseo donde se valore la situación clínica y el inicio de tratamiento osteoporótico.

Objetivos: Analizar las características clínico-epidemiológicas de una cohorte de pacientes con fractura de cadera osteoporótica, así como la prescripción de tratamiento osteoporótico y suplementos de calcio/vitamina D tras dicho evento. Valorar si sería recomendable la instauración de un circuito de derivación a reumatología tras una fractura de cadera osteoporótica para la creación de una unidad de fractura.

Métodos: Se realiza un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo en el hospital Santa Lucía de Cartagena. Se incluyeron individuos con fractura de cadera osteoporótica desde enero del 2017 a enero del 2022. Se recogieron diversas variables clínico-epidemiológicas, realizándose un análisis estadístico con el SPSSv21.

Resultados: Se recogieron un total de 200 individuos, siendo el 75% de los individuos mujeres y el 25% hombres. La edad media fue de $82,3 \pm 11,4$ años. El 73,5% eran hipertensos, el 43% dislipémicos y el 64,5% diabéticos. El 20,5% estaban diagnosticados de enfermedad renal crónica (ERC), siendo el estadio 3 el más frecuente (47,9%). El 30% de nuestros pacientes tenían antecedente de otra fractura osteoporótica previa, y de todos ellos, solo el 0,6% había recibido tratamiento osteoporótico. A ninguno se le realizó un estudio densitométrico. La fractura previa más frecuente fue la fractura de cadera (33%), seguida por la fractura de colles (25%). De los individuos que sufrieron una fractura de cuello femoral osteoporótica, tan solo el 1% habían estado previamente con tratamiento osteoporótico (a pesar de que el 30% de estos individuos ya contaban con fracturas osteoporóticas previas). El 10,5% tenían prescritos suplementos de calcio y vitamina D y en ninguno de los casos había realizado una medición de la densidad mineral ósea (DMO). Tras la fractura de cadera, en el 14,5% de los pacientes se prescribió tratamiento osteoporótico y en el 40% suplementos de calcio y vitamina D. Remarcar que únicamente el 2,5% de estos individuos fueron derivados y seguidos por un servicio de reumatología. A los 5 años, el 55% de los individuos habían fallecido (el 29% en el primer año, el 18,5% en los 3 primeros y 7,5% a los 5 años) y el 27% volvió a sufrir una nueva fractura. Únicamente el 2,5% de los individuos seguía revisiones en Reumatología.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes con fractura de cuello femoral osteoporótica eran mujeres de edad avanzada y con múltiples factores de riesgo cardiovascular. Únicamente se inició tratamiento osteoporótico en el 14,5% de los individuos, alcanzando una cifra del 40% en la prescripción de suplementos de calcio y vitamina D. Por otro

lado, tan solo al 0,6% de los individuos con fracturas osteoporóticas previas se les había prescrito tratamiento osteoporótico. Teniendo en cuenta estos datos, sería recomendable la instauración de una unidad de fracturas para valoración de tratamiento osteoporótico por parte de un facultativo experto en metabolismo óseo.

CARACTERÍSTICA	SI	NO
Hipertensión	73,5%	26,5%
Dislipemia	43%	57%
Diabetes	64,5%	35,5%
Enfermedad renal crónica	20,5%	79,5%
Fractura osteoporótica previa	30%	70%
Tratamiento osteoporótico previo	1%	99%
Suplemento calcio/vitamina D previo	10,5%	89,5%
Tratamiento quirúrgico	96%	4%
Éxito durante el ingreso	6,5%	93,5%
Mortalidad a los 5 años	55%	45%
Fractura osteoporótica posterior	14,5%	85,5%
Suplemento calcio/vitamina D posterior	40%	60%
Nuevas fracturas a los 5 años	27%	73%
Seguimiento en reumatología	2,5%	97,5%
Seguimiento en rehabilitación	22%	78%
Seguimiento en geriatría	26%	74%

Tabla 1. Resumen de las características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas de los pacientes que sufrieron una fractura de cuello femoral osteoporótica.

	SI	NO
Tratamiento OP previo	1%	99%
Suplementos de Ca/VitD	10,5%	89,5%
Mortalidad a los 5 años	55%	45%
Tratamiento OP posterior	14,5%	85,5%
Suplementos de Ca/VitD posterior	40%	60%

Tabla 2. Resumen del porcentaje de individuos con tratamiento osteoporótico y suplementos antes y después de sufrir una fractura de cadera osteoporótica (OP: osteoporosis, Ca/VitD: calcio/vitamina D).

Bibliografía

1. Caeiro JR, et al. Uso de recursos sanitarios y coste de la fractura de cadera en España: Estudio observacional, prospectivo PROA. *Rev Osteoporos Metab Miner.* 2014;3:13-44.

RC022. ACTIVIDAD ASISTENCIAL DE 11 CONSULTAS MONOGRÁFICAS DE ENFERMERÍA REUMATOLÓGICA

Susana Fernández-Sánchez¹, Immaculada Pérez Nadeles², Pilar Alamillo Pérez-Gruoso³, Silvia García Díaz⁴, Lúcia Valencia Muntalà⁵, Viky Abad Peruga⁶, Núria Sapena Fortea⁷, Silvia Vilalta Serriols⁸, Inmaculada Vidal Castell⁹, María Lourdes Lluís Bordoll¹⁰ y Cristina Eymerich Manyas¹⁰

¹Servicio de Reumatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Mutua de Terrassa. ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona. ⁴Servicio de Reumatología. Complex Hospitalari Universitari Moisès Broggi. Barcelona. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. ⁶Servicio de Reumatología. Hospital del Mar. Barcelona. ⁷Servicio de Reumatología. Hospital Clínic. Barcelona. ⁸Servicio de Reumatología. Althaia Xarxa Assistencial Universitèria de Manresa. ⁹Servicio de Reumatología. Hospital General de Granollers. ¹⁰Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell.

Objetivos: Analizar las características de los pacientes que acuden a las consultas monográficas de enfermería reumatológica, los tipos

Tabla 1. Patología pacientes atendidos en las consultas monográficas de enfermería reumatológica.

PATOLOGÍA	n(%)
ARTRITIS REUMATOIDE	2736(35,7)
ESPONDILOARTRITIS	1878(24,5)
OSTEOPOROSIS	1351(17,6)
VASCULITIS	278(3,6)
FIBROMIALGIA	269(3,5)
LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO	246(3,2)
ESCLEROSIS SISTÉMICA	185(2,4)
S. SJÖGREN	166(2,2)
ARTROSIS	108(1,4)
ARTRITIS CRISTALINAS	72(0,9)
PATOLOGÍA REUMÁTICA PEDIÁTRICA	9(0,1)
OTRAS	370(4,8)

RC022 Tabla 1.

Tabla 2. Actividades realizadas en las consulta monográficas de enfermería reumatológica.

ACTIVIDADES	N=14776 n(%)
FUNCIÓN CLÍNICA:	11315(76,6)
EDUCACIÓN	3268(22,1)
• Patología	1067(7,2)
• Tratamientos	1587(10,7)
• Otras educaciones	581(3,9)
• Talleres grupales	33(0,2)
PROCEDIMIENTOS	1992(13,5)
• Administración tratamientos	948(6,4)
• Obtención de muestras	618(4,2)
• Curas	100(0,7)
• Otros	326(2,2)
CONTROL	6055(40,9)
• Pacientes estables	2303(15,6)
• Resultado pruebas	1359(9,2)
• Factor riesgo osteoporosis	409(2,7)
• Factor riesgo cardiovascular	531(3,6)
• Factor riesgo infección	389(2,6)
• Impacto psicológico	109(0,7)
• Impacto salud sexual	48(0,3)
• Impacto calidad de vida	907(6,1)
FUNCIÓN GESTORA	2584(17,5)
FUNCIÓN INVESTIGADORA	359(2)
FUNCIÓN DOCENTE	43(0,3)
FUNCIÓN COLABORADORA	475(3,2)

RC022 Tabla 2.

de visitas que realizan y las actividades que desempeñan los profesionales de enfermería.

Métodos: Estudio descriptivo prospectivo. Se ofreció participar en el estudio a 21 enfermeros con consulta monográfica en reumatología de hospitales de Catalunya, de los cuales finalmente participaron 11 enfermeros de 10 hospitales. Cada enfermero registró la actividad realizada diaria en la consulta monográfica durante tres meses de 2024. Este registro se llevó a cabo mediante una base de datos consensuada por el grupo de enfermería. Las variables recogidas fueron: de los pacientes atendidos (sexo y patología reumática), del tipo de cita realizada (programada y espontánea) y de la actividad realizada por enfermería: función clínica (educación, procedimiento, control), función gestora, función investigadora, función docente y función colaboradora.

Resultados: Durante los tres meses analizados en estas consultas monográficas se atendieron 7.668 pacientes de los cuales el 71% fueron mujeres. Las patologías atendidas con más frecuencia fueron artritis reumatoide (36%), espondiloartritis (24%) y osteoporosis (18%) (tabla 1). El tipo de visita realizado fue: programadas en forma presencial el 37% y en forma no presencial el 22%, y de las espontáneas fueron realizadas por los pacientes de forma presencial el 10% y en forma no presencial el 31%. Las actividades realizadas por enfermería fueron función clínica 76,6% (educación 22,1%, procedimientos 13,5%, control 40,9%), función gestora 17%, función investigadora 2%, función docente 0,3% y función colaboradora 3% (tabla 2).

Conclusiones: Las patologías más atendidas en las consultas monográficas de enfermería reumatológica son la artritis reumatoide, la espondiloartritis y la osteoporosis. El tipo de visita más frecuente son las programadas de forma presencial y las espontáneas de forma no presencial. Las actividades de enfermería más realizadas dentro de los equipos de reumatología son la función clínica; destacando el control de pacientes y la educación, y la función gestora.

RC023. EVALUACIÓN DE LA FATIGA Y SU RELACIÓN CON EL DOLOR Y LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y ARTRITIS PSORIÁSICA

Beatriz Redondo Delgado, Beatriz Lebrón Ortiz,
Uxue Astigarraga Urquía y Niccolo Viveros Pérez

Servicio de Reumatología. Hospital Comarcal del Bidasoa. Hondarribia.

Introducción: La fatiga es un síntoma frecuente en los pacientes con artritis reumatoide (AR) y artritis psoriásica (APs). En su génesis interaccionan aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Los factores que se relacionan con más frecuencia con la fatiga son el dolor, las alteraciones del sueño, el deterioro de la función física y las alteraciones del estado de ánimo.

Objetivos: Estudiar la prevalencia de fatiga en pacientes con artritis reumatoide y artritis psoriásica y su correlación con la capacidad funcional y el dolor.

Métodos: Tipo de estudio: descriptivo transversal realizado de julio a diciembre de 2024 sobre 72 pacientes ambulatorios que acuden a la consulta de reumatología del Hospital Comarcal del Bidasoa y cumplen los criterios de AR (criterios 2010 ACR/EULAR o ACR1987) o APs (CASPAR). Variables: edad, sexo, diagnóstico (AR/APs), tipo de tratamiento y escalas de registro habitual en nuestra consulta de reumatología: escala Facit (fatiga), escala EVA (dolor), cuestionario HAQ (capacidad funcional). Análisis estadístico: frecuencias y porcentajes (%) para variables categóricas medias y desviaciones estándar (DE) para continuas. Prueba chi-cuadrado para comparar variables categóricas y t-test de Student continuas. Estimación de la correlación entre fatiga, dolor y capacidad funcional mediante coeficiente de correlación de Pearson y modelo de regresión lineal. Significancia estadística $p < 0,05$.

Tabla 1- Descripción de variables por tipo de enfermedad

	Art.Reumatoide N=49	Art.Psoriasica N=23	p	N
Edad	64.6 (11.1)	54.0 (12.7)	0.001	72
Sexo :			0.002	72
Mujer	37 (75.5%)	8 (34.8%)		
Hombre	12 (24.5%)	15 (65.2%)		
Tratamiento:			1.000	72
Terapia combinada	7 (14.3%)	3 (13.0%)		
Monoterapia	42 (85.7%)	20 (87.0%)		
Fatiga-FACIT	40.5 (10.5)	43.1 (6.67)	0.209	72
Función(HAQ)	0.52 (0.60)	0.40 (0.45)	0.323	72
Dolor (EVA)	2.51 (2.56)	2.76 (2.10)	0.676	66

(Elaboración propia)

Tabla 3- Elaboración propia

Predictores	FACIT			p
	Estimación	Error estándar	Intervalo conf.	
(Intercept)	40.47	3.89	32.69, 48.24	<0.001
Edad	0.13	0.06	0.02, 0.24	0.025
Sexo f [Hombre]	-0.88	1.51	-3.91, 2.15	0.562
Diagnostico f [Art.Psoriasica]	3.40	1.67	0.06, 6.74	0.046
EVA	-0.85	0.32	-1.50, -0.20	0.011
HAQ rev	-11.67	1.43	-14.52, -8.81	<0.001

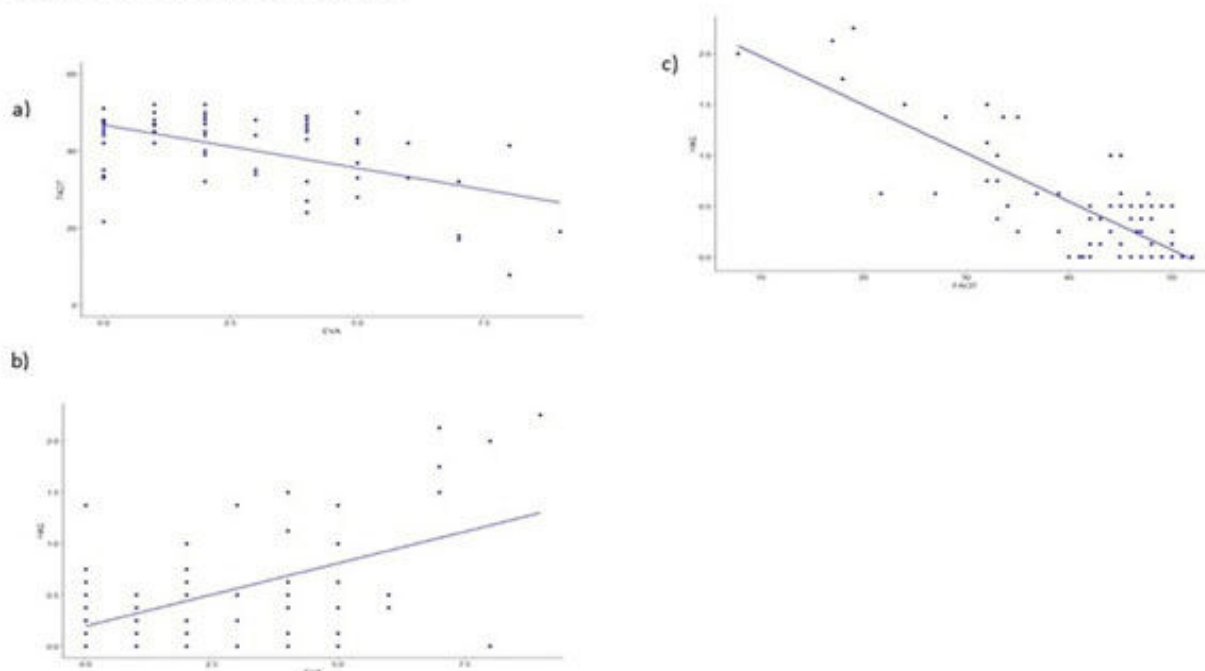
Observaciones: n= 66; R2 / R2 ajustado: 0.726 / 0.703

Resultados: No existen diferencias en la fatiga, capacidad funcional y dolor entre la APs y la AR (tabla 1). Hay predominio de mujeres en la AR y de hombres en la APs (tabla 1) que describe las diferentes variables por tipo de enfermedad. Las variables (fatiga FACIT, dolor escala Eva, capacidad funcional HAQ) presentan correlaciones significativas entre ellas, siendo la más elevada la correlación entre fatiga FACIT y capacidad funcional HAQ ($r = -0,81$) (tabla 2 y fig. 1 a, b y c). Cuando se ajusta por la edad y el sexo (regresión lineal) las variables diagnóstico, dolor y capacidad funcional están conjuntamente asociadas con la FATIGA (tabla 3). De acuerdo a este modelo los pacientes con APs presentan menos fatiga que los de AR y los que tienen mayor puntuación en la escala EVA y HAQ tienen más fatiga.

Tabla 2- Correlación entre fatiga, función y dolor (coeficiente de correlación de Pearson) Elaboración propia

	FACIT	HAQ
EVA	-0.56; $p < 0.0001$	0.52; $p < 0.0001$
HAQ	-0.81; $p < 0.0001$	

Figura 1- Gráficas de Correlación (Elaboración propia)



Conclusiones: Los resultados muestran correlación entre la fatiga y la capacidad funcional y el dolor en la población estudiada, habiendo una mayor correlación entre la fatiga (FACIT) y la capacidad funcional (HAQ). La fatiga, la discapacidad funcional y el dolor son síntomas clave que deben ser evaluados de manera conjunta en las consultas de reumatología para proporcionar un tratamiento integral pudiendo guiar las decisiones terapéuticas y las intervenciones de enfermería dirigidas a mejorar la calidad de vida de los pacientes con artritis reumatoide y psoriásica. Se necesitan realizar más estudios para conocer las causas que desencadenan la fatiga y sus factores asociados y poder diseñar estrategias para su prevención y tratamiento.

RC024. PLAN DE MEJORA PARA REDUCIR EL TIEMPO DE RESPUESTA TERAPÉUTICA TRAS APROBACIÓN DE FAME EN SESIÓN MULTIDISCIPLINAR

Manuel Moreno Galeano, Jorge Luis Rodas Flores, Paloma Muñoz Reinoso, Esther Fernández Panadero y José Javier Pérez Venegas

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: El tiempo es una dimensión de importancia capital en la mayoría de las enfermedades crónicas y, especialmente, en las enfermedades reumáticas inflamatorias; y posee, al menos, tres aspectos a considerar que determinarán en gran medida la progresión y extensión del daño estructural, las comorbilidades a largo plazo y la posibilidad de remisión. El primer aspecto hace referencia al tiempo que se tarda en comenzar el tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad (FAME); el segundo al tiempo que se mantiene el proceso inflamatorio; y el último a la rapidez de la respuesta terapéutica. La aplicación real sobre los aspectos del tiempo anteriormente mencionados colisiona frontalmente con la demora en las citas médicas donde hacer efectiva la decisión tomada en sesión en conjunción con el paciente. Por tal razón, el Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Virgen Macarena ha decidido actuar para reducirlo y, para ello, ha implementado una mejora con la reserva de dos huecos a la semana por cada facultativo exclusivamente para este menester, siendo asignados por secretaría una vez que enfermería verifica que se cumple los requisitos para poder iniciarlo.

Objetivos: Analizar el tiempo transcurrido desde aprobación de un FAME hasta la próxima consulta médica en un Servicio de Reumatología de un hospital terciario entre los años 2019 y 2024. Evaluar los resultados obtenidos con la nueva intervención aplicada con respecto a los años anteriores. Analizar las causas más frecuentes que incrementan el tiempo de cita médica postsesión. Determinar acciones de mejora.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se tomaron muestras representativas de pacientes presentados en sesión entre los años 2019 y 2024, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%. Se aplica la nueva intervención a partir del año 2021 inclusive. La variable considerada es el tiempo transcurrido desde la aprobación de FAME hasta la próxima consulta médica.

Resultados: Se puede observar cómo los datos de media (μ), desviación típica (σ) y Q3 (tercer cuartil) mejoran tras comenzar con la mejora aplicada en 2021. Si agrupamos estos datos en 2 bloques obtenemos que antes de 2021 el tiempo medio de cita médica tras sesión es de 34,46 días y se atiende al 75% en 45,75 días; y a partir de ese año el tiempo medio es 13,59 días (-60,56%) y se atiende al 75% en 18,81 días (-58,89%). De igual forma mejoran los datos de σ , 43,98 y 10,46 respectivamente. A partir de 2021, las principales causas que han incrementado el tiempo en la asignación de la cita médica postsesión han sido: en espera de resultados de pruebas (67,942%); no puede el paciente (17,239%); otros (10,141%). Otra cuestión a tener en consideración son los pacientes que no acuden a cita (13,183%).

Datos estadísticos obtenidos por año

Año	N	μ	σ	Q ₃
2019	91	33,84	31,21	52,5
2020	110	35,08	56,75	39
2021	172	12,61	10,13	18,25
2022	187	14,39	11,67	20
2023	177	11,31	9,04	15
2024	175	16,05	10,99	22

Conclusiones: Se confirma la utilidad de la aplicación de mejora implementada, con un descenso del 60% tanto de μ como de Q₃ del tiempo en citas médicas postsesión. Se ha determinado que se produce un retraso en la asignación de la cita médica debido a diversas causas del 13,22%. Existe otro porcentaje no determinado por la planificación laboral: vacaciones, permisos, congresos, etc. Se podría mejorar el tiempo si se realizaran las pruebas necesarias previos a sesión. Otro aspecto de mejora sería asignar cita con otro facultativo que tuviera esos huecos libres. Mejora en la organización de la agenda de enfermería al conocer las fechas en la que se inicia el tratamiento.

RC025. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE PACIENTES QUE INICIAN TRATAMIENTO CON BIMEKIZUMAB EN DOS HOSPITALES DE ARAGÓN

Elena María Oliver García¹, Eddy Eduardo Tapia², Cilia Amparo Peralta Ginés¹, Elena Cañadillas Sánchez¹, Alicia Viñas¹, Tamia Gil¹, Pilar del Río Martínez¹, Camila Osorio Sanjuan¹, Eva Palero¹ y Emilia Aznar¹

¹Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. ²Hospital de Barbastro. Huesca.

Introducción: Bimekizumab (BIME) es un anticuerpo monoclonal humanizado IgG1 que actúa como inhibidor selectivo dual de las isoformas A y F de la IL-17. Este fármaco se encuentra disponible en España desde diciembre de 2022 para el tratamiento de la psoriasis en placas moderada-grave, habiéndose añadido recientemente dos nuevas indicaciones: artritis psoriásica (APs) y espondiloartritis axial (EpA).

Objetivos: Describir las características clínicas de pacientes tratados con BIME, así como destacar eventos adversos ocurridos durante el tratamiento.

Métodos: Estudio transversal retrospectivo que incluye todos los pacientes diagnosticados de APs o EpA que han iniciado tratamiento con BIME desde el 1 de enero de 2024 al 1 de enero de 2025 en dos hospitales del territorio aragonés. Se describen variables demográficas, factores de riesgo cardiovascular (FRCV), tratamiento y efectos adversos. Este trabajo cuenta con la evaluación del comité de ética local.

Resultados: Se incluyeron un total de 19 pacientes, 13 con EpA y 6 con APs. En la tabla 1 se muestran sus características clínicas. El tiempo medio de tratamiento fue de 14,95 $\pm$ 10,75 semanas y únicamente 4 pacientes tuvieron que suspenderlo por ineficacia (5,26%), epiescleritis (5,26%) o intolerancia digestiva en forma de diarreas (10,53%). A partir de iniciar el tratamiento con BIME, 8 pacientes (42,11%) presentaron algún tipo de infección, que, en la mayoría de los casos, fue leve: vías respiratorias superiores (15,79%), oftalmológicas (15,79%), otitis (5,26%), candidiasis oral (10,53%) y periodontitis (5,26%). El tratamiento con BIME se combinó con AINEs (antiinflamatorios no esteroideos) en 12 pacientes y con FAME (fármaco modificador de la enfermedad) en 4. Como tratamientos previos, todos los pacientes salvo uno habían llevado tratamiento con anti-TNF. Otras terapias biológicas (TBs) fueron: anti-IL-17 (57,89%), anti-IL-17A (36,84%), anti-IL-23 (15,79%), anti-IL-12/23 (5,26%), IFDE4 (5,26%), iJAK (73,68%).

Conclusiones: Nuestra cohorte de pacientes tratados con BIME se caracteriza por una elevada prevalencia de FRCV y fracaso previo a varias líneas de TBs. El tiempo medio de tratamiento supera escasamente los 3 meses, habiéndose observado una seguridad y toleran-

cia al fármaco aceptables durante ese periodo. La mayoría de eventos adversos notificados tras iniciar BIME fueron leves, no obstante, son necesarios más estudios con periodos de seguimiento más prolongados y mayor tamaño muestral que permitan un análisis más fiable de los perfiles de eficacia y seguridad.

Características clínicas de pacientes que inician tratamiento con BIME

BIME (n = 19)		BIME (n = 19)	
Sexo femenino	15 (78,95%)	Tiempo de tto (semanas)	14,95 ± 10,75
Edad (años)	53,37 ± 7,09	Activo	15 (78,95%)
APs	6 (31,58%)	Motivo suspensión	
EpA	13 (68,42%)	Ineficacia	1 (5,26%)
Afectación		Aftas	1 (5,26%)
Axial	12 (63,16%)	Diarreas	2 (10,53%)
Periférica	15 (78,95%)	Infecciones	
Psoriasis	9 (47,37%)	Vía aérea superior	3 (15,79%)
Entesitis	12 (63,16%)	Oftalmológicas	3 (15,79%)
Dactilitis	2 (10,53%)	Otitis	1 (5,26%)
Sistémica	2 (10,53%)	Candidiasis oral	2 (10,53%)
Daño estructural	8 (42,1%)	Periodontitis	1 (5,26%)
RFA+	12 (63,16%)	Coadyuvantes	
HLA-B27+	3 (15,79%)	FAME	4 (21,05%)
ERC	1 (5,26%)	AINE	12 (63,16%)
Neoplasia previa	1 (5,26%)	TBs previas	
FRCV	14 (73,68%)	Anti-TNF	18 (94,74%)
Obesidad	2 (10,53%)	Anti-IL17	11 (57,89%)
Tabaquismo	2 (10,53%)	Anti-IL17A	7 (36,84%)
HTA	4 (21,05%)	Anti-IL23	3 (15,79%)
DM II	4 (21,05%)	Anti-IL12-23	1 (5,26%)
DLP	10 (52,63%)	IFDE4	1 (5,26%)
		iJAK	14 (73,68%)

BIME: bimekizumab; APs: artritis psoriásica; EpA: espondiloartritis; RFA: reactantes de fase aguda; ERC: enfermedad renal crónica; FRCV: factores de riesgo cardiovascular; HTA: hipertensión arterial; DM II: diabetes mellitus II; DLP: dislipemia; tto: tratamiento; TBs: terapias biológicas; FAME: fármaco modificador de la enfermedad; AINE: antiinflamatorios no esteroideos; IFDE4: inhibidores de la fosfodiesterasa 4; iJAK: inhibidores de JAK.

RC026. EXPERIENCIA CLÍNICA REAL MULTICÉNTRICA CON BIMEKIZUMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA Y ESPONDILOARTRITIS EN EL SUR DE ESPAÑA

Lara Méndez Díaz¹, Gonzalo María Jurado Quijano³, Blanca Viejo Sosa², Ricardo Gil Vélez¹ y María Dolores Toledo Coello²

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ²Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. ³Hospital de La Línea de la Concepción.

Introducción: El bimekizumab (BM) es un anticuerpo monoclonal dual que inhibe las interleucinas IL-17A e IL-17F, implicadas en la inflamación y la patogénesis de diversas enfermedades inmunomediadas. Tiene indicación actualmente para psoriasis en placas, artritis (AP) psoriásica, espondiloartritis axial (EA) tanto radiográfica como no radiográfica e hidrosadenitis supurativa. Aunque su eficacia y seguridad han sido demostradas en ensayos clínicos (EC) controlados los datos sobre su desempeño en la práctica clínica real (PCRL) son aún limitados.

Objetivos: Describir una cohorte de pacientes (PT) con diagnóstico de AP o EA, periférica o mixta tratados por el servicio de Reumatología de 3 hospitales del sur de España que iniciaron tratamiento con BM en el periodo que abarca desde el 1 de marzo de 2024 al 11 de diciembre de 2024. Evaluar las características clínicas, demográficas y perfil de seguridad comparándolo con los resultados reportados en los EC.

Métodos: Se realizó un estudio multicéntrico, observacional, no intervencionista, descriptivo y retrospectivo mediante la revisión de historias clínicas digitales. Se incluyeron PT con diagnóstico de AP y EA tratados con BM en un entorno de PCRL. Como medida de actividad se ha utilizado el DAPSA en PT diagnosticados de AP y el ASDAS PCR para los PT con diagnóstico de EA. Los datos recopilados incluyeron características demográficas, clínicas, respuesta al tratamiento y eventos adversos. La información fue extraída de forma sistemática, garantizando la confidencialidad y el cumplimiento de la normativa vigente en protección de datos.

Resultados: Se incluyeron 28 PT de los cuales 82,14% (23) fueron hombres y un 17,86% (5) mujeres. Los PT llevaban diagnosticados una media de 10,17 ± 11 años antes de iniciar BM. En nuestra muestra 53,57% (15) de los PT estaban diagnosticados de AP periférica, 10,71% (3) de AP mixta, 7,14% (2) de AP axial, 14,29%(4) de EA radiográfica, 10,71%(3) de EA y periférica y 3,57%(1) con uveítis que se trató fuera de ficha técnica. Respecto a los fármacos modificadores de la enfermedad sintéticos (FS) el 75% (21) de los PT habían tomado metotrexato,25% (7) PT sulfasalazina y 21,43% (6) PT leflunomida previamente al inicio de la terapia con BM, que se retiró en todos los casos por falta de eficacia. Respecto al tipo y número de Fármacos biológicos adjuntamos los datos en la tabla 1. Ningún paciente se administró BM como primera línea de tratamiento biológico,28,57% (8) PT se les prescribió en 2.ª línea y hubo un 71,42% (20) que lo tomaron en 3.ª línea o posteriores. De los 28 PT,21(75%) han tenido una 1.ª consulta de revisión que se ha producido entre las 12 y 16 semanas, de los cuales 15 (71,4%) PT son del grupo de AP y 6 (28,6%) del grupo de EA. En la tabla 2 adjuntamos los resultados obtenidos tanto en la visita basal como en la 1.ª consulta de revisión. En este periodo 1 paciente abandonó el tratamiento por falta de eficacia y 1 paciente lo abandonó por aftas orales no relacionadas con micosis.

Tabla 1

Terapia biológica previa a inicio de bimekizumab	1.ª línea	2.ª línea
Adalimumab	15 (53,57%)	3 (10,71%)
Infliximab	3 (10,71%)	2 (7,14%)
Etanercept	6 (21,43%)	5 (7,14%)
Golimumab	0	1 (3,57%)
Guselkumab	0	1 (3,57%)
Secukinumab	3 (10,71%)	6 (21,43%)
Ixekizumab	1 (3,57%)	2 (7,14%)
Ustekinumab	0	1 (3,57%)
Tofacitinib	0	2 (7,14%)

Tabla 2.

	Visita inicial (N = 28)	Visita 3 meses (N = 21)
Articulaciones tumefactas	22 (78,5%)	4 (19%)
Media articulaciones dolorosas	6,21 (22,18%)	2,5 (11,9%)
Media articulaciones tumefactas	4,66 (16,64%)	2,1 (10%)
Onicopatía psoriásica	6 (21,43%)	4 (19%)
Dactilitis	7 (25%)	0
Entesitis	6 (21,4%)	1 (4,7%)
Sacroilitis	9 (32,1%)	3 (14,2%)
Media PCR	7,96	3,4
Media VSG	30,2	12,7
DAPSA	28,58	12,1
ASDAS PCR	6,60	1,99

Conclusiones: Los resultados en PCRL de nuestra cohorte de pacientes muestran que la efectividad y seguridad del BM son consistentes con los datos reportados en los ensayos clínicos tanto en AP como en EA. Sin embargo, se requieren estudios con un mayor número de pacientes y un seguimiento a más largo plazo para confirmar estos hallazgos, lo cual nos hará tener un conocimiento más profundo del fármaco y seleccionar los pacientes más idóneos para el mismo.

RC027. TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE JANUS KINASA EN ESPONDILOARTRITIS Y ARTRITIS PSORIÁSICA. EXPERIENCIA EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

Alberto López Menchero Mora¹, Marco Aurelio Ramírez Huaranga¹, Luis Ángel Calvo Pascual², Lourdes Martín de la Sierra López¹, Laura María Jiménez Rodríguez¹, David Velasco Sánchez¹, Ana Isabel Martín-Albo López¹, David Castro Corredor¹, María Dolores Mínguez Sánchez¹, Verónica Salas Manzanedo¹, Eva Revuelta Evrard¹, Joaquín Anino Fernández¹, Marina González Peñas¹ y Marcos Paulino Huertas¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Ciudad Real. ²Departamento de Métodos Cuantitativos. ICADE. Universidad Pontificia de Comillas. Madrid.

Introducción: Las espondiloartritis (EspA) y la artritis psoriásica (APs) son enfermedades complejas multidominio donde intervienen diversas vías inflamatorias por lo que el tratamiento con inhibidores de la Janus kinasa (JAKi) representan una buena alternativa terapéutica.

Objetivos: Describir la eficacia y seguridad en el tratamiento con JAKi en una cohorte de pacientes con EspA y APs.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional en una cohorte de pacientes con EspA y APs en tratamiento activo con JAKi durante el periodo marzo 2022 a febrero 2023.

Tabla 1. Características serológicas, tratamientos concomitantes y tratamientos previos al inicio de la terapia con inhibidores de la JAK

Variables		N (%) / media (± DE)
Serología	HLA B27 (+)	13 (20,31)
Tratamientos concomitantes	EspA:	
	AINE	11 (100)
	No corticoides	10 (90,9)
	Corticoides < 10 mg de prednisona	1 (9,1)
	APs:	
	AINE	6 (75)
	No corticoides	7 (87,5)
	Corticoides < 10 mg prednisona	1 (12,5)
	Metotrexato	2 (25)
	Leflunomida	2 (25)
Fallo a tratamientos previos	EspA:	
	FAMEsc	6 (54,54)
	1 Anti-TNF	11 (100)
	2 Anti-TNF	7 (63,64)
	3 Anti-TNF	2 (18,18)
	Anti-IL-17	5 (45,45)
	1 inhibidor de la JAK	1 (9,09)
	APs:	
	FAMEsc	7 (87,5)
	1 Anti-TNF	7 (87,5)
	2 Anti-TNF	3 (37,5)
	3 Anti-TNF	0 (0)
	Anti-IL-17	2 (25)
	1 inhibidor de la JAK	1 (12,5)

JAK: janus kinasa; N: número; DE: desviación estándar; HLA: antígeno leucocitario humano; AINEs: antiinflamatorios no esteroideos; FAME: fármaco antirreumático modificador de la enfermedad; TNF: factor de necrosis tumoral.

Tabla 2. Actividad de la enfermedad al inicio del tratamiento con inhibidores del JAK y durante el seguimiento

Espondiloartritis	Basal	Seguimiento (6-8 meses)
VSG (mm/h)	9,45 ± 11,39	8,82 ± 5,31
PCR (mg/dl)	0,32 ± 0,24	0,32 ± 0,37
ASDAS	3,08 ± 0,4	2,05 ± 0,4
Inactivo (< 1,3)	0 (0)	1 (9,09)
Baja actividad (< 2,1)	0 (0)	6 (54,54)
Alta actividad (≤ 3,5)	9 (81,82)	4 (36,37)
Muy alta actividad (> 3,5)	2 (18,18)	0 (0)
Artritis psoriásica	Basal	Seguimiento (6-8 meses)
VSG (mm/h)	9,25 ± 11,11	4,13 ± 2,36
PCR (mg/dl)	0,55 ± 0,81	0,18 ± 0,15
DAPSA28	24,47 ± 8,36	11,1 ± 4,5
Remisión (≤ 4)	0 (0)	1 (9,09)
Baja actividad (> 4 a ≤ 14)	1 (12,5)	7 (87,5)
Moderada actividad (> 14 a ≤ 28)	4 (50)	1 (12,5)
Muy alta actividad (> 28)	3 (37,5)	0 (0)

JAK: janus kinasa; N: número; DE: desviación estándar; VSG: velocidad de sedimentación globular; PCR: proteína c reactiva; ASDAS: Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score; DAPSA: Disease Activity index for Psoriatic Arthritis.

Resultados: El análisis se realizó en 19 pacientes (11 EspA y 8 APs), 13 de ellos HLA-B27 (+). Los tratamientos concomitantes y los fallos a tratamientos previos se reflejan en la tabla 1. En cuanto a índices de actividad (ASDAS y DAPSA28) se objetivó una mejoría significativa de forma global a lo largo del seguimiento (6-12 meses). Asimismo, se objetivó mejoría significativa en la proporción de pacientes en remisión y baja actividad en ambos grupos: 9,09% remisión/54,54% de baja actividad en EspA y 87,5% baja actividad en APs (tabla 2). Se realizó el test "Mutual Information" para determi-

nar la influencia de las variables clínicas y serológicas como predictores de escasa respuesta, objetivándose el grado de actividad previa al inicio del tratamiento como factor más destacable (fig. 2). Un porcentaje pequeño de pacientes presentaron efectos adversos, pero en su mayoría fueron leves y transitorios, no existiendo eventos tromboembólicos ni infecciones oportunistas. Cuatro pacientes con EspA tuvieron faringitis y un paciente con APs presentó hipertransaminasemia.

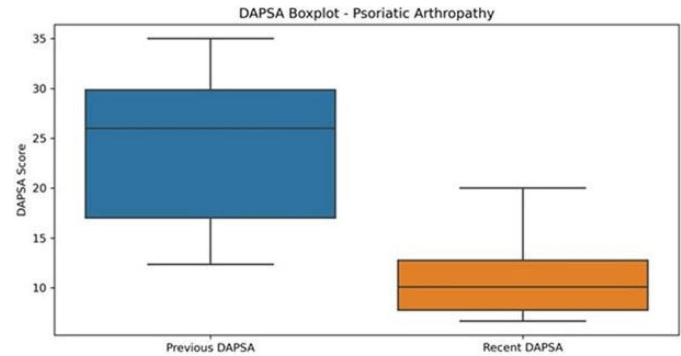


Figura 1. Gráficas de Boxplot para el análisis de la efectividad según los índices de actividad en APs.

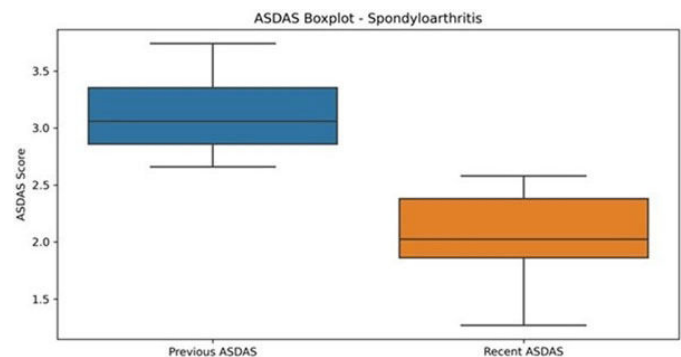


Figura 2. Gráficas de Boxplot para el análisis de la efectividad según los índices de actividad en EspA.

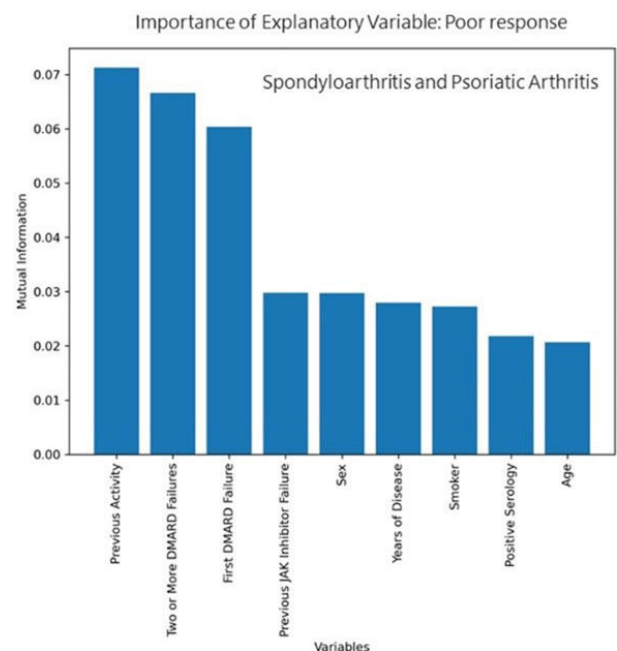


Figura 3. Influencia de las variables clínicas en EspA y APs como predictores de escasa respuesta al tratamiento con inhibidores de la JAK.

Conclusiones: Los estudios en vida real de inhibidores del JAK en EspA y APs son escasos. En nuestro estudio se obtuvo un estado de remisión/baja actividad del 63,63% por ASDAS-PCR en el grupo de EspA y un 87,5% logró un estado de baja actividad por DAPSA28 en el grupo de APs. Por todo ello podemos concluir que el tratamiento con JAKi permite conseguir una tasa elevada de remisión/baja actividad que se mantiene a los 6-12 meses. Con respecto a la seguridad, los efectos adversos observados fueron leves y transitorios.

RC028. CARACTERÍSTICAS BASALES DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA DE LA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR PSORIASIS- ARTRITIS PSORIÁSICA

Victoria María Peinado Nuño¹, Álvaro Román Perea¹, Amalia Pérez Gil², Rosalía Martínez Pérez¹, María Luisa Velloso Feijóo¹ y Raquel Hernández Sánchez¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla. ²Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.

Introducción: La psoriasis (Pso) y la artritis psoriásica (APs) son enfermedades inflamatorias crónicas que comparten una fisiopatología compleja por factores genéticos, inmunológicos y ambientales. El desarrollo de terapias dirigidas ha mejorado la calidad de vida de los pacientes. Sin embargo, la respuesta al tratamiento se puede ver influenciada por las características del paciente, la enfermedad o factores metabólicos.

Objetivos: Describir las características de pacientes con Pso y/o APs moderada-grave de la Unidad Multidisciplinaria de Psoriasis-Artritis psoriásica del Hospital de Valme.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron 340 pacientes con diagnóstico de Pso-APs desde enero 2017 hasta febrero 2024. Análisis mediante SPSS de variables demográficas, antropométricas, índices de actividad de enfermedad, parámetros analíticos y tratamiento.

Resultados: Se revisaron 340 pacientes, 52,6% hombres y 47,4% mujeres, con edad mediana de 51 años. Respecto a factores de riesgo: 37,1% fumadores, 17,5% exfumadores y 12,9% consumían alcohol. En cuanto a comorbilidades: 34,7% hipertensos, 14,1% diabéticos, 40,6% dislipémicos. El 10,9% presentó algún evento cardiovascular mayor (MACE). Respecto a EHNA: 13% afectación leve, 4,7% moderada y 2,4% grave. A nivel analítico, la media de colesterol fue 175 (LDL 120, HDL 50), triglicéridos 114, ácido úrico 5,2, PCR 2 y VSG 8. En cuanto al IMC, la mediana fue 28,73. Presentó obesidad 38,2% (grado I y II 32,4%, grado III o mórbida 5,9%) y sobrepeso 39,1%. Respecto a la Pso, el síntoma inicial fue: 89,5% cutáneo, 9,9% articular y 0,6% ambos. La forma de presentación fue: psoriasis vulgar 85%, inversa 4,2%, pustulosa palmoplantar 4,2%, guttata 2,4%, afectación ungueal aislada 3% y eritrodérmica 0,3%. La afectación articular fue del 46,8%: poliarticular 33,3%, oligoarticular 32,1%, mixta 16,7%, axial 9,9% y afectación de IFD 6,2%. Respecto a índices medios de actividad de la enfermedad en el primer contacto asistencial: PASI 7, DLQI 10, DAPSA 14,6 y ASDAS 2,36, disminuyendo durante el seguimiento a PASI 1, DLQI 2, DAPSA 10,12 y ASDAS 2,34. En cuanto al tratamiento, 95,9% fueron tratados con terapia tópica, 33,3% fototerapia, 49,9% FAMEsc (metotrexato 70,4%, ciclosporina 13,2%, difumato 6%, leflunomida 4,7% y sulfasalazina 4,4%) y 60,8% FAME biológicos: 51,5% anti-TNF (adalimumab 42,7%, etanercept 4,9%, infliximab 2,4%, certolizumab 1%, golimumab 0,5%), 26,7% anti-IL-23 (guselkumab 12,1%, tildrakizumab 7,8%, risankizumab 6,8%), 10,2% anti-IL17 (secukinumab 7,3%, ixekizumab 3,4%), 10,2% anti-IL12/23 (ustekinumab). El 15,9% presentó efectos adversos leves y 6,2% moderados-graves. El 3,2% presentó fallo secundario al tratamiento y el 0,3% fracaso primario.

Conclusiones: Se ha revisado una muestra amplia de pacientes, teniendo en cuenta numerosas variables en relación con las caracte-

rísticas de los mismos y de la propia enfermedad. La distribución por sexo fue muy homogénea. Se observa una amplia proporción de pacientes en tratamiento biológico en relación a otras series, probablemente por padecer una enfermedad psoriásica moderada-grave.

RC029. BIOMARCADORES ASOCIADOS A LA INFLAMACIÓN Y PERMEABILIDAD INTESTINAL EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL EN DIFERENTES SITUACIONES TERAPÉUTICAS

Carolina Merino Argumáñez¹, Alejandra Sánchez López¹, M. José Santos Bórnez¹, José Campos Esteban¹, Mónica Fernández Castro¹, Blanca García Magallón¹, Carmen Barbadillo Mateos¹, Hildegarda Godoy Tundidor¹, Natalia de la Torre Rubio¹, Olga Rusinovich Lovgach¹, Pablo Navarro Palomo¹, María Machattou¹, Carlota Navarro Joven¹, M. Alonso de Francisco¹, Laura Ramos Ortiz de Zarate¹, Alejandro Martínez Rodado¹, Andrea Liso Andriño¹, Concepción Sánchez Fernández¹, José Luis Andréu Sánchez¹, Yago González-Lama² y Jesús Sanz Sanz¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. IDIPHISA. Madrid. ²Servicio de Gastroenterología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. IDIPHISA. Madrid.

Introducción y objetivos: Los mecanismos patogénicos de las enfermedades articulares relacionadas con el intestino no se conocen con exactitud. Existen evidencias que sugieren que un trastorno en la barrera intestinal podría ser el punto de partida en la patogénesis de estas enfermedades. La coexistencia de ambas patologías en un mismo paciente tiene importantes implicaciones para las decisiones clínicas a la hora seleccionar la terapia más adecuada. El objetivo de este estudio fue investigar la integridad de la barrera intestinal evaluando los niveles de proteína transportadora de ácidos grasos intestinales (iFABP) así como la inflamación intestinal utilizando el marcador fecal, calprotectina (CPF) en pacientes con espondiloartritis axial (EspA-Ax) que estaban recibiendo diferentes tratamientos.

Métodos: Se incluyeron 26 pacientes con EspA-ax en diferentes situaciones terapéuticas (*bionave*, antifactor de necrosis tumoral (TNF) y antiinterlequina (IL)-17) y 11 controles sanos. Se recopilaron datos clínicos de los pacientes (tabla 1) y se recogieron muestras de suero que se centrifugaron 1.800 g durante 15 minutos y se almacenaron a -80 °C. Las muestras fecales se obtuvieron utilizando el dispositivo BÜHLMANN CALEX® Cap. Evaluamos el iFABP sérico utilizando el kit ELISA FABP2 intestinal humano (EHFABP2, Invitrogen); la CPF se cuantificó mediante el sistema Quantum Blue® (BÜHLMANN). En el análisis estadístico se empleó el coeficiente de correlación de rangos de Spearman (r_s) para determinar la correlación entre las variables cuantitativas. Para la comparación entre grupos (pacientes y controles) se utilizó la prueba U de Mann-Whitney y en las comparaciones entre diferentes grupos de tratamientos se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis. Se empleó el *software* SPSS. v.18. Los valores de $p \leq 0,05$ se consideraron estadísticamente significativos y *borderline* los valores $0,1 < p > 0,05$.

Resultados: Observamos un incremento de iFABP sérico en pacientes con EspA-Ax (mediana (Me): 7,14 ng/ml, rango intercuartílico (RIC): 5,50-8,86) en comparación con el grupo control (Me: 5,83 ng/ml, RIC: 4,73-6,82) aunque la diferencia no alcanzó significación estadística ($p = 0,07$). No encontramos diferencias entre los diferentes grupos de tratamiento. Los niveles de iFABP fueron mayores en el grupo *bionave* (Me: 7,93 ng/mL; RIC: 5,17-13,06) seguido del grupo tratado con anti-TNF (Me: 7,10 ng/ml; RIC: 5,64-7,96) y del grupo tratado con anti-IL-17 (Me: 6,48 ng/ml; RIC: 5,27-8,86; $p = 0,083$). Los controles tuvieron los valores más bajos de iFABP (Me: 5,83 µg/ml, RIC: 4,73-6,82) y solo encontramos una diferencia *borderline* ($p = 0,010$) al comparar los controles con el grupo *bio-*

naïve. En cuanto a la CPF, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de tratamiento. Además, no encontramos ninguna correlación entre los valores de iFABP y CPF ($r_s = 0,178$; $p = 0,394$) ni tampoco observamos correlación con el resto de variables clínicas analizadas.

Características clínicas de los pacientes. Excepto que se especifique otra medida, los valores se expresan como mediana (rango intercuartílico-RIC)

Características	Pacientes EspAax (n = 26)	Controles (n = 11)
Edad, años: media $\pm$ DE	50,27 $\pm$ 10,40	50,69 $\pm$ 10,89
Sexo, Mujeres (M)/Hombres (H), n	20M/6H	9M/2H
HLA-B27+, n (%)	20 (77%)	
Tipo de EspA:		
EspAax-r, n	18 (69,2%)	
EspAax-nr, n	8 (30,8%)	
Grupo de tratamiento:		
<i>Bionai</i> ve, n (%)	8 (30,8%)	
Anti-TNF, n (%)	12 (46,2%)	
Anti-IL-17, n (%)	6 (23,1%)	
Manifestaciones extraarticulares:		
Uveítis, n (%)	9 (34,6%)	
Psoriasis, n (%)	6 (23,0%)	
Índice BASDAI	6,30 (4,35-7,45)	
Índice BASFI, media $\pm$ DE	4,42 $\pm$ 2,71	
Índice ASDAS-PCR, media $\pm$ DE	2,89 $\pm$ 0,97	
Índice de dolor EVA, media $\pm$ DE	5,92 $\pm$ 2,70	
VSG, mm/h	3,0 (0,0-8,5)	
PCR, mg/l	7 (3-14)	
CPF, concentración, ug/g:	83,0 (39,5-182,5)	5,83 (4,73-6,82)
Grupo <i>bionai</i> ve	77,0 (32,0-236,5)	
Grupo anti-TNF	83,0 (50,0-193,0)	
Grupo anti-IL-17	90,0 (40,0-217,0)	
iFABP, concentración sérica, ng/mL:	7,14 (5,50-8,86)	
Grupo <i>bionai</i> ve	7,93 (5,17-13,06)	
Grupo anti-TNF	7,10 (5,64-7,96)	
Grupo anti-IL-17	6,48 (5,28-8,86)	

DE: desviación estándar; nraxSpA: espondiloartritis axial no radiográfica; EspAax-nr: *radiographic axial spondyloarthritis*; BASDAI: the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index; BASFI: Bath Ankylosing Spondylitis functional index; ESR: *erythrocyte sedimentation rate*; CRP: C-reactive protein; ASDAS-PCR: Ankylosing spondylitis disease activity score-C-reactive protein; EVA-escala visual analógica; TNF: factor de necrosis tumoral; IL: interleuquina; iFABP: proteína de unión a ácidos grasos intestinal; CPF: calprotectina fecal.

Conclusiones: Los niveles de iFABP fueron más altos en los pacientes con EspAax, especialmente en el grupo de tratamiento *bionai*ve en comparación con los controles sanos, pero la diferencia no alcanzó significación estadística. Este estudio es una prueba de concepto y será necesario aumentar el número de pacientes en futuras investigaciones.

RC030. AFECTACIÓN MUSCULOESQUELÉTICA EN PACIENTES CON HIDRADENITIS SUPURATIVA DE UN HOSPITAL TERCIARIO

Beatriz Esther Joven Ibáñez¹, Concepción Postigo Llorente², Raquel Rivera Díaz², Cristina Martín-Arriscado Arroba³, Pablo L. Ortiz Romero² y José Luis Pablos Álvarez¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ²Servicio de Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ³Soprote Científico. Instituto de Investigación Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Introducción: La hidradenitis supurativa (HS) o acné inversa es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel pero en los últimos años se han venido reconociendo complicaciones musculoesqueléticas, con mecanismo y prevalencia no bien conocido.

Objetivos: Valorar la frecuencia y tipo de afectación reumatológica en pacientes con HS.

Métodos: Estudio ambispectivo monocéntrico de pacientes con HS en seguimiento en Dermatología, a los que de forma consecutiva se les ofrece valoración por Reumatología con exploración física, analítica y radiográfica, si procede. Se recogen variables demográficas

(edad, sexo), clínicas (peso, talla, duración y curso de la enfermedad, tipo HS, comorbilidades), datos de severidad y actividad de la HS (Hurley, iHS4), tratamientos empleados (tópicos, sistémicos, cirugía) y el posible diagnóstico reumatológico (patología mecánica, inflamatoria tipo espondiloartritis axial periférica u otra). Las variables cuantitativas se describen por mediana y rango intercuartil (RIQ) y las no cuantitativas por frecuencia y porcentajes. La asociación se valoró mediante Chi-cuadrado y U-Mann-Whitney (SAS versión 9 y nivel de significación del 5%).

Resultados: Reclutamos 76 pacientes (35 hombres, 41 mujeres), edad inicio 18 años (RIQ 15-37), diagnóstico 35 años (RIQ: 19-46): 60 sin patología reumática conocida y 16 ya en seguimiento en Reumatología por patología inflamatoria. En el momento del estudio el tiempo de evolución era de 12 años (RIQ 7-20) y seguimiento desde el diagnóstico de 6 años (RIQ 1,5-10). Tenían antecedentes familiares de enfermedades inmunomediadas 24 pacientes (84% HS) y personales 20: 12 psoriasis, 7 enfermedad inflamatoria intestinal y 1 uveítis. Presentaban comorbilidades un 90% de los pacientes (obesos 38%, HTA 25%, DM 12%, depresión 28%) y eran fumadores un 78%. En cuanto a la HS 35 (47%) pacientes tenían un patrón folicular, 34 (45%) inflamatorio, y 6 (8%) mixto, con una severidad según Hurley de 1 a 3: 32%, 41% y 25% y según iHS4 leve, moderado, severo de 48%, 42% y 9%, respectivamente, precisando tratamiento biológico 32 (48%). Un total de 38 (54%) pacientes presentan alguna patología reumática de los que 24 (28%) se consideraría inflamatoria (EspA axial 15, periférica 7 y 2 LES). De los pacientes sin patología reumática conocida, 21 de 60 (35%) recibieron un diagnóstico reumatológico, 9 (15%) de patología inflamatoria (5 EspA axial y 4 EspA periférica). El diagnóstico de patología reumática se relaciona con una mayor edad de inicio (17 [13,5-17] vs. 31,5 [18-41]; $p < 0,001$) y diagnóstico (20 [17-30] vs. 44 [37-52]; $p < 0,01$), antecedentes familiares de IMID (25,71 vs. 43,75%; $p = 0,033$) o personales de psoriasis (6,25 vs. 26,32; $p = 0,031$), un mayor peso (79,5 [60-91] vs. 86 [72-105]; $p = 0,027$), consumo de alcohol (0 vs. 24,32; $p < 0,01$), esteatosis hepática (3,13 vs. 26,32; $p = 0,009$), severidad según Hurley (54,71 vs. 41,94 vs. 85,71; $p = 0,023$), presencia de abscesos (39,39 vs. 67,57; $p = 0,029$) y necesidad de biológico (43,59 vs. 67,74; $p = 0,05$). Cuando nos centramos en patología inflamatoria la asociación se mantiene para necesidad de biológico (35,29 vs. 84,21; $p = 0,005$) y haber precisado un mayor número ($p = 0,059$).

Conclusiones: En nuestra serie un 15% de pacientes con HS sin patología reumática conocida presentan datos de EspA, tanto axial como periférica, tras valoración por Reumatología. Los pacientes más graves, con necesidad de terapia biológica, son los que se asocian con el diagnóstico de patología reumática inflamatoria.

RC031. BIMEKIZUMAB EN VIDA REAL: EXPERIENCIA CLÍNICA EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA Y ESPONDILOARTRITIS

Lilyan-Consuelo Charca Mamani¹, Encarna Montesinos Villaescusa², Isabel de la Morena Barrio¹, José Javier Sanmartín¹, Delia Fernández Lozano¹, Rosa Neguerolles Albuixech¹, Diego Bedoya Sanchis³, M. Ángeles Revert Fernández² y Pilar Trenor Larraz¹

¹Reumatología. Hospital Clínico Universitario. Valencia. ²Dermatología. Hospital Clínico Universitario. Valencia. ³Reumatología. INCLIVA Instituto de Investigación Sanitaria. Valencia.

Introducción: Bimekizumab, un anticuerpo monoclonal que inhibe las interleucinas IL-17A e IL-17F, ha demostrado eficacia en la artritis psoriásica (APso) y la espondiloartritis axial (EA). Sin embargo, los datos en vida real son limitados, subrayando la necesidad de investigaciones que evalúen su impacto fuera de ensayos clínicos.

Objetivos: Caracterizar las características clínicas basales de pacientes con APso y EA tratados con bimekizumab, y evaluar la evolución clínica y eficacia tras el inicio del tratamiento.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo que incluyó a pacientes con APso y EA tratados con bimekizumab, atendidos en las consultas de Reumatología y en la unidad multidisciplinar Reuma-Derma del Hospital Clínico Universitario de Valencia. Se incluyeron datos demográficos, clínicos y de tratamiento concomitante/previo. Los datos continuos se describieron como media $\pm$ DE o mediana y RIC, según su distribución, y las variables categóricas como frecuencias y porcentajes. Se calcularon los porcentajes de mejora de las características evaluadas tras el tratamiento.

Resultados: Se incluyeron 27 pacientes, 15 con EA y 12 con APso, con una edad media de $54,52 \pm 11,23$ años. El tiempo de evolución desde el diagnóstico fue de $6,36 \pm 4,41$ años en APso y $7,07 \pm 4,01$ años en EA. En APso, el 16,6% fue HLA B27 positivo, con predominio de la afectación periférica (83,3%) seguida de la mixta (16,6%). En EA, el 66,6% fue HLA B27 positivo, con mayor frecuencia de afectación mixta (46,6%) y axial (33,3%). La psoriasis estuvo presente en el 75% de los pacientes con APso, afectando localizaciones especiales en el 50% de ellos. Según el compromiso por BSA, se clasificó como leve en el 44,4% de los casos, moderado en el 33,3% y severo en el 11,1%. Otros hallazgos incluyeron dactilitis (33,3%), entesitis (33,3%) y onicopatía (8,3%) en APso. En EA, se observaron entesitis (6,6%) y uveítis (20%). No hubo casos de EII, mientras que la hidrosadenitis

afectó a un paciente con EA. En la Tabla 1 se muestran las características clínicas basales y de seguimiento según diagnóstico. El 18,5% de los pacientes requería prednisona ≥ 5 mg/día al inicio, y el 29,6% utilizaba FAME concomitantes, siendo el metotrexato el más usado (75%). El 85,2% había recibido terapia biológica previa, con 66,6% tratados con 1-2 biológicos y 33,3% con ≥ 3 biológicos. La duración media del tratamiento con bimekizumab fue de $7,52 \pm 4,05$ meses. En las tablas 2 y 3 se muestran resultados comparativos de características basales y de seguimiento según diagnóstico. En el seguimiento, el 44,4% de los pacientes con APso alcanzó un BSA de 0, y la resolución de artritis se observó en el 55,5% de APso y el 18,2% de EA. Los marcadores inflamatorios también mejoraron significativamente, con reducciones del 66,2% en PCR (29,6% a 10%) y VSG (14,8% a 5%). Solo un paciente cumplió criterios de MDA. Bimekizumab fue suspendido en el 18,5% de los casos por ineficacia, reportándose dolor en el punto de inyección en un paciente.

Conclusiones: Bimekizumab mostró un impacto positivo en vida real, especialmente en APso, donde el 44,4% alcanzó un BSA de 0 y el DAPSA mostró una mejora del 46,16%. En EA, aunque la respuesta fue más moderada, el ASDAS-PCR disminuyó un 27,36%. La resolución de manifestaciones periféricas como dactilitis y entesitis fue más notable en APso. La uveítis se mantuvo estable en ambos gru-

Tabla 1. Características clínicas basales y de seguimiento según diagnóstico

Característica	Basal APso (n, %)	Basal EA (n, %)	Seguimiento APso (n, %)	Seguimiento EA (n, %)	Mejoraron (n, %)
Psoriasis	9/12 (75%)	0/15 (0%)	2/9 (22,2%)	0/0 (0%)	7/9 (77,8%) (APso)
Dactilitis	4/12 (33,3%)	0/15 (0%)	1/4 (25%)	0/0 (0%)	3/4 (75%) (APso)
Entesitis	4/12 (33,3%)	1/15 (6,6%)	1/4 (25%)	1/1 (100%)	3/4 (75%) (APso), sin cambios (EA)
Uveítis	1/12 (8,3%)	3/15 (20%)	0/1 (0%)	0/3 (0%)	Sin nuevos brotes (APso y EA)
Hidrosadenitis	0/12 (0%)	1/15 (6,6%)	0/0 (0%)	1/1 (100%)	Sin cambios (EA)

APso: artritis psoriásica, EA: espondiloartritis

Tabla 2. Resultados comparativos de características basales y de seguimiento en APso

Característica	Basal	Seguimiento	Cambio absoluto	Porcentaje de mejora
NAD (Mediana, RIC)	3.5 [2.0, 8.5]	1.0 [0.0, 2.0]	-2.5	71.43%
NAT (Mediana, RIC)	2.5 [0.75, 4.0]	0.0 [0.0, 1.0]	-2.5	100%
EVA (Media $\pm$ DE)	7.0 $\pm$ 2.26	4.67 $\pm$ 2.55	-2.33	33.29%
EGP (Media $\pm$ DE)	7.03 $\pm$ 1.89	4.67 $\pm$ 2.55	-2.36	33.57%
EGM (Media $\pm$ DE)	4.75 $\pm$ 1.60	2.44 $\pm$ 2.13	-2.31	48.63%
RM (n, %)	10 (83.3%)	7 (77.78%)	-3	6.63%
DAPSA (Media $\pm$ DE)	23.18 $\pm$ 7.98	12.48 $\pm$ 7.43	-10.70	46.16%

NAD: nº de articulaciones dolorosas, NAT: nº de articulaciones tumefactas, EVA: Escala visual analógica del dolor, EGP: evaluación global del paciente, EGM: evaluación global del médico, RM: rigidez matutina, DAPSA: Disease Activity for Psoriatic Arthritis, RIC: rango intercuartílico, DE: desviación estándar

Tabla 3. Resultados comparativos de características basales y de seguimiento en EA

Característica	Basal	Seguimiento	Cambio absoluto	Porcentaje de mejora
NAD (Mediana, RIC)	1.0 [0.0, 3.0]	0.0 [0.0, 2.0]	-1.0	100%
NAT (Mediana, RIC)	0.0 [0.0, 0.0]	0.0 [0.0, 0.0]	0.0	N/A
EVA (Media ± DE)	7.03 ± 1.89	4.64 ± 3.20	-2.39	34.00%
EGP (Media ± DE)	7.25 ± 1.76	4.64 ± 3.20	-2.61	35.93%
EGM (Media ± DE)	5.13 ± 1.60	2.36 ± 1.63	-2.77	54.00%
RM (n, %)	14 (93.3%)	8 (72.73%)	-6	22.04%
ASDAS-PCR (Media ± DE)	3.07 ± 0.89	2.23 ± 1.00	-0.84	27.36%

NAD: nº de articulaciones dolorosas, NAT: nº de articulaciones tumefactas, EVA: Escala visual analógica del dolor, EGP: evaluación global del paciente, EGM: evaluación global del médico, RM: rigidez matutina, ASDAS-PCR: Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score

RC031 Tabla 3.

pos. Se requieren estudios adicionales para evaluar sus beneficios a largo plazo.

RC032. EFICACIA Y SEGURIDAD DE BIMEKIZUMAB EN CONDICIONES DE VIDA REAL: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

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

Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Valencia.

Introducción: Las espondiloartritis (SpA) y la artritis psoriásica (APs) son enfermedades inflamatorias crónicas donde el eje IL-17/IL-36 es clave en su patogénesis, contribuyendo a la hiperproliferación de queratinocitos, inflamación articular y entesitis. Bimekizumab, un anticuerpo monoclonal que inhibe IL-17A e IL-17F, ha mostrado resultados prometedores en ensayos clínicos para la psoriasis (PsO) y la APs. Sin embargo, faltan datos en vida real, especialmente en casos refractarios con exposición previa a otros tratamientos biológicos o en enfermedades asociadas como es el síndrome SAPHO.

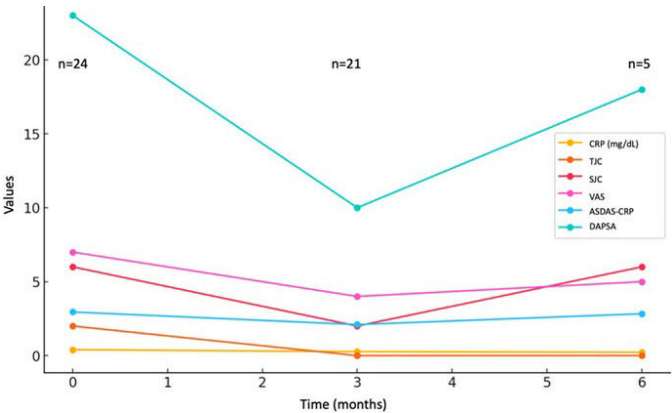
Objetivos: Describir las características demográficas y clínicas de los pacientes tratados con bimekizumab en la práctica clínica. Evaluar su efectividad en dominios musculoesqueléticos y extraarticulares mediante marcadores inflamatorios, índices de actividad y resultados informados por pacientes. Documentar su perfil de seguridad, enfocándonos en eventos adversos y tasas de discontinuación.

Métodos: Estudio observacional transversal en una unidad multidisciplinar de espondiloartritis y enfermedad psoriásica de un hospital universitario. Se incluyeron pacientes adultos con SpA axial, SpA periférica, PsA o síndrome SAPHO que iniciaron bimekizumab entre enero de 2024 y enero de 2025, con al menos tres meses de seguimiento. Se recopilaron datos de historias clínicas: demografía (edad, sexo), historia clínica (diagnóstico, duración de enfermedad, tratamientos previos) y hallazgos de laboratorio. La efectividad se evaluó mediante cambios en PCR, número de articulaciones tumefactas (NAT) y dolorosas (NAD), escala visual analógica (EVA), e índices de actividad como el ASDAS-PCR, DAPSA y el LEI. La seguridad se valoró según eventos adversos y razones de discontinuación.

Resultados: Se incluyeron 24 pacientes, el 50% eran mujeres, con una edad media de 56 años, y se distribuían en los siguientes grupos de pacientes: APs periférica (n = 11), APS axial y periférica (n = 11), SAPHO (n = 1) y SpA axial (n = 1). Todos presentaban enfermedad activa pese a una mediana de dos tratamientos biológicos previos, principalmente inhibidores de TNF. Al inicio (tabla), los marcadores indicaron actividad moderada-alta: PCR 0,4 mg/dL, NAT 2, NAD 6, EVA 8, ASDAS-PCR 2,95, DAPSA 23 y LEI 4,48. A los tres meses, (n = 23) los parámetros mejoraron significativamente: PCR 0,27 mg/dL, NAT 0, NAD 2, EVA 4, ASDAS-PCR 2,1, DAPSA 10 y LEI 1,5. A los seis meses, en cinco pacientes (n = 5), la mejoría se mantuvo: PCR 0,22 mg/dL, NAT 0, NAD 5, EVA 5, ASDAS-PCR 2,83, DAPSA 18 y LEI 1. (Imagen 1) Se registraron eventos adversos en 4 pacientes (19%), incluyendo candidiasis leve a moderada, lo que llevó a la discontinuación del tratamiento en tres pacientes. Una paciente presentó una dermatitis atópica sugestiva de una respuesta Th2, tratada de manera conservadora. No se reportaron casos de enfermedad inflamatoria intestinal ni brotes de uveítis.

Evolución de parámetros clínicos durante el tratamiento con bimekizumab

Tiempo (meses)	PCR (mg/dL)	NAD	NAT	EVA	ASDAS-PCR	DAPSA	LEI
0	0,4	6	2	8	2,95	23	4,48
3	0,27	2	0	4	2,1	10	1,5
6	0,22	5	0	5	2,83	18	1



Evolución de parámetros clínicos e índices de actividad durante el tratamiento con bimekizumab.

Conclusiones: Bimekizumab demostró efectividad a corto y medio plazo para reducir parámetros clínicos e inflamatorios en SpA, APs y SAPHO. Las mejoras observadas tanto en la PCR, NAD, NAT e índices de actividad coinciden con los ensayos clínicos, incluso en casos refractarios. La candidiasis fue el evento adverso más común y, aunque manejable, destaca la necesidad de una observación cuidadosa. Estudios prospectivos con mayor tamaño muestral y seguimiento prolongado son necesarios para confirmar su seguridad y eficacia a largo plazo en vida real.

RC033. SÍNDROME SAPHO: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA MUESTRA DE PACIENTES DE UN HOSPITAL DEL SUR DE ESPAÑA

Alicia Pérez González, Esther Monleón Acosta, José Andrés Rodríguez Fernández, Pedro Manuel Hernández, José María Andreu Ubero, María Rosario Oliva Ruiz, Paloma Valentina Castillo Dayer, Carlos Fernández-Díaz, Gloria Albaladejo Paredes, A. Egea-Fuentes, Montserrat Fernández Salamanca y Vicente Cogolludo Campillo

Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena.

Introducción: El síndrome SAPHO (sinovitis, acné, pustulosis, hiperostosis y osteítis) es una enfermedad inflamatoria sistémica caracterizada por presentar afectación osteoarticular y cutánea. Su frecuencia es rara, afecta a adultos con predilección por el género femenino. La presentación clínica es heterogénea y clásicamente se ha relacionado con la osteomielitis crónica no bacteriana, osteomielitis crónica multifocal recurrente y con la pustulosis osteoarticular. El diagnóstico se basa en una clínica compatible y exclusión de otras causas (a destacar infecciosas e histiocitosis de Langerhans)¹. No existe un tratamiento estandarizado, pudiendo utilizarse antiinflamatorios, fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) o bifosfonatos, entre otros².

Objetivos: El objetivo principal es describir las características demográficas, clínicas y terapéuticas de una muestra de pacientes con síndrome SAPHO. Como objetivo secundario describir las localizaciones más frecuentes de afectación y líneas terapéuticas de dicha muestra.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico. La población incluida en el estudio fueron pacientes de la consulta de reumatología con diagnóstico de síndrome SAPHO según los criterios de Benhamou et al. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, tratamientos utilizados y localizaciones más frecuentes de afectación. Se realizó un análisis descriptivo de las variables analizadas en el estudio, incluyendo la media y desviación estándar (DE) de las variables utilizando el IBM spss statistics v21.

Resultados: Se incluyeron un total de 14 pacientes en este estudio, el 28,6% eran hombres y el 71,4%, mujeres, con una edad media, en años, de 54,71 ($\pm$ 13,005). Al analizar las manifestaciones clínicas, el 100% de los pacientes presentaba afectación articular, siendo la afectación esternocostal (50%) seguida de la axial (42,9%) y acromioclavicular (35,7%), las localizaciones más frecuentes. De los 6 pacientes con afectación axial, 4 presentaban afectación de las sacroilíacas, valorado por resonancia magnética. Respecto al tratamiento utilizado, encontramos, por un lado, que un 57,1% ha llevado FAMEsc, siendo el metotrexato el más usado. Por otro lado, el 57,1% ha llevado FAMEb, siendo los anti-TNF, y más concretamente, el adalimumab, el fármaco más usado. Destaca 1 paciente con tocilizumab en tercera línea de tratamiento (tabla).

Conclusiones: El síndrome SAPHO es una patología poco frecuente, con manifestaciones osteoarticulares y cutáneas que pueden simular otras enfermedades, entre las que destacan la artropatía psoriásica y la espondiloartritis. La afectación esternocostal y axial junto con la pustulosis palmoplantar son las principales manifestaciones clínicas en pacientes con SAPHO, coincidiendo con los pocos estu-

dios publicados. Los FAMEsc y los anti-TNF son los fármacos más utilizados. Sin embargo, no existe un tratamiento estandarizado, siendo necesario más estudios para evaluar alternativas terapéuticas en el síndrome SAPHO.

Características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas de los pacientes con síndrome SAPHO.

N = 14		
Género	Hombres: 4 (28,6%) Mujeres: 10 (71,4%)	
Edad (años)	54,71 ($\pm$ 13,005)	
Afectación articular	Sí: 14 (100%) No: 0 (0%)	
	Axial	Sí: 6 (42,9%) No: 8 (57,1%)
	Sacroilíaca	Sí: 4 (28,6%) No: 10 (71,4%)
	Pared torácica	Sí: 5 (35,7%) No: 9 (64,3%)
	Acromioclavicular	Sí: 7 (50%) No: 7 (50%)
	Esternocostal	Sí: 5 (35,7%) No: 9 (64,3%)
	Costocondral	Sí: 3 (21,4%) No: 11 (78,6%)
	Costillas	Sí: 4 (28,6%) No: 10 (71,4%)
	Carpos	Sí: 3 (21,4%) No: 11 (78,6%)
	Otras	Sí: 4 (28,6%) No: 10 (71,4%)
Afectación cutánea	Sí: 13 (92,9%) No: 1 (7,1%)	Pustulosis palmoplantar
FAMEsc (sintéticos convencionales)	No: 6 (42,9%) Sí: 8 (57,1%)	Metotrexato: 4 (28,6%) Sulfasalacina: 2 (14,3%) Ambas: 2 (14,3%)
FAMEb (biológicos)	Sí: 8 (57,1%) No: 6 (42,9%)	Primera línea: Adalimumab 4 Etanercept 2
	Un FAMEb: 3 (21,4%) Dos FAMEb: 3 (21,4%) Tres FAMEb: 1 (7,1%) Cinco FAMEb: 1 (7,1%)	Infliximab 2 Segunda línea: Adalimumab 2 Etanercept 3
		Tercera línea: Certolizumab 1 Tocilizumab 1
		Cuarta línea: Certolizumab 1
		Quinta línea: Golimumab 1 Actonel
Bifosfonatos	Sí: 1 (7,1%) No: 13 (92,9%)	

Bibliografía

- Li SWS, Roberts E, Hedrich C. Treatment and monitoring of SAPHO syndrome: a systematic review. RMD Open. 2023;9.
- Firinu D, García-Larsen V, Manconi PE, Del Giasco SR. SAPHO Syndrome: Current Developments and Approaches to Clinical Treatment. Curr Rheumatol Rep. 2016(18);35:1-9.

RC034. DEVELOPMENT OF AN ARTIFICIAL INTELLIGENCE TOOL FOR LESION DETECTION USING MAGNETIC RESONANCE IMAGING FOR DIAGNOSIS OF AXIAL SPONDYLOARTHRITIS

Jorge Juan Frágil Gil¹, Hiba Khogali², Gianina Statache³, Alzharaa Abouelnadar³, Ahlam Almarzooqi⁴, Amina AlJasmi⁵, Mohamed Askar⁴, Jameel Shawaqfeh⁶, Manal Mashaleh⁶, Maysoon Bani Hani⁶, Saitah Alshammari⁵, Yasser H. Alghamdi⁷, Faisal Alfaisal⁷, Abdulaziz Almosabih⁸, Cristina Campos Fernández¹, Roxana González Mazarío¹, Paula Moreno-Ruiz⁹, Marta Martínez-Calle⁹, Almudena Fuster-Matanzo⁹, José Lozano⁹, Fuensanta Bellvís-Bataller⁹, Ana Jiménez Pastor⁹ and Khalid A. Alnaqbi²

¹Hospital General de Valencia. ²Sheikh Tahnoon Medical City. Al Ain. United Arab Emirates. ³Abu Dhabi Stem Cell Centre/Yas Clinic Hospital. Abu Dhabi. United Arab Emirates. ⁴Emirates Health Services. Al Qassimi hospital. Sharjah. United Arab Emirates. ⁵Emirates Health Services. Dubai. United Arab Emirates. ⁶Royal Medical Services. Amman. Jordan. ⁷King Saud Medical City. Riyadh. Saudi Arabia. ⁸Therapeutic Affairs. Ad Diriyah Hospital. Riyadh. Saudi Arabia. ⁹Quantitative Imaging Biomarkers in Medicine. Quibim. Valencia.

Axial spondylarthritis (axSpA) is a chronic immune-mediated inflammatory disease that primarily affects the axial skeleton, causing significant pain and disability. With a global prevalence of 0.3-1.4%, axSpA can be classified into radiographic and non-radiographic forms, according to the possibility of being detected by plain radiographies. Magnetic resonance imaging (MRI) has revolutionized axSpA diagnosis, particularly for non-radiographic disease, enabling patients to receive appropriate targeted treatments and improving long term outcomes. However, the definition of a “positive MRI” is still under discussion, with notable inter and intraobserver variability depending on the radiologist's expertise, which often leads to diagnostic delays and underdiagnosis. Therefore, new tools for homogenization and automation of the axSpA diagnostic procedure are urgently needed. Here, we present a retrospective observational real-world study (NCT06591481) with data from six sites in the Middle East and Spain. The training dataset consists of 695 MRIs of the sacroiliac joint (SIJ), including a T1-weighted and short tau inversion recovery (STIR) and/or T2 fat-saturated (FS) sequence in coronal-oblique planes acquired at diagnosis and follow-up. For the validation process, an external sample of 200-300 MRIs with and without axSpA is being collected. QP-Insights platform (Quibim SL, Valencia, Spain), a comprehensive web-based cloud platform that centrally manages, stores, and quantitatively analyzes multi-omics data, is used for the image collection and processing. To ensure accuracy and consistency, all MRI scans are subjected to a manual quality check performed by experienced imaging technicians. According to the Assessment of Spondylarthritis international Society (ASAS) criteria, a double reading is performed by radiologists with 12+ years of experience and a third reader for adjudication. The reading process consists of the classification into axSpA +/- and the identification of the main findings: bone marrow oedema (BME), ankylosis, erosion and fat metaplasia. An artificial intelligence (AI)-based classification model based on deep-learning is being developed to categorize patients into axSpA +/- cases. Different approaches are being explored, including 2D and 3D architectures, the combination of different MR sequences, or image harmonization techniques to minimize differences across scanners. Additionally, explainability methods to improve trustworthiness on the AI-solution are being implemented. Finally, as an exploratory objective, the model will further classify patients based on the main findings identified.

RC035. ÍNDICE NEUTRÓFILO-LINFOCITO EN FIBROMIALGIA

Miriam Almirall Bernabé, Esther Espartal López, Xabier Michelena Vegas, Rafael Touriño García, Sara Marsal Barril y Alba Erra Duran

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

Introducción: El índice neutrófilo-linfocito, INL, que se obtiene de forma fácil y barata con un hemograma, se ha propuesto como marcador de inflamación sistémica en distintas artritis inflamatorias crónicas. En fibromialgia hay menos estudios al respecto y con resultados controvertidos.

Objetivos: El objetivo principal de este estudio fue evaluar si existen diferencias en los valores del INL entre pacientes con fibromialgia y controles sanos y los objetivos secundarios fueron evaluar si el INL se

correlaciona con otras variables, si sus valores difieren entre pacientes con enfermedad grave y moderada/leve y establecer puntos de corte para el diagnóstico de la enfermedad y para su actividad clínica.

Métodos: Estudio observacional transversal unicéntrico. Los pacientes seleccionados con diagnóstico clínico de fibromialgia, visitados en una consulta monográfica, no cumplían criterios de ninguna artritis inflamatoria crónica y los controles sanos, procedentes de una consulta de dolor lumbar complejo, tampoco cumplían criterios ni de Fibromialgia ni de ninguna enfermedad articular inflamatoria. Las diferencias en las diferentes variables entre grupos fueron calculadas mediante el test de Kruskal-Wallis para variables cuantitativas y mediante el test de chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher para variables categóricas según las frecuencias esperadas. La correlación del valor del INL con el valor de la PCR y el resultado del cuestionario de impacto FIQ (*Fibromyalgia Impact Questionnaire*) se calculó mediante la correlación de Pearson y para establecer los puntos de corte del INL relacionados con el diagnóstico y la actividad de la enfermedad se elaboraron curvas de rendimiento diagnóstico, mejor conocidas como curvas ROC (*Receiver Operating Characteristic*). Todos los análisis fueron realizados con el programa estadístico “R” (R version 4.3.3 (2024-02-29 ucrt)).

Resultados: Se incluyeron 112 pacientes con fibromialgia y 112 controles sanos, pareados por edad y sexo. La única diferencia estadísticamente significativa entre los pacientes con fibromialgia y los controles sanos fue el valor del INL ($1,8 \pm 0,5$ vs. $1,4 \pm 0,2$; $p < 0,001$). El valor medio del INL se correlacionó con los valores medios de la PCR y del FIQ con un tamaño del efecto pequeño según Cohen ($R = 0,14$ y $R = 0,15$, respectivamente). Hubo diferencias significativas en el valor del INL entre los pacientes con Fibromialgia grave ($FIQ \geq 59$), 83 pacientes (74,11%), y no grave ($FIQ < 59$), 29 pacientes (25,89%), ($1,9 \pm 0,5$ vs. $1,7 \pm 0,4$; $p = 0,008$). Según curvas ROC, el punto de corte del INL para predecir el diagnóstico de Fibromialgia fue de 1,54 (AUC 0,81, IC95% = 0,76-0,87) con una sensibilidad del 70,54% y una especificidad del 82,14% y el punto de corte para predecir una actividad grave ($FIQ \geq 59$) fue de 1,64 (AUC 0,67, IC95% = 0,55-0,78) con una sensibilidad del 66,27% y una especificidad del 62,07%.

Conclusiones: El valor medio del INL fue mayor en pacientes con Fibromialgia que en controles sanos y en pacientes con Fibromialgia grave que en pacientes con moderada/leve. El valor del INL se correlacionó con los valores de la PCR y del FIQ pero con un tamaño del efecto pequeño. El punto de corte del INL para predecir el diagnóstico de Fibromialgia fue de 1,54 y para predecir una actividad grave ($FIQ \geq 59$) fue de 1,64.

RC036. RESULTADOS DE EXPERIENCIA CLÍNICA REAL CON ANIFROLUMAB EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DEL SUR DE ESPAÑA

Javier Manzaneque Sánchez, Laura Álvarez Ortiz, Lara Méndez Díaz, Clara Aguilera Cros y Ricardo Gil Vélez

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

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune compleja que afecta a múltiples órganos. Pese a los avances, muchos pacientes mantienen una actividad persistente, impactando en su calidad de vida, morbilidad y mortalidad. El anifrolumab, un anticuerpo contra el receptor de interferón tipo I, ha demostrado mejorar el control y desenlace del LES.

Objetivos: 1. Describir las características clínicas y demográficas de una cohorte de pacientes con lupus eritematoso sistémico moderado-grave en tratamiento con anifrolumab en un hospital de tercer nivel. 2. Evaluar si se produjo una reducción de la dosis de corticosteroides utilizada tras la última revisión con anifrolumab.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo, revisando las historias clínicas del servicio de reumatología

de nuestro hospital desde enero de 2023 hasta noviembre de 2024. El diagnóstico de LES se basó en los criterios ACR/EULAR 2019. Las manifestaciones clínicas fueron definidas por los facultativos, respaldadas por la clínica, exploración y pruebas de laboratorio. Como indicadores de respuesta, se analizó la variación en la dosis de corticosteroides y los cambios en los valores de proteína C reactiva (PCR) antes y después de iniciar anifrolumab.

Resultados: El estudio incluyó a 15 pacientes, todas mujeres, con una media de edad de 46,33 años (mediana de 48 años; Q1 (25%): 36, Q2 (50%): 48, Q3 (75%): 55,5). Las pacientes llevaban con diagnóstico de LES previo al anifrolumab una media de 5,66 años (Q1: 4, Q2: 5, Q3: 8). El 100% presentó ANA positivos, el 40% anticuerpos antifosfolípidos, el 13,33% factor reumatoide, y ninguno anti-CCP o anticentrómeros. Las manifestaciones clínicas que motivaron el comienzo con fueron articulares (80%), cutáneas (73,3%), nefrológicas (13,3%) y neurológicas (6,6%), pero no hematológica ni multisistémica. En cuanto a los tratamientos previos, el 86% recibió hidroxicloroquina (HCQ), 53,33% micofenolato (MMF), 46,66% metotrexato (MTX) y 40% otros FAMES. En cuanto a biológicos, 26,67% usó rituximab y 33% belimumab. Las combinaciones fueron HCQ+MTX (43,75%), HCQ+MMF (25%), MTX+otros (6,25%), HCQ+MMF+MTX (6,25%), y 18,75% sin combinaciones. De 15 pacientes, 10 tuvieron al menos una consulta tras iniciar anifrolumab. En 5, la revisión fue programada después de finalizar el estudio. Antes de anifrolumab, la dosis media de corticosteroides fue 8,33 mg (Q1: 2,5, Q2: 7,5, Q3: 12,5). Tras el tratamiento, se redujo un 69,94%, con media final de 2,5 mg (Q1: 0, Q2: 0, Q3: 5,625). El tiempo medio para esta reducción fue de 5,8 meses (Q1: 2, Q2: 3,5, Q3: 9,25). La dosis media de PCR antes de anifrolumab fue de 7,72 mg/L (Q1: 1, Q2: 2,3, Q3: 5,85), reduciéndose un 19,06% a 6,25 mg/L (Q1: 1,075, Q2: 1,7, Q3: 9,075) en la última revisión. En la cohorte analizada, solo 1 paciente interrumpió el fármaco debido a efectos adversos digestivos leves (vómitos y diarrea).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS	%
ARTICULAR	80%
CUTÁNEA	73.30%
NEFROLÓGICO	13.33%
NEUROLÓGICO	6.60%
HEMATOLÓGICO	0%
MULTISISTÉMICO	0%

Manifestaciones clínicas que motivaron el uso de anifrolumab.

	Niveles de Proteína C Reactiva previo a Anifrolumab (n=15)	Niveles de Proteína C Reactiva posterior a Anifrolumab (n=10)
Media	7.72 mg/L	6.25 mg/L
Mediana	2.3 mg/L	1,7 mg/L
Moda	1 mg/L	1 mg/L
Q1 (25%)	1 mg/L	1.075 mg/L
Q2 (50%)	2.3 mg/L	1.7 mg/L
Q3 (75%)	5.85 mg/L	9.075 mg/L

Niveles de pcr previos y posteriores al anifrolumab.

	Dosis corticosteroides previo a Anifrolumab (n=15)	Dosis corticosteroides posterior a Anifrolumab (n=10)
Media	8.33 mg	2.5 mg
Mediana	7.5 mg	0 mg
Moda	0 mg	0 mg
Q1 (25%)	2.5 mg	0 mg
Q2 (50%)	7.5 mg	0 mg
Q3 (75%)	12.5 mg	5.625 mg

Dosis de corticoides previas y posteriores al anifrolumab.

Conclusiones: El tratamiento con anifrolumab se asoció con una reducción significativa en las dosis de corticosteroides y en los niveles de PCR en nuestra cohorte de pacientes. Las manifestaciones articulares y cutáneas fueron las más frecuentes, y una proporción considerable de pacientes habían recibido FAMES y biológicos previamente. No obstante, se precisan estudios más potentes, a más largo plazo y con un mayor tamaño muestral para establecer conclusiones contundentes.

RC037. OCLUSIÓN DE LA VENA RETINIANA EN EL CONTEXTO DEL SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO: MÁS ALLÁ DE LA CLASIFICACIÓN, INTEGRANDO DATOS EPIDEMIOLÓGICOS, FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y PERSPECTIVAS DEL ÍNDICE AGAPSS

Rafael Gálvez Sánchez¹, Z. Salmón González², M. Fernández-García², A. Cerveró Varona³, B. González-Mesones⁴, Víctor Martínez-Taboada^{1,5} y José Luis Hernández^{2,5}

¹División de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Instituto de Investigación Valdecilla. Santander. ²División de Medicina Interna. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Instituto de Investigación Valdecilla. Santander. ³División de Oftalmología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Instituto de Investigación Valdecilla. Santander. ⁴División de Hematología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Instituto de Investigación Valdecilla. Santander. ⁵Departamento de Medicina y Psiquiatría. Universidad de Cantabria. Santander.

Introducción y objetivos: La oclusión de la vena retiniana (OVR) en el contexto del síndrome antifosfolípido (SAF) se ve influida por una combinación de factores de riesgo cardiovasculares (CV)¹⁻³ y perfiles serológicos. Con la introducción de los criterios de clasificación ACR/EULAR de 2023 para el SAF⁴, es fundamental comprender las implicaciones epidemiológicas y de laboratorio tras la posible reclasificación de estos pacientes. Este estudio se propuso evaluar a) las características demográficas, el riesgo CV y los parámetros de laboratorio clave, incluidos marcadores metabólicos y de anticuerpos antifosfolípidos, en pacientes con OVR-SAF, tanto si seguían clasificados como SAF como si no bajo la nueva clasificación, y b) la puntuación del Índice Global Ajustado del Síndrome Antifosfolípido (aGAPSS) [5-6], una herramienta validada de estratificación de riesgo que integra tanto factores de riesgo tradicionales como los perfiles de anticuerpos antifosfolípidos (aPL).

Métodos: Se realizó una evaluación prospectiva de 69 pacientes diagnosticados de OVR-SAF según los criterios de Sídney⁷ en un hos-

	Sydney Criteria N= 69	2023 ACR/EULAR Criteria		
		YES N=51	NO N=18	p
Edad, años $\pm$ SD	69.9 $\pm$ 12.8	68.6 $\pm$ 12.9	73.7 $\pm$ 11.8	0.15
Sexo (hombres), n (%)	37 (53.6)	28 (54.9)	9 (50)	0.72
Factores Riesgo Cardiovascular, n (%)	59 (85.5)	43 (84.3)	16 (88.9)	0.99
- Obesidad	26 (37.7)	19 (37.3)	7 (38.9)	0.90
- Tabaco	10 (14.5)	10 (19.6)	-	0.05
- Hiper Tensión Arterial	46 (66.7)	33 (64.7)	13 (72.2)	0.56
- Diabetes	20 (29)	17 (33.3)	3 (16.7)	0.18
- Dislipidemia	48 (69.6)	35 (68.6)	13 (72.2)	0.78
Glaucoma, n (%)	16 (23.2)	11 (21.6)	5 (27.8)	0.75
Parámetros Laboratorio				
Glucosa, mg/dl	106 $\pm$ 32	108 $\pm$ 36	99 $\pm$ 17	0.14
HbA1c, %	6 [5.7-7.3]	6 [5.7-7.2]	6 [5.3-7.2]	0.92
Colesterol total, mg/dl	198 $\pm$ 45	199 $\pm$ 45	192 $\pm$ 46	0.25
HDL colesterol, mg/dl	54 $\pm$ 16	52 $\pm$ 16	57 $\pm$ 15	0.13
LDL colesterol, mg/dl	121 $\pm$ 37	123 $\pm$ 38	116 $\pm$ 36	0.25
Non-HDL colesterol, mg/dl	144 $\pm$ 39	148 $\pm$ 40	134 $\pm$ 39	0.11
Triglicéridos, mg/dl	111 [82-148]	115 [91-151]	96 [63-118]	0.055
Homocisteína, nmol/L	18.3 $\pm$ 6.7	19 $\pm$ 7	17 $\pm$ 6	0.25

SD: standard deviation; N/n: number

Tabla 1. Características demográficas, factores de riesgo cardiovascular, comorbilidades principales y parámetros de laboratorio en pacientes que cumplieron los criterios de clasificación de Sídney y los criterios ACR/EULAR 2023.

	Sydney Criteria N= 69	2023 ACR/EULAR Criteria		p
		YES N=51	NO N=18	
Número, mediana [IQR]	8 [7-13]	8 [7-12]	10.5 [8-13]	0.21
aGAPSS riesgo				
Bajo Riesgo	10 (14.5)	8 (15.7)	2 (11.1)	0.93
Moderado Riesgo	37 (53.6)	30 (58.8)	7 (38.9)	0.24
Alto Riesgo	22 (31.9)	13 (25.5)	9 (50)	0.1

aGAPSS: adjusted Global Antiphospholipid Syndrome Score; IQR: Interquartile Range

Tabla 2. Grupos de riesgo aGAPSS según la clasificación de Sídney y los criterios ACR/EULAR 2023.

pital terciario. Tras aplicar los criterios ACR/EULAR de 2023, se compararon los datos epidemiológicos (edad, sexo), factores de riesgo CV (obesidad, tabaquismo, hipertensión, diabetes, dislipidemia), comorbilidades (p. ej., glaucoma) y hallazgos de laboratorio (glucosa, HbA1c, perfil lipídico, homocisteína) entre quienes permanecieron clasificados como SAF (51 pacientes) y quienes no (18 pacientes). El aGAPSS se calculó asignando puntos a cada factor de riesgo: 3 por hiperlipidemia, 1 por hipertensión arterial, 5 por anticuerpos anticardiolipina (aCL) IgG/IgM, 4 por anticuerpos anti- β 2 glicoproteína I IgG/IgM y 4 por anticoagulante lúpico (LA), proporcionando así una visión global del riesgo.

Resultados: Tras la aplicación de los criterios ACR/EULAR de 2023, el 26,1% (18/69) de los pacientes previamente clasificados como OVR-SAF dejaron de cumplir criterios de SAF. Tanto el grupo que

mantuvo la clasificación como el que quedó excluido, presentaron características similares en edad (68,6 $\pm$ 12,9 vs. 73,7 $\pm$ 11,8 años; p = 0,15) y distribución por sexo (hombres: 54,9 vs. 50%; p = 0,72). Los factores de riesgo CV se mantuvieron muy prevalentes (> 80%) en ambos grupos, sin diferencias significativas, aunque el tabaquismo tendió a ser más frecuente (19,6 vs. 0%; p = 0,05). Los parámetros de laboratorio, incluidos indicadores metabólicos (glucosa, HbA1c, lípidos) y homocisteína, fueron comparables (tabla 1). La mediana de la aGAPSS no mostró diferencias significativas (8 [7-12] vs. 10,5 [8-13]; p = 0,21), y la distribución de categorías de riesgo bajo, moderado y alto se mantuvo similar (tabla 2).

Conclusiones: La reclasificación de pacientes con OVR-SAF según los criterios ACR/EULAR de 2023 no evidenció diferencias relevantes en las características epidemiológicas, la prevalencia de factores de

riesgo CV o los perfiles de laboratorio. Tanto quienes siguieron clasificados como SAF como quienes quedaron excluidos presentaron una alta carga de riesgo CV de forma constante y distribuciones similares en la aGAPSS, enfatizando la importancia de una evaluación integral que vaya más allá de la clasificación formal. Estos hallazgos subrayan la necesidad de mantener una vigilancia activa en el control de los factores de riesgo CV y en la implementación de estrategias de seguimiento personalizadas, independientemente de los umbrales actualizados de clasificación para el SAF.

RC038. EVALUACIÓN DE LA COBERTURA DE VACUNACIÓN CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Virginia Portilla González¹, Carolina Aguirre Portilla², Carmen Bejerano Herrera², Carmen Lasa Teja¹, Alfonso Corrales Martínez¹ y Ricardo Blanco Alonso¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²Grupo de Inmunopatología. IDIVAL Instituto de Investigación Valdecilla. Santander.

Introducción: La infección por el virus del papiloma humano (VPH) constituye una de las principales causas de cáncer cervical, siendo la vacunación una estrategia preventiva clave para su prevención. Las mujeres con lupus eritematosos sistémico (LES), debido a su inmunosupresión tanto por la enfermedad como por los tratamientos, presentan un mayor riesgo de infección persistente por VPH y desarrollo de lesiones cervicales premalignas. A pesar de la eficacia

y seguridad demostradas de la vacunación, las tasas de cobertura vacunal en esta población siguen siendo insuficientes. En nuestra Comunidad Autónoma, la vacuna contra el VPH se incluyó en el calendario vacunal para niñas de 14 años en 2008, adelantándose a los 12 años en 2015.

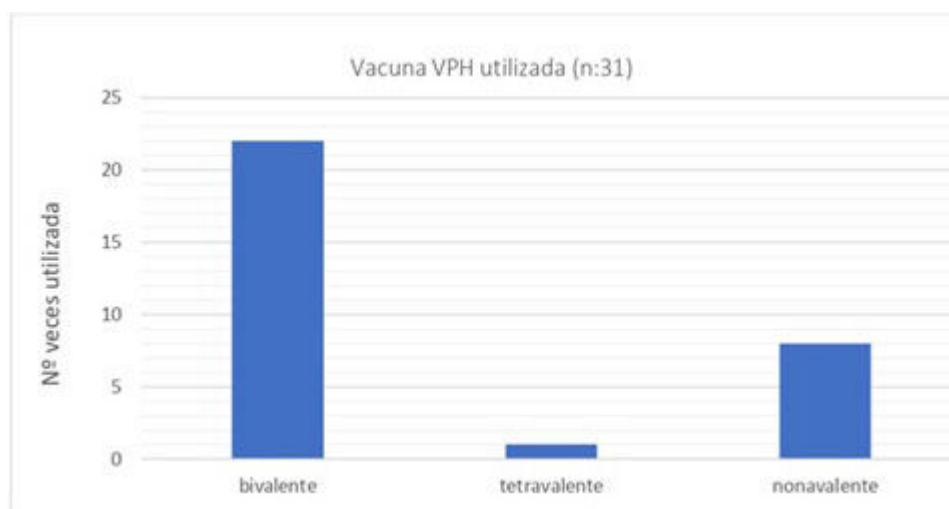
Objetivos: Evaluar la cobertura vacunal frente al VPH en mujeres con LES en edad reproductiva y su relación con la presencia de lesiones cervicales de alto grado (HSIL).

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo y observacional en una cohorte de 128 mujeres con LES entre 20 y 50 años, con seguimiento en la consulta externa de Reumatología de un hospital de tercer nivel del norte de España. La relación entre la vacunación y la presencia de HSIL fue analizada mediante la prueba estadística del chi-cuadrado.

Resultados: Se estudiaron 128 mujeres, con una edad media de 39,11 $\pm$ 7,91 años, y un tiempo medio de evolución de la enfermedad de 11,16 $\pm$ 7,53 años. Solo 31 mujeres (24,21%) habían recibido la vacuna contra el VPH. De estas, 15 (11,72%) fueron vacunadas según el calendario vacunal en la infancia, mientras que 16 (12,50%) recibieron la vacuna en la edad adulta. Se identificaron lesiones cervicales de alto grado en 12 mujeres (9,37%), de las cuales 3 (2,34%) habían sido vacunadas y 9 (7,03%) no lo estaban. Los resultados mostraron una relación estadísticamente significativa entre la vacunación y la reducción de lesiones premalignas de cérvix ($p = 0,0027835$) (tabla). El tipo de vacuna más utilizado fue la bivalente (70,96%), seguida de la tetravalente (12,90%) y la nonavalente (25,80%) (fig.). Desde mayo de 2023, la vacuna nonavalente se incluyó en el calendario vacunal y es actualmente la opción más empleada en la población vacunada.

Variable	Media $\pm$ DE	N (%)	p - valor
Edad (años)	39,11 $\pm$ 7,91		
Evolución del LES (años)	11,16 $\pm$ 7,53		
Vacunadas contra el VPH		31 (24,21)	
No vacunadas contra el VPH		97 (75,78)	
Vacunadas $\leq$ 30 años (según calendario)		15 (11,71)	
Vacunadas 30-50 años (edad adulta)		16 (12,50)	
Lesiones cervicales de alto grado (HSIL)		12 (9,37)	
Sin lesiones o de bajo grado (LSIL)		116 (90,63)	
Vacunadas con HSIL		3 (2,34)	0,0027835
No vacunadas con HSIL		9 (7,03)	0,0000921

RC038 Tabla. Características epidemiológicas y resultados obtenidos de las mujeres con LES ($n = 128$).



RC038 Figura. Tipo de vacuna VPH utilizada en las mujeres vacunadas ($n:31$).

Conclusiones: Las mujeres no vacunadas contra el VPH mostraron una mayor incidencia de lesiones cervicales de alto grado (HSIL) en comparación con las vacunadas, lo que destaca la eficacia de la vacunación para prevenir estas lesiones y su progresión a cáncer cervical. En mujeres con LES nacidas antes de 1994, la cobertura vacunal es subóptima debido a que no estaba incluida en el calendario vacunal, lo que resalta la necesidad de estrategias específicas para esta población.

RC039. EFICACIA DE BELIMUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA NEFRITIS LÚPICA: COHORTE RETROSPECTIVA

Cristina Calomarde Gómez¹, Ivette Casafont-Solé¹, Judit Font¹, Iara da Silva² y Anne Riveros-Frutos¹

¹Servicio de Reumatología. Unitat de Malalties Autoimmunes Sistèmiques. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. ²Servicio de Nefrología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.

Introducción: La nefritis lúpica (NL) representa una de las manifestaciones más frecuentes y severas del daño orgánico asociado al lupus eritematoso sistémico (LES), siendo además una causa relevante de progresión de la enfermedad y mortalidad en estos pacientes. Actualmente, el tratamiento estándar de la NL incluye una terapia de inducción basada en el uso de corticoides combinados con agentes inmunosupresores como ciclofosfamida (CTX) o micofenolato mofetilo (MMF), seguida de terapia de mantenimiento tras lograr la remisión clínica. El belimumab, un anticuerpo monoclonal dirigido contra el estimulador de linfocitos B (BLYS), ha sido incorporado recientemente en las guías KDIGO para el manejo de la nefritis lúpica.

Objetivos: Evaluar la eficacia del tratamiento con belimumab en pacientes con nefritis lúpica.

Métodos: Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo que incluyó pacientes que cumplían con los criterios EULAR para LES y tenían nefritis lúpica confirmada por biopsia. Se analizaron datos demográficos, clínicos, inmunológicos y relacionados con el tratamiento a los 6 y 12 meses.

Resultados: Se incluyeron 11 pacientes tratados con belimumab, de los cuales el 81,8% eran mujeres, con una edad media de 43,4 años (DE 15,4). Todos los pacientes eran ANA positivos, con un nivel medio de anticuerpos anti-dsDNA de 349,16 IU/mL. Cuatro pacientes presentaron positividad para anticuerpos antihistonas, antinucleosomas, RNP/Sm, Ro o La. Al inicio, el 27,3 % tenía hipertensión, el 9,1 % diabetes mellitus y el 36,4 % obesidad. Las clasificaciones de biopsia renal fueron diversas: Clase III+IV en 2 pacientes, Clase IV-V en 2 pacientes, y un paciente en cada una de las siguientes: Clase I, Clase III+V, Clase V, Clase III, Clase IV+V, Clase II+V y Clase IV. Siete pacientes no presen-

taban episodios previos de nefritis lúpica, mientras que tres habían tenido un episodio previo y uno dos episodios. La dosis de belimumab fue de 800 mg/mes en 9 pacientes, 400 mg/mes en 1 paciente y 670 mg/mes en 1 paciente. Cuatro pacientes recibieron micofenolato mofetilo, dos casos rituximab, dos casos ciclofosfamida y en 4 pacientes esteroides (metilprednisolona en bolo) como terapia de inducción. Los parámetros renales iniciales mostraron niveles de proteinuria de 264,5 mg/g y una tasa de filtración glomerular estimada (TFGe) de 85,6 mL/min/1,73 m². A los 6 meses, la proteinuria disminuyó a 161,3 mg/g, con una mejora de la TFGe a 86,4 mL/min/1,73 m². A los 12 meses, la proteinuria fue de 195,6 mg/g y la TFGe de 89,7 mL/min/1,73 m². Los puntajes de SLEDAI disminuyeron de 13,2 al inicio a 6,0 a los 6 meses y 5,0 a los 12 meses. No se observaron cambios estadísticamente significativos en los niveles de anticuerpos anti-dsDNA ni en los componentes del complemento (anti-dsDNA: U = 22,0, p = 0,59 a los 6 meses; U = 23,0, p = 0,48 a los 12 meses; C3: U = 18,0, p = 1,00 a los 6 meses; U = 16,0, p = 0,82 a los 12 meses; C4: U = 17,0, p = 0,94 a los 6 meses; U = 13,5, p = 0,52 a los 12 meses).

Conclusiones: El belimumab muestra potencial como terapia complementaria para la nefritis lúpica, contribuyendo a la reducción de la proteinuria, estabilización de la función renal y mejora de la actividad de la enfermedad. Sin embargo, no se observaron cambios significativos en los niveles de anti-dsDNA ni en los componentes del complemento. Se requieren estudios adicionales con cohortes más grandes para validar estos hallazgos.

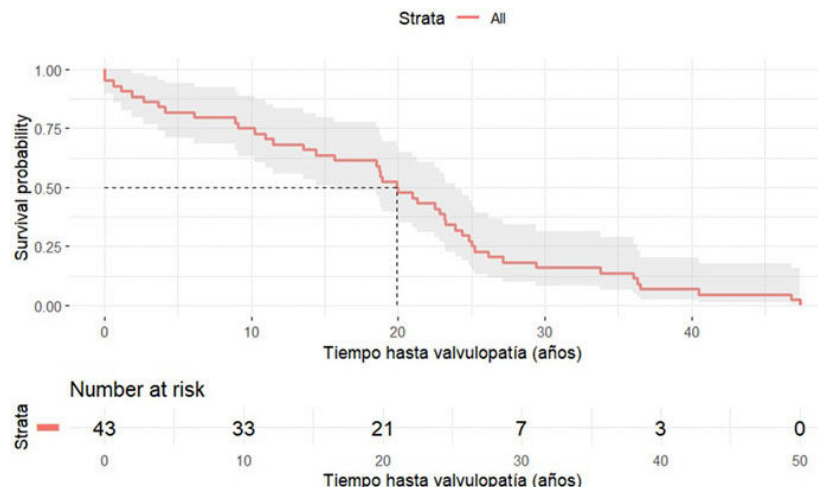
RC040. FACTORES ASOCIADOS AL DESARROLLO DE VALVULOPATÍA EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Santiago Dans Caballero¹, Ignacio Gómez García^{1,2,3}, Rafaela Ortega Castro^{1,2,3}, Alejandro Escudero Contreras^{1,2,3} y María Ángeles Aguirre Zamorano^{1,2,3}

¹Unidad de Gestión Clínica Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ²Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba. ³Universidad de Córdoba.

Introducción: La valvulopatía es una complicación clínica relevante en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES), frecuentemente relacionada con la presencia de comorbilidades cardiovasculares, actividad inflamatoria crónica y daño acumulado. Sin embargo, los factores específicos asociados al desarrollo de valvulopatía en este contexto permanecen insuficientemente caracterizados, lo que limita la implementación de estrategias preventivas efectivas.

Objetivos: Identificar factores clínicos y serológicos asociados al desarrollo de valvulopatía en pacientes con LES.



RC040 Figura. Curva de Kaplan-Meier que muestra el tiempo hasta el desarrollo de valvulopatía en pacientes con LES. La línea discontinua indica la mediana de tiempo hasta el evento.

Variable	Valvulopatía (n = 47)	No valvulopatía (n = 308)	p-valor
Edad (años), media (DE)	64,3 (13,3)	52,4 (16,3)	< 0,01
Sexo (mujer), n (%)	41 (87,2)	265 (86)	0,96
Tiempo evolución (años), media (DE)	23,7 (11,5)	16,4 (10,1)	< 0,01
Retraso diagnóstico (años), media (DE)	2,3 (5)	2,7 (5,1)	0,65
HTA, n (%)	32 (68,1)	118 (38,3)	< 0,01
Diabetes mellitus, n (%)	12 (25,5)	20 (6,5)	< 0,01
Dislipemia, n (%)	25 (53,2)	81 (26,3)	< 0,01
SAF secundario, n (%)	25 (53,2)	41 (13,3)	< 0,01
AL +, n (%)	14 (29,8)	55 (17,9)	0,08
aCL +, n (%)	19 (40,4)	67 (21,8)	< 0,01
aB2GPI +, n (%)	20 (42,5)	50 (16,2)	< 0,01
Osteoporosis, n (%)	20 (42,5)	68 (22,1)	< 0,01
Manifestaciones cutáneas, n (%)	22 (46,8)	136 (44,2)	0,87
Nefritis lúpica, n (%)	14 (29,8)	71 (23,1)	0,40
Manifestaciones articulares, n (%)	40 (85,1)	264 (85,7)	1
SLEDAI, media (DE)	2 (2,4)	1,2 (2,3)	0,04
SDI, media (DE)	2,9 (2,6)	0,8 (1,4)	< 0,01
Anti-DNA ELISA, n (%)	42 (89,4)	244 (79,2)	0,14
Anti-DNA CLIFT, n (%)	20 (42,6)	134 (43,5)	1
Tiempo hasta valvulopatía, mediana (RIC)	19,9 (15,1)		

RC040 Tabla. Comparación de características clínicas y demográficas entre pacientes con y sin valvulopatía.

Métodos: Se realizó un estudio observacional transversal en una cohorte de pacientes con diagnóstico de LES atendidos en el Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. Se recolectaron datos demográficos (edad, sexo, etc.), clínicos (tiempo de evolución, HTA, diabetes, SAF secundario, etc.), así como evaluadores específicos de actividad (SLEDAI) y daño crónico (SDI) de la enfermedad. Los pacientes se clasificaron en dos grupos en función de la presencia o no de valvulopatía determinada por ecocardiograma. Las asociaciones entre variables fueron evaluadas mediante análisis univariante. Posteriormente, se realizó un análisis multivariante para controlar la influencia de potenciales factores de confusión.

Resultados: Se incluyeron 355 pacientes, divididos en dos grupos según la presencia de valvulopatía (n = 47) o ausencia (n = 308). En el análisis univariante (Tabla 1) los pacientes con valvulopatía eran significativamente mayores (64,3 vs. 52,4 años; $p < 0,01$), con un tiempo de evolución de la enfermedad más prolongado (23,7 vs. 16,4 años; $p < 0,01$) y mayores puntuaciones en el índice SDI (2,9 vs. 0,8; $p < 0,01$). En cuanto a comorbilidades, se observaron mayores prevalencias de HTA (68,1 vs. 38,3%; $p < 0,01$), diabetes (25,5 vs. 6,5%; $p < 0,01$), dislipemia (53,2 vs. 26,3%; $p < 0,01$) y SAF secundario (53,2 vs. 13,3%; $p < 0,01$). En el análisis multivariante ajustado por edad y tiempo de evolución de la enfermedad, las variables asociadas de manera independiente con la valvulopatía fueron SAF secundario (OR: 4,4; IC95%: 2,0-9,5; $p < 0,01$) y el daño acumulado según SDI (OR: 1,36; IC95%: 1,12-1,65; $p < 0,01$). La mediana de tiempo hasta el desarrollo de valvulopatía en pacientes que desarrollaron el evento fue de 19,9 años (RIC 15,1) (fig.).

Conclusiones: Este estudio sugiere que el desarrollo de valvulopatía en pacientes con LES podría estar asociado a la presencia de SAF secundario, sugiriendo que podría ser necesario el screening periódico para favorecer su diagnóstico precoz. Es esencial validar estos resultados en cohortes adicionales y llevar a cabo estudios prospectivos que confirmen estos hallazgos y determinen su relevancia clínica.

RC041. PODOCITOPATÍA LÚPICA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: REPORTE DE DOS CASOS

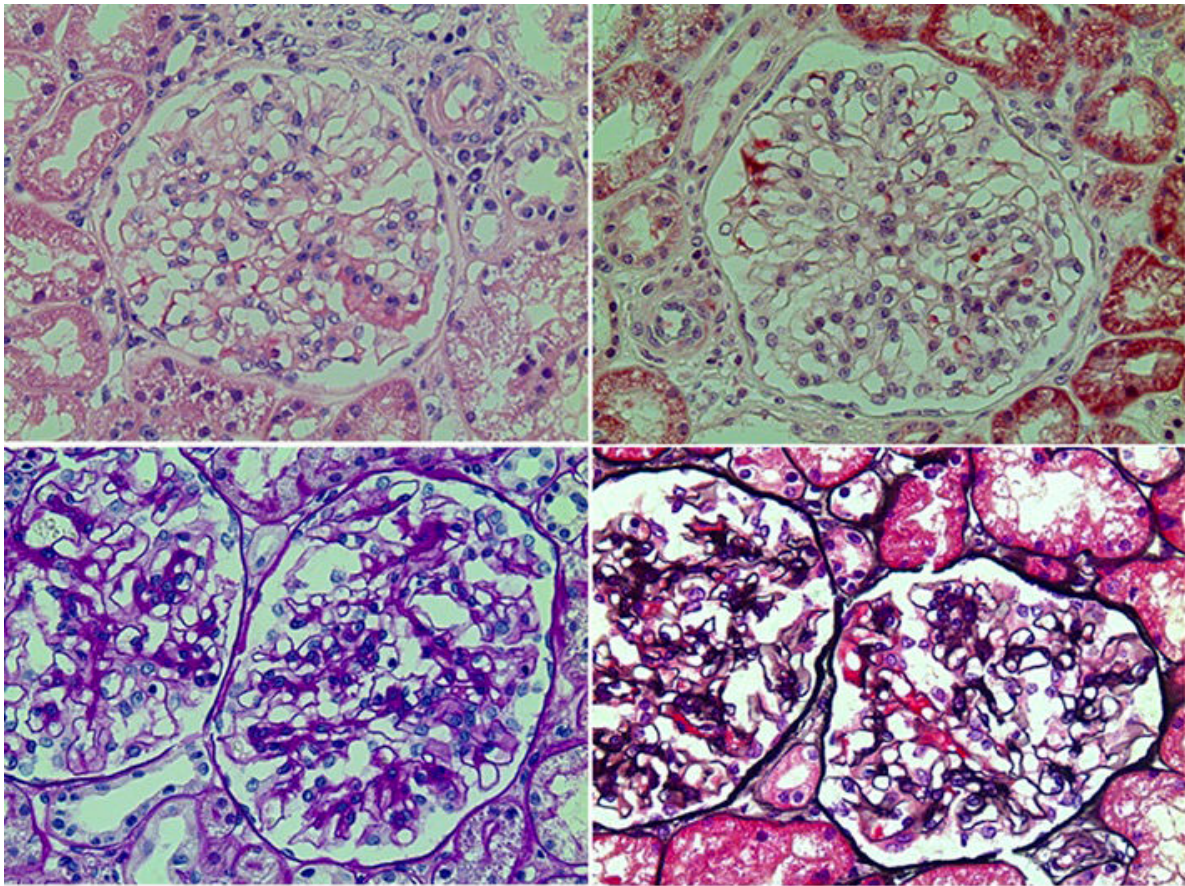
Clara Moriano Morales¹, Elena Monfá Guix²,
Miriam Retuerto Guerrero¹, Catherine Martínez Rosero²,
Mario Prieto Velasco² y Elvira Díez Álvarez¹

¹Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de León. ²Servicio de Nefrología. Complejo Asistencial Universitario de León.

Introducción y objetivos: La podocitopatía lúpica (PL), descrita en 2016, es una manifestación renal rara del lupus eritematoso sistémico (LES), que afecta a menos del 1% de los casos y se presenta con proteinuria/síndrome nefrótico, microhematuria y/o deterioro de la función renal. Se caracteriza por patrones histológicos como enfermedad de cambios mínimos, glomeruloesclerosis focal y segmentaria o proliferación mesangial, pero sin depósitos inmunes, diferenciándola de la nefropatía lúpica (NL). Su manejo incluye hidroxicloroquina (HCQ), corticoides y, en casos recurrentes, tacrólimus (TACRO). Su diagnóstico es un reto, especialmente cuando es la primera manifestación de LES. Nuestro objetivo es contribuir a la comprensión de la PL y resaltar la importancia del enfoque multidisciplinar entre nefrólogos y reumatólogos para esta entidad, probablemente, infradiagnosticada.

Métodos: Estudio descriptivo de dos casos clínicos de pacientes con PL como forma de debut del LES.

Resultados: Caso clínico 1: mujer de 46 años que debuta con un síndrome nefrótico en 2016: proteinuria 8,3 gr/24 h, hipalbuminemia (1,9 g/dl); microhematuria y deterioro de función renal (cr 1,26 mg/dl, CKDEPI 46 ml/min/1,73 m²). Destaca positividad para autoanticuerpos ANA 1/2560 y anti-Ro, antiDNA normal y C3/C4 normales. La biopsia renal es compatible con enfermedad de cam-



RC041 Figura. Inmunofluorescencia negativa. Glomérulos con leve hiper celularidad mesangial (HE), sin fibrosis (tricrómico de Masson). Las membranas basales son finas y no presentan espigas (spikes), engrosamientos ni doubles contornos (PAS) 10% glomérulos esclerosados.

bios mínimos y se alcanza respuesta renal completa con corticoides. Se remite a reumatología, se objetiva artritis y se añade HCQ sin cumplir criterios de clasificación de LES. Durante el seguimiento presenta varias recaídas del síndrome nefrótico requiriendo más ciclos de prednisona, por lo que se añade TACRO con regular tolerancia. Ante la alta sospecha de LES, un año después, se rebiopsia a la paciente con los mismos hallazgos histológicos (fig. 1). Se decide reiniciar TACRO y se alcanza una remisión completa sostenida suspendiendo tratamiento en 2023 sin nuevas recaídas desde entonces. Caso clínico 2: varón 53 años, exfumador y exminero que debuta en 2021 con un síndrome nefrótico: proteinuria 6,2 g/24 h, hypoalbuminemia (1,7 g/dl), microhematuria y deterioro de la función renal (cr 1,55 mg/dl, CKDEPI 50 ml/min/1,73 m²). La autoinmunidad inicial es negativa (ANA/DNA/ENAS/Ac anti-PLA2R negativos; C3 y C4 normal) y la biopsia renal es compatible con enfermedad de cambios mínimos. Seis meses después, alcanza repuesta completa con corticoides, pero comienza a referir artralgiyas y se positivizan los ANA 1/80. En 2023 presenta una recaída grave de síndrome nefrótico y pautamos corticoides con respuesta parcial. El paciente es valorado por reumatología, sin cumplir criterios de LES, pero ante la alta sospecha clínica se decide iniciar, de manera conjunta, HCQ y, posteriormente, TACRO por el empeoramiento de la proteinuria hasta 8 g/24 h. Actualmente está en remisión completa de su síndrome nefrótico.

Conclusiones: La podocitopatía lúpica es una manifestación infrecuente que puede confundirse con otras formas de afectación renal. A pesar de no tener depósitos inmunes en la biopsia renal, la presencia de ANA positivos y otros síntomas asociados al LES deben hacernos sospechar de que se trata de una misma entidad clínica. El

enfoque colaborativo entre nefrólogos y reumatólogos, promoviendo investigaciones conjuntas y compartiendo datos clínicos y patológicos, es clave para abordar la enfermedad. Algunos expertos sugieren la inclusión de la PL como criterio de clasificación de LES, con puntuación similar a la NL.

RC042. EVOLUCIÓN AL AÑO DE LA REMISIÓN CLÍNICA Y BAJA ACTIVIDAD EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: ESTUDIO EN VIDA REAL

María del Carmen Raya Santos¹, J. Rosas¹, R. Gallego-Campuzano¹, A. Pons-Bas¹, J.M. Senabre-Gallego¹, J.A. Bernal¹, M. Quisbert², L. Motera², A. Sánchez-San Martín¹, J. Femenía-Pellicer¹, L. Canet-Pons¹, M. Ibáñez-Martínez¹ y Grupo AIRE-MB

¹Sección de Reumatología. Hospital Marina Baixa. Vila Joiosa. ²Sección de Nefrología. Hospital Marina Baixa. Vila Joiosa.

Objetivos: Valorar al año el mantenimiento de remisión, la baja actividad y el daño orgánico en pacientes con LES.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo durante el año 2023 y 2024, en pacientes en seguimiento por LES. Se recogen: datos epidemiológicos, comorbilidad, factores de riesgo cardiovascular (FRCV). Del LES: forma de debut, tiempo de evolución, manifestaciones clínicas, anti-DNA, nivel de C3 y C4, tratamiento recibido (corticoides, inmunosupresores y terapia biológica). En la última visita: índices de actividad SLEDAI, cSLEDAI y de daño orgánico SLICC. Para la definición de remisión y baja actividad de LES se usaron los criterios DORIS (Wilhelm TR. Ann Rheum Dis 2017) y EULAR 2023 (Fanouriakis A. Ann Rheum Dis 2023).

	2023 (transversal) N: 174	2024 (evolución) N: 133	p
SLEDAI, n	159	133	
media (DE)	2 (2.5)	2 (2.25)	1
0, n (%)	74 (46)	70 (53)	0.40
>0-4, n (%)	68 (43)	55 (41)	0.82
>5, n (%)	17 (11)	8 (6)	0.69
cSLEDAI, n	159	133	
media (DE)	1 (2)	1 (1.7)	1
0, n (%)	115 (72)	108 (81)	0.11
>0-4, n (%)	37 (23)	20 (15)	0.47
>5, n (%)	7 (5)	5 (4)	0.93
SLICC (daño), n	170	133	
media (DE)	0.6 (0.9)	1 (0.95)	0.0001
0, n (%)	109 (64)	87 (65)	0.88
1, n (%)	38 (22)	28 (21)	0.92
2, n (%)	13 (7)	10 (8)	0.92
≥ 3, n (%)	10 (6)	8 (6)	1
Tratamientos: n (%):	161	133	
hidroxicloroquina	152 (96)	114 (85)	0.002
azatioprina	46 (29)	16 (12)	0.17
metotrexato	36 (22)	16 (12)	0.39
micofenolato	29 (18)	16 (12)	0.59
leflunomida	8 (5)	6 (5)	1
ciclofosfamida	17 (11)	1 (0.8)	0.74
rituximab	6 (4)	-	-
belimumab	25 (16)	26 (19)	0.77
anifrolumab	2 (1)	8 (6)	0.77
tocilizumab	-	1 (0.8)	-
tacrolimus	-	1 (0.8)	-
voclosporina	-	1 (0.8)	-
Abatacept	-	1 (0.8)	-
Baricitinib	1 (0.5)	1 (0.8)	1
Prednisona, n (%)	57/163 (35)	45/133 (34)	
Dosis media mg (DE)	2.05 (3.83)	2.21 (6.08)	0.73
0 mg, n (%)	104 (64)	88 (66)	0.77
1-5 mg, n (%)	40 (25)	38 (29)	0.69
>5 mg, n (%)	17 (11)	7 (5)	0.64

Tabla 1. Comparación de los pacientes del estudio transversal-2023 con la evolución en 2024.

Resultados: Se incluyen 174 pacientes con LES, en seguimiento en 2024: 163 (94%) mujeres, 56 (DE: 15) años, 38 (15) años al diagnóstico y 17 (17) años de seguimiento. El debut de LES fue: artritis 46 (27%), artralgiyas y ANA positivo 29 (17%), LES cutáneo 28 (16%) y nefropatía lúpica 17 (10%), trombopenia: 11(6%), anemia hemolítica 5 (2,3%). El 100% presentan ANA, anti-DNA: 108 (63%) pacientes, C3-C4 bajo: 134 (78%), antifosfolípidos: 75 (43%), 23 (13%) triple positividad. Al año del seguimiento en 2024, 133 pacientes presentan SLEDAI medio 1,2 (DE: 1,8), cSLEDAI 0,35 (DE: 1,09) y SLICC medio 1 (DE: 0,95). Reciben prednisona 45 (34%) pacientes, a una dosis media de 2,21 mg (DE: 6,08). De los 104 pacientes sin predni-

sona en 2023, 7 (7%), lo reciben en 2024, a una dosis media de 18 mg diarios. Reciben hidroxicloroquina: 114 (5%) pacientes, FAME: 22 (17%), inmunosupresores: 33 (25%), terapia biológica: 37 (28%), voclosporina 1 (0,8%) y abatacept: 1 (0,8%). Al comparar los pacientes del grupo 2023 vs. 2024, el grupo 2024 presentaba de forma significativa, mayor daño estructural, menor porcentaje de hidroxicloroquina. No se detectaron diferencias en el resultado de SLEDAI, cSLEDAI, dosis de prednisona o resto de tratamientos recibidos (tabla 1). Alrededor del 50% de los pacientes alcanzan Remisión DORIS o EULAR 2023. La tabla 2, muestra la definición y resultados durante 2023 y 2024 de los pacientes que alcanzan remisión y/o baja actividad, según grupo DORIS y EULAR 2023.

Conclusiones: 1. Alrededor del 50% de los pacientes son capaces de mantener la remisión clínica. 2. Se aprecia un aumento del uso de fármacos biológicos y un menos uso de inmunosupresores. 3. Durante la evolución se observa un leve incremento del daño orgánico, que llega a ser significativo.

RC043. PREVALENCIA DE LESIONES EN CITOLOGÍA CERVICAL EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Doryan José García Olivas, Judith Hernández Sánchez, Luis Bausá Gimeno, Patricia González Terrats, Daniel Batista Perdomo, Sergio Machín García, Francisco Javier Nóvoa Medina, Beatriz Tejera Segura, María de los Ángeles Acosta Mérida, Diana Alejandra Botello Corzo y José Ángel Hernández Beriain

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil.
Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción: Las pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES), presentan mayor riesgo de desarrollar diferentes tipos de neoplasias malignas, entre ellas lesiones a nivel del cuello uterino. Factores como: etnia, actividad de la enfermedad, perfil de autoinmunidad, infección por virus del papiloma humano (VPH) y su serotipo, uso de inmunosupresores y/o inmunomoduladores, hábitos tóxicos como el tabaquismo, entre otros, favorecen el desarrollo de este tipo de lesiones.

Objetivos: Conocer la prevalencia de citologías de cuello uterino y vacunación contra el VPH en una cohorte de pacientes con LES en un Hospital Universitario. Como objetivo secundario se quiso evaluar las diferencias entre el grupo de pacientes que presentan citologías de cérvix patológicas y las que no.

Métodos: Se realiza un estudio de cohorte retrospectivo en 134 mujeres menores de 60 años de edad, con diagnóstico de LES atendidas en un Hospital Universitario. Para evaluar las diferencias entre las que presentan citologías patológicas y las que no se exclu-

	Remisión Clínica	Remisión Completa	Remisión Clínica en tratamiento	Remisión Completa en tratamiento	Baja Actividad EULAR 2023	Remisión EULAR 2023
DEFINICION						
cSLEDAI = 0	Sí	Sí	Sí	Si	≤4	Sí
Prednisona, mg/día	0	0	≤5mg/día	≤5mg/día	≤5mg/día	≤5mg/día
Inmunosupresores	Ninguno	Ninguno	Permitido	Permitido	Permitido	Ninguno
Serología negativa*	X	Sí	X	Si	X	X
RESULTADOS						
Estudio 2023 (n: 163), n (%)	68 (38)	37 (21)	115 (65)	66 (37)	136 (77)	78 (44)
Estudio seguimiento 2024 (n: 133), n (%)	54 (41)	37 (28)	106 (80)	73 (55)	120 (90)	63 (45)

RC042 Tabla 2. Criterios y resultados DORIS y EULAR 2023 para remisión y baja actividad. (*Serología: C3, C4 y anti-DNA).

yeron 77 casos por no tener registrada citología de cérvix en su historia clínica. Se recogen datos demográficos, clínicos, de vacunación y otros relacionados con la infección del virus del papiloma. Frecuencia y porcentajes fueron calculados para las variables cualitativas, se utilizó se utilizó la prueba t de Student o la prueba U de Mann-Whitney para comparar las medias o medianas entre dos grupos en función del tamaño de la muestra. Se utiliza prueba de Chi cuadrado o exacta de Fisher para evaluar la diferencia de variables categóricas en función del tamaño muestral. El programa estadístico utilizado fue SPSS versión 30.

Comparación de las características entre las pacientes con citologías patológicas y no patológicas

	Citología no patológica	Citología patológica	p
45 (78%)	12 (21%)		
Datos demográficos			
Etnia	Caucásicos 39 (87%) Otros 6 (13%)	Caucásicos 11 (92%) Otros 1 (8%)	1,000 1,000
Media de edad en años (± DE)	48,93 (± 6,93)	46,50 (± 9,72)	0,327
Media de duración de la enfermedad en años (± DE)	12,11 (± 9,30)	9,08 (± 6,78)	0,298
Datos de laboratorio			
Ac. dsDNA positivo al momento del estudio	19 (42%)	5 (41%)	1,000
Antihistonas positivo	8 (18%)	0 (0%)	.182
Anti-Smith positivo	5 (11%)	1 (8%)	1,000
Anti-Ro positivo	11 (24%)	4 (33%)	.713
Anti-La positivo	4 (8%)	0 (0%)	.569
Anti-RNP positivo	9 (20%)	2 (17%)	1,000
Antinucleosoma positivo	6 (13%)	4 (33%)	.193
Datos clínicos			
Tabaquismo	13 (28%)	4 (33%)	.737
Comorbilidades ¹	22 (48%)	5 (41%)	.751
Afectación cutánea (ever)	35 (77%)	10 (83%)	1,000
Artritis (ever)	41 (91%)	11 (92%)	1,000
Nefritis (ever)	9 (20%)	3 (35%)	.702
Anemia hemolítica (ever)	3 (6%)	2 (17%)	.277
SAF asociado	9 (20%)	1 (8%)	.671
Daño orgánico al momento del estudio	28 (62%)	8 (67%)	1,000
Fármacos/vacunas			
Hidroxicloroquina (ever)	44 (98%)	12 (100%)	.602
FAME biológicos (ever) ²	8 (18%)	4 (33%)	.254
Rituximab (ever)	4 (8%)	2 (17%)	.596
Ciclofosfamida (ever)	3 (7%)	3 (25%)	.101
Vacunadas VPH	1 (2%)	4 (33%)	.006

DE: desviación estándar; SAF: síndrome antifosfolípido. Comorbilidades¹: diabetes mellitus; hipertensión arterial crónica; hipotiroidismo; otras neoplasias malignas. FAME biológicos: fármacos modificadores de la enfermedad biológicos: rituximab; anti-TNF; belimumab; anifrolumab; voclosporina.

Resultados: En el análisis inicial se incluyeron 134 pacientes mujeres con LES, la prevalencia de la vacunación contra el VPH en esta población fue de 13% (n = 9), 43% del total (n = 57) tenían registro de al menos una citología de cuello uterino la media de edad en estas pacientes fue de 48,4 años. 78% (n = 45) presentaron citología no patológica en tanto 21% (n = 12) de las pacientes presentaron alteración en la citología: ASCUS 25% (n = 3) CIN I 33% (n = 4), CIN II 17% (n = 2), CIN III 25% (n = 3). La media de la edad así como la media en los años de evolución de la enfermedad fue similar en ambos grupos (citología patológica Vs. Citología no patológica). Todos los resultados obtenidos comparando ambos grupos de pacientes se encuentran resumidos en la tabla. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en datos demográficos, ni de laboratorio, tampoco en cuanto a manifestaciones clínicas, uso de inmunosupresores/inmunomoduladores ni vacuna del VPH.

Conclusiones: La población analizada tiene una baja prevalencia de vacunación contra el VPH, así como insuficientes registros de citología de cuello uterino de control. El tipo de lesión más frecuente-

mente encontrado fue el CIN I. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las características clínicas entre ambos grupos comparados, consideramos que una limitante del estudio es la escasa muestra.

RC044. ESTIMATING THE PREVALENCE OF PROGRESSIVE PULMONARY FIBROSIS IN SYSTEMIC SCLEROSIS-ASSOCIATED INTERSTITIAL LUNG DISEASE: A PRAGMATIC APPROACH TO 2022 ATS/ERS/JRS/ALAT CRITERIA

Francisco Javier Narváez García¹, Irene Carrión-Barberá², Laura Tío³, Laura Triginer³, Alfredo Guillén del Castillo⁴, Lidia Valencia Muntalà, Anna Pros² and Carmen Pilar Simeón⁴

¹Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. ²Hospital del Mar. Barcelona. ³Hospital del Mar Research Institute. Barcelona. ⁴Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

Objectives: To estimate the prevalence of the progressive pulmonary fibrosis (PPF) phenotype among patients with systemic sclerosis-associated interstitial lung disease (SSc-ILD) and identify risk factors predicting its development.

Methods: A multicentric ambispective study was conducted in three tertiary Spanish hospitals. The diagnosis of PPF was based on the presence of at least two of the following three criteria: (1) increased fibrosis on two consecutive HRCT scans performed according to clinical judgment; (2) worsening respiratory symptoms within the past year; and (3) an absolute decline in predicted FVC% by ≥ 5% or in DLCO% by ≥ 10% between two consecutive pulmonary function tests (with a minimum of one annual follow-up routinely performed across all three centres). While inspired by the 2022 ATS/ERS/JRS/ALAT criteria for progressive pulmonary fibrosis, which require events to occur strictly within the past year with no alternative explanation, this approach represents a pragmatic adaptation aligned with routine clinical practice, acknowledging that these criteria may not always be met within the specified timeframe.

Results: Among 313 patients, 116 (37%) had ILD confirmed by HRCT. All fulfilled the 2013 ACR/EULAR classification criteria for SSc. Mean age (82% women) was 61 ± 12 years. Limited cutaneous SSc was present in 61%, 33% had diffuse involvement, and 5% SSc sine scleroderma. Radiologically, 69% had an NSIP pattern, 10.3% UIP, 3.4% OP, 7.8% mixed, and 9.5% indeterminate. Of the 116 patients, 33 (10.5%) showed radiological worsening, 19 (6.1%) clinical worsening, and 33 (10.5%) functional decline. Among these, 28 (24.1%) met PPF criteria. Comparatively (Table), PPF patients were more often men (39 vs. 11.4%; p = 0.001) and had higher esophageal involvement (89.3 vs. 63.6%; p = 0.010) and pulmonary arterial hypertension (32.1 vs. 12.5%; p = 0.023). Median time from ILD diagnosis to evaluation was similar: 81.5 ± 84 months (IQR 47-180) in PPF and 71 ± 73 months (IQR 25-131) in non-PPF (p = 0.126). At inclusion, PPF patients had lower %pFVC (69.1 ± 18 vs. 88.5 ± 24; p < 0.001) and %DLCO (51.8 ± 14 vs. 62.9 ± 17; p = 0.004), with more frequent %pFVC < 70 (57.1 vs. 19.3%; p = 0.001) and %pDLCO < 60 (64.3 vs. 19.3%; p = 0.001). Their 6MWT distance was shorter (356 ± 97 m vs. 409 ± 102 m; p = 0.028). Lung transplantation occurred exclusively in PPF (42.8%; p < 0.0001), and mortality was higher (14.3 vs. 2.3%; p = 0.014), despite greater use of biologics as rescue therapy (37.3 vs. 0.7%; p = 0.001). A multi-variable logistic regression analysis with Ridge penalisation, incorporating variables with statistical significance in comparative analyses, was conducted to identify predictors of PPF. Reduced %pFVC < 70 (OR: 1.45, 95% CI: 1.16-1.84) and %pDLCO < 60 (OR: 1.25, 95% CI: 1.02-1.56) were significantly associated with PPF. The model showed high specificity (92.86%) but low sensitivity (16.67%), with an accuracy of 0.79 and an AUC of 0.63.

Conclusions: In our series, the prevalence of PPF in SSc-ILD was 24.1%. Factors such as %pFVC < 70 and %pDLCO < 60 appear to increase the risk of PPF (Table).

Table 1. Main characteristics of the study cohort and results of the comparative analysis between patients with and without PPF.

	Overall population N=116	Progressive pulmonary fibrosis N=28	No Progressive pulmonary fibrosis N=88	p
Demographics and SSc characteristics				
Women / Men	95 (82%) / 21 (18%)	17 (60.1%) / 11 (39%)	78 (88.6%) / 10 (11.4%)	0.304
Age at diagnosis, mean (SD)	61±12	58±11	62±13	0.001
SSc cutaneous subset				
<i>Diffuse</i>	39 (33.6%)	10 (35.7%)	29 (32.9%)	0.890
<i>Limited</i>	71 (61.2%)	17 (60.7%)	54 (61.3%)	
<i>Sine esclerodermia</i>	6 (5.2%)	1 (3.6%)	5 (5.8%)	
Raynaud	110 (94.8%)	26 (92.9%)	84 (95.5%)	0.630
NFC pattern				
<i>Normal</i>	9 (7.8%)	4 (14.3%)	5 (5.7%)	0.210
<i>Non-specific</i>	12 (10.3%)	4 (14.3%)	8 (9.1%)	
<i>Early</i>	21 (18.1%)	5 (17.9%)	16 (18.1%)	
<i>Active</i>	45 (38.8%)	6 (21.4%)	39 (44.3%)	
<i>Late</i>	29 (25%)	9 (32.1%)	20 (22.7%)	
Telangiectasia	88 (75.9%)	23 (82.1%)	65 (73.8%)	0.373
Digital ulcers	21 (18.1%)	5 (17.9%)	16 (18.2%)	0.969
Calcinosis	23 (19.8%)	2 (7.1%)	21 (23.9%)	0.053
Acroosteolysis	13 (11.2%)	3 (10.7%)	7 (7.9%)	0.924
Arthralgias	70 (60.3%)	16 (57.1%)	54 (61.4%)	0.691
Arthritis	36 (31%)	9 (32.1%)	27 (30.7%)	0.884
Myopathy	17 (14.7%)	4 (14.3%)	13 (14.8%)	0.949
Esophageal involvement	81 (69.8%)	25 (89.3%)	56 (63.6%)	0.010
Gastroparesis or GAVE	3 (2.6%)	1 (3.6%)	2 (2.3%)	0.706
Intestinal involvement	64 (55.2%)	14 (50%)	50 (56.8%)	0.527
Hepatic involvement (PBC or AIH)	2 (1.7%)	0 (0%)	2 (2.3%)	0.421
Pulmonary arterial hypertension	20 (17.2%)	9 (32.1%)	11 (12.5%)	0.023
Primary cardiac involvement other PAH*	21 (18.1%)	5 (17.9%)	16 (18.1%)	0.969
Pericardial involvement	17 (14.7%)	4 (14.3%)	13 (14.8%)	0.949
Renal involvement	2 (1.7%)	2 (7.1%)	0 (0%)	0.057
Sicca syndrome	40 (34.5%)	8 (28.6%)	32 (35.4%)	0.450
Autoantibodies				
Positive ANA	103 (88.8%)	22 (78.6%)	81 (92%)	0.149
Positive Scl-70	29 (25%)	7 (25%)	22 (25%)	0.680
Positive ACA	13 (11.2%)	2 (7.1%)	11 (12.5%)	0.613
Positive RNA polymerase III	12 (10.3%)	3 (10.7%)	9 (10.2%)	0.720
Positive Ro52	31 (26.7%)	7 (25%)	24 (27.3%)	0.982
ILD characteristics				
Time from ILD diagnosis to evaluation visit, median (± SD), months (IQR 25 th -75 th)	81.5± 84 (47-180)	71 ±73 (25-131)		0.126
HCRT pattern of ILD				
<i>UIP (definite or probable)</i>	12 (10.3%)	5 (17.9%)	7 (7.9%)	0.739
<i>NSIP</i>	80 (69%)	19 (67.8%)	61 (69.3%)	
<i>OP</i>	4 (3.4%)	0 (0%)	4 (4.5%)	
<i>CPFE or RB-ILD</i>	9 (7.8%)	1 (3.6%)	8 (9%)	
<i>Indeterminate</i>	11 (9.5%)	3 (10.7%)	8 (9%)	
%pFVC at study inclusion, mean±SD, (IQR 25 th -75 th)	83.8±24 (65-98)	69.1±18 (57.1-83.6)	88.5±24 (72-104.9)	0.000
Percentage of patients with %pFVC<70 at study inclusion	33 (28.4%)	16 (57.1%)	17 (19.3%)	0.001
%pDLCO at study inclusion, mean±SD, (IQR 25 th -75 th)	60.4±16.7 (46-72)	51.8±14 (39.9-64.7)	62.9±17 (49.2-75.5)	0.004
Percentage of patients with %pDLCO<60 at study inclusion	63 (54.3%)	18 (64.3%)	55 (62.5%)	0.000
Distance covered in 6MWT at study inclusion, mean± SD, (IQR 25 th -75 th)	396±103 (357-450)	356±97 (327-412)	409±102 (359-489.5)	0.028
Percentage of patients with symptomatic ILD at diagnosis	67 (58%)	21 (75%)	46 (52.3%)	0.000
Specific treatments for ILD				
<i>Mycophenolate mofetil</i>	78 (67.2%)	22 (78.6%)	56 (63.6%)	0.142
<i>Cyclophosphamide</i>	13 (11.2%)	5 (17.9%)	8 (9%)	0.299
<i>Biologic agents</i>	41 (35.3%)	17 (60.7%)	24 (27.3%)	0.001
<i>Lung transplant</i>	12 (10.3%)	12 (42.8%)	0 (0%)	0.0001
<i>AHSCT</i>	3 (2.6%)	3 (10.7%)	0 (0%)	0.026
Deaths	6 (5.2%)	4 (14.3%)	2 (2.3%)	

*Including systolic or diastolic dysfunction of the left or right ventricle and arrhythmias

Abbreviations. %pDLCO = Percent Predicted Diffusing Capacity for Carbon Monoxide Corrected for Hemoglobin; %pFVC = Percent Predicted Forced Vital Capacity; AHSCT = Autologous Hematopoietic Stem Cell Transplant; AIH = Autoimmune Hepatitis; CPFE = Combined Pulmonary Fibrosis and Emphysema; GAVE = Gastric Antral Vascular Ectasia; HCRT = High-Resolution Computed Tomography; ILD = Interstitial Lung Disease; NFC = Nailfold Capillaroscopy; NSIP = Non-Specific Interstitial Pneumonia; PAH = Pulmonary Arterial Hypertension; PBC = Primary Biliary Cholangitis; RB-ILD = Respiratory Bronchiolitis Interstitial Lung Disease; UIP = Usual Interstitial Pneumonia.

Table 2. Results of the Ridge Logistic Regression Model

Predictor	Coefficient	Odds_Ratio	95% Confidence Interval (CI)
(Intercept)	-1.091	0.33	0.19 – 0.53
Age at diagnosis	-0.060	0.94	0.76 – 1.17
Presence of symptomatic ILD	0.029	1.02	0.80 – 1.30
%pFVC <70	0.375	1.45	1.16 – 1.84
%pDLCO <60	0.2271	1.25	1.02 – 1.56
Esophageal involvement	-0.104	0.90	0.70 – 1.15
Pulmonary hypertension	0.1781	1.19	0.94 – 1.49

RC044 Table 2.

RC045. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, INMUNOLÓGICAS, RADIOLÓGICAS Y FUNCIONALES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL Y ANTICUERPOS ANTISINTETASA

José Andrés Rodríguez Fernández¹, Alicia Pérez González¹, Esther Monleón Acosta¹, Pedro José Manuel Hernández¹, María Rosario Oliva Ruiz¹, José María Andreu Ubero¹, Carlos Fernández Díaz¹, Paloma Valentina Castillo Dayer¹, Gloria Albaladejo Paredes¹, Ángela Egea Fuentes¹, Montserrat Fernández Salamanca¹, María José Alegría Marcos², Alejandra Begazo Cruz³, Clara García Belando³, Daniel Martínez Peñalver³, Lucía Salvatierra Velasco³ y Vicente Cogolludo Campillo¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena. ²Servicio de Inmunología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. ³Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor. San Javier.

Introducción: El síndrome antisintetasa es un tipo de miopatía inflamatoria idiopática que se caracteriza por la presencia de anticuerpos contra la aminoacil-tRNA sintetasas, unas enzimas citoplasmáticas y mitocondriales que participan en la transcripción génica¹. Aunque su incidencia varía en función del tipo de anticuerpo, una de las manifestaciones más frecuentes es la enfermedad pulmonar intersticial (EPI). El 70-95% de los pacientes desarrollan EPI y hasta un 25% la presentan como único síntoma. Además, la EPI es la primera causa de muerte de estos pacientes².

Objetivos: Evaluar las características epidemiológicas de una cohorte de pacientes con anticuerpos antisintetasa (AAs) y EPI. Como objetivo secundario evaluar la evolución de la EPI.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, multicéntrico. La población incluida en el estudio fue seleccionada del registro clínico de los servicios de reumatología con positividad para AAs y EPI desde enero de 2016 hasta octubre de 2024. Las variables analizadas fueron: edad, género, anticuerpos positivos, patrón radiológico y valores de pruebas funcionales respiratorias (PFR). Se realizó un análisis descriptivo de las variables incluidas en el estudio. Para evaluar la evolución, incluimos PFR y tomografía computarizada de alta resolución (TCAR). Consideramos como progresión una disminución del 10% en los valores de las PFR, mientras que una mejora se definió como un aumento del 10% en dichos valores. Los cambios en el patrón fueron evaluados por un radiólogo experto.

Resultados: Se incluyeron un total de 16 pacientes con AAs y EPI (tabla 1), 3 hombres (18,75%) y 13 mujeres (81,25%) con una edad media de 66 años (+/- 16,79). El anticuerpo más frecuente fue el Jo1 apareciendo en 9 casos (56,25%) y el patrón radiológico de debut en el TCAR más frecuente fue el patrón de neumonía intersticial no específica (NINE) con 11 casos (68,75%). Además, cabe destacar que dos pacientes debutaron como NINE fibrótica desde el principio (12,50%), uno asociado a Jo1 y otro a PL12. Por otro lado, se produjeron 4 cambios de patrón en el TCAR con el tiempo (25%). Dos patrones NINE pasaron a una forma fibrosante de la misma y 2 patrones de neumonía intersticial usual (NIU) cambiaron a NINE. En los cam-

bios de patrón radiológico, el anticuerpo que más se asoció fue el Jo1 con 3 casos y el otro caso fue positivo para PL12. Respecto a las PFR (tabla 2), la mayoría de los casos se mantienen funcionalmente similar a los 24 meses, con 6 casos que no varían en la espirometría (37,50%) y 5 casos que no varían los resultados de la prueba de difusión (31,25%).

Tabla 1. Características epidemiológicas de los pacientes incluidos

N = 16	
Género	Hombre 3 (18,75%) Mujer 13 (81,25%)
Edad	66 ± 16,79 años
Fumador o exfumador	Sí 6 (37,50%) No 10 (62,50%)
Anticuerpos	Jo1 9 (56,25%) NINE 5 NIU 2 NO 1 NINE fibrótica 1 PL12 5 (31,25%) NINE 4 NINE fibrótica 1 PL7 2 (12,50%) NINE 2 NINE 11 (68,75%)
Patrón inicial en TCAR	Jo1 5 PL12 4 PL7 2 NINE fibrótica 2 (12,50%) PL12 1 Jo1 1 NIU 2 (12,50%) Jo1 2 NO 1 (6,25%) Jo1 1
Cambio patrón TCAR (n = 4) (25%)	NINE → NINE fibrótica 2 (12,50%) NIU → NINE 2 (12,50%)
Evolución de CVF	Mejoría 4 (25%) Sin progresión 6 (37,50%) Empeoramiento 2 (12,50%)
Evolución de DLCO	Sin datos 4 (25%) Mejoría 4 (25%) Sin progresión 5 (31,25%) Empeoramiento 3 (18,75%) Sin datos 4 (25%)
Tratamiento	1.ª línea MTX 5 AZA 3 MFN 2 CLP 1 HQC 2 Sin FAME 2 2.ª línea RTX 2 MFN 1 TAC 1 ADA 1 3.ª línea MFN 3

ADA: adalimumab; AZA: azatioprina; CLP: ciclosporina; CVF: capacidad vital forzada; FAME: fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad; HQC: hidroxiclo-roquina; MFN: micofenolato; MTX: metotrexato; NINE: neumonía intersticial no es-pecífica; NINE fibrótica: neumonía intersticial no específica fibrótica; NIU: neumonía intersticial usual; NO: neumonía organizada; TAC: tacrolimus; TCAR: tomografía com-putarizada de alta resolución

Tabla RC045

Tabla 2. Resumen del patrón radiológico, anticuerpos y pruebas de función respiratoria

Género/Edad	AC	Patrón TCAR inicial	Cambio patrón TCAR	CVF basal	CVF 12 meses	CVF 24 meses	DLCO basal	DLCO 12 meses	DLCO 24 meses
H-65	PL12	NINE	NINE-F	51	64	69	32	62	55
M-76	PL7	NINE	-	49	57	52	34	46	37
M-45	Jo1	NINE	NINE-F	113	121	129	62	62	81
M-77	Jo1	NIU	NINE	*	*	*	*	*	*
M-72	Jo1	NINE	-	*	*	*	45	*	*
H-55	Jo1	NINE	-	63	80	78	44	43	46
M-71	PL12	NINE	-	77	72	72	48	38	34
H-72	PL12	NINE	-	35	60	69	*	*	*
M-45	Jo1	NINE	-	97	*	*	98	*	*
M-34	Jo1	NINE	-	93	103	93	65	67	84
M-83	Jo1	NIU	NINE	76	*	*	*	*	*
M-42	PL12	NINE	-	92	91	89	82	87	87
M-78	PL7	NINE	-	71	71	71	65	39	*
M-90	Jo1	NO	-	*	*	*	*	*	*
M-83	Jo1	NINE-F	-	82	86	*	81	*	*
M-69	PL12	NINE-F	-	79	*	*	*	*	*

AC: anticuerpo; CVF: capacidad vital forzada; DLCO: capacidad de difusión del monóxido de carbono; H: hombre; M: mujer; NINE: neumonía intersticial no específica; NINE-F: neumonía intersticial no específica fibrótica; NIU: neumonía intersticial usual; NO: neumonía organizada; TCAR: tomografía computarizada de alta resolución; *Datos no disponible.

Conclusiones: En nuestra serie de casos de EPI asociada a AAs, el anticuerpo más frecuente es el Jo1, y el patrón radiológico más común al momento de la presentación es el patrón NINE. En el subgrupo con anticuerpos Jo1, reportamos un cambio en el patrón que no se observó en otros subgrupos, sin influencia aparente en la evolución de los pacientes. La mayoría de los pacientes se mantuvieron estables independientemente del tratamiento recibido. Se necesitan más estudios para comprender mejor la evolución de los pacientes con EPI y AAs asociados.

Bibliografía

1. Patel P, Marinock J, Ajmeri A, Brent L. A review of antisynthetase syndrome-Associated Interstitial lung disease. Int J Mol Sci. 2024; 25.
2. Huang K, Aggarwal R. Antisynthetase syndrome: A distinct disease spectrum. Journal of Scleroderma and Related Disorders. 2020;5(3):178-91.

RC046. ABATACEPT PARA EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS EN EL SÍNDROME ANTISINTETASA

Ernesto Trallero Araguás¹, Arturo Llobell Uriel¹, Albert Gil², Luis Coronel Tarancón¹, María América López Lasanta¹, Daniela Ulloa¹ y Albert Selva-O'Callaghan²

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción: La artritis es una manifestación frecuente del síndrome antisintetasa (SAS). Afecta al 60%-95% de los pacientes y, junto con la enfermedad pulmonar intersticial (EPI) y la miopatía, forma la tríada clásica de esta entidad. Los tratamientos de primera línea para la artritis asociada al SAS incluyen los glucocorticoides (GC), el metotrexato (MTX) y la leflunomida (LFN). El rituximab (RTX) se utiliza con frecuencia como tratamiento de segunda línea en casos refractarios. Sin

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON SAS QUE RECIBIERON ABATACEPT

	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4
Sexo, edad al diagnóstico de SAS (años)	Mujer, 67	Mujer, 47	Mujer, 71	Mujer, 35
Fecha debut SAS	Diciembre 2019	1995	Febrero 2021	Marzo 2007
Miositis	Sí	Sí	Sí	Sí
Artralgia/ Artritis	Poliartritis simétrica	Poliartritis simétrica, Tenosinovitis	Poliartritis simétrica	Poliartritis simétrica
Fecha debut artritis	Diciembre 2019	Octubre 2021	Febrero 2021	Enero 2022
Manifestaciones cutáneas	Manos de mecánico	Eritema	No	Manos de mecánico
Síndrome de Raynaud	No	No	No	Sí
Afectación pulmonar	EPI (Bilateral periférica)	EPI leve (subpleural)	No	EPI (NINE)
Autoanticuerpos	Anti-Jo1, anti-Ro52	Anti-Jo1	Anti-Jo1	Anti-Jo1
Tratamiento con Glucocorticoides	Sí	Sí	Sí	Sí
Tratamientos inmunosupresores recibidos	Tacrolimus Leflunomida	Micofenolato, Leflunomida	Metotrexato, Leflunomida Micofenolato	Ciclosporina, Leflunomida, Micofenolato
Fecha inicio abatacept	Abril 2021	Febrero 2022	Abril 2024	Julio 2024
Motivo inicio abatacept	Intolerancia a IS previo (LFN)	Mal control de artritis a pesar de FAME (LFN)	Intolerancia a IS previo (LFN), rebrote artritis.	Intolerancia a IS previo (MTX y LFN), rebrote artritis.
Tratamiento actual concomitante al abatacept	GC Tacrolimus	GC Micofenolato	GC	GC Micofenolato
PFR al inicio de abatacept	Marzo 2021 FVC 61%, DLCO 49%	Abril 2022 FVC 100% DLCO 70%	No EPI	Junio 2024 FVC 83%, DLCO 45%
Últimas PFR	Septiembre 2024 FVC 86%, DLCO 57	Septiembre 2024 FVC 112%, DLCO 84%	No EPI	Enero 2025 FVC 84%, DLCO 57%
Estado clínico al final del seguimiento	Remisión mantenida de la artritis	Remisión mantenida de la artritis	Remisión mantenida de la artritis	Remisión mantenida de la artritis

RC046 Tabla.

embargo, la efectividad de otras terapias biológicas en el tratamiento de la artritis en pacientes con SAS sigue estando poco estudiada.

Casos clínicos: Presentamos cuatro pacientes con SAS y artritis diagnosticados en el Hospital Universitario Vall d'Hebrón de Barcelona, que fueron tratados con éxito con abatacept subcutáneo (125 mg/semana) (tabla 1). Casos: Paciente 1. Mujer de 67 años que presenta en diciembre de 2019 debilidad muscular, EPI, “manos de mecánico” y poliartritis simétrica. Se diagnosticó de SAS anti-Jo1. El tratamiento con prednisona a altas dosis y tacrolimus resultó en la resolución de los síntomas, pero al reducirse la prednisona la paciente experimentó una recurrencia de la artritis. Se inició LFN con una buena respuesta inicial, pero tuvo que suspenderse posteriormente por diarreas acuosas. Se comenzó tratamiento con abatacept en abril de 2021, consiguiéndose la remisión sostenida de la artritis que se mantiene desde junio de 2021. Paciente 2. Mujer de 47 años con historia de SAS anti-Jo1 diagnosticado a los 18 años y que había cursado con miopatía y EPI leve. En noviembre de 2021, estando en tratamiento con micofenolato, presentó cuadro de poliartritis y tenosinovitis. Se inició LFN con buen control inicial de síntomas. En febrero de 2022, por reactivación de la artritis se añadió abatacept, consiguiéndose una resolución completa de la artritis, que se mantiene desde entonces. Paciente 3. Mujer de 71 años, diagnosticada de artritis reumatoide seronegativa en febrero de 2021. Inicialmente tratada con MTX, que se suspendió en octubre de 2023 debido a toxicidad cutánea. Se inició LFN, que se interrumpió en enero de 2023 por intolerancia gastrointestinal. En abril de 2024, la paciente presentó brote de artritis activa y miopatía. Se diagnosticó de SAS anti-Jo1 y se iniciaron micofenolato y abatacept. Seis meses después, la paciente se encuentra asintomática. Paciente 4. Mujer diagnosticada de un SAS anti-Jo1 en 2007, cuando tenía 35 años, que en enero de 2022 acude por poliartritis simétrica y progresión leve de su EPI. Se introdujeron LFN y micofenolato, pero la LFN se suspendió en mayo de 2024 por intolerancia gastrointestinal, con el consecuente empeoramiento de la artritis. En julio de 2024 se inició abatacept, lográndose una remisión completa de la artritis a los dos meses. Ninguno de los pacientes ha presentado durante el periodo de seguimiento episodios de infección grave que haya requerido ingreso hospitalario o tratamiento antibiótico intravenoso. Los pacientes 1,2 y 4 no han presentado progresión de la EPI durante el periodo de seguimiento desde el inicio de abatacept.

Discusión: Abatacept es una opción terapéutica eficaz para la artritis en pacientes con SAS con afectación articular refractaria o intolerancia a los FAME convencionales. Su esquema de dosificación semanal y su favorable perfil de seguridad lo convierten en una alternativa atractiva al RTX, especialmente en casos donde otras manifestaciones del síndrome permanecen estables.

RC047. ESCLEROSIS SISTÉMICA: ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS, ANTICUERPOS Y TRATAMIENTO EN UNA MUESTRA DE PACIENTES

Alicia Pérez González¹, Esther Monleón Acosta¹, José Andrés Rodríguez Fernández¹, Pedro Manuel Hernández¹, José María Andreu Ubero¹, María Rosario Oliva Ruiz¹, Paloma Valentina Castillo Dayer¹, Carlos Fernández-Díaz¹, Gloria Albaladejo Paredes¹, A. Egea-Fuentes¹, Clara García Belando², Montserrat Fernández Salamanca¹ y Vicente Cogolludo Campillo¹

¹Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena. ²Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor. Murcia.

Introducción: La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad autoinmune del tejido conectivo, que se caracteriza por desregulación inmune y fibrosis progresiva con afectación típicamente cutánea y presentación heterogénea. Las dos formas clínicas más representativas de la enfermedad son la ES cutánea difusa (EScd) y ES cutánea limitada (EScl) y en ocasiones se observa solapamiento con otras enfermedades reumatológicas^{1,2}.

Características epidemiológicas, clínicas, serológicas y terapéuticas de los pacientes con esclerosis sistémica (ES)

N = 23		
Sexo	H 5 (21,7%) M 18 (78,3%)	
Edad (años)	59,74 (± 12,484) SSd 10 (43,5%) Scl70 3 (30%) ENA- 2 (20%) Anti-RNP 1 (10%) Anti-Ro 1 (10%) SCL70 + anti-Ro 1 (10%) Scl70 + anti-Pm-scl 1 (10%) Scl70 + FR + ACPA 1 (10%) SSI 13 (56,5%) ACA 6 (46,2%) ENA- 2 (15,4%) Anti-RNP 1 (7,7%) ACA + anti-Ro 1 (7,7%) ACA + anti-TiF1 1 (7,7%) Anti-Ro52 1 (7,7%) Antifibrilarina 1 (7,7%)	
	Anticuerpos asociados	ACA 6 (26,1%) ENA- 4 (17,4%) Scl70 3 (13%) Anti-RNP 2 (8,7%) Scl70 + anti-Ro 1 (4,3%) Scl70 + anti-Pm-scl70 1 (4,3%)
		Scl70+FR+ACPA 1 (4,3%) ACA+anti-TiF1 1 (4,3%) ACA+anti-Ro 1 (4,3%) Antifibrilarina (U3 RNP) 1 (4,3%) Anti-Ro52 1 (4,3%) Anti-Ro+ 1 (4,3%)
EPID	No 11 (47,8%) Sí 12 (52,2%) ENA- 3 (25%) Scl70 3 (25%) ACA 2 (16,7%) Scl70 +FR + ACPA 1 (8,3%) Scl70 + anti-Ro 1 (8,3%) Scl70+anti-Pm-scl70 1 (8,3%) Anti-Ro 1 (8,3%) NINE 11 (91,6%) ENA- 3 (27,3%) SCL70 2 (18,2%) ACA 2 (18,2%) Scl70 + FR + ACPA 1 (9,1%) Scl70 + antiRo 1 (9,1%) Scl70 + antiPm-scl70 1 (9,1%) Anti-Ro 1 (9,1%) NIU 1 (8,4%) Scl70 1 (100%)	EPID-PF 7 (30,4%) ENA- 3 (42,9%) Scl70 1 (14,3%) ACA 1 (14,3%) Scl70 + anti-Ro 1 (14,3%) Scl70 + anti-Pm -scl70 1 (14,3%)
Hipertensión pulmonar (HTP)	No 18 (78,3%) Sí 5 (21,7%)	
Fenómeno de Raynaud (FRy)	No 1 (4,3%) Sí 22 (95,7%)	
Úlceras digitales (UD)	No 20 (87%) Sí 3 (13%)	
Cutánea	No 4 (17,4%) Sí 19 (82,6%)	
Gastrointestinal (GI)	No 10 (43,5%) Sí 13 (56,5%)	
Renal	No 21 (91,3%) Sí 2 (8,7%)	
Otras enfermedades	No 15 (65,2%) Sí 8 (34,8%) PM 4 (17,4%) EMTC 1 (4,3%) AR 1 (4,3%) SSJ 1 (4,3%) DM 1 (4,3%)	
Antifibróticos (34,8%)	Pirferidona NIntedanib	
FAMEsc (78%)	MTX 6 (26,1%) MMF 5 (21,7%) MMF+MTX 4 (17,4%) AZA 2 (8,7%) MTX+AZA 1 (4,3%) RTX 7 (30,4%) TCZ 1 (4,3%) RTX+TCZ 1 (4,3%) RTX+ADA+GOLI+TCZ 1 (4,3%)	
FAMEb (43%)	No 8 (34,8%) Sí 11 (75,2%)	

ENA: antígenos extraíbles del núcleo; Scl70: antitopoisomerasa, ACA: anticentromero FR: factor reumatoide; ACPA: antipeptido citrulinado; RTX: rituximab, TCZ: tocilizumab; CERTO: certolizumab; ADA: adalimumab; AZA: azatioprina; MTX: metotrexato; MMF: micofenolato; PM: polimiositis, DM: dermatomiositis, SSJ: Sd de Sjögren; AR: artritis reumatoide; EMTC: enfermedad mixta del tejido conectivo.

Objetivos: El objetivo principal es describir las características epidemiológicas, clínicas y serológicas. Como objetivo secundario, analizar los tratamientos más empleado en nuestra cohorte de pacientes.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, multicéntrico. La población incluida en el estudio fueron pacientes de la consulta de Reumatología con diagnóstico de esclerosis sistémica según los criterios ACR-EULAR 2013 recogidos entre enero de 2022 y diciembre de 2024. Las variables analizadas fueron: edad, género, anticuerpos, manifestaciones clínicas y tratamientos utilizados. Se realizó un análisis descriptivo de las variables analizadas en el estudio, incluyendo la media y desviación estándar (DE) de las variables utilizando el IBM spss statistics v21.

Resultados: Se incluyeron un total de 23 pacientes en este estudio, 78,3% fueron mujeres y 21,7%, hombres, con una edad media de 59,74 años ($\pm 12,484$). El 56,5%, la forma limitada mientras que un 43,5% presentaba la forma difusa. Al analizar las manifestaciones clínicas, el fenómeno de Raynaud (95,7%) fue la más frecuente, seguida de la afectación cutánea (82,6%), gastrointestinal (56,5%), en forma de reflujo gastroesofágico, e pulmonar (52,2%), en forma de enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID). De los 12 pacientes con EPID, el patrón predominante fue el de neumonía intersticial no específica (NINE) frente a 1 paciente con neumonía intersticial usual (NIU). 7 (30,4%) de los pacientes con EPID, evolucionaron a la forma fibrosante progresiva (EPID-FP). Al analizar los anticuerpos, el más frecuentemente asociado a la EScl es el anticentrómero (ACA) (46,2%), mientras que, a la EScl, el antitopoisomerasa (scl70) (30%). En cuanto al tratamiento, el 78,3% había usado DMARDsc siendo el metotrexato el más frecuente. De los DMARDb, el rituximab fue el más usado. Encontramos que para la EPID-FP, 7 pacientes estaban bajo tratamiento con nintedanib (tabla).

Conclusiones: En nuestra serie, el patrón EPID más asociado a la ES fue NINE siendo más frecuente en los pacientes con anti SCL70. Por otro lado, el anticuerpo más frecuentemente encontrado fue ACA, siendo más frecuente en paciente con hipertensión pulmonar. Metotrexato, rituximab y nintedanib fueron los fármacos más usados, este último solo en las formas fibrosante progresivas. Sin embargo, no existe un tratamiento estandarizado, siendo necesario más estudios para evaluar alternativas terapéuticas.

Bibliografía

1. Lescoat A, et al., Results from the international collaborative systematic literature review informing the 2023 EULAR recommendations for the treatment of systemic sclerosis, Ann Rheum Dis. 2024.
2. Liakouli V, Ciancio A, Del Galdo F, et al. Systemic sclerosis interstitial lung disease: unmet needs and potential solutions. Nat Rev Rheumatol. 2024;20:21-32.

RC048. UVEÍTIS Y ESCLERITIS NO INFECCIOSAS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS Y ESPONDILOARTRITIS: PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE UNA COHORTE MONOCÉNTRICA

Paola del Coromoto León Suárez, Félix M. Francisco Hernández, Soledad Ojeda Bruno, Fayna Rodríguez González, Miguel del Piñal Álvarez de Buergo, Francisco J. Rubiño Juárez, Cristina del Pino Almeida Santiago y Antonio Naranjo Hernández

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción: La enfermedad inflamatoria ocular representa un hallazgo común en pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS) y espondiloartritis (EspA), siendo una de las principales causas de discapacidad visual.

Objetivos: Describir la patología ocular inflamatoria en pacientes con EAS y compararlo con el grupo de EspA de un hospital de referencia de la provincia de Las Palmas.

Métodos: Se recogió de forma retrospectiva todos los pacientes mayores de 16 años incluidos en la base de datos prospectiva de la Unidad de Patología Inflamatoria Ocular (PIO) del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín entre mayo 1991 y mayo 2023 con una población de referencia de 490.214 habitantes. Se seleccionaron dos grupos: pacientes con EAS (100) y un segundo grupo formado por pacientes con EspA (119). Se excluyeron pacientes con etiología idiopática, infecciosa, puramente ocular y mascarada. Se recogieron características demográficas (raza, sexo) y comorbilidades (tabaquismo, enfermedad tiroidea, diabetes mellitus). Fueron anotados la edad al diagnóstico, fecha de inicio de síntomas, fecha de diagnóstico, de primera visita y de remisión. Se recogió la localización anatómica, curso, lateralidad así como las complicaciones (pérdida de agudeza visual, presencia de edema macular quístico (EMQ), glaucoma, cataratas y sinequias) y tratamientos recibidos como glucocorticoides (tópicos, orales e intravenosos [IV]), inmunosupresores (metotrexato, azatioprina, sulfasalazina, ciclosporina y micofenolato de mofetilo), así como el uso de fármacos biológicos (anti-TNF, antiinterleucina 6 y anti-CD20). Se ha calculado la media y desviación típica para describir las variables cuantitativas. Se ha utilizado el test de Kolmogorov-Smirnov para comprobar la normalidad de los datos de las variables cuantitativas. Las variables cualitativas se han descrito mediante frecuencia absoluta y relativa. Se considera significativo un p-valor inferior a 0,05.

Resultados: La edad media fue similar en ambos grupos y la raza caucásica la más frecuente. Las mujeres predominaban en el grupo EAS (64%) y los hombres en las EspA (62,2%). La localización anatómica en los pacientes con EAS fue variada (uveítis anterior (30%), uveítis posterior (28%), panuveítis (25%)), mientras que en las EspA destacó la uveítis anterior (94,1%). Las enfermedades más comunes fueron el síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada, la enfermedad de Behçet y la espondilitis anquilosante. El edema macular quístico y el glaucoma fueron frecuentes en el grupo EAS y las cataratas y las sinequias en las EspA. Hubo similar uso de tratamiento tópico. El grupo EAS usó más glucocorticoides orales e intravenosos, metotrexato, azatioprina, ciclosporina y micofenolato de mofetilo y el grupo EspA sulfasalazina. Una proporción similar de pacientes necesitaron fármacos biológicos (23 vs. 20,2%). Los pacientes del grupo EAS tardaron menos en acudir a consulta (37,06 vs. 81,22 meses), en diagnosticarse (16,85 vs. 47,68 meses) y en conseguir la remisión desde el inicio de los síntomas (73,18 vs. 106,91 meses).

Conclusiones: La patología inflamatoria ocular es común en pacientes con EAS y EspA. Conocer las características de cada una de ellas es fundamental para un correcto manejo. Esto se ha conseguido gracias a las Unidades Multidisciplinares de PIO, aunque según nuestro estudio se debería de insistir en mejorar los tiempos tanto de derivación, diagnóstico, intensificación de los tratamientos sistémicos y remisión.

RC049. IMPACTO EN LA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA DE PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS

María Dolores Sánchez González¹,
María Fernanda Cuenca Cajamarca²,
Manuel Alesander Alonso Escribano², Cristina Párraga Prieto¹,
Ruth López González¹, Guadalupe Manzano Canabal¹
y José Ángel Cabezas Lefler¹

¹Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial de Zamora. ²Atención Primaria. Complejo Asistencial de Zamora.

Introducción: Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), en 2023 se registró un nuevo máximo histórico de envejeci-

miento en España del 137,3%, es decir, ya se contabilizan 137 personas mayores de 64 años por cada 100 menores de 16. Según datos del INE, el 31,92% de la población de Zamora tiene más de 65 años y el 24,6% son mayores de 70 años.

Objetivos: Valorar el impacto en la consulta de Reumatología del Complejo Asistencial de Zamora de los pacientes mayores de 70 años.

Métodos: Estudio observacional descriptivo y retrospectivo desde julio a diciembre de 2023 donde se recogieron datos demográficos, fecha y origen de la derivación, fecha de atención en consulta, procedencia (urbano o rural), diagnóstico de derivación, diagnóstico en consulta de Reumatología y presencia anticuerpos positivos y de osteoporosis. También se valoraron las fracturas atendidas en Urgencias, cuáles fueron por fragilidad y su evolución.

Resultados: Del total de derivaciones (1.012), se recibieron un total de 270 interconsultas de mayores de 70 años (26,7%), de las que fueron citadas en consulta 188. No se citaron tras valoración previa no presencial aquellas ya valoradas en otra especialidad, en las que faltaban datos previos a valoración o las que pudieron resolverse por escrito. El tiempo medio transcurrido desde la derivación a la primera visita fue de 25 días. Se consideró población urbana: Zamora capital, Toro y Benavente (total = 84.869) y población rural: resto de localidades (total = 81.497). La derivación fue rural en el 55% de casos y urbana en el 45% restante. Los pacientes fueron en un 74% mujeres, con una edad media de 78,5 mujeres y 77,8 hombres. En cuanto a la patología valorada, fue no inflamatoria en 141 pacientes (52%), inflamatoria en 85 (31%), osteoporosis en 52 pacientes (16%), ya conocida en 39 (75%). Las enfermedades inflamatorias más frecuentes fueron polimialgia reumática (35%), artritis reumatoide (29%), condrocalcinosis (16%) y Sjögren (7%). La coincidencia en el diagnóstico entre Atención Primaria y Reumatología fue mayor en los casos de patología considerada no inflamatoria (tabla 1). Solo el 36% de las patologías inflamatorias presentaban anticuerpos positivos (tabla 2). Durante el seguimiento, en Urgencias hubo 1340 fracturas, 577 por fragilidad (43%) (tabla 3). Solo recibimos 2 interconsultas por fractura reciente (vertebral), una desde AP y otra desde Urgencias. Se produjo *exitus* tras fractura de cadera en el 10,6% (22 pacientes). El fallecimiento se produjo en los 30 primeros días tras la fractura en el 55% y en los 60 primeros días en el 27%, en mayores de 80 años (94,4%).

Tabla 1. Coincidencia en el diagnóstico entre la derivación de Atención Primaria y la valoración en consulta de Reumatología

Patologías derivadas como no inflamatorias con diagnóstico inflamatorio en reumatología		
Diagnóstico en reumatología	Total enviadas	91 (100%)
	No inflamatorias	83 (91%)
	Inflamatorias	8 (9%)
Patologías derivadas como mecánicas con diagnóstico inflamatorio en reumatología (91/8)		
Edad	Diagnóstico de derivación	Diagnóstico en Reumatología
78	Artrosis	Condrocalcinosis
87	Hombro doloroso	Polimialgia reumática
75	Mialgia	Miositis
70	Artrosis lumbar	Polimialgia reumática
84	Artromialgias	Artritis indiferenciada
70	Lumbalgia	Lumbalgia/gota
75	Dolor manos	Artrosis/síndrome polimiálgico
79	Artrosis	Cuadro polimiálgico
Patologías derivadas como inflamatorias con diagnóstico no inflamatorio en reumatología		
Diagnóstico en reumatología	Total enviadas	129 (100%)
	Inflamatorio	69 (53%)
	No inflamatorio	53 (41%)
	No consulta	7 (5%)

Tabla 2. Presencia de anticuerpos positivos según patología

Patología remitida con anticuerpos positivos			
Edad	Diagnóstico de derivación	Diagnóstico en reumatología	Inflamatorio
85	Fr+	Artrosis	No
82	Fr+	Artrosis/estenosis de canal	No
78	Fr+	Síndrome túnel carpiano	No
75	Fr+	Tendinosis peroneos	No
70	Artralgias fr+	Artrosis	No
89	Artralgias/fr/ana+	Artrosis	No
71	Poliartritis fr+	Síndrome túnel carpiano	No
72	Artralgias fr +	Artrosis	No
72	Poliartritis fr+	Síndrome túnel carpiano	No
82	Poliartritis fr+	Condrocalcinosis	Sí
79	Poliartritis fr +	Artrosis	No
88	Polimialgia reumática fr+	Oligoartritis	Sí
72	Ana +	Síndrome Sjögren	Sí
73	Artritis fr +	Artrosis Osteoporosis	No
78	Fr +	Artrosis	No
71	Artritis fr+	Artritis reumatoide	Sí
75	Artrosis ana+	Artrosis	No
70	Lupus discoide, ro52+, pl7+	Lupus discoide (no sistémico) pl7 +, ro 52 +++	No
85	EPID ANA+	Epid niu con rasgos autoinmunes ANA+	Sí
71	Polimialgia reumática fr+	Epicondilitis/poliartralgias	No
87	Polimialgia reumática fr+	Oligoartritis/poliartrosis	Sí
87	Edema de manos ana+	Conectivopatía indiferenciada	Sí
82	Artralgias fr+	Poliartrosis	No
72	Dupuytren ANA+	Esclerodermia	Sí
77	S. seco ANA+	Síndrome Sjögren	Sí
			16 (64%)
			9 (36%)
			Total 25 (100%)

Tabla 3. Fracturas por fragilidad atendidas en Urgencias (julio-diciembre 2023)

Localización de fracturas	n (%)
Cadera	208 (36)
Radio	156 (27)
Húmero	93 (16)
Costales	52 (9)
Pelvis	27 (4,8)
Vértebra	22 (3,8)
Fémur	19 (3,4)

Conclusiones: La mayoría de pacientes > 70 años atendidos en consulta son mujeres, con una edad media de 78 años. El tiempo transcurrido desde su derivación a la 1.ª visita en Reumatología fue de menos de un mes. Las derivaciones fueron desde medio rural en el 55% de casos. Hay coincidencia entre el diagnóstico establecido en Atención Primaria y Reumatología en el 91% de la patología no inflamatoria y en el 53% de la patología inflamatoria. La presencia de autoanticuerpos positivos no es sinónimo de patología inflamatoria en pacientes > 70 años. La mortalidad observada tras fractura de cadera es de > 10% (55% en el 1.º mes). Solo 2 fracturas recientes se derivaron para estudio de fragilidad y tratamiento. Es necesario establecer criterios de derivación adecuados, así como entablar una mayor colaboración con Atención Primaria.

RC050. SÍNDROME DE TÚNEL CARPIANO ÚLCERO-MUTILANTE EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ÚLCERAS DIGITALES: A PROPÓSITO DE UN CASO

Álvaro Román Perea¹, Celia Azábal Pérez², Minerva Berrocal Acedo¹, Maite Odriozola Gil¹, Victoria María Peinado Nuño¹ y María Luisa Velloso Feijóo¹

¹UGC Reumatología. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.

²UGC Reumatología. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Introducción: Las úlceras digitales son una presentación relativamente infrecuente en la práctica clínica, pero requieren una investigación diagnóstica exhaustiva y un tratamiento adecuado y precoz para evitar complicaciones, sobre todo si se asocian a fenómeno de Raynaud y esclerosis sistémica. Sin embargo, existe un amplio abanico de causas a tener en cuenta, sobre todo tras descartar aquellas más potencialmente graves.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 86 años con hipertensión, dislipemia e hipotiroidismo que desarrolló una úlcera digital indolora en la parte distal del segundo dedo de la mano izquierda de dos meses de evolución (figs. 1 y 2). No presentaba Raynaud, artritis, disnea ni otros síntomas sugestivos de enfermedad autoinmune sistémica. Niega antecedentes personales ni familiares de psoriasis. Refería parestesias e impotencia funcional en ambas manos. A la exploración física, a destacar signos de Tinel y Phalen positivos y atrofia tenar bilateral, con auscultación anodina y ausencia de artritis, esclerodactilia, microstomía y lesiones cutáneas. En pruebas de laboratorio, a destacar normalidad en hemograma, bioquímica, reactantes de fase aguda, hemoglobina glicosilada y metabolismo fosfocálcico, así como autoinmunidad negativa. En radiografías se aprecia acroosteolisis de las falanges distales de los dedos segundo y tercero de la mano izquierda (fig. 3). La angiotomografía no mostró alteraciones vasculares significativas en extremidades superiores. No hubo datos de osteomielitis en la resonancia magnética de la mano izquierda. Se realizó capilaroscopia con resultado normal. No hubo datos de neoplasia oculta en TC toracoabdominal. No hubo datos de endocarditis ni hipertensión pulmonar en el ecocardiograma. Se realizó electroneurograma que confirmó un síndrome del túnel carpiano (STC) bilateral muy grave, con bloqueo de la conducción sensitiva y motora en ambos nervios medianos a nivel de los túneles carpianos. Se inició tratamiento con alprostadil, amoxicilina-clavulánico y metilprednisolona, con respuesta parcial. Se prescribió pregabalina con mejoría parcial de los síntomas. La paciente fue remitida a Traumatología para valoración quirúrgica, que fue rechazada debido a la mejoría objetivada.



Figura 1.



Figura 2.



Figura 3.

Discusión: Se descartan convenientemente artritis psoriásica, esclerosis sistémica, diabetes mellitus e hiperparatiroidismo como causas de úlceras digitales en este caso, siendo el STC grave en su variedad úlcero-mutilante la etiología más probable, presumiblemente debido a la disautonomía causada por la compresión y consecuente disfunción nerviosa. Existen casos similares descritos en la literatura (Actas Dermo-Sifiliogr. 103(2), 159-60).

RC051. REACCIONES PARADÓJICAS Y OTROS FENÓMENOS INMUNES ASOCIADOS A LA TERAPIA BIOLÓGICA

Álvaro Román Perea, Raquel Hernández Sánchez, Sergio Rodríguez Montero, Minerva Berrocal Acedo, Maite Odriozola Gil y María Luisa Velloso Feijóo

UGC Reumatología. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.

Introducción: Las reacciones paradójicas (RP) son efectos adversos no esperables que suponen el desarrollo *de novo* o empeoramiento de una patología causado por un FAMEb utilizado para el tratamiento de la misma. Se han descrito sobre todo con anti-TNF, aunque la frecuencia está aumentando con otros de reciente aparición.

Objetivos: Describir las características de pacientes con RP del Hospital de Valme de Sevilla.

Métodos: Estudio observacional descriptivo. Revisión de historias digitalizadas de pacientes con RP. Análisis de variables demográficas, clínicas, diagnósticas y terapéuticas.

Tabla RC051

Pacientes con reacciones paradójicas

Caso	Edad	Sexo	Psoriasis previa	Patología de base	FAMEb	FAMEsc concomitante	Tipo de RP	Tratamiento de la RP	Discontinuación del FAMEb	FAMEb nuevo	Respuesta al tratamiento
1	48	M	No	AR FR y ACPA +	ADA	PDN-db + LFN	Psoriasis <i>de novo</i>	Cambio de FAMEb	Sí	SCK, IFX	Sí (IFX)
2	70	V	Sí	EA B27+	ETN	PDN-db + MTX	Empeoramiento de psoriasis	Cambio de FAMEb	Sí	UTK, SCK	Sí (SCK)
3	39	M	Sí	APs	ADA	NC	Empeoramiento de psoriasis	Cambio de FAMEb	Sí	SCK, UTK, GSK	No
4	76	M	Sí	APs	SCK	No	Empeoramiento de psoriasis	Cambio de FAMEb	Sí	ADA, GSK	Parcial (GSK)
5	56	M	No	AR FR y ACPA +	AFA	LFN	Psoriasis <i>de novo</i>	Suspensión de FAMEb + tópico	Sí	SCK	Parcial (SCK)
6	32	M	No	EA B27+	CTZ	SSZ	Psoriasis <i>de novo</i>	Cambio de FAMEb	Sí	SCK	Sí (SCK)
7	31	M	Sí	AR FR y ACPA +	CTZ	No	Empeoramiento de psoriasis	Suspensión de FAMEb	Sí	ADA	Parcial
8	39	M	No	EA B27+	ADA	No	Psoriasis <i>de novo</i>	Cambio de FAMEb	Sí	SCK, CTZ	Parcial
9	60	M	Sí	APs	ADA	LFN	Empeoramiento de psoriasis	Tópico	No	ETN	Parcial
10	51	M	Sí	AR FR y ACPA +	ETN	LFN	Empeoramiento de psoriasis	Cambio de FAMEb	Sí	IXE	Parcial (IXE)
11	46	M	Sí	Psoriasis	IFX	No	APs	Cambio de FAMEb	Sí	SCK, IXE	Sí (IXE)
12	45	V	Sí	Psoriasis	IFX	No	Empeoramiento de psoriasis	Cambio de FAMEb	Sí	SCK, IXE, GSK	Sí (GSK)
13	54	M	No	Crohn	IFX	No	Psoriasis <i>de novo</i>	Suspensión de FAMEb + MTX	Sí	No	Sí
14	48	M	No	EA B27+	SCK	No	Psoriasis <i>de novo</i>	Tópico	No	No	Parcial
15	64	M	No	AR FR y ACPA+	RTX	PDN-db + LFN	Psoriasis <i>de novo</i>	Cambio de FAMEb	Sí	IFX	Sí
16	40	M	Sí	APs	ADA	MTX + SSZ	Empeoramiento de psoriasis	Suspensión de FAMEb	Sí	No	Parcial
17	52	M	No	AR FR y ACPA+	IFX	PDN-db	Psoriasis <i>de novo</i>	Suspensión de FAMEb + tópico	Sí	ABA	Parcial

Resultados: Se evaluaron 17 pacientes (tabla 1), 88,2% mujeres, con edad media $50,71 \pm 2,12$ años. El 52,9% presentaba psoriasis previa. En cuanto a la patología de base: 6 artritis reumatoide, 4 artritis psoriásica, 4 espondiloartritis, 2 psoriasis, 1 Crohn. El tiempo de evolución de enfermedad fue $86,77 \pm 67,18$ meses. El 70,6% era *naïve* a FAMEb, el 94,1% había realizado tratamiento con FAMEsc, principalmente metotrexato 70,6%. Los anti-TNF son el fármaco responsable en el 82,4%, fundamentalmente adalimumab (42,9%) e infliximab (28,6%). El 52,3% realizaba tratamiento con FAMEsc concomitante, predominantemente leflunomida (55,6%). El tiempo medio hasta la aparición de RP fue $8,92 \pm 2,12$ meses: empeoramiento de psoriasis previa 47,1% (cambio de morfología 33,3%, principalmente pustulosa palmoplantar), psoriasis paradójica 47,1% (fundamentalmente en placas 64,7%) y artritis psoriásica 5,9%. Respecto del tratamiento, el 88,2% discontinuó el FAMEb y el 82,3% comenzó nuevo FAMEb, sobre todo SCK 57,1%. La respuesta fue variable: resolución total 41,1%, parcial 52,3%. Tres pacientes asociaron tratamiento tópico con respuesta parcial. Respecto de otros fenómenos autoinmunes, se evaluaron 2 pacientes en tratamiento con ADA: una mujer con AR que desarrolla polimiositis, precisando tratamiento con esteroides y MTX, y un varón con psoriasis que desarrolla lupus cutáneo subagudo, precisando suspensión del FAMEb y tratamiento tópico, ambos con buena respuesta. Respecto de enfermedades desmielinizantes, se evaluaron 4 pacientes (2 EA y 2 uveítis) en tratamiento con anti-TNF, que desarrollan afectación central (protuberancia, médula espinal) y periférica (polineuropatía sensitiva), con buena respuesta tras discontinuación del FAMEb y tratamiento esteroideo, aunque el 66,7% con secuelas.

Conclusiones: Las RP más frecuentes son cutáneas en forma de psoriasis paradójica. Pese a su relativa baja frecuencia, el aumento del uso de nuevos FAMEb hace esperable un incremento de casos, precisándose un alto grado de sospecha para su correcto diagnóstico y tratamiento. Generalmente el tratamiento supone la suspensión o cambio por otro FAMEb, aunque no siempre es necesario.

RC052. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, RESPUESTA A GLUCOCORTICOIDES Y ASOCIACIÓN ONCOLÓGICA EN EL SÍNDROME RS3PE: EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Laura Álvarez Ortiz¹, Rocío Fernández Gavira², Juan Bosco Barón Franco² y Ricardo Gil Vélez¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: El síndrome RS3PE (sinovitis simétrica seronegativa remitente con edema) es una patología poco común caracterizada por una artritis de manos, pies y edemas con fovea. En la mayoría de los casos, presentan una respuesta rápida a los glucocorticoides (GCs). Sin embargo, su asociación con neoplasias (N) malignas se correlaciona con una respuesta terapéutica desfavorable y un peor pronóstico.

Objetivos: Describir las características de una cohorte de pacientes con RS3PE. Analizar los tratamientos más utilizados, la rapidez en la respuesta a los GCs y la frecuencia de las recaídas. Evaluar la presencia de N al diagnóstico de RS3PE.

Métodos: Estudio descriptivo de 22 pacientes con RS3PE atendidos en un hospital de tercer nivel. La cronología se definió como aguda (< 6 semanas), subaguda (6-12 semanas) o crónica (> 12 semanas). Las alteraciones analíticas se definieron como: proteína C reactiva (PCR) > 5 mg/dL; velocidad de sedimentación glomerular (VSG) > 20 mm/h; factor reumatoide (FR) positivo bajo si 24-72 U/ml o alto si > 72 U/ml; y anticuerpos antinucleares (ANA) positivos o negativos.

Resultados: De los 22 pacientes, 10 eran mujeres (45,45%) y 12 hombres (54,55%). El 86,36% desarrolló la enfermedad después de los 65 años, con una media (M) de 72,59 años. Las características de los pacientes se presentan en la tabla 1. El tiempo promedio desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico fue de 3,81 meses. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron:

100% presentaron artralgias, 21 edema en manos (95,45%), 14 debilidad en cintura escapular (63,64%), 13 artritis (59,09%), 11 rigidez matutina (50%), 11 astenia (50%) y 9 edema en pies (40,91%). La VSG elevada al inicio de la enfermedad (M de 39,82 mm/h) en 9 pacientes (40,91%) y en 12 (54,55%) la PCR (M de 30,61 mg/dL). Solo 1 paciente presentó FR positivo bajo y 2 pacientes ANA positivo. La radiografía de manos fue la prueba más solicitada, objetivándose signos degenerativos en 10 pacientes (45,45%). Hubo una respuesta rápida a los GCs (dosis M de 21,76 mg/24 h) en 20 pacientes (90,91%), lograda en una M de 2,46 semanas. A pesar de la alta tasa de respuesta, 17 pacientes (77,27%) presentaron recaída, siendo en 7 de ellos tras la reducción de los GCs. Ante esta situación, 12 pacientes requirieron aumento de la dosis y 7 recibieron terapia adicional [MTX (3), MTX con hidroxicloroquina (HCQ) (2), HCQ (1) o leflunomida (1)]. Cinco pacientes (22,73%) tenían una N previa. La diferencia M de tiempo fue de 9,44 años. A 9 se les realizó un estudio de despistaje de N y solo 1 (4,55%) presentó un carcinoma epidermoide pulmonar concomitante. No se diagnosticaron N posteriores al diagnóstico del síndrome. Ocho pacientes (36,36%) fallecieron, con una M de 4,31 años tras el diagnóstico del RS3PE. Solo uno de ellos falleció debido a la N pulmonar concomitante.

Categorías	Características (n = 22)
Sexo n (%)	Mujeres: 10 (45,45%) Hombres: 12 (54,55%)
Edad al diagnóstico: n (%), media en años	> 65 años: 19 (86,36%), 72,59 años
Edad actual: media en años	78,64 años
Fumador n (%)	No fumador: 14 (63,64%) Fumador: 2 (9,09%) Exfumador: 6 (27,27%)
Factores de riesgo cardiovascular n (%)	Hipertensión: 16 (72,73%) Diabetes mellitus: 10 (45,45%) Dislipemia: 8 (36,36%)
Cronología n (%)	Aguda: 7 (31,82%) Subaguda: 7 (31,82%) Crónica: 4 (18,18%) Incierta: 4 (18,18%)
Fiebre n (%)	0 (0%)
Rigidez matutina n (%)	11 (50%)
Pérdida de peso n (%)	6 (27,27%)
Astenia n (%)	11 (50%)
Artralgias n (%)	22 (100%)
Artritis n (%)	13 (59,09%)
	Simetría: 12 (92,31%) Carpó: 11 (84,62%) Metacarpofalángicas: 10 (76,92%) Interfalángicas proximales: 7 (53,85%) Interfalángicas distales: 4
	Rodilla: 3 (30,77%) Tobillos: 1 (7,69%) Pies: 2 (15,38%)
Edema en manos n (%)	21 (95,45%)
Edema en pies n (%)	9 (40,91%)
Dactilitis n (%)	3 (13,64%)
Tenosinovitis flexores manos n (%)	1 (4,55%)
Debilidad en cintura escapular n (%)	14 (63,64%)
Debilidad en cintura pelviana n (%)	7 (31,82%)
Mialgias n (%)	7 (31,82%)

Conclusiones: Los resultados obtenidos son consistentes con la literatura. La mayoría de los pacientes desarrollaron RS3PE después de los 65 años. Las manifestaciones clínicas predominantes incluyeron artralgias, artritis simétrica, edema en las manos y debilidad en la cintura escapular. Aunque la respuesta a GCs fue rápida en la mayoría, las recaídas tras la reducción fueron frecuentes. Solo un paciente presentó una N concomitante, lo que se asoció con una mala respuesta al tratamiento. Se precisan más estudios para comprender mejor esta enfermedad infrecuente y establecer esquemas terapéuticos que optimicen su manejo.

RC053. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUTIVAS DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD DE STILL: ANÁLISIS BASADO EN LAS RECOMENDACIONES EULAR/PRES 2024

Laura Álvarez Ortiz, Javier Manzaneque Sánchez, Lara Méndez Díaz y Clara Aguilera Cros

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

Introducción: La enfermedad de Still (ES) presenta rasgos autoinflamatorios y sistémicos y se caracteriza por la tríada de fiebre, artritis y exantema asalmonado. Continúa siendo un desafío diagnóstico y terapéutico por la ausencia de criterios definitivos. Por ello, se han publicado las nuevas recomendaciones EULAR/PreS 2024 que proporcionan nuevas directrices en el reconocimiento y seguimiento de esta enfermedad.

Objetivos: Describir las características de una cohorte de pacientes con ES. Analizar cuántos pacientes iniciaron síntomas antes de los 16 años (< 16a) y evaluar la asociación con la evolución hacia un curso articular crónico (AC). Analizar la cronología, evaluando diagnósticos previos y mutaciones tras realización de panel genético.

Categorías	Características (N = 37)
Sexo n (%)	Hombres 19 (51,4 %) Mujeres 18 (48,6%)
Edad media años ± DE	41,5 ± 14,5
Edad inicio síntomas n (%) y percentiles	< 16 años: 9 (24,3%) ≥ 16 años: 28 (75,7%) p25 (16) p50 (23) p75 (34,5)
Tabaco n (%)	No fumador: 29 (78,4%) Fumador: 7 (18,9%) Exfumador: 1 (2,7%)
Hipertensión n (%)	3 (8,1%)
Diabetes mellitus n (%)	0 (0%)
Dislipemia n (%)	1 (2,7%)
Mutación genética n (%)	Realizado: 20 (54,1%) Positivo: 5 (25%) Negativo: 13 (65%) Pendiente: 2 (10%) No realizado: 17 (45,9%)
Cumplen criterio Yamaguchi n (%)	31 (83,8%)
Poliartritis febril n (%)	26 (70,3%)
Curso evolutivo n (%)	Monocíclico: 4 (10,8%) Policíclico: 27 (73%) Articular crónico: 6 (16,2%)
Inmunoglobulinas n (%)	Normales: 20 (54,1%) Altas: 14 (37,8%) No realizadas: 3 (8,1%)
Factor reumatoide n (%)	Negativo (< 24 U/mL): 32 (86,5%) Positivo débil (24-72 U/mL): 4 (10,8%) Positivo fuerte: 0 No realizado: 1 (2,7%)
Anticuerpos antipeptido cíclico citrulinado n (%)	Negativo (< 10 U/mL): 29 (78,4%) Positivo medio (10-299 U/mL): 1 (2,7%) Positivo alto: 0 No realizado: 7 (18,9%)
Anticuerpos antinucleares n (%)	Negativo: 30 (81,1%) Positivo: 7 (18,9%)
Antígenos nucleares extraíbles n (%)	Negativo: 34 (91,9%) Positivo: 3 (8,1%)
Otro diagnóstico inicial diferente n (%)	Sí: 23 (62,2%) No: 14 (37,8%) de los cuales 6 eran AIJ
Otro diagnóstico actualmente n (%)	Sí: 10 (27%) No: 26 (70,3%) Pendiente: 1 (2,7%)

Métodos: Estudio descriptivo de 37 pacientes con ES. Nos basamos en las recomendaciones EULAR/PreS 2024, unificando la Artritis Idiopática Juvenil Sistémica (AIJs) y la ES del adulto en una misma patología denominada ES. Criterios clasificatorios de Yamaguchi (CY): Criterios mayores (fiebre ≥ 39 °C, ≥ 7 días de duración; artralgia ≥ 2 semanas; rash típico; leucocitosis ≥ 10.000/mm³, ≥ 80% granulocitos) y criterios menores (odínofagia; linfadenopatía y/o

esplenomegalia; disfunción hepática; factor reumatoide y anticuerpos antinucleares negativos). Deben cumplirse 5 criterios, siendo al menos 2 de los mayores. Las variables cuantitativas se expresan como media y las variables dicotómicas como porcentajes. La asociación de las variables cualitativas se ha analizado a través de la prueba de chi-cuadrado.

Resultados: De los 37 pacientes con ES, la edad media fue de $41,5 \pm 14,5$ años. Características basales descritas en la tabla 1. El 83,8% cumplía CY. El 24,3% de los pacientes recibió el diagnóstico < 16a y el 75,7% lo obtuvo a partir de los 16 años ($\geq 16a$). Los patrones evolutivos fueron: 10,8% monocíclico, 73% policíclico y 16,2% AC. Al analizar la edad de inicio se encontró que el 33,3% de los pacientes con clínica < 16a desarrollaron un curso AC, sin alcanzar la significación estadística ($p = 0,3$). El 97,3% presentó artralgias y el 67,6% artritis. El 91,9% presentó fiebre, 48,6% odinofagia, 78,4% exantema asalmado, 40,5% mialgias, 37,8% adenopatías y 27% dolor abdominal. Entre las complicaciones destacaron: 13,5% síndrome de activación macrofágica (SAM), 10,8% afectación articular erosiva, 5,4% pleuritis, 8,1% pericarditis y 2,7% afectación renal. El 62,2% presentaba un diagnóstico previo diferente a ES y el 16,2% se inició como AIJs. Con el tiempo se realizó un panel de enfermedades autoinflamatorias en 20 pacientes (54,1%), de los cuales 5 (25%) mostraron mutaciones genéticas. En 3 casos, el diagnóstico de ES cambió a otro trastorno autoinflamatorio: síndrome (sd) TRAPS, sd.VEXAS y fiebre mediterránea familiar (FMF). En total, en 2024, 10 pacientes (27%) tienen un juicio clínico diferente al de ES.

Conclusiones: La ES continúa siendo un diagnóstico de exclusión por la ausencia de criterios definitivos. Los CY presentan una alta sensibilidad, como lo reflejan los resultados de nuestro estudio, donde más de un cuarto de los pacientes inicialmente diagnosticados con ES fueron reclasificados posteriormente. Se precisan de más estudios que se enfoquen en desarrollar criterios diagnósticos específicos para la ES. Estos criterios deberían incorporar biomarcadores clínicos, analíticos y genéticos que permitan diferenciarla de otras enfermedades autoinflamatorias y autoinmunes con manifestaciones similares.

RC054. INDICADORES DE GESTIÓN CLÍNICA DE LA INNOVACIÓN TERAPÉUTICA EN ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS

Marina Sáez Belló¹, Mónica Climente Martí¹,
Juan José Alegre Sancho², José María Paredes Arquiola³
y Almudena Mateu Puchades⁴

¹Servicio de Farmacia. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia.

²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia. ³Servicio de Medicina Digestiva. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia. ⁴Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia.

Objetivos: Describir la evolución de indicadores de gestión clínica en enfermedades inmunomediadas en tratamiento con fármacos biológicos (FB), inhibidores de Janus Kinasa (iJAK) y/o apremilast atendidos en los servicios de Reumatología (SR), Medicina Digestiva (SMD) y Dermatología (SD) entre 2019 y 2024.

Métodos: Los indicadores de gestión clínica fueron: 1) incremento acumulado de gasto anual en farmacia hospitalaria que supuso el tratamiento de las enfermedades inmunomediadas atendidas en los SR, SMD y SD; 2) incremento acumulado de pacientes en tratamiento con FB, iJAK y/o apremilast; 3) incremento acumulado del coste imputado; 3) penetración de fármacos biosimilares, expresado como pacientes en tratamiento con biosimilares respecto al total de pacientes en tratamiento con principios activos que disponen de presentación biosimilar comercializada en 2019 vs. en 2024; 4) eficiencia de terapias de alto impacto, definidas como el porcentaje de pacientes que inician tratamiento con la alternativa más eficiente (< 7.000 €/paciente/tratamiento/año) en 2019 vs. 2024; 5) porcentaje

de variación del coste de tratamiento por paciente y año (2019 vs. 2024), definido como el coste total anual dividido entre el número de pacientes atendidos.

Resultados: El incremento acumulado del gasto anual en farmacia hospitalaria que supuso el tratamiento de las enfermedades inmunomediadas atendidas por estos servicios fue de hasta el 28,5%. En el SR, el incremento acumulado de pacientes en tratamiento con FB, iJAK y/o apremilast fue del 89,6%, mientras que el coste acumulado se redujo en un 7,3%. El porcentaje de penetración de fármacos biosimilares fue incrementándose desde un 47,5% hasta un 92,4%. El porcentaje de inicios de tratamiento con la alternativa más eficiente evolucionó desde el 46,4% hasta el 96,0%, mientras que el porcentaje de variación del coste de tratamiento por paciente y año se redujo en un 51,1%. En el SMD, el incremento acumulado de pacientes en tratamiento con FB y/o iJAK fue del 65,2%, mientras que el coste acumulado se incrementó en un 62,8%. El porcentaje de penetración de fármacos biosimilares fue incrementándose desde un 35,5% hasta un 95,0%. El porcentaje de inicios de tratamiento con la alternativa más eficiente evolucionó desde el 28,0% hasta el 73,0%, mientras que el porcentaje de variación del coste de tratamiento por paciente y año se redujo en un 1,4%. En el SD, el incremento acumulado de pacientes en tratamiento con FB y/o iJAK fue del 148,6%, mientras que el coste acumulado se incrementó en un 115,9%. El porcentaje de penetración de fármacos biosimilares fue incrementándose desde un 15,5% hasta un 99,1%. El porcentaje de inicios de tratamiento con la alternativa más eficiente evolucionó desde el 32,1% hasta el 63,3%, mientras que el porcentaje de variación del coste de tratamiento por paciente y año se redujo en un 8,9%.

Conclusiones: El número de pacientes con enfermedades inmunomediadas tratados en los SR, SMD y SD se ha incrementado en los últimos 6 años, lo que supone un aumento del impacto presupuestario, que debe modularse desarrollando políticas consensuadas de uso racional entre los Servicios de Farmacia Hospitalaria y los servicios clínicos, que potencien el incremento de la penetración de fármacos biosimilares y la utilización de terapias, que sin haberse demostrado inferiores en términos de efectividad y seguridad, son las opciones de tratamiento más eficientes.

RC055. EVENTOS ADVERSOS REUMATOLÓGICOS ASOCIADOS CON LA INMUNOTERAPIA: DATOS DE UN CENTRO

Maite Silva Díaz¹, Joaquín Mosquera Martínez²,
Teresa Calleja Chuclá³, María Rosario García Campelo²
y Javier de Toro Santos^{1,4}

¹Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. Instituto de Investigación Biomédica A Coruña. ²Servicio de Oncología Médica. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. ³Servicio de Farmacia. Área de Oncohematología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. ⁴Universidad de A Coruña.

Introducción: Con la incorporación de la inmunoterapia para tratar diferentes patologías neoplásicas, se han descrito los eventos adversos relacionados con el sistema inmunológico (irAE). Los fármacos que bloquean los puntos de control inmunológico (*immune checkpoint inhibitors*, ICI), inhiben las señales de bloqueo de los linfocitos T citotóxicos, alterando el equilibrio entre tolerancia y autoinmunidad. Los irAE reumatológicos (Rh-irAE) más frecuentes son la artritis inflamatoria, el síndrome polimiálgico y la miositis inflamatoria. Tienen una prevalencia de entre el 2 y el 3,8% de todos los pacientes que reciben ICI¹. Es muy importante la derivación temprana a reumatología de los pacientes que están recibiendo ICI y presentan dolor moderado que no mejora con analgesia y/o antiinflamatorios. Por este motivo en noviembre de 2023 se inició una consulta específica de derivación de todos los pacientes de oncología a reumatología.

Tabla 1. Motivo de derivación a la consulta de reumatología-oncología, tipo de tumor y tratamiento ICI recibidos

	Total (n = 150)
Motivo de derivación	
Osteoporosis, n (%)	74 (49,33)
Dolor localizado, n (%)	31 (20,67)
Omalgia, n (%) (n = 31)	8 (25,81)
Gonalgia, n (%) (n = 31)	7 (22,58)
Dolor en mano, n (%) (n = 31)	7 (22,58)
Lumbalgia, n (%) (n = 31)	6 (19,35)
Dolor en tobillo, n (%) (n = 31)	1 (3,23)
Dolor inflamatorio, n (%)	23 (15,33)
Artralgias, n (%)	18 (12,00)
Paget, n (%)	2 (1,33)
Erosiones óseas en TC, n (%)	1 (0,67)
Xerostomía, n (%)	1 (0,67)
Tipo de tumor	
Mama, n (%)	100 (66,67)
Pulmón, n (%)	23 (15,33)
Digestivo, n (%)	7 (4,67)
Urotelial, n (%)	7 (4,67)
Melanoma, n (%)	4 (2,67)
Endometrio, n (%)	1 (0,67)
Mesotelioma pleural, n (%)	1 (0,67)
Otorrinolaringológico, n (%)	1 (0,67)
Próstata, n (%)	1 (0,67)
Vulva, n (%)	1 (0,67)
Tiroides, n (%)	1 (0,67)
Tratamiento ICI (n = 35)	
Pembrolizumab	19 (54,29)
Nivolumab	10 (28,57)
Nivolumab e Ipilimumab	4 (11,43)
Durvalumab	1 (2,86)
Atezolizumab	1 (2,86)

Tabla 2. Pacientes remitidos a la consulta de reumatología-oncología que desarrollan eventos adversos reumatológicos relacionados (Rh-irAE) con el tratamiento con inhibidores de los checkpoints (ICI)

Paciente	Tipo de tumor	Tratamiento ICI	Diagnóstico	Tratamiento pautado
1	Urotelial	Atezolizumab	Artritis de inicio	Corticoide oral
2	Carcinoma escamoso de pulmón	Durvalumab	Artritis de inicio	Corticoide oral y metotrexato
3	Renal	Nivolumab	Monoartritis tobillo, posible artritis gotosa	Alopurinol y colchicina
4	Melanoma	Nivolumab	Artritis de inicio de bajo grado	AINE
5	Carcinoma de pulmón no célula pequeña	Nivolumab	Artritis de inicio	Corticoide oral
6	Adenocarcinoma de pulmón	Pembrolizumab	Artritis de inicio	Infiltración y corticoide oral
7	Renal	Nivolumab e ipilimumab	Monoartritis rodilla	Infiltración
8	Urotelial	Nivolumab	Polimialgia reumática	Corticoide oral
9	Renal	Nivolumab	Polimialgia reumática	Corticoide oral
10	Carcinoma gástrico	Nivolumab	Polimialgia reumática	Corticoide oral
11	Mesotelioma pleural	Nivolumab e ipilimumab	Polimialgia reumática	Corticoide oral
12	Renal	Nivolumab e ipilimumab	Polimialgia reumática	Corticoide oral
13	Renal	Nivolumab e ipilimumab	Polimialgia reumática	Corticoide oral
14	Adenocarcinoma de pulmón	Pembrolizumab	Polimialgia reumática	Corticoide oral
15	Carcinoma escamoso de pulmón	Pembrolizumab	Polimialgia reumática	Corticoide oral
16	Adenocarcinoma de pulmón	Pembrolizumab	Polimialgia reumática	Corticoide oral
17	Adenocarcinoma de pulmón	Nivolumab	Miopatía de bajo grado	Vigilancia

Objetivos: Describir las características clínicas de los pacientes remitidos a reumatología desde oncología y estimar la frecuencia de Rh-irAEs en nuestro centro.

Métodos: Realizamos un estudio observacional retrospectivo de los pacientes valorados en una consulta específica de reumatología-oncología en el Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC) desde noviembre de 2023 hasta diciembre de 2024. Se recogieron variables clínicas y de tratamiento.

Resultados: Se evaluaron 150 pacientes en la consulta específica de reumatología-oncología. El motivo principal de derivación fue el estudio de osteoporosis (49,33%), seguido por dolor localizado (20,67%). En cuanto a los diagnósticos oncológicos, la mayoría de los pacientes presentaban cáncer de mama (66,67%), seguido por cáncer de pulmón (15,33%). De los pacientes evaluados, 35 (23,33%) estaban recibiendo tratamiento con ICI. La mayoría con pembrolizumab (54,29%) (tabla 1). Entre los 35 pacientes tratados con ICI, se diagnosticaron 17 Rh-irAEs: 9 casos de polimialgia reumática, 7 de artritis y 1 de miopatía de bajo grado (tabla 2). Esto representa que el 48,57% de los pacientes remitidos desde oncología tratados con ICI desarrollaron un Rh-irAE. En nuestro centro, durante el período analizado, 851 pacientes recibieron tratamiento con ICI, de los cuales el 2% desarrollaron Rh-irAE. Del resto de los pacientes tratados con ICI, un paciente con artritis psoriásica previa requirió ajuste de su tratamiento habitual tras iniciar pembrolizumab, se diagnosticaron dos casos de artrosis de manos “activada” y un caso de gonartrosis con exacerbación del dolor en un paciente tratado con nivolumab (tabla 3).

Tabla 3. Pacientes remitidos a la consulta de reumatología-oncología tratados con ICI que desarrollan imitadores de Rh-irAEs

Paciente	Tipo de tumor	Tratamiento ICI	Diagnóstico	Tratamiento pautado
18	Carcinoma escamoso de pulmón	Pembrolizumab	Artritis psoriásica previa	Corticoide oral
19	Adenocarcinoma de pulmón	Nivolumab	Artrosis de manos “activada”	AINE
20	Melanoma	Pembrolizumab	Artrosis de manos “activada”	Analgesia
21	Carcinoma escamoso de pulmón	Nivolumab	Gonartrosis agudizada	AINE
22	Adenocarcinoma de pulmón	Pembrolizumab	Gonartrosis III derecha	Analgesia
23	Mama	Pembrolizumab	Condrotropía rotuliana incipiente	AINE
24	Renal	Pembrolizumab	Espondiloartrosis, gonartrosis I bilateral	Analgesia
25	Melanoma	Pembrolizumab	Rizartrosis, gonartrosis	Infiltración
26	Mama	Pembrolizumab	Rizartrosis, tenosinovitis extensora de carpos	Analgesia
27	Mama	Pembrolizumab	Artrosis nodular de manos	Condroitin sulfato
28	Adenocarcinoma de pulmón	Pembrolizumab	Artrosis nodular de manos	Vigilancia
29	Melanoma	Pembrolizumab	Lumboartrosis	AINE
30	Adenocarcinoma de pulmón	Pembrolizumab	Escoliosis rotatoria con aplastamiento dorsal	Analgesia, Denosumab
31	Mama	Pembrolizumab	Tenosinovitis de DeQuervain	Infiltración
32	Mama	Pembrolizumab	Tenosinovitis primer tendón flexor mano	Infiltración
33	Vulva	Nivolumab	Tendinopatía de hombro	Infiltración
34	Adenocarcinoma de pulmón	Pembrolizumab	Dolor óseo relacionado con metástasis	Analgesia
35	Adenocarcinoma de pulmón	Pembrolizumab	Candidiasis oral y dermatitis seborreica	Antimicótico

Conclusiones: La mayoría de los pacientes valorados en la consulta específica de reumatología-oncología presentaban cáncer de mama y el motivo principal de derivación fue el estudio de osteoporosis. De los 150 pacientes evaluados, solo 35 estaban en tratamiento con ICI. De estos, 17 pacientes desarrollaron un Rh-irAE, lo que supone un 2% del total de pacientes tratados con ICI.

Bibliografía

1. Richter MD, Crowson C, Kottschade LA, Finnes HD, Markovic SN, Thanarajasingam U. Rheumatic Syndromes Associated With Immune Checkpoint Inhibitors: A Single-Center Cohort of Sixty-One Patients. *Arthritis Rheumatol*. 2019;71(3):468-75.

RC056. REULAB: EXPERIENCIA EN LA IMPLANTACIÓN DE UNA CONSULTA DE TÉCNICAS ESPECÍFICAS DE REUMATOLOGÍA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Laura María Jiménez Rodríguez, Marco Aurelio Ramírez Huaranga, David Castro Corredor, Lourdes Martín de la Sierra López, Joaquín Anino Fernández, David Velasco Sánchez, Alberto López-Menchero Mora, Ana Isabel Martín-Albo López y Marcos Alfredo Paulino Huertas

Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Introducción: En las últimas décadas, el reumatólogo ha desarrollado habilidades técnicas dirigidas al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades reumatológicas y autoinmunes sistémicas, como la capilaroscopia, ecografía musculoesquelética y vascular, biopsia de glándulas salivales y procedimientos intervencionistas guiados por imagen. Estos requieren de unas condiciones específicas que no siempre son compatibles con el ambiente de las consultas diarias habituales, requiriendo mayor tiempo, equipamiento adecuado, así como personal de enfermería y auxiliar entrenado. Así, surge la necesidad de crear consultas específicas que permitan separar estas actividades de la consulta habitual.

Objetivos: Describir la experiencia de un hospital universitario en la implementación de una consulta específica de técnicas diagnóstico-terapéuticas en reumatología, analizando los procedimientos realizados y su impacto en la práctica clínica.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, basado en la revisión de los registros clínicos de los procedimientos realizados en una consulta especializada de técnicas reumatológicas en un hospital universitario entre enero de 2023 y diciembre de 2024. Se recopilaron datos sobre el diagnóstico de sospecha, tipo de técnica realizada y resultados obtenidos (tabla).

Procedimientos	Total (n = 557)
Técnicas diagnósticas	
Capilaroscopia	159 (28,5%)
Biopsia de glándula salival	19 (3,4%)
Ecografía glándula salival	18 (3,2%)
Ecografía arterias temporales	9 (1,6%)
Ecografía MSK diagnóstica	106 (19%)
Ecografías de actividad	45 (8%)
Índice MASEI	2
Infiltraciones ecoguiadas	195 (35%)
Articulaciones periféricas	122 (21,9%)
AH/PRP	15
Corticosteroides	107
Raquis	73 (13,1%)
Sacroiliacas	43
Facetas	5
Miofasciales	25

Resultados: Durante los dos años del periodo de estudio, se llevaron a cabo un total de 557 procedimientos (279 de media anual). Se han realizado 159 capilaroscopias (28,5%) para estudio de pacientes con fenómeno de Raynaud, 19 biopsias (3,4%) y 18 ecografías (3,2%) de

glándula salival para confirmar el diagnóstico de Síndrome de Sjögren en pacientes con sospecha clínica, 9 ecografías vasculares de arterias temporales (1,6%) en pacientes con sospecha de arteritis de células gigantes, 106 ecografías musculoesqueléticas (19%) diagnósticas y 45 ecografías de actividad (8%) incluyendo 2 índices de MASEI. Además, también se efectuaron un total de 195 procedimientos intervencionistas guiados por ecografía: 122 infiltraciones articulares periféricas (21,9%), de ellas 15 empleando técnicas de medicina regenerativa (ácido hialurónico y plasma rico en plaquetas) y 73 infiltraciones de raquis (13,1%), incluyendo 43 infiltraciones de articulación sacroilíaca en pacientes con espondiloartritis axial. Todas las técnicas se llevaron a cabo en un entorno controlado, contando con reumatólogos especializados, personal de enfermería y auxiliares entrenados en la realización de procedimientos y manejo de material específico.

Conclusiones: La implementación de una consulta específica de técnicas en reumatología proporciona un entorno óptimo para llevar a cabo procedimientos complejos o que requieren un mayor tiempo, permitiendo optimizar la atención y mejorar los resultados, así como evitar la saturación de las consultas diarias. Además, ha permitido un uso más eficiente de los recursos al reducir la necesidad de derivaciones y pruebas de mayor coste. Por ejemplo, las ecografías diagnósticas e intervencionistas disminuyen las derivaciones a Unidad del Dolor y a Radiología; las biopsias de glándula salival, al realizarse directamente en estas consultas, evitan la derivación a otros servicios como Maxilofacial; las ecografías de arteria temporal reducen la necesidad de biopsia o pruebas costosas como el PET-TC; y la capilaroscopia y las ecografías de actividad ayudan a ajustar tratamientos y definir la necesidad de seguimiento de manera más objetiva y precisa.

RC057. CARACTERIZACIÓN ECOGRÁFICA DE LA SINOVITIS COLINÉRGICA (HIPERREACTIVIDAD SINOVIAL TÉRMICA) Y FACTORES ASOCIADOS CON LA RESPUESTA TERAPÉUTICA

Carlos Antonio Guillén Astete, Miguel Zamorano Serrano y Nuria García Montes

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: La sinovitis colinérgica (SC) o síndrome de hiperreactividad sinovial térmica, es una entidad descrita recientemente que consiste en la aparición de derrame sinovial en respuesta a un estímulo mecánico sostenido en un entorno de altas temperaturas. Desde su descripción en 2019, hemos atendido a 16 nuevos pacientes procedentes de diferentes consultas de reumatología. El objetivo del presente estudio ha sido describir los hallazgos ecográficos más característicos de esta enfermedad y los factores asociados a una mejor respuesta terapéutica.

Métodos: Se presentan los datos de los casos nuevos comunicados desde 4 consultas de reumatología en los últimos 6 años. Se revisaron los registros médicos. Se revisaron historias clínicas e imágenes ecográficas y se realizaron pruebas de asociación entre los resultados de la respuesta terapéutica y las características clínicas de los casos.

Resultados: Se incluyeron 19 casos nuevos y 4 casos documentados previamente por nuestro grupo. Dado que no existen criterios de diagnóstico o clasificación, el diagnóstico se estableció mediante tres criterios: (1) demostración de derrame sinovial significativo tras un esfuerzo físico en condiciones ambientales de más de 35 °C en al menos dos ocasiones documentado por el reumatólogo mediante pruebas de imagen, (2) presencia de eritema local, prurito o habones en la articulación afectada durante el ejercicio, y (3) ausencia de derrame sinovial en el estudio ecográfico basal. Veintiún pacientes (91%) eran mujeres. La edad media era de 30,1 DE 3,3 años. Todos los diagnósticos se establecieron durante los

veranos. El tiempo medio de evolución fue de 24,0 DE 8,8 meses. Veinte casos se documentaron en rodillas, dos en codos, dos en hombros, dos en carpos y dos en articulaciones metacarpofalángicas (MCP). En el estudio ecográfico basal, se identificó sinovitis de grado I en 12 pacientes y de grado II en el resto. En el estudio ejercicio, se identificó hiperemia intrasynovial en todos los pacientes, pero no en todas las localizaciones (no se detectó en una articulación carpiana ni en una articulación MCP). detectada en un carpo y una MCP). Se encontró una respuesta clínica satisfactoria con dosis estándar de hidroxizina (100 mg/día) en 14 pacientes (60,9%). En el resto, hubo que aumentar la dosis a 200 mg/día para lograr una respuesta (6 casos) o reducir la actividad física debido a la falta de actividad física. actividad física por falta de respuesta (3 casos). La respuesta completa a dosis bajas de hidroxizina se asoció a mayor edad (31,6 DE 2,2 vs. 27,8 DE 3,6) ($p = 0,015$), menor grado de sinovitis en el estudio ecográfico (12/14) ($p < 0,001$), ausencia de prurito (11/14) ($p = 0,002$) y ausencia de habones (12/14) ($p < 0,001$).

Conclusiones: El hallazgo ecográfico más característico en pacientes con sinovitis colinérgica es la presencia de proliferación sinovial sin señal Doppler, que responde con hiperemia tras la actividad física y que se demostró en todos los pacientes. En pacientes con grados más graves de sinovitis, la respuesta terapéutica se consigue con dosis más elevadas de antihistamínicos o incluso puede ser necesario reducir la actividad física. Otros factores asociados con respuestas completas a dosis estándar de hidroxizina fueron la ausencia de prurito y habones, así como la menor edad en el momento del diagnóstico.

RC058. TOCILIZUMAB BIOSIMILAR. DEL ORIGINAL AL BIOSIMILAR

Beatriz Rosa Villapun Burgo¹, Esther Chamorro de Vega², Belén Serrano Benavente¹, Isabel Castrejón¹, Camille Bourgeois Avella¹, Lucía Paz Liñeria¹, Amparo López³, Susana Sánchez Vázquez³, Rosa Romero Jiménez², Indalecio Monteagudo Sáez¹ y Juan Carlos Nieto-González¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ³Enfermería de Práctica Avanzada de Reumatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción: Tocilizumab, un anticuerpo monoclonal humanizado frente al receptor de interleucina 6, está indicado en distintas enfermedades como son la artritis reumatoide, polimialgia reumática y arteritis de células gigantes. En 2024 se comercializó tocilizumab biosimilar (T.bio) y el cambio de tocilizumab original (T.orig) al biosimilar es una realidad en práctica clínica habitual. En nuestro centro se ha realizado la transición de T.orig al T.bio de forma protocolizada.

Métodos: Se analizó la cohorte de pacientes con enfermedades inflamatorias tratados con T.orig que han modificado a T.bio durante 2024. Nuestro centro, con la coordinación desde Farmacia Hospitalaria, ha modificado todos los tratamientos con T.orig al T.bio entre los meses de julio y agosto de 2024. Se ha analizado la aparición de eventos adversos, y cuáles han sido, y también se describen los brotes de la enfermedad de base en los 6 meses posteriores al cambio.

Resultados: Se analizaron los datos de 147 pacientes que cambiaron a T.bio de los cuales 133 se administraba por vía subcutánea (90,4%) y 14 intravenosos (9,6%). En la tabla se muestran los datos demográficos de los pacientes analizados. En total se presentaron eventos adversos en 7 pacientes (4,8%), de los cuales 4 fueron con tocilizumab intravenoso (28,6%), 2 de ellas reacciones infusionales, otra distensión abdominal y otra aparición de úlceras orales; y 3 con tocilizumab subcutáneo (2,26%), 1 de ellas edema facial y prurito, otra habón posinyección grave y otra diverticulitis aguda. Se describieron también 9 brotes inflamatorios (6,1%), 2 con intravenoso (14,3%) y 7 con

subcutáneo (5,26%). Uno de los brotes se produjo en un paciente con espaciamento reciente y otro en una paciente con brotes también previos a la modificación. Todos los eventos descritos se produjeron dentro de los 4 meses siguientes al cambio. No hubo diferencias entre las distintas indicaciones de tocilizumab (tabla).

Tabla 1. Datos demográficos y generales de los pacientes que modificaron|Tocilizumab original por el biosimilar.

	Total (n:147)	Subcutáneo (n:133)	Intravenoso (n:14)
Edad mediana (RI)	63,2 (53,3-72,6)	63,3 (53,7-73,3)	58,1 (50-68,3)
Diagnóstico n(%)			
Artritis reumatoide	104 (70,75)	94 (70,68)	10 (71,43)
Arteritis de células gigantes	15 (10,2)	15 (11,28)	0
Polimialgia reumática	4 (2,72)	4 (3,01)	0
Artritis idiopática juvenil	5 (3,4)	4 (3,01)	1 (7,14)
Esclerosis sistémica / EMTC	7 (4,76)	6 (4,51)	1 (7,14)
Otros diagnósticos	12 (8,16)	10 (7,52)	2 (14,28)
Reacción adversa post-cambio n (%)	7 (4,8)	3 (2,3)	4 (28,6)
Tiempo medio hasta reacción adversa (media meses)	2,1	2,2	1,8

Conclusiones: La modificación de T.orig a T.bio ha mantenido una buena seguridad en general. Sin embargo, se debe tener cautela con la administración intravenosa, que en nuestra serie ha presentado más reacciones infusionales de las esperadas.

RC059. PERCEPTION OF COVID-19 VACCINES IN RHEUMATOLOGY PATIENTS

Liz Romero-Bogado^{1,2}, Martina Steiner^{1,2}, Cristina Andreu-Vázquez³, Israel Thuissard-Vasallo³, Tatiana Cobo-Ibáñez^{1,2}, Isabel de la Cámara-Fernández^{1,2}, Ana Esteban-Vázquez^{1,2}, M. Beatriz Paredes-Romero^{1,2}, Patricia Richi-Alberti^{1,2}, Laura Trives-Folguera^{1,2}, Cristina Vergara-Dangond^{1,2}, Elisabet Castaneda^{1,2}, Ana Acosta-Alfaro^{1,2}, Gabriela Cueva-Nájera^{1,2}, Rosa Sánchez-Díaz¹, Encarnación Puerto-Muñoz¹ and Santiago Muñoz-Fernández^{1,2}

¹Rheumatology. Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. Madrid. ²European University of Madrid. ³Department of Medicine. Faculty of Biomedical and Health Sciences. European University of Madrid. Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. Madrid.

Introduction: Since the appearance of vaccines for COVID-19, the course of infections has changed significantly. Over the past four years of coexisting with the virus, a marked improvement in disease outcomes has been observed, especially in patients with rheumatological diseases; this is largely attributable to widespread immunisation.

Objectives: To evaluate the perception of COVID-19 vaccine protection and describe the incidence and severity of COVID-19 in the pre- and post-vaccination periods, we compared patient typologies and immunosuppressive treatments in rheumatology patients.

Methods: This study used observational, descriptive-analytical, ambispective, and cross-sectional methods. We administered a questionnaire via the rheumatology service to patients with immune-mediated inflammatory diseases (IMID) with or without disease-modifying antirheumatic drugs (DMARDs), including conventional synthetic drugs (csDMARDs), biological drugs (bDMARDs), and targeted synthetic drugs (tsDMARDs), and to patients with musculoskeletal conditions (non-autoimmune patients). All of them had received at least two doses of the COVID-19 vaccine.

Results: A total of 407 patients (59.1 ± 13.6 and 66.1% female) were studied. The majority of patients (78.1%) reported feeling protected

or very protected by the COVID-19 vaccine, with the perception of safety ranging from 66.9% to 87.5% across different patient typologies. The proportion of patients who felt protected or very protected was significantly lower in the non-autoimmune group (63.9%) compared to IMID patients treated with csDMARDs (87.5%) or bDMARDs [excluding CD-20 inhibitors (rituximab)] and tsDMARDs (82.1%) ($p < 0.001$ and $p = 0.011$, respectively). There were no significant differences in the incidence of COVID-19 infection, nor in the severity of its clinical presentation (in both the pre- and post-vaccination stages) among the different typologies of patients, nor in relation to the immunosuppressive therapy they received.

Characteristics of patients with rheumatologic diseases included in the study

	n = 407
Gender, n (%)	
Male	138 (33.9%)
Female	269 (66.1%)
Age, mean $\pm$ SD	59.1 $\pm$ 13.6
Typology, n (%)	
Non-autoimmune	127 (31.2%)
Autoimmune* without DMARDs	57 (14.0%)
Autoimmune with csDMARDs*	120 (29.5%)
Autoimmune with bDMARDs* (excluding CD-20 inhibitors (rituximab)) and tsDMARDs*	95 (23.3%)
Autoimmune with CD-20 inhibitors (rituximab)	8 (2.0%)
Covid at any time, n (%)	
Yes	259 (63.6%)
No	148 (36.4%)
Covid prior to vaccination, n (%)	
Yes	102 (25.1%)
No	305 (74.9%)
Covid prior to vaccination, n (%)	
Yes	102 (25.1%)
With hospital admission	9 (8.8%)
No	305 (74.9%)
Covid after vaccination, n (%)	
Yes	214 (52.6%)
With hospital admission	8 (3.7%)
No	193 (47.4%)

*Autoimmune: rheumatoid arthritis, seronegative chronic arthritis, psoriatic arthritis, spondyloarthritis (with or without intestinal involvement), polymyalgia rheumatica, giant cell arteritis, systemic lupus erythematosus, Sjögren's syndrome, systemic sclerosis, mixed connective tissue disease, myositis, primary antiphospholipid syndrome, Behçet's disease, sarcoidosis, juvenile idiopathic arthritis, hyper IgG4 syndrome. 'csDMARDs (conventional synthetic disease-modifying antirheumatic drugs): methotrexate, leflunomide, sulfasalazine, hydroxychloroquine, azathioprine, mycophenolate mofetil, cyclophosphamide. "bDMARDs (biologic disease-modifying antirheumatic drugs): tumour necrosis factor-alpha inhibitors (TNF- α), interleukin-6 inhibitors (IL-6i), interleukin 17/12-23/23 pathway inhibitors, cytotoxic T-lymphocyte antigen 4 inhibitors (CTLA-4i) (abatacept), B-lymphocyte stimulator specific inhibitors (BlyS inhibitors) (belimumab). •tsDMARDs (targeted synthetic DMARDs): Janus quinase inhibitors (JAKi), phosphodiesterase 4 inhibitor (PDE-4i) (apremilast).

Conclusions: Patients with autoimmune conditions receiving immunosuppressive treatment reported higher levels of perceived protection after COVID-19 vaccination. However, the incidence and severity of COVID-19 infection were similar in patients with and without IMID.

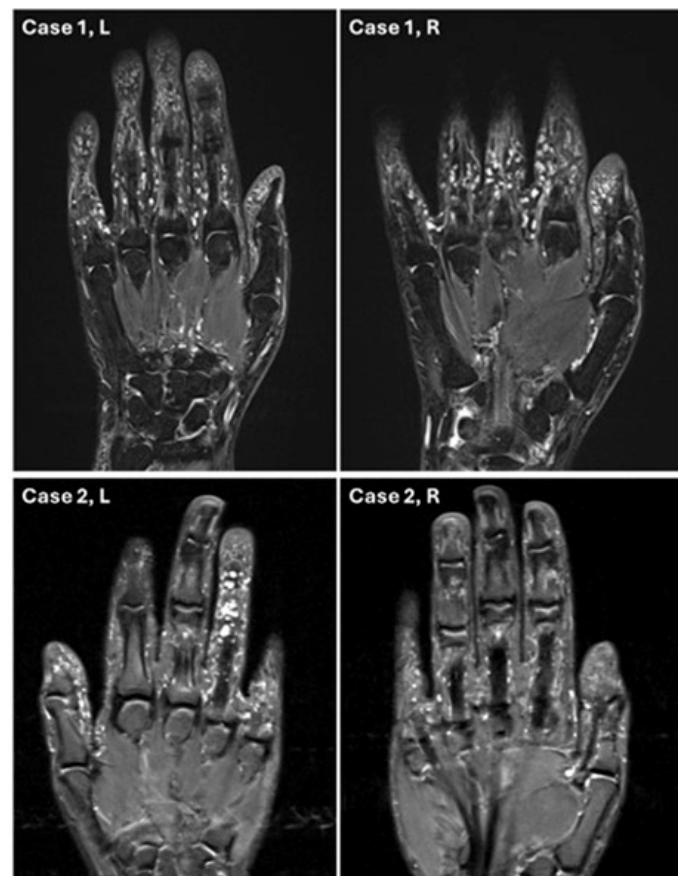
RC060. PACINIAN CORPUSCLE HYPERPLASIA: A CASE SERIES OF TWO PATIENTS

Miguel Correia Natal, Bárbara Fernandes Esteves, Georgina Terroso, Bruno Gomes Fernandes, Sofia Pimenta Vale and Lúcia Dias Costa

Rheumatology Department. ULS São João. Porto. Portugal.

Introduction: Pacinian corpuscles are specialized mechanoreceptors located in the dermis and hypodermis, primarily involved in the detection of vibration and pressure. Hyperplasia of these corpuscles is a rare phenomenon that can cause bothersome symptoms, with limited documentation in the medical literature. Here, we present two cases of Pacinian corpuscle hyperplasia (PCH), characterized by chronic pain, paresthesias, and localized swelling.

Case reports: Case 1. A 64-year-old female patient, followed in Neurology for due to a history of severe right-sided peripheral facial paralysis (December 2021), associated with incomplete recovery despite physiotherapy and botulinum toxin therapy, was referred for Rheumatology evaluation of paresthesias in the palmar aspect of the proximal phalanges and fingertips of both hands. The patient denied Raynaud's phenomenon but described nocturnal pain, a "throbbing" sensation in the fingers, and occasional erythema, particularly after wetting the hands. Physical examination revealed crepitation of the flexor tendons in the hands, with no peripheral arthritis. Investigations included an EMG showing chronic neurogenic lesions of the right facial nerve, laboratory studies (normal inflammatory markers, negative autoantibodies and serum protein electrophoresis), and an unremarkable hand MRI except for an increase in the number and prominence of Pacinian corpuscles in the palmar subcutaneous tissue, prompting the diagnosis of PCH. Case 2. A 60-year-old female patient with a history of osteoarthritis and autoimmune thyroiditis was referred for evaluation of a 2-year history of recurrent bilateral digital pain and "pricking" sensations, followed by localized swelling and ecchymosis along the affected fingers. The symptoms were not associated with trauma, Raynaud's phenomenon, or digital ulcers. On examination, there was no evidence of active arthritis or skin changes; however, crepitus was noted in the metacarpophalangeal and interphalangeal joints. Laboratory evaluation showed mildly elevated inflammatory markers (ESR 47 mm/h, CRP 7.8 mg/L) but no significant autoantibodies. Ultrasound of the hand showed no significant changes. Hand MRI identified multiple rounded, hyperintense formations on fluid-sensitive sequences, consistent with hyperplasia of Pacinian corpuscles, localized in the palmar subcutaneous tissue. These findings were further corroborated in a multidisciplinary radiology discussion.



MRI T2 STIR and T1 TIRM scans of both hands from cases 1 and 2, respectively, showing identical increase in the number and prominence of Pacinian corpuscles, seen as high-signal rounded formations in the subcutaneous tissue.

Discussion: Pacinian corpuscle hyperplasia is a rare and likely underdiagnosed condition. Potential links to chronic mechanical stimulation or trauma (e.g., due to occupational activities), neuropathic changes, hematologic malignancies, and occasionally neurofibromatosis have been proposed. Symptoms like digital pain, paresthesias, and ecchymoses are nonspecific, often leading to delays in diagnosis. In the cases presented, MRI was crucial in identifying hypertrophic Pacinian corpuscles as high-signal rounded structures in the palmar subcutaneous tissue. Recognizing these imaging patterns and their clinical correlation is key to diagnosis. This condition should be considered in patients with unexplained digital pain. Early diagnosis using advanced imaging can prevent unnecessary interventions and aid appropriate management. Further research is needed to clarify its pathophysiology and systemic associations.

RC061. ANÁLISIS DE LA ACTITUD DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES DIFUSA O EPID DEL COMITÉ DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Gracia Moral García, Esther Fernández Panadero, Rocío Guerra Vera, Virginia Moreira Navarrete, Francisco Javier Toyos Sáenz de Miera y José Javier Pérez Venegas

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: Las enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID) comprenden un grupo heterogéneo de trastornos pulmonares caracterizados por la afectación del intersticio pulmonar. En ciertos casos, se encuentran asociadas a enfermedades reumáticas autoinmunes sistémicas (ERAS), por lo que es importante un abordaje multidisciplinar en este grupo de pacientes.

Objetivos: Evaluar la efectividad de un comité multidisciplinar, así como su impacto y utilidad en el proceso diagnóstico y manejo de pacientes con ERAS y EPID, en un hospital terciario en España.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en el Servicio de Reumatología de un hospital universitario terciario en España. Se analizaron todos los pacientes con ERAS y EPID evaluados por un comité multidisciplinario entre enero de 2023 y diciembre de 2024. Se incluyeron reumatólogos, neumólogos, radiólogos, nefrólogos, internistas e inmunólogos. Se recogieron datos sociodemográficos y clínicos, así como las decisiones sobre el manejo. Se utilizaron los criterios para fibrosis pulmonar progresiva (FPP) según el estudio INBUILD¹. En el análisis de los resultados, se utilizó el módulo Pandas para la gestión de datos y Psyc (stats) para el análisis estadístico.

Resultados: Se incluyeron 50 pacientes con EPI, con una duración media de $3,6 \pm 3,94$ años. El 62% de ellos eran mujeres, con una edad media de $65,42 \pm 13,13$ años. El 18% eran fumadores y el 34% exfumadores. La cohorte incluyó pacientes con artritis reumatoide en 34% ($n = 17$), seguida de esclerosis sistémica en un 20% ($n = 10$), miopatías en un 16% ($n = 8$) y síndrome de Sjögren en un 10% ($n = 5$), siendo el resto de patologías menos frecuentes. El patrón más común en TC de tórax fue NINE en 27 pacientes (54%), NIU en 15 (30%), NOC en 2 (4%) y 6 (12%) con otros. En 17 casos (34%) hubo progresión radiológica, en 13 (26%) progresión clínica y en 17 (34%) de la función pulmonar. Antes del comité, el 48% ($n = 24$) recibían tratamiento con FAMEsc, seguido por un 28% ($n = 14$) con inmunosupresores y un 24% ($n = 12$) con FAMEb. Se decidió ampliar el estudio en 11 pacientes (22%), siendo la biopsia la prueba más solicitada en un 45,45%, seguidas de pruebas de imagen en 36,36% y de función pulmonar en 18,18%. Además, se inició tratamiento en 36 pacientes (72%), con FAMEb en 9(18%), IS en 7(14%), FAMEsd en

4(8%), entre otros tipos de tratamientos. Además, el uso de glucocorticoides descendió después de la decisión de los expertos (50 vs. 72%). El tratamiento antifibrótico se inició en 11 casos (22%). En 6 pacientes ya se había aprobado en reuniones previas, siendo 17 pacientes que recibieron terapia antifibrótica después del comité. El 70,59% ($n = 12$) continúan con él, con duración media de $13,45 \pm 12,78$ meses. Se notificaron efectos adversos en 47,06% ($n = 8$). Entre los que lo interrumpieron, el 100% lo hicieron debido a efectos adversos.

Conclusiones: Los comités multidisciplinarios desempeñan un papel fundamental en el manejo de la EPID, proporcionando un enfoque integral para el diagnóstico, tratamiento y manejo de los pacientes. Es crucial que se priorice la implementación de este tipo de equipos, ya que contribuyen significativamente a la efectividad de la toma de decisiones clínicas y a la calidad general de la atención al paciente.

Bibliografía

1. Matteson EL, et al. Nintedanib in patients with autoimmune disease-related progressive fibrosing interstitial lung diseases: subgroup analysis of the inbuild trial. *Arthritis Rheumatol.* 2022;74:1039-47.

RC062. ANÁLISIS DE LA PROGRESIÓN RADIOLÓGICA ANUAL DE LA ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DE RECIENTE COMIENZO EN PACIENTES CON CONECTIVOPATÍAS CON RELACIÓN A LA CONCENTRACIÓN KL6 Y DE LA TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES

María de los Ángeles Blázquez Cañamero, M. del Prado Orduña Díez, Garbiñe Roi Ariño, Carmen Santiuste Puente, Luis Gorospe Sarasua, Javier Ignacio Gaudó Navarro, Carlos Guillén Astete, José Luis Morell Hita, Carlos de la Puente Bujidos, Patricia García Casado, M. Teresa Rodríguez Serrano y Mónica Vázquez Díaz

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial (EPID) es una de las complicaciones más frecuentes de las enfermedades del tejido conectivo y otras enfermedades autoinmunes. En el diagnóstico, la radiología se ha convertido en una herramienta imprescindible en los últimos años. La tomografía computadorizada de alta resolución (TCAR) de tórax permite identificar diferentes patrones radiológicos y valorar su extensión siendo una herramienta con valor pronóstico. La glicoproteína Krebs von den Lungen 6 (KL 6) es un biomarcador prometedor, cada vez más utilizado en la práctica habitual, como marcador de daño alveolar y por tanto de actividad. La tomografía por emisión de positrones (PET TC) es una técnica de imagen que se ha introducido en la práctica clínica reumatológica.

Objetivos: Describir la evolución radiológica y funcional de la enfermedad pulmonar intersticial (EPI) de pacientes con un diagnóstico reciente de una enfermedad autoinmune sistémica (EAS) y su correlación con los hallazgos basales de la tomografía por emisión de positrones (PET TC) y de los niveles de la (KL-6).

Métodos: Se incluyeron diez pacientes consecutivos con diagnóstico de una EAS en el último año a lo largo del periodo 2019-2022. Se protocolizó la realización de una tomografía computarizada de alta resolución (TCAR), un análisis semicuantitativo SUVmax (PET TC) y una determinación en suero de la concentración de KL-6. Se cuantificó el índice GAP[i] y se recogieron variables clínico-demográficas, así como los resultados de las pruebas de función respiratorias (PFR) basales y al cabo de 12 meses.

Resultados: Completaron el estudio ocho pacientes, de sexo femenino con edades entre 27 y 80 años. Los diagnósticos de EAS fueron: Tres esclerosis sistémicas cutáneas limitadas, dos artritis reumatoides, un caso de lupus eritematoso sistémico, síndrome antisintetasa y una polimiositis. A lo largo del año de seguimiento

Tabla RC062

Caso	Edad	Diagnóstico EAS	Perfil autoinmunidad	Tipo EPID según TC AR	Tratamiento específico de la EPID	SUVmax	Cambio en la CVF (%) anual	Cambio en la DLCO (%) anual	KL6 basal (U/ml)
1	80	LES	ANA, anti-Sm, anti-Ro, anti-Tif	Indeterminado	-	0	-1	0	416,00
2	60	AR	FR, ACPA	NIU	ABT	3,10	10	23	5043,00
3	62	AR	ACPA	NIU	MTX, TCZ	0	-3	-7	523,00
4	52	ESCL	ANA	EPID fibrosante alternativo NIU	MMF, NT	0	2	0	2.101,00
5	59	SAS	Anti-Jo1	NINE/NO	MMF, NT	1,50	1	6	2.934,00
6	56	ESCL	antiSCL70	EPID fibrosante alternativo NIU	MMF	2,00	-4	-10	1.797,00
7	63	ESCL	antiSCL70	EPID fibrosante alternativo NIU	MMF	2,56	-6	-11	1.267,00
8	27	PM/Sc	Pm, antiSCL70	NINE/NO	MTX, RTX	3,02	8	15	399,00

se detectó progresión clínica de la disnea en un paciente. La media [DE] de la CVF y la DLCO no experimentaron cambios significativos (87,5 [9,7] a 88,3 [9,9], $p = 0,676$; 73,0 [15,9] a 75,0 [15,0], $p = 0,655$, respectivamente). La puntuación SUVmax basal no correlacionó con la concentración basal de KL-6. Se identificó una débil correlación inversa entre la concentración de KL-6 y la DLCO basales (coef. Pearson = -0,711; $p = 0,048$). No se identificaron correlaciones entre el SUVmax basal y los cambios en la CVF, DLCO ni KL-6 a lo largo del año de seguimiento. Todos los TC-AR de control mostraron estabilidad respecto de sus contrapartes basales al año de seguimiento. Siete pacientes tuvieron un índice GAP de 0 y un paciente, de 2 puntos. Ningún paciente modificó su índice GAP durante el seguimiento.

Conclusiones: El presente estudio, aunque limitado por el número de pacientes incluidos, denota una escasa modificación clínica y radiológica en el primer año de seguimiento de los pacientes con EPI en el seno de una EAS. Aunque convendría realizar estudios longitudinales similares con un mayor número de pacientes y durante más tiempo, nuestros resultados indican que, durante el primer año, el seguimiento por PET TC podría no ser necesario en todos los pacientes.

RC063. AFECTACIÓN EXTRAOCULAR Y COMPARACIÓN DE TRATAMIENTOS EN 65 PACIENTES CON SARCOIDOSIS OCULAR: ESTUDIO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Carmen Secada Gómez¹, Fabricio Benavides-Villanueva¹, Jorge J. Gaitán-Valdizán², Raúl Fernández-Ramón², José L. Martín-Varillas³, José Cifrián Martínez⁴, Rosalía Demetrio-Pablo², Santos Castañeda⁵ y Ricardo Blanco¹

¹Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Grupo de Inmunopatología. IDIVAL. Santander.

²Departamento de Oftalmología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ³Departamento de Reumatología. Grupo de Inmunopatología. IDIVAL. Hospital Comarcal de Laredo.

⁴Departamento de Neumología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ⁵Departamento de Reumatología. Hospital Universitario de La Princesa. IIS-Princesa. Madrid.

Introducción: La sarcoidosis es una enfermedad inflamatoria multisistémica de etiología desconocida caracterizada por la presencia de granulomas no caseificantes. La prevalencia y la gravedad de la afectación ocular en la sarcoidosis varían según las series publicadas. La afectación ocular puede darse en diferentes localizaciones,

Tabla RC063

Fármacos inmunosupresores convencionales vs. terapia biológica. Características de los pacientes con sarcoidosis ocular

	csIS (sin BT) (n = 17)	BT (± csIS) (n = 17)	p
Número de pacientes/ojos afectados, (n/n)	17/24	17/25	
Edad, media [IQR] años	51 [30-55,5]	36 [27-47]	0,25
Sexo, mujer/hombre	7/10	10/7	0,05*
Características oculares al inicio del tratamiento inmunosupresor			
CA células, media [IQR]	2 [1-2]	2 [1,5-2]	0,35
Vitritis, n (%)	4 (23,5)	7 (41,2)	0,27
BCVA, media [IQR]	0,5 [0,2-0,87]	0,4 [0,2-0,6]	0,31
Engrosamiento macular, mediana	442,5	466	0,44
Presencia de vasculitis retiniana, n (%)	1 (5,9)	1 (5,9)	0,76
Presencia de coroiditis, n (%)	0	2 (11,8)	0,49
Patrón de uveítis, (n/%)			
Anterior	12 (70,6)	2 (11,8)	0,001*
Panuveítis	4 (23,5)	3 (17,6)	0,04*
Posterior	1 (5,9)	10 (58,8)	0,28
Intermedia	0 (0)	1 (5,9)	0,31
Tratamiento antes del inicio de terapia, (%)			
Corticoides oral	100	100	0,29
Pulsos intravenosos de metilprednisolona	11,8	23,5	0,37
AZA	0	23,5	0,03*
MTX	5,9	41,2	0,15
Dosis de prednisona al inicio de tratamiento inmunosupresor, media (DE), mg/día	22,7 (± 14,1)	26,6 (± 17,1)	0,58
Terapia combinada (%)			
AZA	17,6	41,17	0,13
MTX	88,2	58,9	0,05
Tacrolimus	0	5,9	0,31
Follow-up tras tratamiento inmunosupresor, media (DE), meses	55,7 (± 46,8)	77,8 (± 59,8)	0,07
Remisión, n (%)	14 (82,4)	5 (29,4)	0,49
Recaída, n (%)	2 (11,8)	4 (23,5)	0,38
Suspensión de tratamiento, n (%)	4 (23,5)	7 (41,2)	0,27
Remisión, n (%)	0	1 (5,9)	0,31
Ineficacia, n (%)	0	4 (23,5)	0,33
Toxicidad/efectos adversos graves, n (%)	2 (11,8)	4 (23,5)	0,37
Otros, n (%)	2 (11,8)	0	0,15

AZA: azatioprina; BCVA: mejor agudeza visual corregida; BT: terapia biológica; CA: cámara anterior; csIS: inmunosupresores sintéticos convencionales; IQR: rango intercuartílico; MTX: metotrexato. * $p \leq 0,05$.

siendo la uveítis la manifestación más frecuente. Los corticoides son la primera línea de tratamiento, seguidos de fármacos modificadores de la enfermedad sintéticos convencionales (cDMARDS) y biológicos (bDMARDS) en casos refractarios.

Objetivos: Describir las manifestaciones clínicas de los pacientes con sarcoidosis ocular en un único hospital universitario en el norte de España y comparar los resultados de los tratamientos en pacientes con sarcoidosis ocular.

Métodos: Estudio retrospectivo de una cohorte (n = 342) de pacientes diagnosticados de sarcoidosis entre el 1 de enero de 1999 y el 31 de diciembre de 2019 en un hospital universitario del norte de España. El diagnóstico se realizó según los criterios de la American Thoracic Society (ATS) 2020: 1) presentación clínica y radiológica compatible; 2) evidencia de granulomas no caseificantes; y 3) exclusión de otras enfermedades granulomatosas. Se realizó una comparación entre el uso de fármacos inmunosupresores sintéticos convencionales (csIS) y terapia biológica (BT).

Resultados: Se estudiaron 342 pacientes, (33 hombres/32 mujeres) con una media de edad al diagnóstico de $45,6 \pm 15,9$ años, de los cuales 65 (19%) presentaron afectación ocular. Se observó afectación bilateral en 26 (40%). La asociación extraocular más frecuente en pacientes con sarcoidosis ocular fue la pulmonar en 52 (80%), seguida de la musculoesquelética en 20 (30,8%) y la cutánea en 19 casos (29,2%). 32 pacientes (49,2%) recibieron inmunosupresores sintéticos convencionales (csIS): MTX se administró en 29 (90,6%) y AZA en 13 (40,6%). Diecisiete de los 32 (53,1%) no requirieron terapia biológica adicional a los csIS. 17 (26,2%) recibieron tratamiento biológico, de los cuales 15 habían recibido al menos un csIS previamente. Al comparar los subgrupos de pacientes que recibieron csIS o BT, no se encontraron diferencias significativas en las manifestaciones oculares al inicio del tratamiento inmunosupresor, en la dosis de prednisona al inicio de los csIS ni en el seguimiento. Tampoco se observaron diferencias en la remisión de la enfermedad, recaídas o suspensión de los fármacos entre estos subgrupos (tabla).

Bibliografía

1. American Thoracic Society (ATS). American Thoracic Society Medical section of the American Lung Association Statement on Sarcoidosis This Joint Statement Of the American Thoracic Society (ATS), The European Respiratory Society (ERS) and the World Association Of Sarcoidosis and other Granulomatous Disorders (WASOG). 1999.
2. Giorgiutti S, Jacquot R, El Jammal T, Bert A, Jamilloux Y, Kodjikian L, et al. Sarcoidosis-Related Uveitis: A Review.
3. Palmucci S, et al. Clinical and radiological features of extra-pulmonary sarcoidosis: a pictorial essay. Insights Imaging.

RC064. ESTUDIO DE SUPERVIVENCIA DE TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS EN PACIENTES CON SÍNDROME DE SAPHO

Lucía Salvatierra Velasco, Daniel Martínez Peñalver, Clara García Belando y Alejandra Begazo Cruz

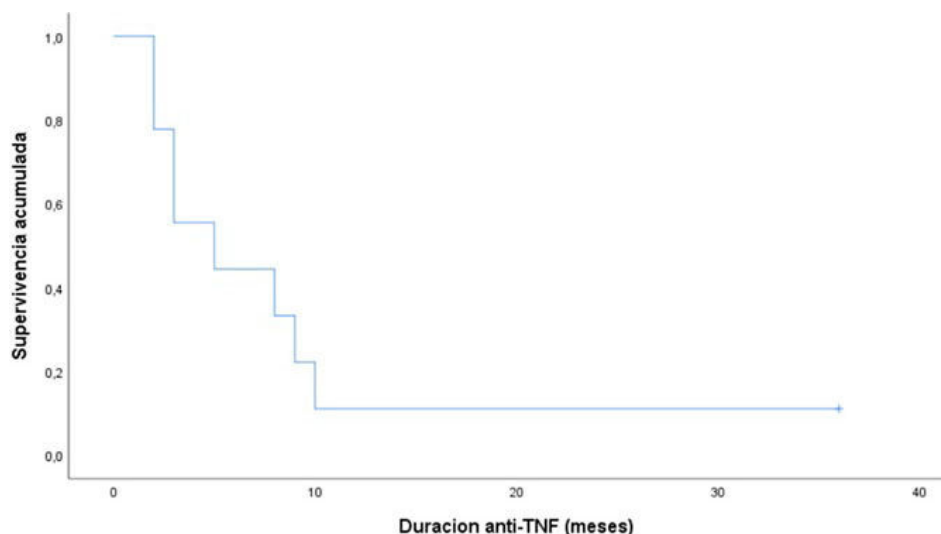
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. Murcia.

Introducción: El síndrome SAPHO (sinovitis, acné, pustulosis, hiperostosis y osteítis) es una enfermedad inflamatoria crónica, poco común, que afecta principalmente a nivel cutáneo y osteoarticular, que no dispone de tratamiento estandarizado en la actualidad. En la práctica clínica, se utilizan, como primera línea, AINES, glucocorticoides, bifosfonatos y metotrexato (MTX). En casos avanzados, se recurre a terapia biológica (FAMEb).

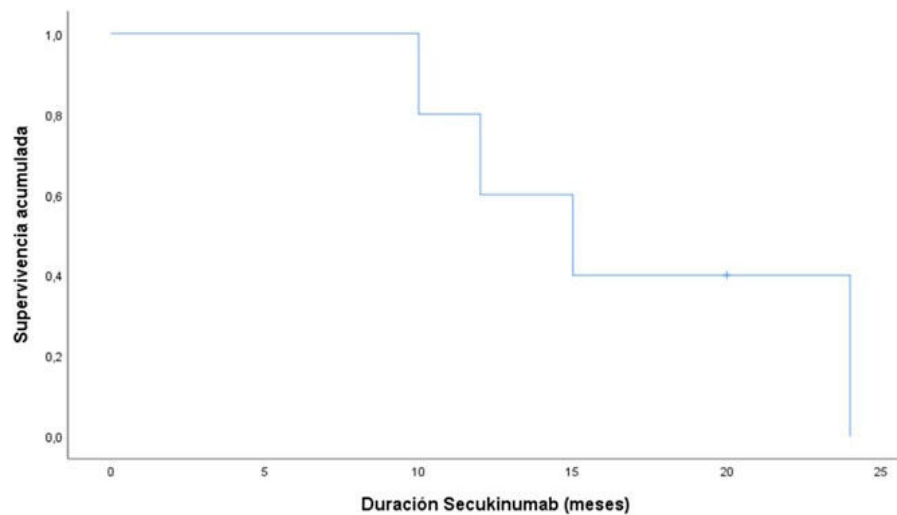
Objetivos: Analizar la supervivencia de diferentes FAMEb en pacientes con SAPHO que habían recibido tratamiento previo con AINE, MTX y/o bifosfonatos con nula respuesta, en práctica clínica real en el Hospital Los Arcos del Mar Menor, valorando el tiempo de duración de cada tratamiento y el motivo de cambio y/o suspensión del mismo.

Métodos: Estudio descriptivo longitudinal retrospectivo de pacientes con SAPHO en tratamiento con diferentes FAMEb, en seguimiento por Reumatología del Hospital Los Arcos del Mar Menor. Se incluyeron 12 pacientes, en tratamiento con diferentes líneas de tratamiento biológico que previamente habían recibido tratamiento convencional. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas, analíticas, radiológicas y relacionadas con el tratamiento. Se realizaron curvas de supervivencia de Kaplan Meier.

Resultados: De los pacientes, 10 (83,33%) eran mujeres, con edad media de 48,83 años. Todos, presentaron afectación esternoclavicular, con gammagrafía positiva para SAPHO. 4 (33,33%) presentaron además, afectación de sacroilíacas y 4 (33,33%) oligoartritis periférica. A nivel cutáneo, la manifestación más frecuente fue la pustulosis palmoplantar (66,66%), seguida de psoriasis (41,66%) y acné (25%). 2 pacientes presentaron elevación de reactantes de fase aguda (RFA) y 3 fueron HLA-B27 positivo. Todos habían recibido previamente AINES, FAMEs convencionales y/o zoledronato, con respuesta nula o parcial, por lo que precisaron iniciar terapias biológicas. De ellos, 9 pacientes (75%) iniciaron tratamiento con anti-TNF como primer FAMEb, de los cuales, solo 1 mantiene una respuesta sostenida. La duración mediana del primer FAMEb fue de 4 meses. El motivo de suspensión/cambio fue la aparición de efectos adversos (psoriasis invertida) en todos los casos, excepto en uno, suspendido por fallo secundario, siendo sustituido por un segundo

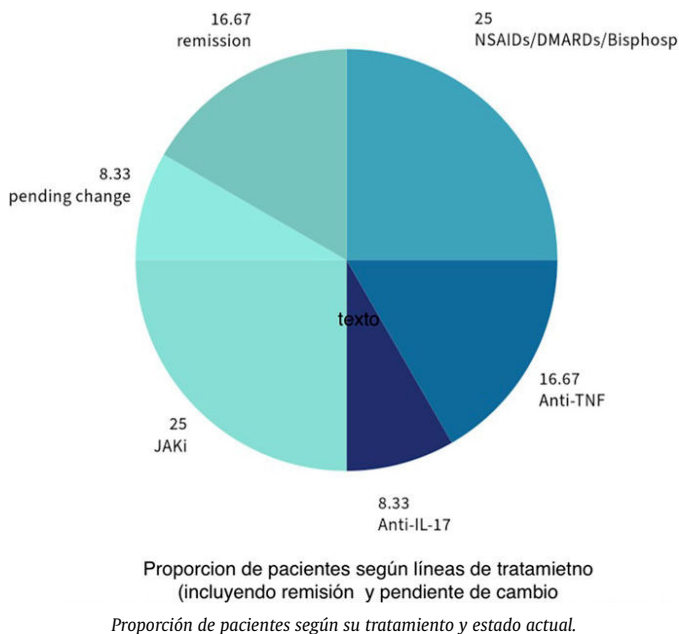


RC064 Figura 1. Supervivencia adalimumab en SAPHO.



RC064 Figura 2. Supervivencia secukinumab en SAPHO.

anti-TNF, con respuesta positiva mantenida hasta la fecha. Tras la suspensión del primer anti-TNF, en 5 pacientes, fue necesario un cambio a un inhibidor de IL-17. La duración media del tratamiento con IL-17 fue de 5 meses, y solo 1 de los pacientes mantiene actualmente una respuesta completa. Tras el fracaso con IL-17, 3 pacientes iniciaron recientemente tratamiento con Jaki, con respuesta completa hasta el momento, y un paciente, tras el fallo a IL-17 presentó fallo posterior a otros 2 anti-TNF y está pendiente de nuevo cambio. No se identificaron infecciones graves ni otros eventos adversos que motivaran la suspensión o cambio del tratamiento biológico.



Conclusiones: Aunque los FAMEb representan una alternativa válida y segura para el síndrome SAPHO refractario a tratamiento convencional, en muchos casos, la respuesta sigue siendo parcial o no sostenida en el tiempo, lo que obliga a un cambio hacia otras opciones terapéuticas. Anti-TNF y anti-IL-17 son los FAMEb de mayor experiencia acumulada hasta la fecha, pero es fundamental continuar investigando nuevas estrategias terapéuticas para esta enfermedad, de cara a establecer un protocolo terapéutico claro y definido.

RC065. USO DE ROFLUMILAST EN SÍNDROME DE BEHÇET MUCOCUTÁNEO RECIDIVANTE A TRATAMIENTO CONVENCIONAL

Diego Dios Santos¹, Jenaro Graña Gil² y David Fernández Fernández³

¹Hospital de Verín. Ourense. ²Hospital Universitario A Coruña. ³Hospital Meixoeiro. Vigo.

Introducción: El síndrome de Behçet (SB) es una vasculitis multisistémica, caracterizada por un amplio espectro clínico. Se han descrito tres fenotipos principales de la enfermedad entre los que destaca el fenotipo mucocutáneo y articular. Las lesiones mucocutáneas son la manifestación más común en el SB y generalmente son la primera manifestación de la enfermedad. Para el tratamiento del SB mucocutáneo y articular se recomienda como primera línea terapéutica la colchicina. En pacientes recidivantes se recomienda en uso de apremilast (IPDE4) siendo el fármaco con mejor evidencia para la manifestación mucocutánea e incluye indicación en ficha técnica para úlceras orales en SB pero no tiene precio de reembolso para esa indicación actualmente en España. Otras alternativas terapéuticas son el uso de inmunosupresores como azatioprina y el uso de terapias biológicas (iTNF, iIL12/23, iIL17 e iIL1). Roflumilast pertenece a un grupo de medicamentos denominados (IPDE4) al igual que apremilast y está indicado en el tratamiento de mantenimiento del EPOC grave asociado a bronquitis crónica. Encontramos diversos estudios sobre el uso de este fármaco fuera de ficha técnica (psoriasis cutánea, SB mucocutáneo...). Un grupo español reportó recientemente 11 casos de SB mucocutáneo refractario, tratado con roflumilast con buenos resultados en cuanto a eficacia, tolerabilidad y seguridad. También encontramos un estudio coreano con 46 pacientes con SB mucocutáneo refractario a tratamiento convencional con resultados prometedores.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue evaluar la respuesta (efectividad y seguridad) a roflumilast de la aftosis orogenital asociada a SB recurrente a tratamiento convencional en la práctica clínica habitual.

Métodos: Se realizó un estudio observacional ambispectivo donde participaron 5 pacientes con diagnóstico de SB (criterios ICBD de 2014), con úlceras oro-genitales recurrentes a pesar de tratamiento convencional (colchicina y/o glucocorticoides) atendidos en las consultas externas de reumatología de tres hospitales de nuestra comunidad durante los meses de septiembre de 2024 hasta enero de 2025. Tras información y firma de consentimiento informado se prescribió una dosis inicial de 250 µg/día de roflumilast. Se evaluó telefónicamente a los pacientes durante las semanas posteriores (evaluación y corrección de efectos secundarios). Consideramos res-

	Sexo	Edad	Afectación por dominios	HLA B5	Edad al diagnóstico	Tiempo con aftosis	Tratamientos previos	Aftas al inicio roflumilast	Fecha inicio roflumilast	Dosis roflumilast	Tratamiento concomitante	Tiempo seguimiento	Respuesta al tratamiento	Efectos secundarios roflumilast
Paciente 1	F	33	Aftas orales, genitales y articular	Positivo	32 años	15 años	Colchicina 1-2mg/día	>1 oral	10/10/2024	250 microgramos	Colchicina 1mg el primer mes	14 semanas	Completa	No
Paciente 2	F	13	Aftas orales y genitales	Negativo	8 años	8 años	Colchicina 1-2mg/día	1 labio inferior	19/12/2024	250 microgramos	Ninguno	5 semanas	Completa	No
Paciente 3	F	44	Aftas orales, genitales, pseudofoliculitis y articular	Positivo	43 años	>20 años	Colchicina 1-2mg, Colchimax 0,5/5mg, Prednisona (2,5mg-20mg)	2 orales	20/01/2025	250 microgramos	Ninguno	1 semana	Parcial	No
Paciente 4	F	58	Aftas orales y genitales	Positivo	47 años	11 años	Colchicina 1-2mg, Colchimax 0,5/5mg, Prednisona (2,5mg-20mg)	Al menos 1 oral y 1 genital	17/09/2024	250 microgramos	Colchicina 1mg	17 semanas	Completa	Cefalea leve el primer mes
Paciente 5	M	54	Aftas orales y genitales	Positivo	48 años	6 años	Colchicina 1-2mg/día, Prednisona (2,5-20mg/día), Azatioprina	Sin aftas	13/01/2025	250 microgramos	Colchicina 0,5mg/día + Prednisona 5mg/día	2 semanas	Sin recurrencias	Deposición blanda los 3 primeros días

RC065 Tabla. Roflumilast en SB.

puesta completa a la ausencia de aftas orales y/o genitales. Consideramos respuesta parcial a la reducción del 50% o más del número de aftas oro-genitales.

Resultados: Durante el tratamiento con roflumilast se observó respuesta completa en la mayor parte de los pacientes, así como un buen perfil de seguridad del fármaco. Los resultados se presentan en la tabla 1.

Conclusiones: En este estudio observacional, roflumilast consigue buenos resultados en cuanto a eficacia, seguridad y tolerabilidad y por ello consideramos que puede ser una posible opción terapéutica para el SB con fenotipo mucocutáneo recidivante al tratamiento convencional. Se necesitan nuevos estudios, idealmente en formato de ensayo clínico, con un mayor tamaño muestral y mayor tiempo de seguimiento.

RC066. ARTROPATÍA CRÓNICA ASOCIADA A CAMPTODACTILIA, COXA VARA Y PERICARDITIS: REPORTE DE CASO Y SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO

María Ángeles Puche Larrubia^{1,2,3},
Inmaculada Concepción Aranda-Valera^{1,2,3},
Alejandro Escudero-Contreras^{1,2,3} y Rosa Roldán-Molina^{1,2,3}

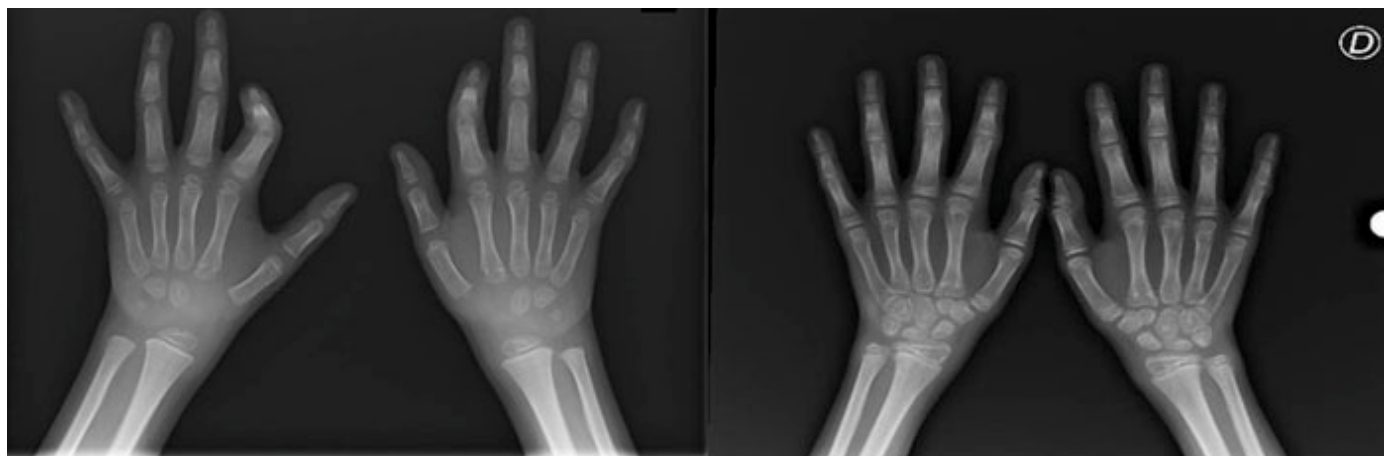
¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

²Grupo GC-05. Instituto Maimónides de Investigaciones Biomédicas de Córdoba.

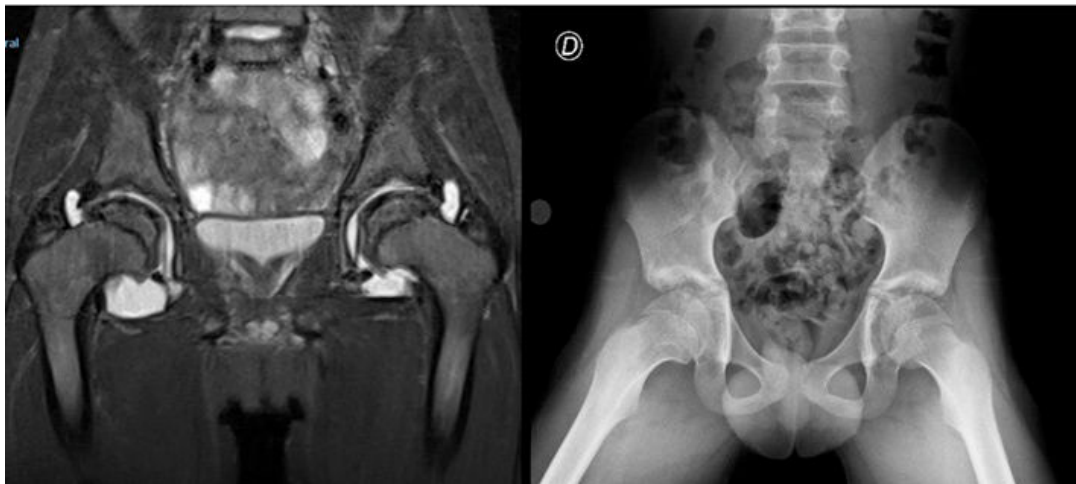
³Departamento de Ciencias Médicas y Quirúrgicas. Universidad de Córdoba.

Introducción: La artropatía crónica asociada a camptodactilia (CACP) es una enfermedad extremadamente rara, con escasos casos descritos en la literatura. Se caracteriza por hiperplasia sinovial no inflamatoria, camptodactilia progresiva y coxa vara, causada por mutaciones en el gen *PRG4* de herencia autosómica recesiva. Presentamos el caso de un paciente diagnosticado con CACP en seguimiento por el Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Reina Sofía, destacando su importancia en el diagnóstico precoz para evitar otras yatrogenias por tratamiento no indicado en una enfermedad tan infrecuente.

Caso clínico: Varón de 13 años valorado en consulta por primera vez a los 6 años con signos de camptodactilia en manos (fig. 1), rigidez y tumefacción poliarticular. El diagnóstico de CACP se confirmó mediante análisis genético, identificándose homocigosis para la mutación patogénica c.2897_2898del (p.Gln966Argfs*11) en el gen *PRG4* y cariotipo 47,XXY. Las manifestaciones clínicas incluyeron coxa vara (fig. 2), deformidades en valgo de las rodillas, pie cavo con actitud en equino, camptodactilia y episodios de hipertrofia sinovial en manos, codos, rodillas, tobillos y caderas. Las pruebas de imagen mostraron sinovitis recurrente en rodillas con derrame de características no inflamatorias, displasia troclear bilateral y sin erosiones articulares. En RMN de rodilla derecha se observó lesión quística sugestiva de quiste intraóseo (ya descritas en el contexto de CACP) (fig. 3). El paciente fue sometido a sinovectomías, artroscópica -bilateral- (2018) y una sinovectomía abierta de rodilla izquierda (2022). La AP reveló sinovitis crónica inespecífica sin células inflamatorias agudas y presencia de algunas células gigantes multinucleadas. El



RC066 Figura 1. Evolución de la camptodactilia del paciente. A la izquierda el paciente tenía 6 años y a la derecha 13 años.



RC066 Figura 2. Coxa vara. A la izquierda (RMN caderas) se observa derrame articular en ambas caderas. A la derecha (Rx caderas) se observa imagen de coxa vara, cuello corto y aplanamiento de cabeza femoral.



RC066 Figura 3. A la izquierda (RMN) se observa derrame articular de rodilla derecha. En la región medial de la metafisis distal del fémur derecho se observa una lesión de morfología ovalada compatible con quiste intraóseo. A la derecha se observa la imagen radiográfica.

cuadro clínico se acompaña de neutropenia leve, linfocitosis persistente, anemia ferropénica y diarrea episódica asociada a intolerancia a la lactosa. Los marcadores inflamatorios sistémicos (PCR, VSG) y estudios inmunológicos fueron negativos en repetidas ocasiones. No se detectó afectación ocular ni cardíaca inflamatoria o pericarditis. Manejo y seguimiento: se realiza tratamiento con fisioterapia, medidas ortopédicas para corregir deformidades y evitar sobrecarga articular. Se realizó artrocentesis e infiltración de rodillas en repetidas ocasiones y sinovectomía quirúrgica de rodillas. Se realiza seguimiento multidisciplinar con traumatología, rehabilitación y cardiología. El paciente muestra estabilidad clínica, aunque persisten limitaciones funcionales leves y alteraciones biomecánicas de pies por equino varo, coxa vara con mejoría funcional de rodillas tras sinovectomía bilateral.

Discusión: El síndrome de CACP es una enfermedad rara y poco documentada, con un inicio insidioso que puede confundirse con otras patologías inflamatorias. Este caso resalta la importancia del diagnóstico temprano y ser tenido en cuenta en el diagnóstico diferencial de artropatías en la infancia especialmente asociadas a camptodactilia, apoyado en la confirmación genética, para evitar complicaciones articulares graves y yatrogenias por tratamiento.

RC067. PAPEL DEL ÍNDICE NEUTRÓFILO-LINFOCITARIO (NLR) COMO MARCADOR INFLAMATORIO EN PACIENTES CON VASCULITIS: ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES (ACG) Y POLIMIALGIA REUMÁTICA (PMR)

Gastón Ariel Ghio¹, M. Gabriela Paz¹, Evelin Encalada¹, Marta Pujol¹, Julia Torguet¹, Georgina Salvador¹, Inmaculada Pérez¹, Elena Riera¹, Manel Pujol¹, Àngels Jaén² y Silvia Martínez¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Mutua Terrassa. ²Unidad de Docencia e Investigación. Fundación Asistencial Mutua Terrassa.

Introducción y objetivos: El índice neutrófilo-linfocitario (NLR) es un marcador de fácil acceso y bajo coste, con potencial utilidad para evaluar el estado inflamatorio sistémico en diversas patologías, incluida la polimialgia reumática (PMR), la arteritis de células gigantes (ACG) y otras vasculitis. Aunque no existen puntos de corte validados, se considera un valor de NLR > 2 como alterado. Tanto la PMR como la ACG se caracterizan por un importante componente inflamatorio sistémico, que suele relacionarse con la presentación clínica y la respuesta al tratamiento. El objetivo de este estudio fue analizar la asociación entre el NLR y el estado inflamatorio en pacientes diagnosticados de PMR y ACG.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo a partir de las historias clínicas de pacientes en seguimiento en el servicio de Reumatología de un hospital universitario. Se incluyeron aquellos que cumplían los criterios diagnósticos del Colegio Americano de Reumatología (ACR) para PMR y ACG (craneal y/o extracraneal). Se recopilaron variables sociodemográficas, analíticas (incluyendo NLR, VSG, PCR), de imagen y de biopsia, además de datos clínicos relacionados con la presencia de síntomas y el tratamiento con glucocorticoides. Para el análisis estadístico se utilizó STATA/SE versión 18,0, aplicando coeficientes de correlación de Spearman entre NLR y marcadores inflamatorios (VSG, PCR), así como la U de Mann-Whitney para comparar la variable dicotómica de NLR (≤ 2 vs. > 2).

Datos sociodemográficos y clínicos

Características	Valor
Edad (media $\pm$ DE)	74,8 $\pm$ 6,8 años
Sexo femenino	27 (58,7%)
Sexo masculino	19 (41,3%)
ACG (craneal)	12 (26,1%)
ACG (extracraneal)	5 (10,9%)
PMR	36 (78,3%)
Ambas (ACG + PMR)	5 (10,9%)
Otra vasculitis	1 (2,2%)
Sintomáticos	20 (43,5%)
Asintomáticos	26 (56,5%)
Recibiendo GC	25 (54,3%)
Recibiendo metotrexato	7 (15,2%)
Recibiendo tocilizumab	8 (17,4%)
Otros tratamientos	3 (6,5%)

DE: desviaciones estándar; ACG: arteritis de células gigantes; PMR: polimialgia reumática; GC: glucocorticoides.

Resultados: Se incluyeron 46 pacientes, de los cuales 27 eran mujeres (58,7%) y la edad media fue de 76,5 años (DE $\pm$ 6,7). Un total de 14 (30,4%) presentaban ACG, 31 (67,4%) PMR y 5 (10,8%) ambas patologías; 1 paciente (2,17%) tenía otro tipo de vasculitis. Se clasificaron 20 (43,5%) como sintomáticos y 26 (56,5%) como asintomáticos. La mayoría (54,3%) recibía glucocorticoides en el momento del análisis. La correlación de Spearman entre PCR y NLR fue moderada y significativa ($r = 0,41$; $p < 0,004$). No se evidenció correlación significativa entre VSG y NLR ($r = 0,084$; $p = 0,57$). La mediana de la proteína C reactiva (PCR) en pacientes con valores de NLR (> 2) fue 7,9 mg/L (RIC 25-75%) 1,7-25, frente a los pacientes con NLR de 2 o menos, donde la mediana fue de 1,8 mg/dl con un (RIC) de 0,6-6,35 ($p = 0,032$). En el análisis de sintomatología, el 70% de los pacientes sintomáticos presentaron un NLR > 2 ($p = 0,026$).

Tabla RC068

Pacientes con SRP

	Edad al dco	Sexo	Diagnóstico	UCI	Afectación renal	Afectación pulmonar	Tratamiento de inducción	Tratamiento de mantenimiento	Evolución
Caso 1	21	M	Síndrome anti-MBG (biopsia renal)	No	Deterioro de FR (no HD), alteración de SO Biopsia renal: GN extracapilar, depósito lineal de IgG en capilares	HAD, no IOT	Pulsos MP + CFM	AZA, MMF, GC retirados	Remisión sin recidivas, anti-MBG (-)
Caso 2	77	V	PAM (vasculitis MPO+)	Sí	Deterioro de FR (HD), alteración de SO	HAD, no IOT	Pulsos MP + CFM* + RTX*, PF + HD *incompleto por RAM	AZA + PDN-db	Respuesta parcial, <i>exitus</i> en < 1 año (complicaciones infecciosas)
Caso 3	60	M	GPA PR3+	Sí	Deterioro de FR (HD), alteración de SO	HAD, no IOT	Pulsos MP + CFM	AZA, GC retirados	Remisión sin recidivas, ANCA (+) en descenso
Caso 4	65	M	PAM (vasculitis MPO+)	Sí	Deterioro de FR (HD), alteración de SO	HAD, no IOT	Pulsos MP + CFM + RTX, PF + HD	MMF, GC retirados	Remisión sin recidivas, ERCA en HD, ANCA (-)
Caso 5	59	M	SRP por COVID-19	Sí	Deterioro de FR (no HD), alteración de SO	Probable HAD, IOT	Pulsos MP	No	Resolución
Caso 6	39	V	SRP por NAC	No	No deterioro de FR, sí alteración de SO	Neumonía + HAD, no IOT	Antibioterapia empírica	No	Resolución
Caso 7	50	M	SRP anti-MPO+	Sí	Deterioro de FR (no HD), alteración de SO	HAD, IOT	Pulsos MP + CFM	MMF, GC-db (en retirada)	Remisión sin recidivas
Caso 8	52	M	GPA anti-PR3	No	Deterioro de FR (no HD), alteración de SO	HAD, no IOT	Pulsos MP + CFM + RTX	PDN-db	Remisión sin recidivas

Conclusiones: Los hallazgos de este estudio indican que el NLR guarda una correlación positiva y significativa con la PCR, lo que sugiere su utilidad como marcador complementario de la actividad inflamatoria en PMR y ACG. La falta de correlación con la VSG apunta a que podría proporcionar información diferente o más específica que los marcadores tradicionales. Además, los pacientes sintomáticos mostraron con mayor frecuencia valores elevados de NLR, respaldando su utilidad potencial para identificar actividad clínica y severidad inflamatoria. Dadas su facilidad de determinación y bajo coste, el NLR podría incorporarse a la evaluación de rutina y contribuir a la toma de decisiones terapéuticas. Sin embargo, se requieren estudios prospectivos con muestras de mayor tamaño para confirmar estos resultados y evaluar su relevancia pronóstica.

RC068. SÍNDROMES RENOPULMONARES: GRAN RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

Álvaro Román Perea, Rosalía Martínez Pérez, Minerva Berrocal Acedo, Maite Odriozola Gil y María Luisa Velloso Feijóo

UGC Reumatología. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.

Introducción: Los síndromes renopulmonares (SRP) se definen por la combinación de hemorragia alveolar difusa (HAD) y glomerulonefritis rápidamente progresiva. La causa es principalmente inmune, pero también pueden ser secundarios a infecciones o fármacos.

Objetivos: Describir las características de pacientes con SRP de la Unidad de Reumatología del Hospital de Valme de Sevilla.

Métodos: Estudio observacional descriptivo. Revisión de historias digitalizadas de pacientes con SRP entre agosto 2019 y diciembre 2024. Análisis de variables demográficas, clínicas, diagnósticas y terapéuticas.

Resultados: Se evaluaron 8 pacientes (tabla), principalmente mujeres (75%), con edad media al diagnóstico 52,9 $\pm$ 21,9 años. El 50% eran fumadores, 33,3% exfumadores, 1 exbebedor y 1 consumidor ocasional de cannabis y cocaína. Se demostró causa inmunológica en el 75%, desarrollándose el resto en contexto de infecciones: COVID-19 (1), neumonía comunitaria (1). Preciso ingreso en UCI el 62,5%. Todos presentaron afectación renal, 85,7% en forma de glomerulonefritis. Siete presentaron deterioro de función renal. Todos presentaron sedimento urinario alterado. Se realizó biopsia renal en

un paciente. El 37,5% precisó terapia renal sustitutiva. Todos presentaron afectación pulmonar en forma de HAD. Dos pacientes precisaron intubación orotraqueal. Se realizó prueba de imagen en todos: infiltrados alveolares 87,5%, patrón micronodular sin infiltrados 12,5%. Se realizó fibrobroncoscopia en el 62,5%, con líquido hemático y hemosiderófagos en 4 pacientes. Presentó autoinmunidad positiva el 75%: anti-MPO 37,5%, anti-PR3 25%, anti-MBG 12,5%; el resto en contexto de infecciones. El 87,5% precisó tratamiento de inducción: corticoides 100%, ciclofosfamida 85,7%, rituximab 42,9%, plasmaféresis 28,6%. Un paciente no precisó inmunosupresores, con resolución con antibioterapia. El 75% precisó tratamiento de mantenimiento: azatioprina 3, micofenolato de mofetilo 3, corticoides 6. A nivel renal, el 50% presentó recuperación completa, 37,5% parcial y uno precisó hemodiálisis. A nivel respiratorio, todos presentaron recuperación completa clínica y radiológica. Ningún paciente presentó recaídas. Un paciente presentó reacciones adversas al tratamiento (plaquetopenia por CFM, hipogammaglobulinemia por RTX, neutropenia por AZA), con múltiples complicaciones infecciosas y posterior *exitus* al año del diagnóstico.

Conclusiones: Los SRP son poco frecuentes pero suponen un reto diagnóstico, dado su pronóstico infausto con alta morbimortalidad sin un tratamiento adecuado y precoz. Nuestra serie es una muestra de los distintos perfiles, grados de severidad y alternativas terapéuticas. Se debe tener en cuenta la causa infecciosa como probable desencadenante.

RC069. CORRELACIÓN ENTRE HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS Y RESULTADOS DE PET-TC EN PACIENTES CON AORTITIS INFLAMATORIA

Guillem Verdaguer Faja¹, Patricia Moya Alvarado¹, Ignasi Espadaler Fabregó², Laura López Vilaró², Mónica Velasco Nuño³, Antonio José Barros Membrilla⁴, Susana Fernández Sánchez¹, Jaime-Félix Dilmé Muñoz⁵, Ivan Castellví Barranco¹, Berta Paula Magallares López¹, Hye-Sang Park¹ y Hèctor Corominas Macías¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ²Servicio de Anatomía Patológica. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ³Servicio de Medicina Nuclear. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ⁴Servicio de Cardiología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ⁵Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción: La aortitis inflamatoria es una patología poco frecuente que puede estar en relación con enfermedades reumatológicas, neoplásicas e infecciosas. La arteritis de células gigantes (ACG) y la aortitis aislada son las causas más comunes. Si bien su diagnóstico suele basarse en una combinación de hallazgos clínicos, de laboratorio y de imagen, siendo el PET-TC una herramienta clave en la evaluación de procesos inflamatorios activos, a menudo es infradiagnosticada antes de la cirugía y se llega al diagnóstico de aortitis después de la confirmación patológica. La literatura actual contiene escasos estudios que analicen específicamente la relación entre los resultados del PET-TC prequirúrgico y los hallazgos histopatológicos en pacientes con aortitis inflamatoria.

Objetivos: Analizar la relación entre los hallazgos histopatológicos y los resultados de PET-TC realizados antes de la cirugía en pacientes con confirmación de aortitis inflamatoria por biopsia o en seguimiento por reumatología.

Métodos: Entre 2020 y 2023, se realizaron 188 intervenciones quirúrgicas por patología aórtica en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. De estas intervenciones, se seleccionaron los casos que cumplían al menos uno de los siguientes criterios: (1) identificación de un patrón inflamatorio por biopsia según los estándares de la

Society for Cardiovascular Pathology y la *Association for European Cardiovascular Pathology*, o (2) seguimiento activo por diagnóstico de aortitis en el Servicio de Reumatología. Se incluyeron un total de 37 casos que cumplían con los criterios establecidos. De esta cohorte, se seleccionaron los pacientes que disponían de un PET-TC realizado previamente a la obtención de la muestra quirúrgica. Los pacientes bajo tratamiento con corticoides en el momento de la realización del PET-TC o de la cirugía fueron excluidos.

Resultados: Se incluyeron cinco pacientes con diagnóstico confirmado: uno con ACG, uno con espondiloartropatía periférica, uno con aortitis aislada, uno con aneurisma aterosclerótico inflamatorio y uno con aortitis infecciosa. Las características clínico-demográficas de los pacientes se muestran en la tabla 1. Dos pacientes fueron intervenidos de urgencia por síndrome aórtico agudo. En uno de ellos, el PET-TC realizado cuatro meses antes evidenció aortomegalia sin signos inflamatorios, y la biopsia confirmó un proceso degenerativo no inflamatorio, a pesar de una PCR elevada en el momento de realizar ambos procedimientos. En el otro caso, el PET-TC realizado el día previo a la cirugía mostró un aneurisma de aorta sin signos de vasculitis (fig. 1), aunque el análisis histológico reveló un infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario asociado a fibrosis; también presentaba PCR elevada. Los otros tres pacientes fueron intervenidos de forma electiva por aneurisma de aorta. En estos casos, el PET-TC tampoco mostró signos de inflamación; sin embargo, el análisis histopatológico detectó infiltrado inflamatorio en todas las muestras (tabla 2 y figs. 2 y 3).

Tabla 1. Características demográficas de los pacientes incluidos en el estudio

Edad (años)	64,2 ± 10,2
Mujer/Hombre	3/2
Diámetro aneurisma de aorta (mm)	64,4 ± 12,8
Clinica	
Síndrome aórtico agudo	2 (40%)
Insuficiencia aórtica	1 (20%)
Hallazgo incidental	2 (40%)
Tiempo entre PET-TC e IQ (meses)	6 ± 6
Tratamiento con glucocorticoides durante PET-TC e IQ	0 (0%)
Tratamiento con inmunosupresores durante PET-TC e IQ	1 (20%)*
Niveles de PCR previo a PET-TC	58,3 ± 97,7
Niveles de PCR previo a IQ	28,3 ± 27,9
Motivos para la solicitud de PET-TC	
Estudio del aneurisma de aorta	3 (60%)
Sospecha de proceso neoplásico	2 (40%)
PET-TC con signos sugestivos de vasculitis	0 (0%)
Histología con infiltrado inflamatorio	4 (80%)
Patrón granulomatoso	1 (20%)
Patrón linfoplasmocitario	2 (40%)
Patrón supurativo	1 (20%)
Seguimiento por reumatología antes de la confirmación histológica de aortitis	1 (20%)

Tabla 2. Correlación PET-TC - biopsia de los pacientes incluidos

Aumento de metabolismo vascular en PET-TC	Histología biopsia	Diagnóstico clínico reumatológico	Correlación imagen-histológica
1 No	Degenerativo no inflamatorio	Espondiloartropatía periférica	Sí
2 No	Periaortitis linfoplasmocitaria asociada a fibrosis	Aortitis aislada	No
3 No	Periaortitis linfoplasmocitaria asociada a aterosclerosis severa	Aneurisma aterosclerótico inflamatorio	No
4 No	Aortitis granulomatosa con células gigantes multinucleadas	Arteritis de células gigantes	No
5 No	Aortitis aguda con material fibrino-leucocitario y cultivo positivo para <i>P. acnes</i>	Aortitis infecciosa	No

*Ustekinumab por psoriasis.

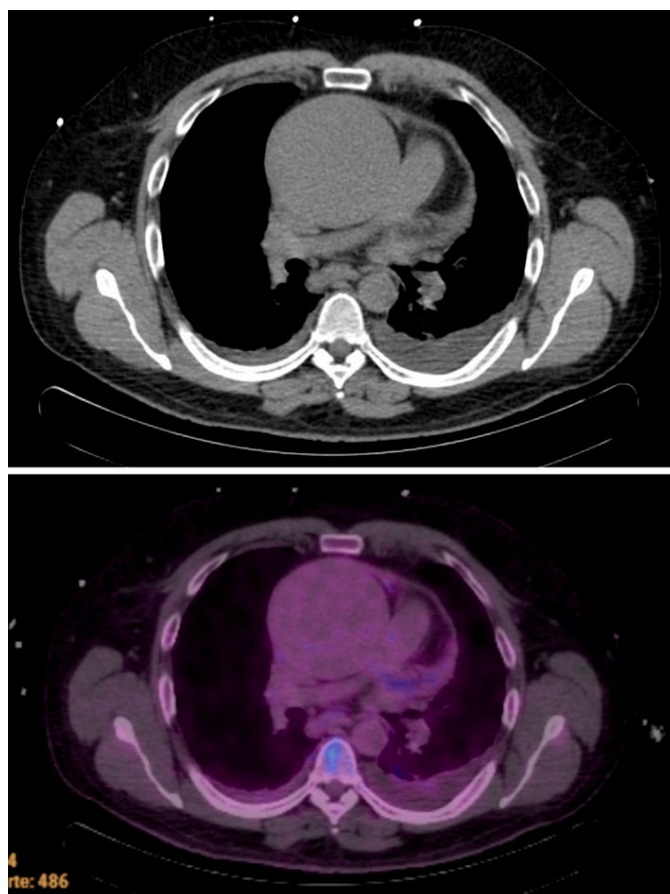


Figura 1. Aneurisma de aorta ascendente de 85 mm sin evidencia de depósitos hipermetabólicos sugestivos de patología inflamatoria. Corresponde al paciente 2 de la tabla 2, con infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario en la histología.

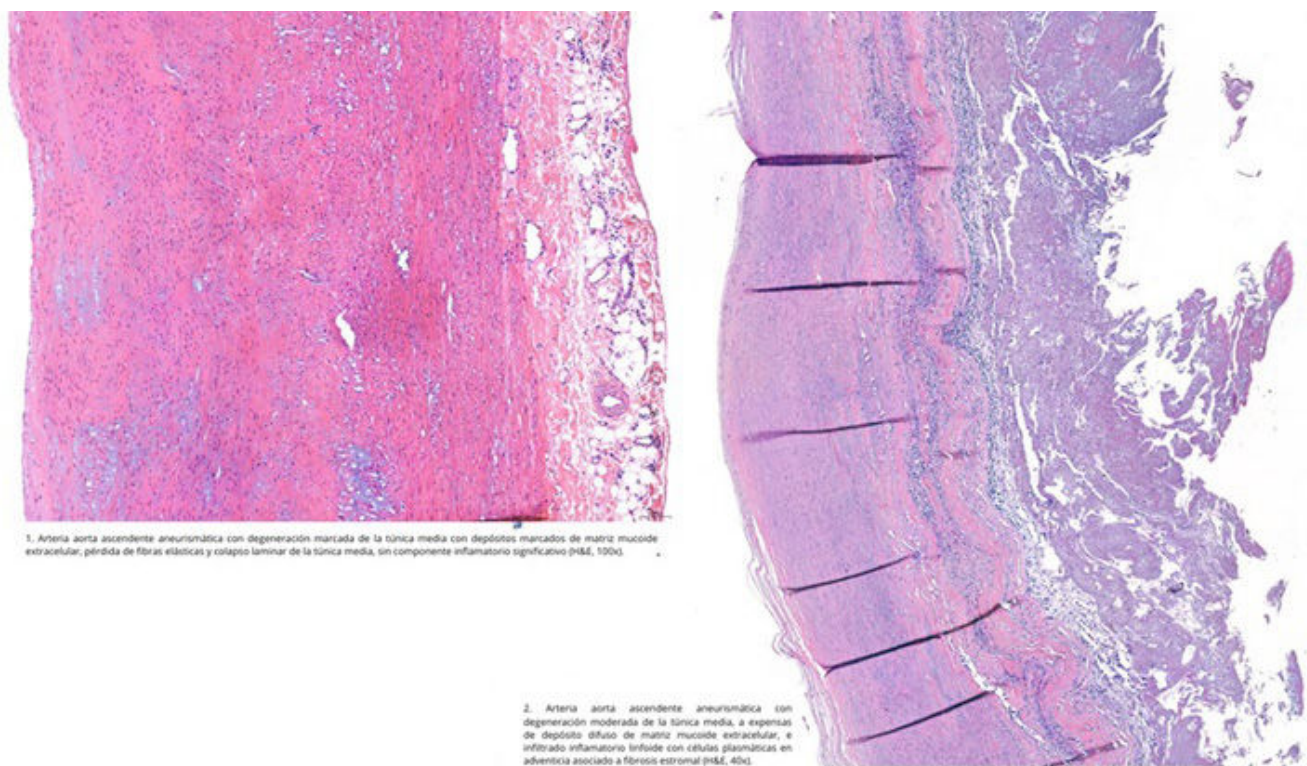
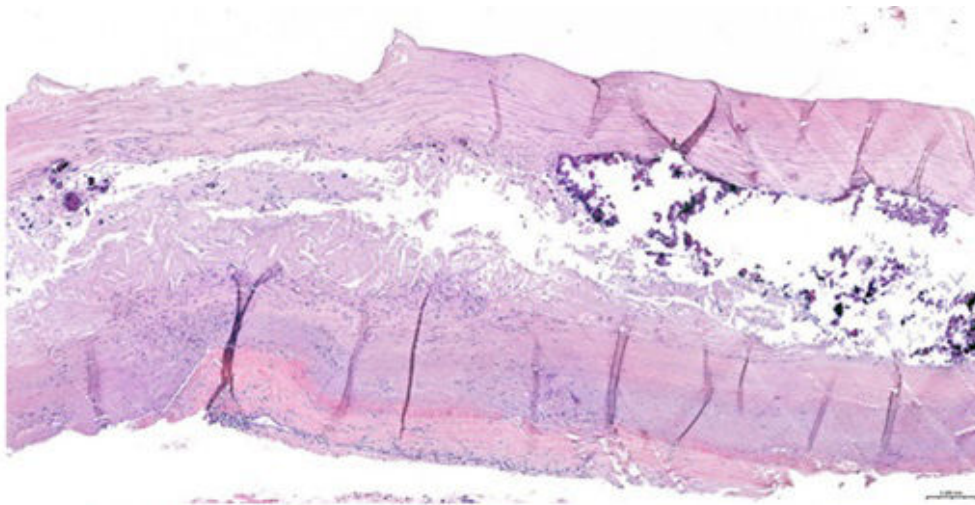
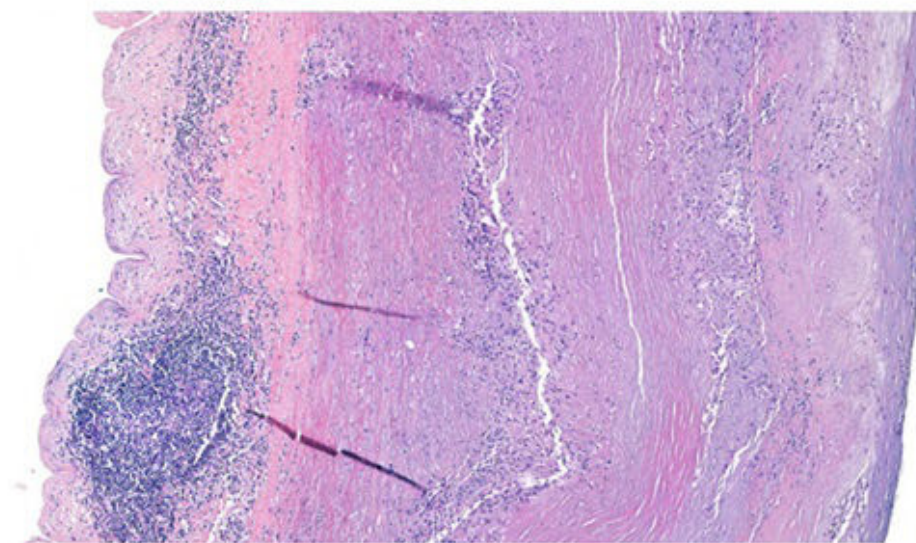


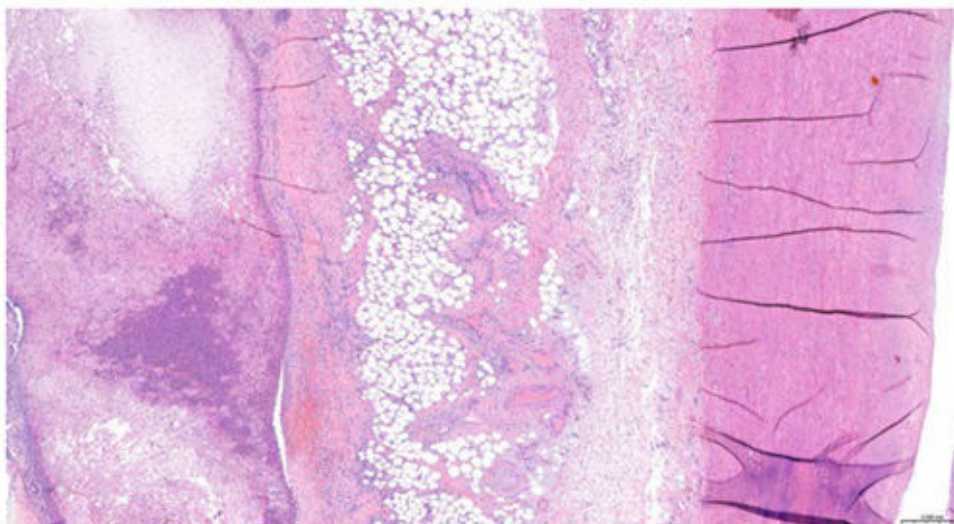
Figura 2. De izquierda a derecha, cortes histopatológicos correspondientes a los pacientes 1 y 2 de la tabla 2.



3. Arteria aorta ascendente aneurismática con arterioesclerosis severa calcificada y un infiltrado inflamatorio crónico linfóide con células plasmáticas en adventicia. No se identifican células IgG4 positivas, granulomas, necrosis ni infiltrado inflamatorio agudo (H&E, 40x).



4. Arteria aorta ascendente con un infiltrado inflamatorio crónico granulomatoso no necrotizante, con agregados histiocitarios mal definidos y ocasionales células gigantes multinucleadas en túnica media e infiltrado linfoplasmático en adventicia (H&E, 100x).



5. Arteria aorta ascendente con un infiltrado inflamatorio agudo neutrofílico con áreas de necrosis en adventicia (H&E, 40x).

RC069 Figura 3. De arriba a abajo, cortes histopatológicos correspondientes a los pacientes 3, 4 y 5 de la tabla 2.

Conclusiones: En la muestra analizada, se observó una correlación débil entre los hallazgos del PET-TC y la anatomía patológica, con una concordancia de 1/5 casos. En cuatro pacientes, el PET-TC fue negativo, sin evidencia de aumento del metabolismo, pero presen-

taron un patrón inflamatorio característico en el análisis histopatológico. Estos resultados destacan que un porcentaje relevante de pacientes con PET-TC negativo pueden presentar un proceso vasculítico subyacente.

RC070. ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LAS VASCULITIS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Nuria Barroso García¹, José Fernández Navarro²,
María José Alados Hernández³, Patricia Pérez Guerrero⁴
y Mónica Saldaña Valderas⁵

¹Hospital Regional Universitario. Universidad de Málaga. ²Neurología. Hospital Regional Universitario. Málaga. ³Reumatología. Hospital Universitario La Línea. Cádiz. ⁴Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta del Mar-San Carlos. Cádiz. ⁵Farmacología Clínica. Hospital Universitario Puerta del Mar-San Carlos. Cádiz.

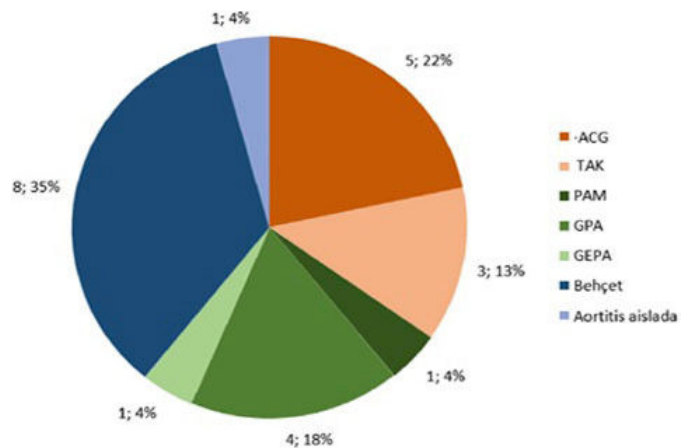
Introducción: Las vasculitis cursan con inflamación de la pared de los vasos sanguíneos de cualquier tamaño o distribución, con posible afectación de órganos vitales. Algunos de los tratamientos están autorizados para las diversas afectaciones, pero la mayoría de los recomendados en las guías terapéuticas no están autorizados en ficha técnica en nuestro país.

Objetivos: Describir el patrón de prescripción para el tratamiento de las vasculitis en términos de principios activos y adecuación a la indicación autorizada en ficha técnica.

Métodos: Estudio observacional de medicamentos, tipo indicación-prescripción en pacientes diagnosticados de vasculitis en consultas de Medicina Interna (MI), Neurología o Reumatología en Hospital Puerta del Mar-San Carlos, Cádiz. Se estudió la adecuación a ficha técnica, duración del tratamiento, nivel de evidencia y recomendación de uso de los no autorizados, se analizó la eficacia y seguridad de los tratamientos mediante respuesta, cambios, retirada y reacciones adversas. Se obtuvo el consentimiento informado de los pacientes estudiados y el estudio fue aprobado por el correspondiente Comité de Ética Investigador médico.

Resultados: Se incluyeron un total de 23 pacientes con vasculitis (9 pacientes procedentes de las consultas de Reumatología, 4 pacientes procedentes de Neurología y 10 pacientes procedentes de las consultas de MI) que recibieron al menos un tratamiento dirigido a su vasculitis. No hubo ningún paciente con vasculitis de vaso mediano, predominaron las vasculitis de vaso grande, en concreto, 5 pacientes fueron diagnosticados de arteritis de células gigantes (ACG) y, las de vaso variable, con 8 pacientes con enfermedad de Behçet (EB). En cuanto a las vasculitis de vaso pequeño, predominaron las granulomatosis con poliangitis (GPA) (FIG.). Metotrexato fue el fármaco más empleado de primera elección, seguido de azatioprina, ciclofosfamida y tocilizumab. El 56,5% de pacientes recibió al menos una segunda línea. (tabla 1). El 76% de los tratamientos no estuvieron autorizados

en ficha técnica. Más de la mitad de los pacientes respondieron a la primera línea. Hubo reacciones adversas consideradas leves con algunos tratamientos, un ingreso con metotrexato y otro con etanercept. metotrexato, talidomida, lenalidomida y ciclosporina provocaron secuelas graves en un paciente cada uno (tabla 2).



Distribución de los diagnósticos.

	Vasculitis vaso grande, (%)	Vasculitis vaso pequeño, (%)	Vasculitis vaso variable (EB), (%)	Vasculitis órgano único (aortitis aislada), (%)
MTX, n	- Total: 6 (75,0) - ACG: 4 - TAK: 2	- Total: 2 (33,3) - GPA: 2	2 (25,0)	1 (100)
AZA, n	- Total: 1 (12,5) - ACG: 1	- Total: 4 (66,7) - PAM: 1 - GPA: 3	5 (62,5)	0 (0,0)
TCZ, n	- Total: 3 (37,5) - ACG: 3 (100,0)	- Total: 1 (16,7) - GEPA: 1	1 (12,5)	1 (100,0)
CFM, n	- Total: 2 (25,0) - ACG: 1 - TAK: 1	- Total: 4 (66,7) - PAM: 1 - GPA: 3	3 (37,5)	0 (0,0)

Tabla 1. Patrones de prescripción de los fármacos más empleados en cada tipo de vasculitis.

	MTX	AZA	SSZ	MMF	ADA	ETN	TCZ	GOL	IFX	RTX	CFM	APRE	TAL	LEN	CYA	TAC
n (%)	11(47,8)	10(43,5)	1(4,3)	1(4,3)	3(13,0)	2(8,7)	6(26,1)	1(4,3)	2(8,7)	2(8,7)	9(39,1)	2(8,7)	1(4,3)	1(4,3)	1(4,3)	1(4,3)
Nº orden	1º: 8(72,7) 2º: 2(18,2) 3º: 1(9,1)	1º: 3(30,0) 2º: 4(40,0) 3º: 2(20,0) 4º: 1(10,0)	2º: 1(100)	3º: 1(100)	1º: 1(33,3) 4º: 2(66,7)	1º: 1(50,0) 4º: 1(50,0)	1º: 2(33,3) 2º: 3(50,0) 7º: 1(16,7)	5º: 1(100)	6º: 1(50,0) 9º: 1(50,0)	1º: 1(50,0) 3º: 1(50,0)	1º: 5(55,6) 2º: 3(33,3) 5º: 1(11,1)	1º: 1(50,0) 8º: 1(50,0)	1º: 1(100)	6º: 1(100)	3º: 1(100)	5º: 1(100)
Adecuación en ficha técnica, n (%)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	3(50,0)	0(0,0)	0(0,0)	2(100)	3(33,3)	2(100)	0(0,0)	0(0,0)	1(100)	0(0,0)
Duración del no. media (DE) mediana[IQ], meses	6[63,0]	20,8(21,4)	13	2	22,0(16,3)	56,5(72,8)	19(19,5)	3	30,3(33,2)	1,5(0,7)	8,3(10,7)	39,0(7,0)	48,0(	12	4	19
Nivel de evidencia de los no autorizados, n (%)																
Categoría A	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)		0(0,0)		0(0,0)	0(0,0)		0(0,0)
Categoría B	8(72,7)	10(100,0)	0(0,0)	1(100)	3(100)	1(50,0)	2(66,6)	1(100)	0(0,0)		6(100)		1(100)	0(0,0)		0(0,0)
Categoría C	1(9,1)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(33,3)	0(0,0)	2(100)		0(0,0)		0(0,0)	0(0,0)		1(100)
Sin evidencia	2(18,2)	0(0,0)	1(100)	0(0,0)	0(0,0)	1(50,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)		0(0,0)		0(0,0)	1(100)		0(0,0)
Nivel de recomendación de los no autorizados, n (%)																
Clase I	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)		0(0,0)		0(0,0)	0(0,0)		0(0,0)
Clase IIa	0(0,0)	4(40,0)	0(0,0)	0(0,0)	3(100)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)		0(0,0)		0(0,0)	0(0,0)		0(0,0)
Clase IIb	8(72,7)	6(60,0)	0(0,0)	1(100)	0(0,0)	2(100,0)	2(66,6)	1(100)	2(100)		6(100)		0(0,0)	0(0,0)		1(100)
Clase III	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)		0(0,0)		1(100)	0(0,0)		0(0,0)
Clase indeterminada	2(18,1)	0(0,0)	1(100)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(33,3)	0(0,0)	0(0,0)		0(0,0)		0(0,0)	1(100)		0(0,0)
Reacciones adversas, n (%)	3(27,2)	4(40,0)	1(100)	0(0,0)	2(66,6)	2(100)	0(0,0)	1(100)	0(0,0)	0(0,0)	2(22,2)	1(50,0)	1(100)	1(100)	1(100)	0(0,0)

Tabla 2. Características de cada fármaco a lo largo del estudio. Nivel de evidencia y de recomendación basados en Micromedex.

Conclusiones: Los tipos de vasculitis más frecuentemente diagnosticados en nuestro medio (35%) son de vaso grande y de vaso variable, tratándose esta última en su totalidad de enfermedad de Behçet. Más de las tres cuartas partes de los medicamentos empleados en el tratamiento de las vasculitis en nuestro entorno se emplea en condiciones de uso diferentes a las autorizadas. Los medicamentos más frecuentemente empleados en condiciones de uso diferentes a las autorizadas son medicamentos de síntesis, probablemente, por la mayor experiencia clínica disponible. Los medicamentos empleados en condiciones de uso diferentes a las autorizadas resultaron, en general, efectivos, y su perfil de seguridad no difirió del descrito en sus fichas técnicas, no detectándose ningún acontecimiento adverso inesperado. Las diferencias en los esquemas terapéuticos para una misma enfermedad pueden deberse a diferentes circunstancias tales como la comorbilidad del paciente, la gravedad de la vasculitis y la experiencia clínica del prescriptor.

RC071. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE MEPOLIZUMAB EN PACIENTES CON GRANULOMATOSIS EOSINOFÍLICA CON POLIANGEÍTIS: DATOS EN VIDA REAL DE UNA COHORTE DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Mireia Lucía Sanmartín Martínez¹, Jorge Juan Fragió Gil¹, Pablo Martínez Calabuig¹, Roxana González Mazarío¹, Laura Salvador Maicas¹, Iván Jesús Lorente Betanzos¹, Clara Molina Almela², Juan José Lerma Garrido¹, Isabel Martínez Cordellat¹, Amalia Rueda Cid¹ y Cristina Campos Fernández¹

¹Reumatología. Hospital General Universitario. Valencia.

²Reumatología. Hospital General de Requena. Valencia.

Introducción: La granulomatosis eosinofílica con poliangiitis (GEPa) es una vasculitis necrotizante de pequeño vaso, caracterizada por historia de asma, eosinofilia y una posible afectación multiorgánica progresiva. Una de las últimas terapias con las que contamos para su tratamiento es el mepolizumab (MPZ), un anticuerpo monoclonal anti-IL5, el cual ha demostrado eficacia en la remisión de la enfermedad, reducción de recaídas y disminución del uso de corticosteroides, sin embargo, la evidencia en la práctica clínica real es limitada.

Objetivos: El principal objetivo es evaluar el impacto del empleo de MPZ en términos de efectividad y seguridad en una cohorte de pacientes en vida real.

Métodos: Se ha realizado una revisión retrospectiva de casos, incluyendo 6 pacientes con diagnóstico de GEPa que cumplieron los criterios ACR/EULAR 2022, que han recibido terapia con MPZ. Se han recogido datos sobre índices de actividad y daño (VBASv3, VDI, FFS), evolución analítica (reactantes de fase aguda) y modificaciones de tratamiento, incluyendo dosis de corticoterapia, así como eventos adversos notificados, previo al inicio de MPZ, a los 3 y 6 meses y al año.

Resultados: Se incluyeron un total de 6 pacientes con diagnóstico de GEPa, uno de ellos fue excluido del análisis por escaso tiempo de evolución desde inicio de MPZ. De los 5 pacientes incluidos, 4 fueron mujeres (80%) y la edad media fue de 63 ± 11 años. En lo referente a los dominios clínicos afectados en relación a la enfermedad, así como datos diagnósticos referentes a biopsia y ANCA, podemos observar su distribución en la tabla 1. Todos los pacientes recibieron tratamiento previo al MPZ con FAMEsc: metotrexato (80%), azatioprina (40%) e inmunosupresores: micofenolato (20%), así como corticoterapia (100%, 2 pacientes requirieron bolos de metilprednisolona). Al iniciar MPZ, 4 pacientes lo hicieron a dosis de 100 mg/mensual y 1 paciente a dosis de 300 mg/mensual. Además, 2 pacientes mantuvieron tratamiento concomitante con metotrexato y 1 con micofenolato, con optimización de dosis. En cuanto a los índices de actividad (tabla 2) el VBASv3 medio inicial, previo a MPZ, fue de $19 \pm 5,6$, observando una

reducción del mismo hasta un valor de $6,6 \pm 3,2$ a los 12 meses. En cuanto a los índices de daño, la media del FFS ($n = 5$) fue de 0, y la media en VDI fue de 3,4, sin mostrar progresión en los 12 meses siguientes. En lo referente a resultados analíticos, la PCR media inicial fue de $0,6 \pm 0,64$ mg/dL, con una disminución de la misma a los 12 meses hasta alcanzar un valor medio de $0,27 \pm 0,24$ mg/dL. En el caso de la VSG media, no se observaron cambios significativos. Por último, en cuanto a la dosis de corticoide empleada, la media inicial previa al inicio de MPZ fue de 8 mg diarios de prednisona, observando una reducción paulatina de la misma, con resultados de dosis media a los 12 meses de 1 mg/día, logrando la retirada en 4 de los pacientes (80%) y en pauta descendente en el restante.

Características	N (%)
Sexo	Mujer: 4 (80%)
	Hombre: 1 (20%)
Hipertensión arterial	2 (40%)
Dislipemia	4 (80%)
Diabetes mellitus	2 (40%)
Pulmonar	5 (100%) • Asma bronquial
Cutáneo	5 (100%) • Vasculitis de pequeño vaso: 4 (80%) • Úlceras cutáneas: 1 (20%)
Sistema nervioso	4 (80%) • Mononeuritis múltiples: 2 • Parálisis facial: 1 • Polineuropatías mixtas: 2
Otorrinolaringológico	4 (80%) • Pansinusitis crónica: 1 • Poliposis: 2 • Policondritis traqueobronquial: 1
Articular	3 (60%) • Artritis
ANCA +	4 (80%) • p-ANCA (MPO+): 3 • c-ANCA (PR3+): 1
Biopsia	3 (60%) • Positiva: 2 (cutánea) • Negativa: 1 (mucosa nasal)

Tabla 1. Características de los pacientes previo a MPZ

	Previo a MPZ	3 meses	6 meses	12 meses
BVASv3	$19 \pm 5,6$	$9,2 \pm 4,9$	$7 \pm 3,6$	$6,6 \pm 3,2$
VDI	3,4	3,4	3,4	3,4
FFS	0	0	0	0
PCR (mg/dL)	$0,6 \pm 0,64$	$0,3 \pm 0,2$	$0,6 \pm 0,7$	$0,27 \pm 0,24$
VSG	$13,4 \pm 6,8$	$14 \pm 7,9$	$16,2 \pm 9,6$	$13,6 \pm 5,3$
Dosis de corticoide (PDN mg/24h)	8	3,5	1,5	1

Tabla 2. Evolución de índices de daño y actividad, reactantes de fase aguda y dosis de glucocorticoides

Conclusiones: En vista a los resultados observados, el MPZ parece una terapia efectiva y segura en la GEPa, permitiendo la reducción, incluso retirada, de glucocorticoides, reduciendo la actividad de la enfermedad e incluso previniendo el daño orgánico.

RC072. IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA ELECTRÓNICO DE RECOGIDA DE PROMS EN BIOBADASER: DESARROLLO Y NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON LA PLATAFORMA

Isabel Castrejon¹, Lucía Otero-Varela², Antonio Mera Varela³, Alicia García Dorta⁴, Silvia Gómez Sabater⁵, Raquel Martín Domenech⁶, José María Álvaro-Gracia¹, Juan Camilo Sarmiento⁷, Antonio Naranjo⁸, Sara Manrique⁹, Diana Sueiro¹⁰, Blanca García Magallón¹¹, Jerusalem Calvo¹², Beatriz Ventosa-Ferrer² y Fernando Sánchez-Alonso², en nombre de BIOBADASER

¹Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Unidad de Investigación de la SER. ³Hospital Clínico Universitario de Santiago. Santiago de Compostela. ⁴Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. ⁵Hospital Universitario Dr. Balmis. Alicante. ⁶Hospital Universitario de Elda. ⁷Hospital Clínic de Barcelona. ⁸Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ⁹Hospital Universitario de Málaga. ¹⁰Hospital Universitario de Ourense. ¹¹Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. ¹²Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción y objetivos: Las medidas de resultados informados por los pacientes (PROM, por sus siglas en inglés) son cada vez más reconocidas como herramientas importantes para la toma de decisiones compartidas y la mejora de la calidad asistencial. Los objetivos del estudio son: 1) desarrollar e implementar un sistema electrónico de PROM en BIOBADASER, 2) analizar los resultados iniciales tras la implementación, y 3) evaluar el nivel de satisfacción de los pacientes.

Métodos: Se seleccionó un conjunto mínimo de PROM validados para evaluar la enfermedad desde la perspectiva del paciente, siguiendo las recomendaciones del Consorcio Internacional para la Medición de Resultados en Salud (ICHOM). Se desarrolló una aplicación web que incluye los PROM seleccionados para que los pacientes los completen de forma independiente utilizando un dispositivo electrónico con acceso a internet (teléfono inteligente, tableta o computadora). Se invitó a participar a pacientes reclutados en BIOBADASER. Desde diciembre de 2023, seis centros colaboraron en una prueba piloto durante 6 meses y se amplió a todos los centros del registro en julio de 2024. Los datos demográficos, clínicos y de PROM se describen como frecuencias relativas para variables categóricas y como medias o medianas para variables continuas.

Resultados: De diciembre de 2023 a noviembre de 2024, se invitó a participar a 136 pacientes que iniciaban terapias avanzadas. De estos, 95 pacientes (70%) accedieron al sitio web y 81 pacientes

(60%) completaron los cuestionarios. La mayoría de los participantes eran mujeres (64,2%) con una edad media de 50,9 años. El diagnóstico más común fue artritis reumatoide (35,8%), seguido de espondiloartritis (19,8%) y artritis psoriásica (17,3%). El tratamiento más frecuentemente iniciado fue TNFi (72,8%). En cuanto a los PROM, los pacientes reportaron una alta actividad de la enfermedad según RAPID3, con una puntuación media de 13,3 (DE 6,8), reflejando niveles elevados de dolor y evaluación global del paciente. La mayoría de los pacientes reportaron problemas nulos o mínimos con la movilidad (69,1%), el cuidado personal (82,7%), la realización de actividades habituales (59,2%) o la ansiedad/depresión (67,9%). La puntuación media de salud global fue de 55,6, lo que indica que una proporción significativa de participantes calificaron su salud como buena. En cuanto a la usabilidad del sistema, muchos participantes sintieron que los PROM podrían mejorar significativamente la gestión de su enfermedad reumática. La mayoría consideró que el número de preguntas era adecuado (38,3%) o manejable (51,9%). Además, el 81% reportó ninguna o poca dificultad con el sistema, mientras que el 79% encontró las instrucciones claras o muy claras. La satisfacción de los pacientes fue alta, con un 80,2% informando estar bastante o muy satisfechos con el sistema de reporte, y el 66,7% prefiriendo el reporte en línea sobre los métodos en papel. En general, el 87,6% de los participantes se sintieron bastante o muy cómodos utilizando dispositivos electrónicos.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes encontraron el sistema electrónico claro y efectivo para monitorear su enfermedad utilizando PROM y expresaron preferencia por el sistema digital sobre el papel.

RC073. UTILIDAD DE LA ESPIROMETRÍA SIMPLE EN RELACIÓN AL TEST DE DIFUSIÓN DEL MONÓXIDO DE CARBONO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL ASOCIADA A ARTRITIS REUMATOIDE

Mónica Rico Muñoz¹, Lourdes Ladehesa-Pineda^{1,2,3}, I.C. Aranda-Valera^{1,2,3}, Santiago Dans-Caballero^{1,3}, Clementina López-Medina^{1,2,3} y Alejandro Escudero-Contreras^{1,2,3}

¹Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ²Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba. ³Universidad de Córdoba.

Introducción: La artritis reumatoide es una enfermedad con una prevalencia estimada en torno al 1% de la población mundial, de estos pacientes, hasta un 60% presentan afectación pulmonar,

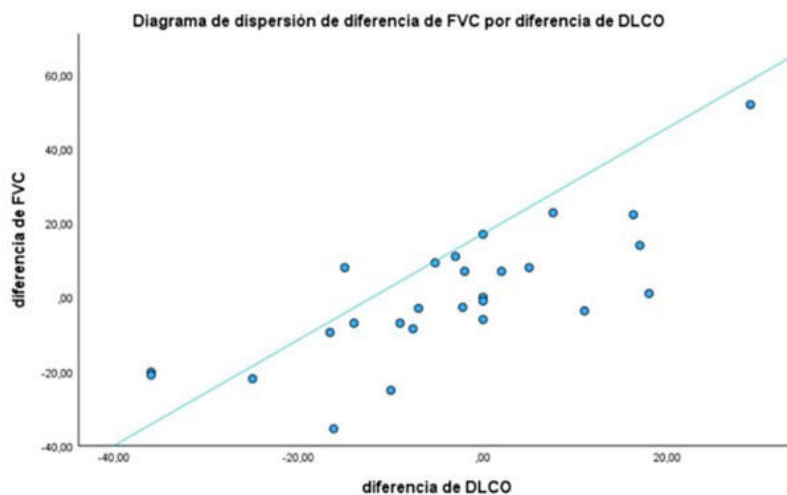


Figura 1. Correlación lineal entre la diferencia de FVC y la diferencia de DLCO

RC073 Figura.

siendo en su mayoría en forma de enfermedad pulmonar intersticial (EPID). El test de difusión del monóxido de carbono (DLCO) mide el grado de afectación intersticial de la enfermedad, siendo un indicativo de gravedad, no obstante las guías SER-SEPAR establecen la capacidad vital forzada (FVC) como parámetro para determinar la progresión de la enfermedad en el tiempo. En este estudio hemos tratado de evaluar la correlación existente entre ambos parámetros de cara a emplear la espirometría simple como herramienta en el seguimiento de estos pacientes. De igual manera, hemos tratado de analizar la existencia de factores al inicio del tratamiento que permitiesen estimar la FVC que presentarán los pacientes a los dos años de seguimiento.

Objetivos: Determinar si existe una correlación entre la progresión de la difusión del monóxido de carbono (DLCO) y la capacidad vital forzada (FVC) en pacientes con artritis reumatoide con EPID. Determinar si existen factores que permitan estimar la FVC a los dos años de seguimiento en los pacientes de nuestra cohorte.

Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo que incluyó a 55 pacientes con AR asociada a EPID que fueron tratados con abatacept o rituximab en el Hospital Reina Sofía de Córdoba durante los últimos 20 años. Se evaluaron los datos de las pruebas de función respiratoria (PFR) (FVC, FEV1, índice de Tiffeneau, DLCO y KCO) al inicio del tratamiento y tras 24 meses de seguimiento. Se analizó la existencia de correlación significativa entre la progresión de la DLCO y la progresión de la CVF, y se realizó un análisis de regresión lineal múltiple para determinar que parámetros permitiesen estimar la FVC a los dos años de seguimiento.

Resultados: Se obtuvo una correlación positiva entre la progresión de la DLCO y la progresión de la CVF: Diferencia de DLCO = $3,839 + 0,659 \cdot \text{Diferencia de FVC}$ ($p < 0,001$). Además, se obtuvo el siguiente modelo de regresión lineal múltiple, con una bondad del ajuste del 52,5%: FVC a los dos años = $3,257 - 15,61 \cdot (\text{exposición al tabaco}) + 0,721 \cdot (\text{FEV1 al inicio}) + 0,441 \cdot (\text{DLCO al inicio})$ ($p < 0,001$).

Conclusiones: Los resultados de nuestro estudio muestran que la espirometría simple puede ser una buena herramienta en el seguimiento de los pacientes con EPID asociada a AR, ya que la evolución del parámetro DLCO presenta una alta correlación con el parámetro FVC. Así mismo, podemos estimar en pacientes tratados con abatacept o rituximab, que FVC es la esperada a los dos años del tratamiento, herramienta que puede ser útil de cara a la toma de decisiones para valorar el efecto del fármaco.

RC074. PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE TRAS SWITCHING ENTRE INHIBIDORES DE LA JAK-CINASA: ESTUDIO DE LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD MEDIDA POR DAS28-PCR

Cristina Fuentes Rodríguez, Blanca Viejo Sosa,
Cinthia Serrano Virlán, Mónica Cordón González,
Loendy Dinora Salazar Rivera y María Dolores Toledo Coello

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Jerez
de la Frontera. Cádiz.

Objetivos: Evaluar el índice de actividad mediante DAS28-PCR a los 6 meses en paciente con diagnóstico de artritis reumatoide en los que se ha realizado *switching* entre diferentes iJAKs.

Métodos: Estudio transversal de pacientes que se ha realizado cambio entre iJAKs. Se incluyeron 23 pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide según criterios ACR/EULAR 2010. Se estudiaron variables clínico-demográficas, calculándose el tiempo de evolución de la enfermedad, el primer iJAK y el DAS28 a los 6 meses, los motivos de suspensión del *switching* a otro iJAK y el DAS28 a los 6 meses con el 2.º iJAK. Variables de interés: motivo de suspensión de primer iJAK, DAS28 a los 6 meses de tratamiento con 2.º iJAK. Otras variables: demográficas (edad, sexo), clínico-analíticas: años de evolución de la enfermedad, primer y segundo iJAK recibido, DAS28 a los

6 meses, motivo de suspensión de 1.º iJAK. Análisis estadístico: análisis descriptivo.

Resultados: Se incluyeron 23 pacientes. Las características clínico-demográficas se muestran en la tabla 1. La mayoría (82,6%) eran mujeres con una edad media de 54,2 años. En relación a la evolución de la enfermedad, presentaban una media de 14,2 años desde el diagnóstico. En relación al primer iJAK iniciado, el más frecuente fue baricitinib (47,8%); y de forma global para todos los iJAKs, la media del DAS28-PCR a los 6 meses fue de 4,20. En relación a tratamiento con un segundo iJAK, el más frecuente fue upadacitinib (43,5%), y se observó un descenso de la media del DAS28-PCR a los 6 meses de forma global, siendo esta de 2,77. En cuanto a los motivos de suspensión, reflejados en el gráfico 1, el más frecuente fue fallo secundario al tratamiento (52,17%). Entre los eventos adversos (4), encontramos molestias gastrointestinales (2), alopecia (1) y herpes zóster (1). Hubo 2 pacientes (8,7%) en los que hubo que retirar el tratamiento por riesgo cardiovascular sin presentar eventos cardíacos mayores (MACEs).

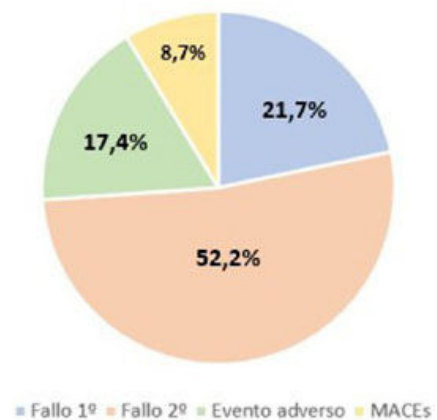
Tabla 1

Variables	Pacientes
Demográficas	
Sexo (mujeres), n (%)	19 (82,6%)
Edad (años), media	54,2
Clínicas	
Años de evolución de la enfermedad (años), media	14,2
Bajo tratamiento actual con GC, n (%)	6 (26,1%)
Tratamiento previo con FAMES, n (%)	23 (100%)

Tabla 2

	Primer iJAK		Segundo iJAK	
	DAS28-PCR a los 6 meses (media): 4,20		DAS28-PCR a los 6 meses (media): 2,77	
Tipo iJAK	N (%)	DAS28-PCR (media)	N (%)	DAS28-PCR (media)
Baricitinib	11 (47,8%)	3,92	5 (21,7%)	3,59
Upadacitinib	1 (4,4%)	4,71	10 (43,5%)	2,58
Tofacitinib	9 (39,1%)	4,42	0 (0%)	-
Filgotinib	2 (8,7%)	3,61	8 (34,8%)	2,49

MOTIVO DE SWITCHING



Conclusiones: Nuestros resultados demuestran que se ha visto una disminución de la actividad de la enfermedad a los 6 meses (medida por DAS28-PCR) en pacientes en los que se ha realizado *switching* entre iJAKs (4,20 vs. 2,77) representado en la tabla 2. El iJAK más frecuentemente utilizado de forma inicial fue baricitinib (47,8%), y tras el *switching*, el más frecuente fue upadacitinib (43,5%). Tras el estudio de las causas de suspensión, 2 pacientes presentaron contraindicación por presentar alto riesgo cardiovascular. Actualmente, solo el 26,1% estaban bajo tratamiento con glucocorticoides.

RC075. TASA DE RETENCIÓN DE BARICITINIB A DOSIS OPTIMIZADA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

Daniel Campos Martín¹, Nerea Alcorta Lorenzo¹, César Antonio Egües Dubuc¹, Lucía Otero², Fernando S. Alonso², Luis María López Domínguez¹ y Joaquín María Belzunegui Otano¹

¹Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Donostia. Gipuzkoa. ²Unidad de Investigación de la Sociedad Española de Reumatología. Madrid.

Introducción: Baricitinib, un inhibidor selectivo de JAK1/JAK2, ha demostrado ser eficaz, además de razonablemente seguro, en el manejo de pacientes con artritis reumatoide (AR) moderada o grave, no respondedores o con mala tolerancia a otros fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME). Existe la posibilidad de optimizar la dosis en aquellos pacientes que tras un adecuado control de enfermedad durante al menos 6 meses se reduce a la mitad la posología del fármaco, lo que puede aportar diversos beneficios con respecto a seguridad. Dada la escasa bibliografía disponible en la actualidad, resulta de especial interés analizar la supervivencia del fármaco en pacientes con optimización de dosis, considerando esta como variable subrogada de eficacia.

Métodos: En este estudio retrospectivo, unicéntrico, se incluyeron pacientes con diagnóstico de AR no controlada con otras terapias convencionales y dirigidas (FAME sintéticos convencionales, biológicos y sintéticos dirigidos), que iniciaron baricitinib entre 2017 y 2024, en régimen de optimización o a dosis plena. En esta base de datos se recogen variables demográficas y clínicas, tasa de retención del fármaco, tiempo hasta inicio del fármaco y del régimen de optimización, y el tratamiento concomitante con otros FAME o en monoterapia, afectación extraarticular, eventos adversos a nivel cardiovascular y de infección por virus herpes zóster (VHZ). Estas variables pueden ser factores determinantes a la hora de predecir qué subgrupo de pacientes presentan alta probabilidad de adecuada respuesta al régimen de optimización de dosis. Los pacientes se dividieron en dos grupos según optimización: aquellos que recibieron dosis plena (DP), con 4 mg o 2 mg diarios según ajuste por edad; y aquellos con dosis optimizada (OP), que redujeron la dosis a la mitad, habiendo cumplido criterios de optimización (control adecuado de la enfermedad al menos 6 meses). La tasa de retención de baricitinib fue medida mediante análisis de Kaplan-Meier, y se evaluó la significancia estadística mediante la prueba *log-rank*.

Resultados: Se incluyeron 150 pacientes tratados con baricitinib, en su mayoría mujeres (80%), con edad media de $63 \pm 12,86$ años, y que habían recibido 5 FAMES previos de media. Un total de 38 (25%) pacientes se optimizaron, mientras que 112 de ellos (75%), recibió la dosis plena. La persistencia del fármaco de media fue 1.118 ± 740 días, siendo superior en los OP respecto a los DP (1.747 días y 982 respectivamente). La tasa de abandono también fue menor en OP que en DP (46,6% y 80% respectivamente).

Conclusiones: La optimización de la dosis de baricitinib a la mitad, en pacientes con AR adecuadamente seleccionados, muestra un perfil favorable en la tasa de retención del fármaco, lo que puede indicar una eficacia sostenida superior a aquellos que reciben la DP. Hallamos conveniente en un futuro determinar qué variables pronósticas tienen un peso relevante en dicha mayor retención del fármaco apreciada en el grupo de OP.

RC076. OSTEOPATÍA SECUNDARIA A METOTREXATO: REPORTE DE TRES CASOS

Karen Samantha Carpio Astudillo, Ana Corral Bote, Aliuska Palomeque Vargas, Francisco Aramburu-Muñoz, Carmen González-Montagut-Gómez y Julio Antonio Medina-Luezas

Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción: El metotrexato (MTX) es un fármaco inmunosupresor ampliamente utilizado en el tratamiento de múltiples patologías reumatológicas. Aunque es bien conocido su papel en el metabolismo óseo donde se ha relacionado con un desequilibrio entre osteoblastos y osteoclastos¹ su relación con el desarrollo de fracturas está muy poco descrito en la literatura. La osteopatía secundaria a su uso se evidenció inicialmente en el tratamiento de la leucemia². Sin embargo, cada vez son más frecuentes los reportes de casos en el contexto de uso para patologías reumatológicas. Se trata de fracturas que se producen preferentemente en mujeres, que afectan a miembros inferiores (tibia distal y proximal, calcáneo, astrágalo) sin antecedente traumático previo ni asociación con los factores de riesgo tradicionales para osteoporosis (OP) y cuya sintomatología se confunde frecuentemente con el dolor producido por su propia enfermedad³.

Objetivos: Dar a conocer las características de las fracturas ocasionadas en contexto de tratamiento con MTX en patologías reumatológicas y su concordancia con la evidencia disponible en la literatura.

Métodos: Se reportan tres casos de fracturas asociadas al tratamiento con MTX en pacientes que se encontraban recibiendo este fármaco para su patología reumatológica.

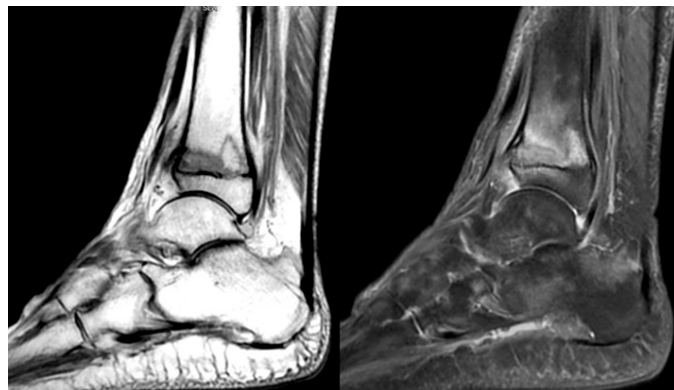
Resultados: Todos los casos incluidos corresponden a mujeres con una media de edad de inicio de los síntomas de 71 años que se encontraban recibiendo tratamiento con MTX y que acudieron a consulta refiriendo dolor intenso e incapacitante a nivel de miembros inferiores que no correspondía a actividad inflamatoria de su enfermedad, comprobando la presencia de fracturas mediante resonancia magnética (RMN). La media de tiempo hasta su desarrollo tras el inicio de MTX fue de 8,6 años. En la densitometría ósea (DMO) de todas las pacientes se evidenciaba osteopenia, ninguna recibía tratamiento con corticoterapia crónica y solo una de ellas era fumadora activa. Es importante destacar que una de las pacientes con artritis reumatoide (AR) ya tuvo un antecedente previo de fractura (rodilla izquierda) valorado de manera particular en la que no se suspendió el MTX, apareciendo nuevas fracturas en nuestra valoración (pie izquierdo). Mientras que en la paciente con artritis psoriásica (APs), al existir sospecha inicial de un síndrome de dolor regional complejo se inicia tratamiento con bifosfonatos (BF) sin suspender el MTX, persistiendo con dolor, ausencia de consolidación e intenso edema en la RMN; pero con posterior mejoría tras la suspensión del fármaco. En la tabla se describen las características de las fracturas.

Características de las fracturas en contexto del tratamiento con MTX en pacientes con enfermedades reumatológicas

Edad diagnóstico (años)	Enfermedad de Base	Tiempo de tratamiento hasta desarrollo de Fx (años)	Localización	DMO (T score)	Tratamiento
76	AR	9	Calcáneo y tibia distal derechos	CF -2,4; CT -1,9; CL 0,3	Ácido zoledrónico Suspensión de MTX simultánea
69	AR	10	2022: meseta tibial y cóndilo medial izquierdo 2023: calcáneo y cuboides izquierdo	CF -1,9; CT -1,8; CL -1,9	Ácido alendrónico
69	APs	8	Metafisaria tibial distal y peroné (suprasindesmal) izquierdos	CF -1,9 CT -1,7; CL 0,3	Suspensión de MTX posterior Acido alendrónico Suspensión MTX posterior

Conclusiones: La osteopatía por MTX es una entidad considerada infrecuente en contexto del tratamiento de patologías reumatológicas.

cas. Sin embargo, su complejo diagnóstico que muchas veces se confunde con actividad de la enfermedad nos lleva a concluir que probablemente se encuentre infradiagnosticada. Existe muy poca evidencia respecto al tratamiento de estas fracturas. En los casos presentados podemos evidenciar que además del uso de BF, la suspensión del fármaco es un factor fundamental para asegurar la consolidación y evitar el desarrollo de nuevas fracturas.



Fractura metafisaria de tibia distal con extenso edema persistente tras el inicio de tratamiento con BF, previa suspensión de MTX en paciente con APs.

Bibliografía

1. King TJ, et al. Am J Pathol. 2012;181:121-9.
2. Robin F, et al. Osteoporos Int. 2021;32(2):225-32
3. Ruffer N, et al. Semin Arthritis Rheum. 2022;52:151952.

RC077. ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO DE LOS MARCADORES DE REMODELADO ÓSEO EN PACIENTES TRATADAS CON ROMOSUZUMAB EN CONDICIONES DE PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

Cristina Calomarde-Gómez, Águeda Prior-Español, Francina Salabert, Raquel Ugena, Cristina Rocamora, Judith Vidal, Clara Churtichaga, Annika Nack, Ivette Casafont-Sole, Judit Font, Maria Aparicio, Anne Riveros, Susana Holgado, Rosa Serrano, Lourdes Mateo y Laia Gifré

Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona

Introducción y objetivos: El romosozumab (Rmab) es un fármaco antiesclerostina indicado en pacientes con alto riesgo de fractura. El objetivo de este estudio es describir la secuencialidad previa (con respuesta en marcadores de remodelado óseo [MRO]) de pacientes tratados con Rmab en condiciones de práctica clínica, así como la respuesta densitométrica, efectos secundarios y secuencialidad pos-Rmab.

Métodos: Estudio observacional descriptivo de pacientes en tratamiento con Rmab con mínimo 3 meses de tratamiento. Se recogieron datos clínicos, analíticos, marcadores de remodelado óseo (MRO), radiografías de columna y densitometría.

Resultados: Se incluyeron 17 mujeres postmenopáusicas, con una media edad $70,5 \pm 8$ años; 8 habían completado los 12M y 6 los 6M. Todas habían presentado fracturas por fragilidad (mediana 2 fracturas por paciente): 11 vertebrales, 6 radio-distal, 4 húmero-proximal, 3 pelvis y 2 fémur. Al valorar el tratamiento previo recibido: 8 bifosfonatos [BF] (4 zoledronato:4 alendronato), 4 teriparatida, 3 denosumab (Dmab) y 2 raloxifeno. De forma global, se observó un incremento de DMO: lumbar +7,1% y +8,9% a los 6 y 12 meses; CF +2,2% y +2,2 a 6 y 12 meses; y fémur total del 2,9 y 4,4% a 6 y 12 meses. Las pacientes tratadas previamente con BF presentaron mayores incrementos de DMO comparado con teriparatida o Dmab,

sin alcanzar significación estadística. La evolución de los MRO difirió en función del fármaco previo. Las pacientes con BF previo, al mes 1 presentaron un incremento de PINP (+46%) con descenso del CTX. Las pacientes con Dmab previo, presentaron un incremento de ambos marcadores a 3 meses (+1204% y +273%). Se observó un descenso de los MRO en las pacientes con teriparatida previa. Durante el tratamiento con Rmab: 3 presentaron lesiones cutáneas, 1 reacción en el punto de inyección, 2 rinosinusitis (1 condicionó suspensión del Rmab). 1 paciente presentó una fractura de fémur (3M de Rmab). No se han observado fracturas vertebrales incidentales. Tras completar los 12 meses de Rmab: 7 iniciaron Dmab y 1 BF endovenoso.

Conclusiones: En condiciones de práctica clínica, la terapia secuencial previa al inicio de Rmab condiciona la respuesta de los MRO y en la DMO. Las pacientes con tratamiento previo con BF presentan mejores incrementos de DMO con Rmab. Además, el comportamiento de los MRO indica un probable efecto “rebote” con la secuencia Dmab-Rmab. Tras completar la pauta de Rmab, todos iniciaron fármacos antirresortivos. Señalar que el 35% presentan algún efecto adverso, aunque solo 1 paciente requirió retirada de Rmab.

RC078. ¿QUÉ FÁRMACOS ESTÁN ASOCIADOS CON EL DESARROLLO DE OSTEONECROSIS MANDIBULAR? ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE UNA COHORTE DE PACIENTES

Esther Monleón Acosta, Alicia Pérez González, José Andrés Rodríguez Fernández, Pedro José Manuel Hernández, María del Rosario Oliva Ruiz, José María Andreu Ubero, Paloma Valentina Castillo Dayer, Gloria Albaladejo Paredes, Carlos Fernández Díaz, Ángela Egea Fuentes, Montserrat Fernández Salamanca y Vicente Cogolludo Campillo

Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena.

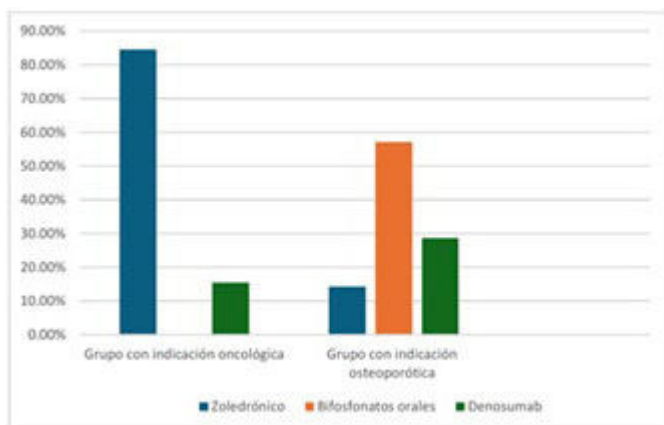
Introducción: La osteonecrosis de la mandíbula (ONM) se define como la necrosis avascular del hueso situado en la región maxilofacial con presencia de hueso expuesto o accesible a través de una fístula extraoral o intraoral que no se cura en 8 semanas. Se excluye la necrosis secundaria a la radioterapia. La ONM puede ser secundaria a fármacos y se denomina osteonecrosis de mandíbula relacionada con medicamentos (ONMRM). Para definir esta entidad se requiere la administrado previa o actual de tratamiento antirresortivo, solo o en combinación con inmunomoduladores o antiangiogénicos.

Objetivos: Analizar qué fármacos están asociados al desarrollo de ONMRM en nuestra muestra de pacientes. Describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes diagnosticados de ONMRM.

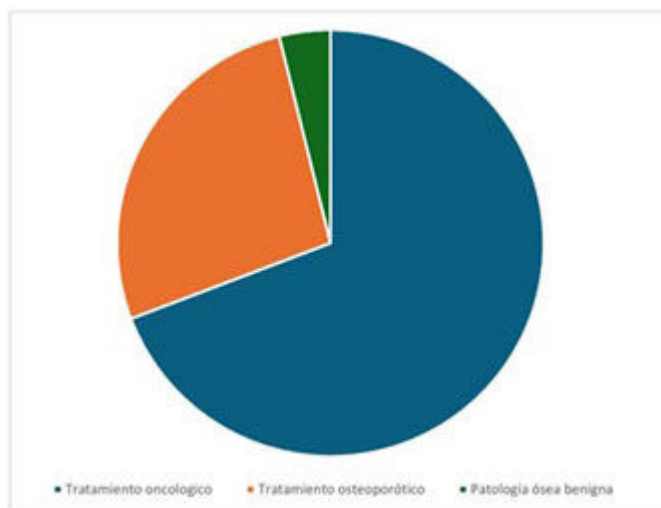
Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en el Hospital Santa Lucía de Cartagena. Se incluyeron pacientes diagnosticados de ONMRM entre enero del 2015 y enero del 2024. Posteriormente se recogieron diversas variables clínico-epidemiológicas, realizándose un análisis estadístico mediante a herramienta SPSSv21.

Resultados: Se recogieron 24 pacientes con diagnóstico de ONMRM, siendo el 56% mujeres y el resto hombres (44%). La edad media fue de $69 \pm 13,2$ años. El 56% eran hipertensos, el 20% diabéticos, el 32% dislipémicos y el 12% padecían enfermedad renal crónica estadio 3-4. El 78,1% tenía una enfermedad oncológica subyacente y el 22% se había sometido previamente a un procedimiento dental invasivo. En el momento del diagnóstico de ONMRM, el 100% de los individuos estaban siendo tratados con fármacos antirresortivos: el 85,2% con bifosfonatos y el 14,8% con denosumab. El tiempo medio de tratamiento fue de $4,15 \pm 3,7$ años. De los pacientes tratados con bifosfonatos, el 66,6% estaban con terapia intravenosa (ácido zoledrónico)

y el resto, con tratamiento oral (11,1% risendronato, 11,1% alendronato y 11,1% otros). En el 69,23% de los casos, los bifosfonatos se indicaron como tratamiento oncológico, mientras que en el 26,9% la indicación era osteoporótica. En el 3,87% de los casos se indicaron como tratamiento de una enfermedad ósea benigna. En el grupo con indicación oncológica, el 84,6% de los casos se debieron al uso de zoledrónico, mientras que en el grupo con indicación osteoporótica solo el 14,2% se debieron al uso de este fármaco. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p < 0,001$). Por lo tanto, el desarrollo de ONMRM en pacientes tratados con zoledrónico fue más frecuente cuando se utilizó como tratamiento oncológico.



Distribución de los casos de ONMRM en función del fármaco y la indicación clínica.



Distribución de los pacientes (con ONMRM) tratados con bifosfonatos en función de la indicación clínica.

Conclusiones: En el grupo de pacientes tratados con antirresortivos por indicación oncológica, el fármaco más asociado con la ONMRM fue el ácido zoledrónico, mientras que en el grupo tratado por osteoporosis fueron los bifosfonatos orales. A partir de los datos obtenidos podemos concluir que el riesgo de ONMRM no depende únicamente del fármaco en sí, sino más bien de la indicación clínica, los factores de riesgo del paciente y la pauta de administración. Se necesitan más estudios para aclarar la relación entre la ONMRM y los diferentes fármacos.

Bibliografía

1. Ruggiero SL et al. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons position paper on medication-related osteonecrosis of the jaw—2014 update. *J Oral Maxillofac Surg*. 2014;72:1938-56.

2. McGowan K, et al. Risk factors for medication-related osteonecrosis of the jaws: a systematic review. 2018;24:527-36.

RC079. ELABORACIÓN DE UN PROGRAMA DE CAPACITACIÓN PARA PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS

Carolina Alfonso González, Imma Vidal Castell, Vera Ortiz-Santamaría, Jordi Camins Fàbregas, Noemí Busquets-Pérez, Andrea Cuervo y Katherine Cajiao Hospital de Granollers.

Introducción: El equipo de reumatología de la Fundación Privada Hospital Asilo de Granollers (FPHAG) implementó un programa de capacitación (PC) dirigido a pacientes con espondiloartritis, para mejorar sus conocimientos de salud y autocuidado. El PC se realizó con la coordinación de un equipo interdisciplinario integrado por reumatólogos, pacientes y una enfermera en reumatología.

Objetivos: Empoderar al paciente con el objetivo de conocer su patología y mejorar la calidad de vida.

Métodos: Se diseñó un PC a partir de la evidencia científica existente en las guías de práctica clínica en relación con este problema de salud. Se elaboraron los objetivos docentes, el contenido de la información y la evaluación del programa. El PC se elaboró en febrero de 2024 y constó de tres sesiones quincenales, con 10-12 integrantes por sesión. Los candidatos se identificaron a partir de una base de datos creada para tal efecto y se incluyeron sistemáticamente los participantes reclutados en las visitas asistenciales. Se realizó la distribución de los pacientes en grupos homogéneos (perfil de edad, estado evolutivo de la enfermedad y diagnóstico). La formación incluyó parte teórica y resolución de dudas, y las reuniones fueron presenciales. Las sesiones se iniciaron con 10 pacientes con espondiloartritis anquilosante (EA), con una media de 37 años de edad y en tratamiento biológico. Contenido: Principios de anatomía de EA, conceptos básicos fisiológicos. Definición, causas y diagnóstico. Tratamiento y seguimiento de la EA. Vivir con su enfermedad. Higiene postural, ejercicio físico y hábitos saludables. La evaluación se realizó al inicio, al finalizar todas las sesiones y seis meses después de la última. Los conocimientos previos y adquiridos se valoraron mediante un cuestionario creado por el equipo de reumatología. La satisfacción percibida de los participantes se valoró mediante la escala de satisfacción utilizada por todos los pacientes de la FPHAG y es la utilizada por el departamento de atención al usuario. Estos cuestionarios son anónimos y autoadministrados.

Resultados: El 100% de los pacientes evaluaron el PC y la organización con un 10/10. Los resultados sobre los conocimientos fueron los siguientes: % de aciertos. Conocimientos 1.ª sesión. Anatomía: inicial 30%, posterior 80%, 6 meses 80%. Definición: inicial 60%, posterior 100%, 6 meses 100%. Causas: inicial 40%, posterior 90%, 6 meses 80%. Diagnóstico: inicial 40%, posterior 90%, 6 meses 90%. Conocimientos 2.ª sesión: Tratamiento y seguimiento de la EA. inicial 60%, posterior 80%, 6 meses 70%. Conocimientos 3.ª sesión: Vivir con su enfermedad. Higiene postural: Inicial 60%, posterior 100%, 6 meses 90%. Ejercicio físico: inicial 70%, posterior 80%, 6 meses 80%. Hábitos saludables: inicial 60%, posterior 100%, 6 meses 100%.

Conclusiones: El PC para pacientes con espondiloartritis ha sido efectivo en un porcentaje alto (70% de media) en la mejora del conocimiento sobre la enfermedad. Al inicio, se observó que los pacientes tenían conocimiento limitado sobre la espondiloartritis. Sin embargo, después de la implementación del PC y la evaluación 6 meses después, se evidenció un aumento significativo de su nivel de conocimiento. Este incremento, refleja la efectividad del contenido y la metodología del PC, así como el compromiso y la participación activa de los pacientes y de los profesionales implicados. Los resultados obtenidos invitan a continuar realizando programas de capacitación y educación para diferentes grupos.

RC080. CURA DE LESIONES DE DIFÍCIL CICATRIZACIÓN CARACTERÍSTICAS DE PERSONAS CON ESCLEROSIS SISTÉMICA (ES): CASO CLÍNICO

Susana Fernández-Sánchez^{1,3}, Ivan Castellví Barranco¹, José Luis Tandaipan Jaime¹, María Urbano Alcaraz^{2,3}, Esther Roe Crespo², Rubén Medina Maestro³, M. Àngels Sendra Lluís^{1,3} y Hèctor Corominas Macias¹

¹Servicio de Reumatología y Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ²Servicio de Dermatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ³Enfermería de Consultas Externas. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción: La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad caracterizada por fibrosis, vasculopatía y alteraciones inmunes. La vasculopatía se caracteriza por la presencia de fenómeno de Raynaud; episodios vasoespásticos con palidez, seguida de cianosis por la isquemia y finalmente hiperemia por reperfusión. Son características las lesiones en los pulpejos de dedos de las manos, en zonas de prominencia ósea, en extremidades inferiores y por calcinosis. Estas

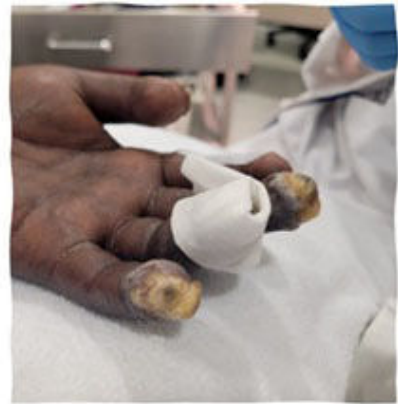
lesiones requieren de una valoración precoz, tardan en cicatrizar y frecuentemente se complican con infección, osteomielitis o gangrena.

Objetivos: Evaluar la cura en ambiente húmedo en úlceras características de ES.

Métodos: Varón de 50 años de raza negra diagnosticado de ES. En el momento del diagnóstico presenta 6 úlceras (evolución > 5 meses) en pulpejos y zonas de prominencia ósea que habían sido tratadas con curas en ambiente seco. Las úlceras provocaban un dolor intenso y un alto impacto en la calidad de vida.

Resultados: En el momento del diagnóstico se instaura tratamiento analgésico y se observa buena perfusión en las manos. Las lesiones presentan gran cantidad de tejido desvitalizado y poco exudado. Se hace un plan de cuidados según V Henderson y se siguen las recomendaciones TIMERS, comenzando curas en ambiente húmedo. Las curas se realizan cada dos días con supervisión de enfermería. El dolor mejora progresivamente hasta desaparecer y consigue la cura de las lesiones a los 4 meses.

Conclusiones: Conocer las lesiones cutáneas características de las ES nos ha permitido la cura de las lesiones, disminuir el dolor y el riesgo de complicaciones.



INICIO



FINAL

RC081. EVOLUCIÓN EN 6 AÑOS DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE ENFERMERÍA REUMATOLÓGICA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Susana P. Fernández-Sánchez^{1,2}, Ana Laiz Alonso¹, Ivan Castellví Barranco¹, César Díaz-Torné¹, Berta Magallares López¹, Patricia Moya Alvarado¹, Hye Sang Park¹, José L. Tandaipan Jaime¹, Luis Sainz Comas¹, Helena Codes Méndez¹, Asier García-Alija¹, Albert Casals Urquiza¹, M. Àngels Sendra Lluís^{1,2}, Rubén Medina Maestro², Sandra Ros¹ y Hèctor Corominas Macías¹

¹Servicio de Reumatología y Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ²Enfermería de Consultas Externas. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Objetivos: Comparar la actividad realizada en una consulta de enfermería reumatológica de un hospital universitario desde el 2018 a la actualidad.

Métodos: Estudio descriptivo y observacional. Se registraron de forma consecutiva pacientes que fueron atendidos en la consulta monográfica de enfermería durante 20 días laborables del 2018 y del 2024. Las variables recogidas fueron: la patología reumática del paciente atendido, el tipo de visita realizada (programada presencial, programada no presencial, espontánea presencial y espontánea no presencial) y las funciones clínicas (educación, procedimiento, control) y de gestión realizadas por enfermería. Todas las variables fueron registradas en una base de datos creada para el estudio.

Resultados: Hubo un aumento de pacientes atendidos respecto del 2018 al 2024 (254 versus 322) y un incremento en las activi-

dades realizadas (282 versus 447), siendo estos aumentos estadísticamente significativos ($p < 0,005$). Las patologías atendidas con más frecuencia en el 2018 y 2024 fueron la artritis reumatoide (41,7 versus 45,6%), espondiloartritis (18,9 versus 11,5%) y vasculitis (12,6% versus 13,3). Se observó en el 2024 un aumento en la atención a pacientes con síndrome de Sjögren y una disminución en las espondiloartritis, las frecuencias se pueden observar en la tabla 1. El tipo de visita programada (presencial y no presencial) disminuyó durante el 2024 (72 versus 37,8%), aumentando las visitas espontáneas (presenciales y no presenciales) (27,9 versus 62%). Todas estas diferencias resultaron estadísticamente significativas ($p < 0,001$) (tabla 2). Las funciones clínicas realizadas por el profesional de enfermería que se incrementaron en el 2024 fueron en educación; concretamente sobre la patología reumática (1,9 versus 8,2%) y el tratamiento farmacológico (5,6 versus 16,5%), y en control de resultados (10 versus 22%), observándose una disminución en el control del factor de riesgo cardiovascular (tabla 3). La función gestora también aumentó en el 2024 (11 versus 45,8%) siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$).

Conclusiones: La actividad asistencial realizada en una consulta de enfermería reumatológica de un hospital universitario a lo largo de 6 años ha variado adaptándose a las necesidades del servicio; incrementando el número de pacientes atendidos, principalmente pacientes con síndrome de Sjögren y aumentado su actividad, concretamente en el control de resultados y la gestión de consultas espontáneas de los pacientes.

Tabla 1. Patologías de los pacientes atendidos en las consultas de enfermería reumatológica.

PATOLOGÍA	2018 N=254 n(%)	2024 N=322 n(%)	p ^a
ARTRITIS REUMATOIDE	106(41,7)	147(45,6)	0,025
ESPONDILARTRITIS	48(18,9)	37(11,5)	
VASCULITIS	32(12,6)	43(13,3)	
ESCLEROSIS SISTÉMICA	16(6,3)	19(5,9)	
OSTEOPOROSIS	11(4,3)	10(3,1)	
LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO	10(3,9)	10(3,1)	
ARTRITIS CRISTALINAS	7(2,7)	15(4,7)	
S. SJÖGREN	2(0,8)	16(4,9)	
OTRAS	22(8,6)	25(7,7)	

^a Chi-cuadrado (razón de verosimilitud)

Tabla 2. Cambio observado en los tipos de visitas realizadas por la enfermera de reumatología.

TIPOS DE VISITA	2018 n(%)	2024 n(%)	p ^a
PROGRAMADA PRESENCIAL	90(35,4)	78(24,2)	< 0,001
PROGRAMADA NO PRESENCIAL	93(36,6)	44(13,6)	
ESPONTÁNEA PRESENCIAL	23(9)	44(13,6)	
ESPONTÁNEA NO PRESENCIAL	48(18,9)	156(48,4)	

^a Chi-cuadrado (razón de verosimilitud)

Tabla 3. Actividades de función clínica realizadas en la consulta monográfica de enfermería reumatológica.

FUNCIÓN CLÍNICA:	2018 N=251 n(%)	2024 N=242 n(%)	p ^a
EDUCACIÓN	70(27,8)	70(28,9)	< 0,001
• Patología	5(1,9)	20(8,26)	
• Tratamientos	14(5,6)	40(16,5)	
• Otras educaciones	51(20,3)	10(4,1)	
PROCEDIMIENTOS	24(9,6)	35(14,5)	
• Administración tratamientos	9(3,6)	10(4,1)	
• Obtención de muestras	6(2,4)	9(3,7)	
• Curas	4(1,4)	14(5,8)	
• Otros	5(1,6)	2(0,8)	
CONTROL	157(62,5)	137(56,6)	
• Pacientes estables	51(20,3)	36(14,8)	
• Resultado pruebas	26(10,3)	54(22,3)	
• Factor riesgo osteoporosis	0(0)	2(0,8)	
• Factor riesgo cardiovascular	42(16,7)	14(5,8)	
• Factor riesgo infección	38(15,1)	31(12,8)	

^a Chi-cuadrado (razón de verosimilitud)

RC081 Tabla 3.

RC082. DISEÑO DE UN INSTRUMENTO DE VALORACIÓN Y PLAN DE CUIDADOS ENFERMEROS BASADO EN LA TEORÍA DELIBERATIVA PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS CRÓNICAS

Ana Cecilia Sovero Utrilla y Lorena Arques

Hospital Universitario de Torrevieja.

Introducción: Las enfermedades reumáticas crónicas presentan desafíos tanto clínicos como psicosociales, afectando significativamente la calidad de vida de los pacientes. La adherencia terapéutica y la percepción del autocuidado son fundamentales para el éxito del tratamiento, pero a menudo son insuficientemente abordadas en la práctica clínica. La teoría deliberativa de Paterson y Zderad proporciona un marco conceptual centrado en la relación humana, el entendimiento mutuo y la personalización de los cuidados, aspectos clave para la atención integral.

Objetivos: Desarrollar y validar un instrumento de valoración integral y un plan de cuidados personalizado para pacientes con enfermedades reumáticas crónicas, utilizando como base la teoría deliberativa para promover la adherencia terapéutica y mejorar los resultados en salud.

Métodos: Desarrollo del instrumento de valoración: Diseño de un cuestionario estructurado para explorar necesidades de salud, barreras percibidas en el tratamiento y factores psicosociales relevantes, alineado con los principios de la teoría deliberativa. Validación del contenido a través de un panel de expertos en enfermería reumatológica y análisis piloto con 30 pacientes. Plan de cuidados basado en la teoría deliberativa: Se establecerá un protocolo de entrevistas deliberativas para cocrear objetivos y estrategias de cuidado, considerando las prioridades y valores de los pacientes. El plan incluirá intervenciones educativas, apoyo emocional y herramientas para el autocuidado, integradas en la consulta de enfermería. Evaluación de la efectividad: Diseño prospectivo para medir la utilidad del instrumento y la implementación del plan en términos de adherencia terapéutica (cuestionario Morisky-Green), calidad de vida (HAQ-DI, SF-36) y satisfacción del paciente.

Resultados: Esperados: el instrumento permitirá identificar necesidades y barreras específicas en la atención de pacientes con enfermedades reumáticas crónicas, proporcionando una base sólida para la implementación de un plan de cuidados deliberativo. Se espera una mejora en la adherencia terapéutica, la calidad de vida y la satisfacción percibida con la atención enfermera.

Conclusiones: Esta propuesta establece las bases para un modelo innovador de valoración e intervención en enfermería reumatológica, centrado en la relación humana y el empoderamiento del paciente. La aplicación de la teoría deliberativa posiciona a la enfermería como un agente clave en el manejo integral y humanizado de las enfermedades reumáticas crónicas. Cronograma: Duración estimada: 18 meses. Mes 1-3: Desarrollo y validación del instrumento. Mes 4-6: Reclutamiento de pacientes. Mes 7-12: Implementación del plan de cuidados. Mes 13-18: Seguimiento y análisis de resultados.

RC083. EVALUACIÓN DE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE CRÓNICO EN LA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR DE REUMATOLOGÍA

Nahikari Martínez Izaburu, Sonia Azkarate Jiménez, Raquel Sanz Berruete, César Antonio Egües Dubuc, Joaquín Belzunegui Otano, Tania Herrera Barcia, Cristina Manzana Oreja y Beatriz Arrillaga Domínguez

Ambulatorio de Gros Donostia. OSI Donostialdea. San Sebastián.

Introducción: La experiencia del paciente en su enfermedad crónica es importante y por lo tanto se tiene en cuenta en las organizaciones sanitarias y sociales. El cuestionario IEXPAC (Instrumento de Evaluación de la Experiencia del Paciente Crónico) es una herramienta validada, que nos permite conocer la experiencia de los pacientes crónicos en su relación con los profesionales, servicios sanitarios/sociales y la atención que reciben. Hemos tomado como referencia, entre otros, el artículo de Orozco-Beltrán D, de Toro J, Galindo MJ, et al. 2019 en el que describe los resultados de un estudio transversal en pacientes con enfermedad reumática utilizando la escala IEXPAC

que dio como resultado una puntuación media 5,5 (DE 2,0). Por lo tanto, se analizó la evaluación de la experiencia de nuestros pacientes en la consulta de reumatología (médico y enfermera), para comparar los resultados con la bibliografía y mejorar la calidad de la atención, avanzando hacia una atención integrada y centrada en el paciente.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo transversal y unicéntrico en pacientes mayores de 18 años con enfermedad reumática, atendidos en consulta de enfermería de un centro de salud de atención especializada. Se cumplimentaron los cuestionarios entre enero y abril del 2024. Se recogieron las variables cualitativas (sexo) y las cuantitativas: edad, número de fármacos prescritos, puntuación ítems IEXPAC, a través de 15 preguntas sencillas, directas y rápidas (11 generales y 4 si proceso hospitalario en los últimos 6 meses), puntuación interacción con los profesionales (IP), nuevos modelos relacionales (NMR) y autogestión del paciente (AGP). Las variables cualitativas se analizaron con media y desviación estándar (DE) y las cuantitativas con el valor absoluto y porcentaje.

Resultados: Se entregaron 172 cuestionarios, y se cumplimentaron 168 (97%). La edad media fue de 61,68 años (DE 12,9) siendo el 68% mujeres. La puntuación media del IEXPAC (tabla 1) fue de 6,95 puntos (DE 1,39), IP de 8,94 puntos (DE 0,36), AGP de 7,90 puntos (DE 1,21) y NMR de 3,01 puntos (DE 0,56).

Cuestionario IEXPAC

Preguntas	Media	DE	Siempre o casi siempre
1. Respetan mi estilo de vida	9,08	1,8	92,85%
2. Están coordinados para ofrecerme una buena atención	8,39	2,4	82,1%
3. Me ayudan a informarme por internet	3,6	4,0	28,57%
4. Ahora sé cuidarme mejor	8,14	2,1	82,1%
5. Me preguntan y me ayudan a seguir mi plan de tratamiento	9,14	1,6	95,23%
6. Acordamos objetivos para llevar una vida sana y controlar mejor mi enfermedad	8,24	2,6	82,1%
7. Uso internet y el móvil para consultar mi historia clínica	2,96	3,8	39,88%
8. Se aseguran de que tomo la medicación correctamente	9,06	1,8	92,85%
9. Se preocupan por mi bienestar	9,15	1,7	94,04%
10. Me informan de recursos sanitarios y sociales que me pueden ayudar	6,19	3,8	54,76%
11. Me animan a hablar con otros pacientes	2,46	3,7	20,23%

Conclusiones: Los resultados obtenidos confirman que los pacientes refieren tener una buena experiencia en relación con la atención del equipo de reumatología, ligeramente por encima de los datos publicados en la bibliografía.

RC084. INHIBIDORES DE JAKS EN ARTRITIS PSORIÁSICA: EFICACIA Y SEGURIDAD EN VIDA REAL

Daniel Ramos Castro¹, Elena Grau García², Laura Mas Sánchez¹, Pablo Muñoz Martínez¹, Alba María Torrat Noves¹, Iago Alcántara Álvarez¹, Belén Villanueva Mañes¹, Miguel Simeó Vinaixa¹, Andrés Pérez Hurtado¹ y José Andrés Román Ivorra¹

¹Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ²Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

Introducción: El arsenal terapéutico en la artritis psoriásica se ha incrementado en los últimos años con la aprobación de los inhibidores JAK/STAT (JAKi). La comodidad de su vía de administración y la eficacia demostrada en los ensayos clínicos en pacientes con fallo a fármacos biológicos previos los posiciona como un tratamiento eficaz y seguro. Sin embargo, la evidencia de su seguridad y eficacia en vida real es todavía limitada.

Objetivos: Analizar la seguridad y eficacia del tratamiento con JAKi en vida real en paciente con artritis psoriásica.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo unicéntrico de pacientes con artritis psoriásica (criterios CASPAR 2006) en tratamiento con JAKi. Se recogieron datos demográficos de los pacientes, datos clínicos y analíticos, así como de tratamiento. Se recogieron datos de seguridad, incluyendo tanto cualquier evento adverso (EA), como EA grave (considerado como tal si ponía en peligro la vida del paciente y daba lugar a hospitalización, discapacidad o muerte).

Resultados: Se seleccionaron 35 prescripciones que correspondían a 32 pacientes (65,6% mujeres) con una edad media de 50,9 años y 11,43 años de evolución de la enfermedad. El factor de riesgo cardiovascular más frecuente fue la hipertensión arterial (28,1%), seguido por la dislipemia (25%) y la diabetes tipo 2 (9,4%). El 9,4% de los pacientes se declararon fumadores activos al inicio de JAKi. Solo un 25% de los pacientes estaba vacunado para herpes zoster previamente al tratamiento. Al inicio del JAKi los pacientes presentaban un valor medio de DAS28 de 4,6 y SDAI de 24,57. De los 35 iJAK el 60% son tofacitinib 10mg/día, el 37,1% upadacitinib 15mg/día y el 2,9% baricitinib 4 mg/día. El 60% se mantuvieron en monoterapia con JAKi, mientras que el 40% utilizaron terapia combinada con FAMEsc (metotrexate 50%, leflunomida 42,86% y salazopirina 7,14%). El 50% de los pacientes se encontraban tomando corticoide oral. El 18,2% de los pacientes recibieron JAKi como primera línea de tratamiento; el 9,1% habían fallado a un biológico previo (FAMEb), el 15,2% a 2 biológicos y el 57,8% a 3 o más biológicos. El tiempo medio de tratamiento con tofacitinib fue de 35,7 meses, upadacitinib 15,9 meses y el único paciente en tratamiento con baricitinib mantiene el tratamiento 50,1 meses. Se suspendió la prescripción de tofacitinib en un 66,7%, de upadacitinib en un 46,2% y la prescripción de baricitinib también se interrumpe. Tras la suspensión de JAKi se pautó otra terapia avanzada sin claro predominio de mecanismo de acción. Los motivos más frecuentes de suspensión del tratamiento fueron la ineficacia (28,6%), la pérdida de eficacia (33,3%), las reacciones adversas (23,8%) y otros motivos (14,3%). Durante el tratamiento se reportaron como EA principalmente infecciones de tracto urinario (6 casos) y respiratorias (4 casos). No se produjeron EA graves (no TEP y no MACE).

	Tofacitinib (N = 21)	Upadacitinib (N = 13)	Baricitinib (N = 1)
Meses de tratamiento	35,67 (33,54)	15,94 (13)	50,07 (NA)
Uso de FAMEsc	47,62%	23,08%	100%
Corticoide oral	40%	58,33%	100%
Uso previo de FAMEb	84,21%	76,92%	100%
Fallo a ≥ 3 FAMEb	57,89%	53,85%	100%
Retirada	66,67%	46,15%	100%
Fallo primario	4,76%	38,46%	0%
Fallo secundario	33,33%	0%	0%
Reacciones adversas	14,29%	7,69%	100%

Conclusiones: El uso de JAKi supone una alternativa terapéutica segura en pacientes con artritis psoriásica tanto en combinación con DMARDcs como en monoterapia. La mayoría de pacientes en tratamiento con JAKi han sido refractarios a varias líneas de tratamientos avanzados previamente. Ningún efecto adverso grave ha sido recogido en esta muestra incluso en pacientes tras años de exposición a JAKi.

RC085. CARACTERIZACIÓN DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS MIXTA EN UN HOSPITAL COMARCAL

Clara María Terol Muñoz, María Castro Vázquez, Mirian Yaneth Orellana Gómez, Sara María Rojas Herrera, Cristina Arciniega Larios, Maria de Nazaret Roldán Ruiz, Fernando Gamero Ruiz y Raúl Veroz González

Servicio de Reumatología. Hospital de Mérida.

Introducción: La espondiloartritis (EspA) abarca un grupo de enfermedades reumáticas inflamatorias crónicas que están interrelacionadas y comparten diversas características clínicas distintivas.

Estas incluyen una tendencia a la agregación familiar, la asociación con el antígeno leucocitario humano B27 (HLA-B27), y una afectación predominante del esqueleto axial, que incluye la columna vertebral y las articulaciones sacroilíacas. Además, presentan un patrón característico para la artritis periférica, entesitis y manifestaciones extra musculoesqueléticas como la uveítis, la psoriasis y la enfermedad inflamatoria intestinal (EII).

Objetivos: Descripción de las características clínicas de los pacientes con EspA periférica atendidos en el Hospital de Mérida.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes con diagnóstico de EspA mixta en nuestra consulta monográfica de espondiloartritis precoz durante el año 2024. Se analizaron datos sociodemográficos, clínicos, de actividad, analíticos, así como la presencia de HLA-B27 y el tratamiento prescrito.

Resultados: Se registraron un total de 85 pacientes con EspA. De ellos, el 54,1% (n = 46) presentaba un diagnóstico de espondiloartritis axial no radiográfica, el 25,9% (n = 22) espondilitis anquilosante, el 10,6% (n = 9) espondiloartritis periférica y el 9,4% (n = 8) EspA mixta. De los pacientes con EspA mixta, el 62,5% fueron mujeres y el 37,5% hombres. Además, cinco de estos pacientes presentan HLAB27 positivo, siendo el 60% mujeres. Con respecto a las manifestaciones extraarticulares, dos de los pacientes asocian EII tipo Crohn HLA-B27 negativo, uno presentó uveítis anterior aguda unilateral HLAB27 positivo, sin encontrar en nuestra cohorte pacientes con psoriasis asociada. No se objetivó afectación del dominio entesítico ni dactilítico, encontrando en todos los pacientes afectación articular periférica. Con respecto a la actividad de la enfermedad medida mediante BASDAI y ASDAS-PCR, el 37,5% presenta alta actividad, uno de ellos no recibe tratamiento biológico/sintético dirigido por neoplasia pulmonar activa. El 62,5% restante se encuentra en remisión o baja actividad, estando uno en remisión, sin precisar tratamiento desde hace dos años. En cuanto al tratamiento, un paciente está con salazopirina y tres con anti-TNF (adalimumab). De los pacientes con enfermedad de Crohn, uno se encuentra en monoterapia con un inhibidor IL-12/23 y el otro además asocia metotrexato.

Conclusiones: La presentación predominante en nuestra cohorte es la espondiloartritis axial no radiográfica. Dentro de las EspA mixta, la mayoría son mujeres con HLA-B27. La manifestación extraarticular más común fue la EII. Los pacientes con mejor control de la enfermedad son los que se encuentran con tratamiento biológico.

RC086. ANÁLISIS DE UNA SERIE DE CASOS SOBRE ESPONDILOARTRITIS PERIFÉRICA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

María Castro Vázquez, Clara María Terol Muñoz, Mirian Yaneth Orellana Gómez, Sara María Rojas Herrera, Cristina Arciniega Larios, María de Nazaret Roldan Ruiz, Fernando Gamero Ruiz y Raúl Veroz González

Servicio de Reumatología. Hospital de Mérida.

Introducción: La espondiloartritis periférica (EspAp) es el término empleado para describir a los pacientes con características de espondiloartritis cuyos síntomas afectan predominantemente, o de manera exclusiva, las estructuras periféricas, en lugar del esqueleto axial. Estas manifestaciones incluyen artritis, entesitis y dactilitis, que son signos distintivos de este subtipo, siendo la artritis la de más frecuente aparición. Es importante destacar que los casos de espondiloartritis axial radiográfica y no radiográfica no se consideran parte de la EspAp, incluso si presentan síntomas periféricos musculoesqueléticos. Las espondiloartritis se clasifican en dos grupos principales, axial y periférica.

Objetivos: Descripción de las características clínicas de los pacientes con EspAp atendidos en el Hospital de Mérida en el último año.

Métodos: Estudio descriptivo observacional retrospectivo de pacientes con diagnóstico de EspAp en nuestra consulta monográfica

de espondiloartritis precoz. Se analizaron datos sociodemográficos, clínicos, factores de riesgo cardiovascular asociados, así como la presencia de HLA-B27 y el tratamiento prescrito.

Resultados: De una muestra de 85 pacientes diagnosticados de espondiloartritis, el 10,6% (n = 9) se ha clasificado, según los criterios de clasificación ASAS, como EspAp. De los pacientes con EspAp, el 55,6% fueron hombres, el 44,4% restante mujeres y su edad media está en torno a los 50 años. Asimismo, siete presentan HLAB-27 positivo, siendo el 71,43% hombres. Dos tercios de los pacientes no presentan factores de riesgo cardiovascular, de los que los presentan, los más frecuentes son la dislipemia (22,22%) y la obesidad (22,22%). Con respecto a las manifestaciones clínicas musculoesqueléticas (tabla), tres presentaron episodios de artritis (carpo, rodilla, tobillo y/o IFP), uno presentó algún episodio de dactilitis en pies y la mayoría, seis, tuvieron afectación entesítica (fascitis plantar, entesitis aquilea y/o del tendón rotuliano) (tabla). En cuanto a las manifestaciones extramusculoesqueléticas asociadas, ninguno presentó uveítis, uno tiene psoriasis cutánea y tres asocian enfermedad inflamatoria intestinal (EII) tipo colitis ulcerosa (CU). Dos de los pacientes con CU tienen calprotectinas elevadas (> 200 µg/g) y asocian mal control de la clínica digestiva. Por otra parte, cinco de los nueve pacientes reciben tratamiento en monoterapia con AINE, dos están en tratamiento con metotrexato en combinación con anti-TNF, uno con metotrexato en monoterapia y otro con inhibidor de JAK.

MANIFESTACIONES MÚSCULOESQUELÉTICAS			
Tipo	Pacientes	Localización	Número
Artritis	3	Carpo	1
		Rodilla	1
		Tobillo	1
		IFP	1
Dactilitis	1	Pie	1
Entesitis	6	Fascitis plantar	5
		Aquilea	2
		Rotuliana	1

Conclusiones: En nuestra cohorte no existen diferencias en cuanto al sexo y la afectación más frecuente es la entesítica. Todos los pacientes que asocian EII pertenecen al tipo CU.

Bibliografía

1. Van Tubergen AV (2024). Treatment of peripheral spondyloarthritis. UpToDate. <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-peripheral-spondyloarthritis>
2. Carron P, De Craemer AS, Van den Bosch F. Peripheral spondyloarthritis: a neglected entity-state of the art. RMD Open, 2020;6(1):e001136.
3. Ladehesa Pineda ML, Llop Vilaltella M, Ortiz Márquez F. Espondiloartritis, vol. 6.

RC087. RESULTADOS TRAS TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR EN PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO PRIMARIO, DOLOR CRÓNICO SECUNDARIO Y FIBROMIALGIA

Ana Arias Gasso, Tamara L. Rodríguez Araya, Luciano Polino y Xavier Torres i Mata

Unidad de Dolor Crónico Primario y Fibromialgia. Reumatología. Hospital Clínic de Barcelona.

Introducción: El dolor crónico es la patología más prevalente en cuanto a discapacidad funcional se refiere, en nuestro país. En nues-

tra Unidad de Dolor Crónico Primario tratamos a pacientes con diversas patologías que cursan con dolor crónico (patología musculoesquelética y de columna, patología mecánica, neuropatías, patología visceral, dolor posoncológico...). El objetivo de este estudio es comparar al inicio y después del tratamiento multidisciplinar (médico, psicológico, físico y laboral) en las variables de dolor y fatiga (EAVs) y también en la capacidad funcional, medida con el Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (FIQ).

Objetivos: Conocer las diferencias en pacientes con diversas patologías que cursan con dolor crónico primario, en cuanto a las variables dolor, fatiga y capacidad funcional, tanto en la evaluación inicial como luego del tratamiento multidisciplinario.

Métodos: Se estudiaron 40 pacientes con dolor crónico primario, 68 pacientes con dolor crónico secundario y 166 pacientes con fibromialgia (FM), para comparar las características del dolor y la fatiga y el cuestionario funcional entre grupos. Tras la evaluación, fueron incluidos y tratados en un estudio multidisciplinar (tratamiento médico, psicológico, físico y de terapia ocupacional). Se analizaron las variables de dolor (EAV), fatiga (EAV) y capacidad funcional (FIQ), tanto en la evaluación como al finalizar el tratamiento, en pacientes con diferentes tipos de dolor crónico.

Resultados: Los pacientes en la valoración presentaron niveles de dolor de 6,23/10 en fibromialgia (FM), 6,75/10 en dolor crónico primario (DCP), 6,58/10 en dolor crónico secundario (DCS). Al finalizar el tratamiento presentaron EAV dolor 3,57/10 en FM, 1,43/10 en DCP, y 1,67/10 en DCS. La EVA fatiga al inicio fue 6,46/10 en FM, 5,30/10 en DCP, y 3,54/10 en DCS. Al finalizar el tratamiento la media en el grupo FM fue 4,03/10, en el DCP 1,59/10 y en el DCS fue 1,91/10. En cuanto a las escalas funcionales presentaron un F.I.Q. al inicio de 66,67/100 en el grupo de FM, 59,45/100 en DCP, y 66/100 en DCS, al final del tratamiento en FM 32,71/100, 12,81/100 en DCP, y 14,97/100 en DCS.

Conclusiones: Aplicar un tratamiento multidisciplinar para abordar las diversas patologías dolorosas, que comparten también otros síntomas, se ha demostrado extremadamente útil para una mejora tanto de dolor, fatiga como de capacidad funcional en nuestros pacientes.

RC088. PREVALENCIA E IMPACTO DE GONARTROSIS Y ESPONDILOARTROSIS EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON FIBROMIALGIA

Luciano Polino, T.L. Rodríguez Araya, Arias Gassol y X. Torres Mata

Hospital Clínic de Barcelona.

Introducción: La gonartrosis y la espondiloartrosis son patologías musculoesqueléticas degenerativas prevalentes que causan dolor

crónico. La fibromialgia (FM) es una enfermedad crónica caracterizada por dolor musculoesquelético generalizado, fatiga y alteraciones cognitivas, frecuentemente asociada con hiperalgesia secundaria. Se diagnostica según los criterios ACR 1990 y 2010, que evalúan puntos de sensibilidad y dolor persistente. En nuestra Unidad especializada de fibromialgia y dolor crónico primario, ofrecemos tratamiento multidisciplinar durante 12 meses a pacientes que cumplen dichos criterios.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de la gonartrosis y espondiloartrosis en una cohorte de pacientes con FM y el impacto que produce su presencia en estos pacientes tras un tratamiento multidisciplinar.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de la prevalencia de gonartrosis y espondiloartrosis de pacientes con FM (ACR1990+ACR2010) atendidos en nuestra Unidad de Fibromialgia del servicio de Reumatología, que han realizado tratamiento multidisciplinar durante 12 meses. Se recogen las variables de Escala Analógica Visual (EVA) dolor y fatiga y de funcionalidad (FIQ) antes y después del tratamiento y se observan las medias del grupo de fibromialgia con y sin comorbilidades.

Resultados: Se han incluido un total de 630 pacientes con diagnóstico de FM que cumplen ambos criterios de clasificación ACR1990 y 2010. 605 mujeres (96,03%). La edad media fue de 48,4 años. 156 pacientes con diagnóstico de FM presentan como comorbilidad espondiloartrosis. La media de los puntos de sensibilidad es de 15,24/18; la media de dolor EVA a 0 meses es de 6,5/10 y a los 12 meses es de 3,6/10; la media de fatiga EVA a 0 meses es de 6,33/10 y a los 12 meses es de 4,2/10; la media de FIQ a 0 meses es de 60,5 y a los 12 meses es de 33,5. 26 pacientes con diagnóstico de FM presentan gonartrosis como patología concomitante. La media de los puntos de sensibilidad es de 15,45/18; la media de dolor EVA a los 0 meses es de 6,4/10 y a los 12 meses es de 3,3/10; la media de fatiga EVA a 0 meses es de 6,2/10 y a los 12 meses es de 4,3/10; la media de FIQ a 0 meses es de 61,2 y a los 12 meses es de 32,2. 14 pacientes con diagnóstico de FM presentan gonartrosis y espondiloartrosis. La media de los puntos de sensibilidad es de 16,08/18; la media de dolor EVA a 0 meses es de 6,8/10 y a los 12 meses es de 3,4/10; la media de fatiga EVA a 0 meses es de 6,8/10 y a los 12 meses es de 4,4/10; la media de FIQ a 0 meses es de 61,1 y a los 12 meses es de 32,6. 434 pacientes presentan únicamente FM. La media de los puntos de sensibilidad es de 15,08/18; la media de dolor EVA a 0 meses es de 6,5/10 y a los 12 meses es de 3,5/10; la media de fatiga EVA a 0 meses es de 6,6/10 y a los 12 meses es de 4,1/10; la media de FIQ a 0 meses es de 60,7 y a los 12 meses es de 32,5.

Conclusiones: La presencia de gonartrosis, espondiloartrosis o ambas, parece no afectar de manera significativa las escalas EVA de dolor y fatiga y la capacidad funcional en pacientes diagnosticados

	N	Puntos de Sensibilidad	Dolor EVA 0 meses	Dolor EVA 12 meses	Fatiga EVA 0 meses	Fatiga EVA 12 meses	FIQ 0 meses	FIQ 12 meses
Fibromialgia + Espondiloartrosis	156	15,24	6,5	3,6	6,33	4,2	60,5	33,5
Fibromialgia + Gonartrosis	26	15,45	6,4	3,3	6,2	4,3	61,2	32,2
Fibromialgia + Espondiloartrosis y Gonartrosis	14	16,08	6,8	3,4	6,8	4,4	61,1	32,6
Fibromialgia	434	15,08	6,5	3,5	6,6	4,1	60,7	32,5
Total de Pacientes	630							

RC088 Tabla. Tabla resumen.

de FM según ambos criterios de clasificación ACR 1990 y 2010 y que realizan tratamiento especializado multidisciplinar. La presencia de gonartrosis y espondiloartrosis parece no influir en intensidad y extensión de la hiperalgesia generalizada de los pacientes con FM. El tratamiento multidisciplinar de la Fibromialgia, aunque el paciente tenga gonartrosis y espondilartrosis, sigue siendo fundamental para la mejoría clínica global de la enfermedad.

RC089. ECOGRAFÍA Y SÍNDROME SECO: EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD DE RECIENTE COMIENZO

Pablo González del Pozo¹, Lucía Cristina Domínguez Casas¹, Beatriz Arca Barca¹, José Antonio Fernández Sánchez¹, Iván Cabezas Rodríguez¹, Stefanie Burger², Paula Álvarez Peñalba², Norma Alejandra Callejas Pineda², Arancha Gómez Cosme², Estefanía Pardo Campo², Marta Loredo Martínez², Ignacio Braña Abascal², Sara Alonso Castro², Mercedes Alperi López², María Isabel Zapico Fernández², Fernando Jirout Casillas² y Rubén Queiro Silva²

¹Sección de Reumatología. Hospital Universitario San Agustín. Avilés.

²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción y objetivos: El síndrome seco es clínica más habitual del síndrome de Sjögren (SSj), enfermedad autoinmune caracterizada por la afectación de glándulas exocrinas lacrimales y salivales. A pesar de la utilidad de los criterios de clasificación ACR/EULAR 2016 en estos pacientes no todos son correctamente clasificados, por lo que se han propuesto potenciales criterios adicionales. Presentamos en este estudio los datos de 10 pacientes con síndrome seco y evaluación ecográfica glandular reciente.

Métodos: Se seleccionaron pacientes con síndrome seco. Estudio retrospectivo y descriptivo, con realización de estudio ecográfico de glándulas salivales mayores y menores. Para la categorización de las lesiones, se empleó la escala de puntuación semicuantitativa OMERACT: Grado 0: parénquima normal; Grado 1: leve heterogeneidad; Grado 2: heterogeneidad moderada y áreas hipoeoicas; Grado 3: heterogeneidad difusa y áreas hipoeoicas ocupando la totalidad de la glándula. Para este estudio se consideraron los grados 2 y 3 como lesiones ecográficas sospechosas, ponderando un punto adicional a los criterios de clasificación ACR/EULAR 2016 de SSj.

Resultados: El grupo estudiado era mayoritariamente mujeres (90%) con un rango de edad de entre 48-79 años y una media al inicio de la clínica de 46,5 años (rango 26-72) y seguimiento medio de 8,3 años (1-23). La clínica más frecuente era la sequedad ocular, seguida de la oral. En el 50% de los casos, se asociaban manifestaciones extraglandulares como artralgias/artritis o Raynaud. Todos ellos presentaban ANA+, siendo los más comunes el patrón nucleolar y homogéneo (30% respectivamente), y Ro52 como ENA más frecuente (50%). Únicamente el 50% cumplían con la puntuación exigida en los criterios de clasificación EULAR/ACR 2016. A destacar que hubo un único caso confirmado mediante biopsia y dos mediante gammagrafía salival en la muestra estudiada. El 40% presentó una puntuación OMERACT 2-3 (tabla), compatible con afectación reseñable del parénquima glandular estudiado (fig.). Todos los pacientes con confirmación diagnóstica previa mediante biopsia o estudio gammagráfico presentaron hallazgos ecográficos en rango patológico. La mitad de estos pacientes con hallazgos patológicos estos presentaban un FR+ al diagnóstico. La

adición de este nuevo criterio permitiría la clasificación como SSj en 1 paciente que previamente no había alcanzado la puntuación mínima exigida (≥ 4), haciendo un total de 6 sobre la muestra total. No fue posible determinar una posible relación con otros ítems incluidos como consumo de complemento, elevación de reactantes de fase aguda o alteración de inmunoglobulinas. El factor de riesgo cardiovascular más asociado a estos hallazgos fue la dislipemia. No se observó relación de interés con otros hábitos tóxicos. La capilaroscopia presentaba un patrón patológico en un único paciente, con diagnóstico *overlap* SSj/Dermatomiositis. Se observó un patrón inespecífico en 2 de los pacientes con grado OMERACT elevado, en probable relación al fenómeno de Raynaud asociado.

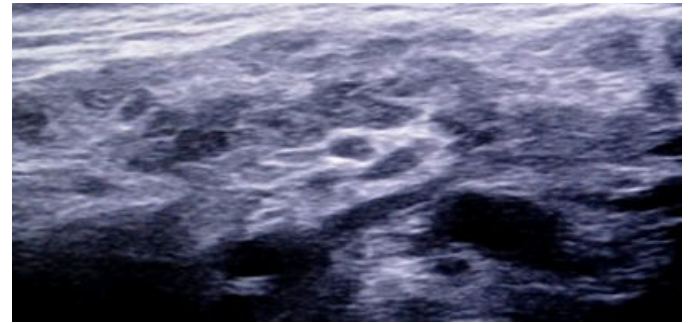


Imagen ecográfica de glándula salival. Se observa heterogeneidad e imágenes quísticas en parénquima de parótida estudiada.

Conclusiones: La ecografía de glándulas salivales se trata de una técnica accesible, no invasiva y con una adecuada correlación con hallazgos en otro tipo de estudios como gammagrafía o análisis histopatológico. La adición de esta técnica en unos nuevos criterios clasificatorios en el futuro, tal y como proponen ciertos autores, podría no solo obviar pruebas invasivas sino también aumentar la sensibilidad diagnóstica.

RC090. COMPARACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS ECOGRÁFICAS DEL FIBROCARTÍLAGO SESAMOIDEO AQUILEO EN PACIENTES CON APSO DE DIAGNÓSTICO RECIENTE Y EN CONTROLES SANOS

Carlos Antonio Guillén Astete¹, María Gasset Elices², Eva Gutiérrez Navarro², Pablo Zurita Prada³, Claudia Urrego-Laurín³, Jorge González-Martín⁴ y Mónica Vázquez Díaz¹

¹Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ²Facultad de Medicina CEU San Pablo. Madrid. ³Hospital Universitario HLA Moncloa. Madrid.

⁴Hospital Universitario HM Sanchinarro. Madrid.

Introducción y objetivos: El fibrocartílago sesamoideo (SF) es la parte del órgano entésico situado proximalmente a la separación de la entesis y la cortical ósea, en estrecha relación con la región más profunda del cuerpo del tendón de Aquiles. En observaciones anteriores, hemos identificado ciertas alteraciones ecográficas en el SF de pacientes con artritis psoriásica (APso) de reciente inicio, que podrían ser útiles para el diagnóstico de esta enfermedad. El propósito de este estudio es comparar las características ecográficas del SF de pacientes con diagnóstico reciente de con APso (menos de 6 meses después de cumplir los criterios CASPAR) y controles sanos.

Métodos: Registros de imágenes de estudios ecográficos sistemáticos de los pies de pacientes con PsoA de tres diferentes centros (2016-

Edad	ANA	ENA	SSJ DGTO PREVIO	BIOPSIA +	SCHIRMER+	GAMMAGRAFIA SALIVAL+	FLUORESCENCIA+	GRADO OMERACT	ACR/EULAR 20
79 1/320	(homogéneo)	SSA/Ro60 y SSB/La	SÍ	NO	SÍ	NO	NO	2	
61 1/640	(homogéneo y moteado)	SSA/Ro60, SSB/La, Ro52	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	3	
48 1/1280	(moteado)	SSA/Ro60 y PM-Scl	SÍ	NO	NO	SÍ	NO	2	
64 1/640	(Sp100 y nucleolar)	NO	NO	NO	SÍ	SÍ	SÍ	3	

RC089 Tabla. Tabla de pacientes con hallazgos ecográficos grados OMERACT 2-3. Se incluyen ítems de criterios clasificación ACR/EULAR 2016. Para clasificar como SSj la puntuación debe ser mayor o igual a 4.

2024) y voluntarios libres de enfermedad conocida (del mismo sexo y similar edad (± 2 años) e IMC ± 1). Los controles se reclutaron activamente para el presente estudio (1:3). Tres examinadores independientes previamente entrenados evaluaron exclusivamente las imágenes del fibrocartilago sesamoideo en el plano longitudinal sin conocer el origen de la imagen (paciente o control). Las variables de interés se definieron dicotómicamente como linealidad (lineal o no), continuidad (continua o interrumpida) y grosor (fino o grueso) del SF. Las proporciones de evaluaciones de imagen entre pacientes y controles se compararon mediante la prueba de χ^2 /test exacto de Fisher.

Resultados: Se revisaron 26 estudios ecográficos completos de al menos un pie de pacientes con diagnóstico precoz de APso, y se realizaron 78 estudios ecográficos en controles sanos. En el grupo de pacientes, la edad media fue de 31 DE 6 años, y la proporción de pacientes varones fue del 53,8%. A uno de los pacientes no se le diagnosticó psoriasis cutánea. La frecuencia de psoriasis ungueal y cutánea fue de 18 (69,2%) y 23 (88,5%), respectivamente. Doce pacientes (46,2%) recibían tratamiento sistémico para la psoriasis antes del diagnóstico de artritis psoriásica. En la evaluación de las imágenes ecográficas, la distribución de la linealidad del SF fue similar entre pacientes y controles (24/26 frente a 70/78; $p = 0,701$). Sin embargo, entre los pacientes se detectó una mayor proporción de SF discontinuo o interrumpido (16/26 vs. 10/78; $p < 0,001$) que en los controles, así como una mayor proporción de SF visiblemente engrosado (17/26 vs. 10/78; $p = 0,701$). El tratamiento sistémico previo para la psoriasis antes del diagnóstico de APso se identificó en mayor proporción entre los pacientes que presentaban interrupciones del SF (11/12) en comparación con los que no habían recibido tratamiento o solo recibían tratamiento tópico para la psoriasis (5/14) ($p = 0,003$). Asimismo, entre los pacientes que habían recibido previamente tratamiento sistémico de la psoriasis, se identificó una mayor proporción de engrosamiento del SF que en los que habían recibido tratamiento tópico o no habían recibido tratamiento de la psoriasis (11/12 frente a 6/14; $p = 0,009$).

Conclusiones: Existen pruebas suficientes para considerar el estudio del SF en pacientes con sospecha de APso para aumentar el rendimiento diagnóstico de otras pruebas de cribado o cumplir parcialmente los criterios de CASPAR. La relación histológica del SF y la entesis propiamente dicha puede ser mayor que la simple proximidad. Nuestros resultados justificarían la demostración de actividad de células T de memoria residentes en este fibrocartilago.

RC091. EVOLUCIÓN DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y DESEO GESTACIONAL TRAS VALORACIÓN EN UNA CONSULTA DE ASESORAMIENTO PREGESTACIONAL MULTIDISCIPLINAR

Berta Magallares López¹, Marta Ibáñez Martínez^{1,2}, Elisa Llurba³, Pablo García-Manau³, Helena Marco⁴, Montserrat Díaz⁴, Julia Bernardes¹, José Luis Tandaian⁵, Ignasi Gich⁶, HyeSang Park¹, Sandra Ros¹, Patricia Moya Alvarado¹, César Díaz-Torné¹, Conxita Pitarch⁵, Susana Fernández¹, Ana Laiz¹, Helena Codes Méndez¹, Luis Sainz¹, Carla Marco⁵, Andrea García-Guillén⁵, Asier García-Alija⁵, Albert Casals⁵, Ivan Castellví Barranto¹ y Hèctor Corominas Macias¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Universitat Autònoma de Barcelona. ²Servicio de Reumatología. Hospital Marina Baixa. Vila Joiosa. ³Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Universitat Autònoma de Barcelona. ⁴Servicio de Nefrología. Fundación Puigvert. Barcelona. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital Dos de Mayo. Barcelona. ⁶Departamento de Epidemiología Clínica. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción: El asesoramiento preconcepcional y planificación del embarazo en pacientes con lupus eritematoso sistémico es fundamental para garantizar gestaciones seguras. Sin embargo, la experiencia de la que se dispone es limitada.

Objetivos: Describir la evolución de nuestra cohorte de pacientes con LES tras ser evaluadas en una consulta de asesoramiento pregestacional multidisciplinar Reuma-Nefro-Obstetricia (COGEMAS).

Métodos: Se recogieron retrospectivamente los datos clínicos, inmunológicos y obstétricos de las pacientes con LES atendidas en COGEMAS, desde junio de 2020 hasta julio de 2023.

Resultados: En la tabla 1 se presentan las características basales de las 21 pacientes con LES atendidas en COGEMAS. 15 pacientes (71,4%) ya habían presentado gestaciones previas, con un resultado de 8 nacidos vivos. Se recogieron 10 abortos, cuyas causas fueron: espontáneo (23,8%), voluntario (19%) o por indicación médica (4,8%). El número de visitas realizado en el comité fue de 1, 2, 3 o 4 en el 47,6%, 38,1%, 9,5% y 4,8% de las pacientes y la decisión final de la evaluación multidisciplinar se recoge en la tabla 2. De las pacientes evaluadas, 10 (47,6%) quedaron embarazadas, en una media de 13 meses. 3 pacientes habían utilizado técnicas de reproducción asistida (TRA) consiguiendo gestación en 2. Las causas de ausencia de gestación se recogen en la figura 1. No hubo brotes durante la gestación en ninguna paciente. 5 pacientes presentaron abortos espontáneos, todos de primer trimestre. En 2 casos las pacientes presentaron una segunda gestación a término. Todos los partos fueron a término salvo una paciente que se indujo en la semana 36+3 por sospecha de posible preeclampsia, con buena evolución materna y fetal tras el parto. Las vías del parto y motivos de cesárea se recogen en la figura 2. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las pacientes que presentaron gestación frente a las que no en: edad, tiempo de evolución de la enfermedad, tipo de afectación clínica, perfil inmunológico, presencia de antifosfolípidos, ni gestaciones o abortos previos. Tampoco hubo diferencias por fármacos, incluyendo el tratamiento previo con ciclofosfamida. Aunque tampoco hubo significación estadística, se constató que el tiempo de evolución de la enfermedad en las pacientes con nefritis lúpica fue mayor hasta planearse la gestación (9,6 años frente a 15,2).

Tabla 1

Edad en la 1ª visita (años), media (DE)	35,8 (4,41)
Tiempo evolución LES (años), media (DE)	12,5 (5,99)
Etnia, n (%)	
Caucásica	12 (57,1)
Latinoamericana	7 (33,3)
Asiática	1 (4,8)
Africana	1 (4,8)
Manifestaciones clínicas, n (%)	
Articulares	11 (52,4)
Hematológicas	8 (38,1)
Cutáneas	13 (61,9)
Nefropatía	11 (52,4)
Pericarditis	3 (14,3)
Diagnósticos secundarios, n (%)	
Síndrome antifosfolípido	1 (4,8)
Hepatopatía autoinmune	1 (4,8)
Tiroiditis autoinmune	1 (4,8)
Esclerodermia	1 (4,8)
Características inmunológicas, n (%)	
Anti-Ro 52	5 (23,8)
Anti-Ro 60	4 (19)
Anti La	0
Presencia de antifosfolípidos (AFs), n (%)	
Nº AFS, n (%)	5 (23,8)
1	2 (9,5)
2	1 (4,8)
3	2 (9,5)
Tratamiento, n (%)	
Hidroxicloroquina	18 (85,7)
Azatioprina	5 (23,8)
Tacrólimus	4 (19)
Micofenolato	4 (19)
Metotrexate	1 (4,8)
Prednisona	
< 7,5 mg/día	12 (57,1)
≥ 7,5 mg/día	1 (4,8)
Belimumab	2 (9,5)
Anifrolumab	1 (4,8)
Ciclofosfamida previa	5 (23,8)

Tabla 2

Decisión del comité	n (%)
Proceder con la gestación	9 (42,9)
Gestación tras cambio de tratamiento	5 (23,8)
Gestante ya en la visita	1 (4,8)
Proceder con la gestación tras biopsia renal	3 (14,3)
Gestación desaconsejada tras biopsia renal	3 (14,3)



Figura 1.

Conclusiones: La ausencia de brotes y complicaciones materno-fetales en las pacientes con LES con gestaciones programadas y seguimiento multidisciplinar respalda su efectividad. Se necesitan estudios más amplios y análisis comparativos con series previas para confirmar su impacto real.

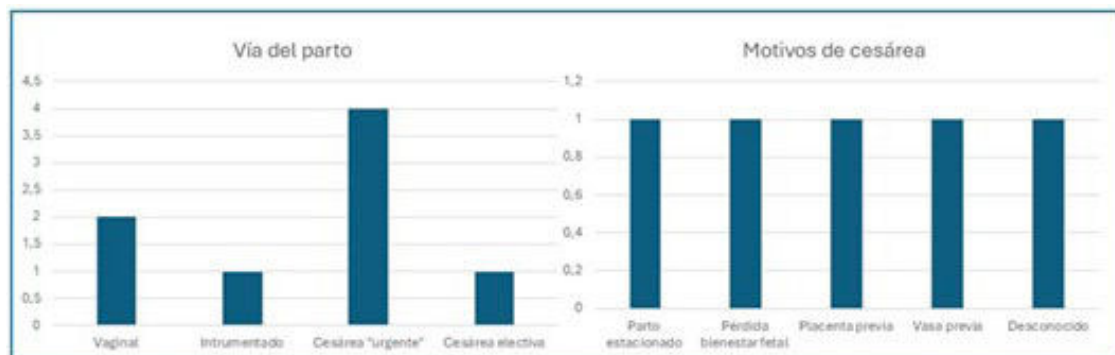
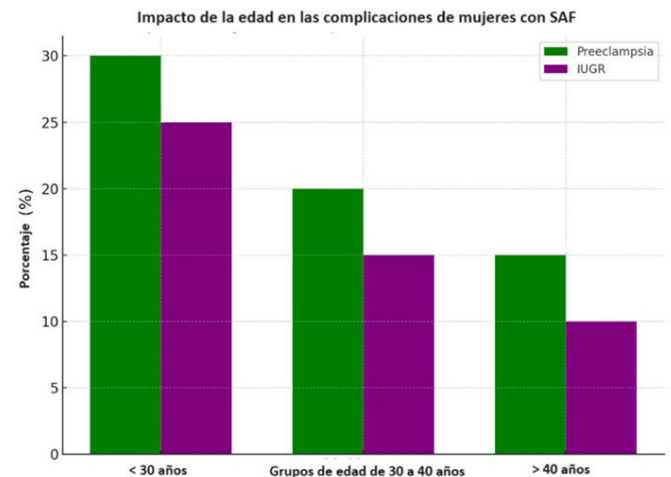
RC092. COMORBILIDAD ASOCIADA A LA EDAD EN EL SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDICO OBSTÉTRICO

Sara María Rojas Herrera¹, Juan Carlos Romero Ibáñez², Laura Pérez-Sánchez³, Nazaret Roldán Ruiz¹, Mirian Yaneth Orellana Gómez¹, Clara Terol Muñoz¹, María Castro Vázquez¹, Cristina Arciniega Larios¹, Raúl Veroz González¹ y Fernando Gamero Ruiz¹

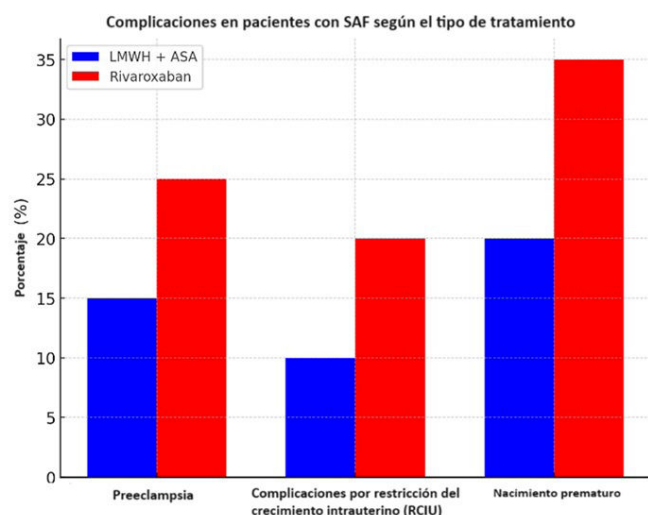
¹Reumatología. Hospital de Mérida. ²Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Salud de Guareña. ³Reumatología. Hospital Don Benito-Villanueva. Don Benito.

El síndrome antifosfolípido obstétrico (SAF) es una condición auto-inmune caracterizada por la presencia de anticuerpos antifosfolípidos, que aumentan el riesgo de complicaciones obstétricas graves como la preeclampsia, la restricción del crecimiento intrauterino

(RCIU) y la pérdida recurrente del embarazo. Este estudio se centró en comparar la evolución de las complicaciones obstétricas en mujeres jóvenes y de mayor edad, evaluar la eficacia de los tratamientos convencionales (heparina y aspirina) y revisar el uso de nuevos anticoagulantes orales directos (NOACs). Se realizó una revisión sistemática de la literatura basada en estudios clínicos y ensayos controlados. Los estudios seleccionados incluyeron comparaciones entre diferentes intervenciones terapéuticas en pacientes con SAF, enfocándose en la influencia de la edad en los resultados y en la eficacia de los tratamientos convencionales y emergentes. Los estudios revisados revelaron que las mujeres jóvenes con SAF presentan un mayor riesgo de complicaciones obstétricas en comparación con mujeres de mayor edad. Los tratamientos convencionales con LMWH y aspirina siguen siendo el estándar en la práctica clínica, aunque algunos estudios sugieren que las pacientes jóvenes podrían beneficiarse de intervenciones adicionales como la pravastatina. Por otro lado, los NOACs como el rivaroxabán no demostraron ser una alternativa segura debido al mayor riesgo de eventos trombóticos. La evidencia disponible sugiere que, aunque los tratamientos convencionales son efectivos en muchas pacientes, existe la necesidad de adaptar las estrategias terapéuticas según el perfil de riesgo de las pacientes, especialmente en mujeres jóvenes con SAF refractario. Los nuevos tratamientos, como la pravastatina, han mostrado promesas, mientras que los NOACs requieren más investigación antes de considerarse seguros para su uso en pacientes con SAF. El tratamiento del SAF sigue dependiendo de los regímenes de LMWH y aspirina. Sin embargo, la investigación sugiere que las pacientes jóvenes y aquellas con casos refractarios podrían beneficiarse de la pravastatina. Los NOACs no deben usarse rutinariamente en SAF debido al riesgo de eventos adversos. Se requiere más investigación para personalizar las estrategias de tratamiento y mejorar los resultados materno-fetales.



RC091 Figura 2.



RC093. EXPERIENCIA EN CONDICIONES DE PRÁCTICA CLÍNICA REAL CON ANIFROLUMAB EN PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Belén Villanueva Mañes, E. Grau García, P. Muñoz-Martínez, L. Mas Sánchez, D. Ramos Castro, A.M. Torrat Noves, I. Alcántara Álvarez, M. Simeò Vinaixa, A. Pérez-Hurtado, S. Leal Rodríguez, J. Ivorra Cortés, M. de la Rubia Navarro y J.A. Román Ivorra

Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

Introducción: El anifrolumab es un anticuerpo monoclonal humano IgG1 kappa que inhibe la señalización del interferón tipo I. Fue aprobado por la Agencia Europea del Medicamento (EMA) en diciembre de 2021 para el tratamiento del lupus eritematoso sistémico, por lo que, existen datos limitados que recojan su efectividad y seguridad en condiciones de práctica clínica real.

Objetivos: Analizar la eficacia y seguridad de anifrolumab en condiciones de vida real en pacientes con lupus eritematoso sistémico.

Métodos: Estudio observacional, unicéntrico y retrospectivo que incluyó pacientes con LES mayores de 18 años que iniciaron tratamiento con anifrolumab entre octubre de 2023 y diciembre de 2024. Todos los pacientes cumplían los criterios ACR/EULAR de 2019 para LES. Se recogieron variables clínicas, analíticas y demográficas al inicio del tratamiento y en los meses 3, 6, 9 y 12, seguido de evaluaciones semestrales. Los eventos adversos (EA) y eventos adversos graves (EAG) fueron registrados. Además, se realizaron cuestionarios SLEDAI 2K, SLEDAS, LIT, FACIT al inicio del tratamiento.

Resultados: Se incluyeron 12 pacientes (tabla 1) con una media de edad de 40 años al inicio del tratamiento. El 63% eran *naïve* a terapias biológicas, mientras que 4 pacientes habían recibido previamente belimumab. El 100% de pacientes estaban en tratamiento con antimaláricos. Al inicio del tratamiento la clínica mayoritaria fue musculoesquelética (91,7%) y cutánea (66,7%). Ningún paciente presentó serositis ni afectación neuropsiquiátrica. Al inicio, el 54,5% presentaba anti-DNA dc elevado y consumo de complemento. La mediana de SLEDAI 2K al inicio fue de 7,83. Se realizó el seguimiento trimestral tras la primera infusión de anifrolumab: 9 pacientes se siguieron hasta 6 meses, 7 pacientes hasta 9 meses, 3 hasta 12 meses y 1 paciente hasta 18 meses. En los primeros 6 meses tras inicio de anifrolumab se observó una mejoría progresiva de la actividad clínica, con una reducción significativa en SLEDAI-2K ($p = 0,001$), SLEDAS ($p = 0,006$) y anti-DNA dc ($p = 0,006$) (tabla 2). No se observó en ningún caso infección por herpes zóster, reacción

infusional o hipersensibilidad. Dentro de los eventos adversos más frecuentes se encontraron las infecciones, siendo la infección respiratoria de vías superiores ($n = 5$) y urinaria ($n = 5$) las más frecuentes. Ningún paciente requirió hospitalización ni abandonó el tratamiento.

Tabla 1. Características basales pacientes (N = 12)

Edad media debut de LES (DE)	32,98 (10,22)
Edad de inicio de anifrolumab (DE)	40,27 (9,66)
Sexo femenino - n (%)	11 (91,67%)
Tabaquismo activo - n (%)	2 (16,67%)
HTA - n (%)	3 (25%)
DM2 - n (%)	0 (0%)
Dislipemia - n (%)	2 (16,67%)
ECV previo - n (%)	3 (25%)
Clínica al inicio de anifrolumab	
Musculoesquelética	11 (91,67%)
Cutánea	8 (66,67%)
Constitucional	4 (33,33%)
Serológico	2 (16,67%)
Nefritis	2 (16,67%)
Serositis	0 (0%)
Neurológica	0 (0%)
SLEDAS visita basal (DE)	7,3 (7,04)
FACIT visita basal (DE)	32,88 (12,88)
LIT visita basal (DE)	26,2 (6,53)
Anti-DNA dc basal (DE)	65,08 (111,84)
PCR elevada - n (%)	4 (33,3%)
Hipocomplementemia - n (%)	6 (50%)
Naïve a biológico - n (%)	7 (58,33%)
Terapia previa a anifrolumab	
Antimaláricos - n (%)	12 (100%)
Azatioprina - n (%)	2 (16,67%)
Micofenolato - n (%)	3 (25%)
Metotrexato - n (%)	3 (25%)
Leflunomida - n (%)	1 (8,33%)
Belimumab - n (%)	4 (33,33%)
Rituximab	1 (8,33%)
Abatacept	1 (8,33%)

Tabla 2. Evolución de la actividad de la enfermedad durante los primeros 6 meses de tratamiento con anifrolumab

Variable	V0 n = 12	V3 n = 11	V6 n = 9
	Media (DE)/n (%)	Media (DE)/n (%)	Media (DE)/n (%)
SLEDAI	7,83 (6,01)	4 (2)	3,11 (2,26)**
SLEDAS	7,3 (7,04)	2,87 (1,87)	1,4 (1,48)**
PCR	8,03 (12,42)	6,09 (10,93)	4,57 (4,43)
VSG	27,92 (25,26)	24,27 (21,23)	18,33 (10,87)
DNADC	65,08 (111,84)	32,69 (24,91)	17,8 (18,21)**

*0,01; **0,001.

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes con LES activo que recibieron anifrolumab se observó una mejoría clínica significativa y de los índices de actividad a los 6 meses de tratamiento, con un perfil de seguridad aceptable. Los efectos adversos mayoritariamente descritos fueron infecciones leves de vías respiratorias y urinarias.

RC094. ANIFROLUMAB COMO TERAPIA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. REVISIÓN DE UNA SERIE DE CASOS

Maite Odriozola Gil, Victoria Peinado Nuño, Rosalía Martínez Pérez, Álvaro Román Perea, Minerva Berrocal Acedo y María Luisa Velloso-Feijóo

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

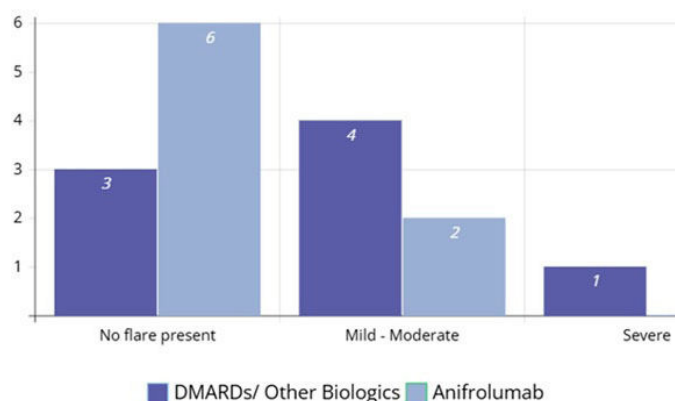
Introducción: La investigación progresiva en la fisiopatología del lupus eritematoso sistémico (LES) ha permitido descubrir nuevos elementos clave en su patogenia, como la activación de la vía del

interferón (IFN) tipo I. Así, en los últimos años se han desarrollado terapias dirigidas como anifrolumab, un anticuerpo monoclonal humano IgG1 kappa que se une a la subunidad 1 del receptor del IFN tipo I (IFNAR1). Dicho fármaco ha sido recientemente aprobado para el tratamiento del LES moderado- grave, emergiendo como una opción terapéutica prometedora.

Objetivos: Valorar la efectividad de anifrolumab en los pacientes con LES de nuestra área hospitalaria, en seguimiento por el servicio de reumatología.

Métodos: Se diseñó un estudio observacional descriptivo en los que se incluyen pacientes diagnosticados de LES según criterios EULAR/ACR 2019 de la consulta de reumatología del Hospital de Valme que hayan recibido anifrolumab. Recogiendo variables demográficas, clínicas, índices de actividad y respuesta al tratamiento. Se analizan mediante SPSS.

Resultados: Un total de 8 pacientes con LES reciben anifrolumab, 5 mujeres y 3 varones, con una edad media de $49,25 \pm 12,23$ años. La edad media al inicio de tratamiento es de $33,87 \pm 16,03$ años. En el 37,5% el motivo para iniciarlo fue afectación predominantemente cutánea, un 37,5% cutánea y hematológica y un 25% afectación articular. El 100% de los pacientes presentaban ANAs positivos, un 50% anti-DNA positivo. El uso de esteroides e inmunosupresores era del 100% de los pacientes, además el 87,5% habían recibido biológicos previos (rituximab el 57,1% y belimumab el 42,9%). La mediana de ciclos de anifrolumab es de 9,5. La dosis media de esteroides previa al tratamiento fue de $13,12 \pm 11,25$ mg/día, tras el mismo se consigue una reducción de dosis a $2,18 \pm 2,38$ mg/día, reducción estadísticamente significativa ($p < 0,05$). Igualmente se consigue reducción de SLEDAI de $7 \pm 5,68$ a $1,75 \pm 1,90$, y PGA de $2,18 \pm 0,22$ a $0,78 \pm 0,24$, ambas con una $p < 0,05$. Consigue una reducción en la necesidad de hospitalización del 75% al 0% (de los 8 pacientes, 6 precisan ingresos previos, no requiriendo nuevos ingresos desde inicio del fármaco). Normaliza los niveles de complementos hasta en el 62,5%. Tan solo un paciente ha precisado suspensión por falta de respuesta por parte del paciente (astenia intensa). No se ha objetivado eventos adversos graves, un paciente presentó evento adverso leve (infección respiratoria) resuelto sin secuelas.



Puntuación de la escala SLEDAI antes y después del inicio del tratamiento con anifrolumab.

Conclusiones: Con esta revisión hemos objetivado la efectividad de anifrolumab en nuestros pacientes, reduce dosis de esteroides de forma significativa, consigue la remisión/baja actividad de la enfermedad. No presentando nuevos brotes desde su inicio. Disminuye la actividad serológica, así como los ingresos hospitalarios. Así como se observa que es un fármaco seguro y que permite excelente adherencia. Por lo que constatamos que se trata de fármaco eficaz y seguro, con un perfil de riesgo mínimo.

RC095. EFICACIA Y SEGURIDAD DE ANIFROLUMAB EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: UN ESTUDIO OBSERVACIONAL EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL EN UN HOSPITAL COMARCAL

Cristina Arciniega Larios, María de Nazaret Roldán Ruiz, Mirian Yaneth Orellana Gómez, Clara María Terol Muñoz, Sara María Rojas Herrera y Raúl Veroz González

Hospital de Mérida.

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune crónica caracterizada por diversas manifestaciones clínicas con una morbilidad significativa. Anifrolumab, un anticuerpo monoclonal dirigido al receptor de interferón tipo I, ha surgido como una opción terapéutica prometedora en esta enfermedad.

Objetivos: Describir los resultados clínicos y el perfil de seguridad del anifrolumab en pacientes con LES de nuestro hospital.

Métodos: Se realizó un análisis observacional retrospectivo de los datos obtenidos de pacientes diagnosticados de LES tratados con anifrolumab de nuestro hospital. El conjunto de datos incluyó información demográfica, manifestaciones clínicas, pruebas complementarias y tratamientos. Se utilizó la estadística descriptiva para resumir los datos.

Resultados: Se identificaron 6 pacientes, todas ellas mujeres, con una edad media de $49,4 \pm 10,81$ años. La duración media del diagnóstico de LES fue de $11,2 \pm 7,05$ años. Las manifestaciones más comunes fueron mucocutáneas y articulares, presentes en el 100% de los casos, mientras que, las manifestaciones hematológicas estuvieron presentes en el 50%. Otras manifestaciones como la nefritis y la serositis fueron menos frecuentes (fig. 1). Todos los pacientes habían recibido múltiples inmunosupresores previamente, siendo la media de biológico previo al inicio de la terapia de 0,66. Dos pacientes habían recibido tratamiento previo con ciclofosfamida, uno de ellos micofenolato mofetil y uno tacrolimus. El 100% de ellos había recibido esteroides y en el 83,3% de los casos también los recibieron en forma de bolos en algún momento de la enfermedad. Al momento del inicio de anifrolumab, el 66,6% recibían tratamiento con hidroxiquina, el 66,6% metotrexato y el 100% asociaba esteroides. La actividad media medida por SLEDAI al inicio fue de $8 \pm 2,58$. Se observaron mejoras significativas en los dominios cutáneo y articular, con un 83,3% de los pacientes reportando una disminución de la actividad de la enfermedad medida por SLEDAI de $3 \pm 3,41$ (fig. 2). Los parámetros hematológicos también mostraron mejoría, especialmente en la anemia y la trombocitopenia. La media de tiempo hasta prednisona $< 7,5$ mg fue de 6 meses (fig. 3). El índice de daño orgánico (SLICC) se mantuvo estable desde el inicio. Anifrolumab fue generalmente bien tolerado. Entre los efectos adversos se reportó un caso de infección urinaria de repetición y un caso de infección por virus herpes zóster grave que requirió ingreso y la discontinuación del fármaco.



Gráfico 2. Actividad y daño orgánico

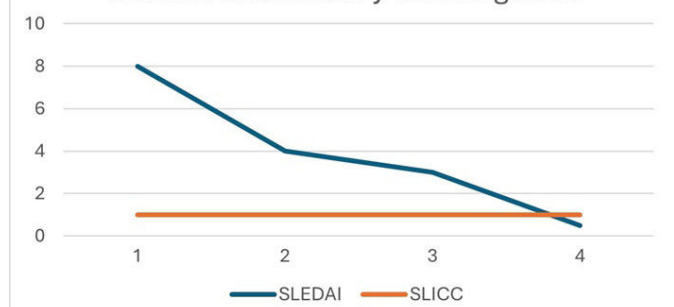
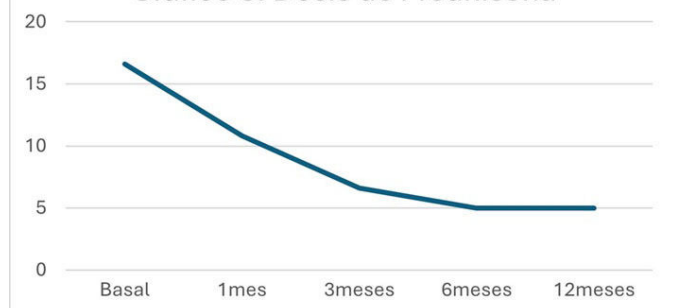


Gráfico 3. Dosis de Prednisona



Conclusiones: En nuestra muestra, anifrolumab demuestra una reducción importante de la actividad de la enfermedad en pacientes con LES, siendo especialmente útil en las manifestaciones cutáneas y articulares. El perfil de seguridad es favorable, aunque en nuestra muestra se reportó un caso de infección grave que requirió ingreso. Estos hallazgos reafirman a anifrolumab como una opción terapéutica valiosa para el LES principalmente en pacientes con perfil de afectación mucocutáneo y/o articular.

RC096. SERUM KL-6 AND IL-18 AS DIAGNOSTIC AND PROGNOSTIC BIOMARKERS IN SYSTEMIC SCLEROSIS-ASSOCIATED INTERSTITIAL LUNG DISEASE: A 24-MONTH COHORT STUDY

Cristiana Siero Santos¹, José Ordás Martínez¹, Juan Herrero García³, Sara Calleja Antolín³, Miriam Retuerto¹, Laura Sierra², Javier de la Calle Lorenzo⁴, Elena Bollo de Miguel², Clara Moriano Morales¹ and Elvira Díez Álvarez¹

¹Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de León.

²Servicio de Neumología. Complejo Asistencial Universitario de León.

³Servicio de Inmunología. Complejo Asistencial Universitario de León.

⁴Servicio de Radiología. Complejo Asistencial Universitario de León.

Table RC096

Logistic regression analysis for progressive ILD in SSc FVC forced vital capacity, DLCO difusing capacity of the lung for carbon monoxide, KL-6 Krebs von den Lungen-6, CRP C-reactive protein, ESR erythrocyte sedimentation rate, Δ changes from baseline

Variable	Unadjusted analysis			Multivariable analysis adjusted		
	OR	95%CI	p value	OR	95%CI	p value
Age	5.32	1.32-7.56	0.58	-	-	-
Male sex	0.98	0.45-2.34	0.12	-	-	-
Anti-Scl70	2.24	2.05-5.15	0.04	1.98	1.04-3.24	0.03
Immunosuppressive treatment	0.21	0.14-0.87	0.002	0.27	0.16-0.92	0.004
GCs treatment	0.87	0.57-1.53	0.43	0.98	0.82-1.75	0.52
ΔFVC from baseline	1.72	1.42-3.43	0.02	1.32	1.02-3.12	0.13
ΔDLCO from baseline	2.14	1.52-4.21	0.04	1.98	1.12-3.72	0.03
ΔKL-6 from baseline	3.45	1.98-5.45	0.002	3.21	1.78-4.89	0.03
ΔIL-18 from baseline	0.51	0.27-1.45	0.45	0.95	0.36-1.31	0.56
ΔIL-18BP from baseline	1.45	0.98-2.56	0.64	1.04	0.56-2.32	0.62
ΔCRP from baseline	1.52	1.24-3.45	0.02	1.32	1.13-3.24	0.04
ΔESR from baseline	0.89	0.45-2.44	0.45	0.95	0.52-2.94	0.62

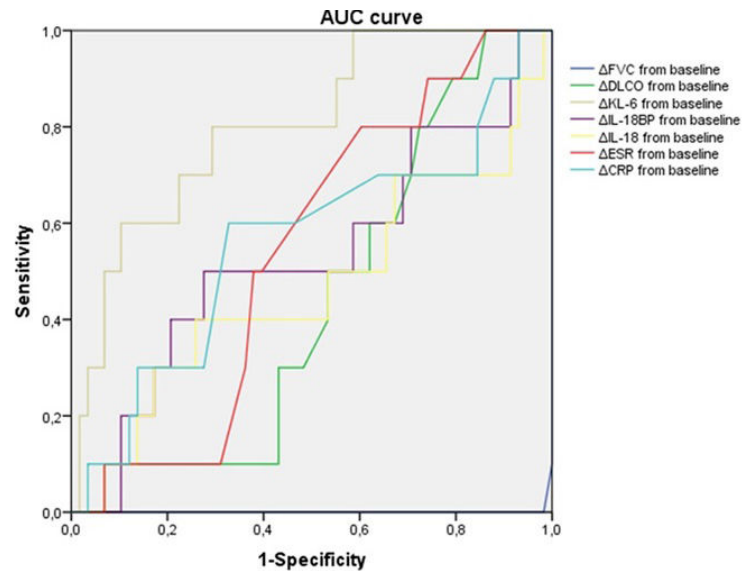
Introduction: Systemic sclerosis (SSc)-associated interstitial lung disease (ILD) is a major contributor to morbidity and mortality in SSc patients. Early detection and monitoring of ILD are essential for improving clinical outcomes. Serum biomarkers, such as KL-6 and IL-18, have emerged as promising non-invasive tools for diagnosing ILD, predicting progression, and guiding therapeutic strategies. However, their clinical utility in SSc-ILD remains incompletely understood.

Objectives: This study aimed to evaluate the diagnostic and prognostic value of serum KL-6 and IL-18 in detecting ILD and predicting its progression and mortality in SSc patients over a 24-month period.

Methods: A prospective cohort study was conducted at the Complejo Asistencial Universitario de León, involving 74 SSc patients. Participants were stratified by ILD status using high-resolution computed tomography (HRCT) and followed for two years. Clinical evaluations, pulmonary function tests (PFTs), and serum biomarker measurements (KL-6, IL-18, and IL-18 binding protein [IL-18BP]) were performed at baseline, one year, and two years. ILD progression was defined by a decline in forced vital capacity (FVC) and changes on HRCT using the modified Goh scoring system. Associations between biomarkers, lung function, and ILD severity were analyzed using Pearson's correlation, while ROC curves determined optimal biomarker thresholds.

Results: At baseline, 38% of patients had ILD, increasing to 54% by year two. The proportion of patients with $\geq 20\%$ lung involvement rose from 32% to 43%, and extensive disease ($\geq 20\%$ lung involvement) increased from 11% to 25% ($p = 0.03$). Serum KL-6 and IL-18 levels were significantly higher in SSc-ILD patients, correlating negatively with %FVC ($r = -0.51$, $p = 0.0007$) and %DLCO ($r = -0.38$, $p = 0.001$). During follow-up, annual increases in KL-6 were associated with lung function decline and HRCT severity, with +14.18 U/mL/year identified as the threshold for progressive ILD (AUC: 0.803, $p = 0.002$, sensitivity: 80%, specificity: 64%). For mortality, an annual increase of +71.17 U/mL in KL-6 showed high predictive accuracy (AUC: 0.91, 95% CI: 0.84-0.99, $p < 0.0001$, sensitivity: 75%, specificity: 85%). DLCO decline (Δ DLCO) was also predictive of mortality, with a -17% annual decrease identified as a critical threshold (AUC: 0.20, $p = 0.006$). Multivariate analysis identified Δ KL-6, Δ DLCO, Δ CRP, and anti-Scl70 antibodies as independent predictors of progressive ILD, while immunosuppressive therapy demonstrated a protective effect (OR: 0.27, 95% CI: 0.16-0.92, $p = 0.004$).

Conclusions: Serum KL-6 and IL-18 are valuable diagnostic and prognostic biomarkers for SSc-ILD. Elevated baseline levels correlate with ILD presence, severity, and lung function decline, while annual changes in KL-6 offer critical insights into disease progression and mortality risk. These findings support the integration of serum biomarkers into routine clinical practice for risk stratification, disease monitoring, and therapeutic decision-making in SSc-ILD.



RC096 Figura. Comparison of the receiver operating characteristic curve of blood markers for predicting progressive ILD in patients with SSc.

RC097. DIAGNÓSTICO Y ASOCIACIONES CLÍNICAS DEL ANTICUERPO ANTI-PMSCL EN UNA COHORTE RETROSPECTIVA

Jordi Camins Fàbregas¹, Ester Oliveras Casòliva², Andrea Cuervo Aguilera¹, Noemí Busquets Perez¹, Katherine Cajiao Pérez¹, Carolina Alfonso González¹, Imma Vidal Castell¹, Marta Pérez Moreno³, Carme Villà Blasco³, Laura Bigorra López³, Elisabet Deig Comerma², Rebeca Acal¹ y Vera Ortiz-Santamaría¹

¹Reumatología. Hospital General de Granollers. ²Medicina Interna. Hospital General de Granollers. ³Inmunología. Hospital General de Granollers.

Introducción y objetivos: El anticuerpo anti-PmScl se ha descrito en enfermedades autoinmunes sistémicas como miopatías inflamatorias, esclerosis sistémica y síndromes de superposición. Analizar el diagnóstico final y las características de los pacientes con anticuerpos anti-PmScl positivos en el Hospital General de Granollers. **Métodos:** Estudio observacional retrospectivo que incluye pacientes con anticuerpos PmScl positivos desde enero de 2020 a julio de 2024 en el Hospital General de Granollers con una población de referencia de 305.000 habitantes.

Resultados: Se identificaron 28 pacientes, 67% mujeres y 33% hombres. El 25% fueron positivos para PmScl-75, el 63% para PmScl-100 y el 12% fueron positivos para ambos.

	Positivo débil (n = 16)	Positivo moderado/intenso (n = 12)
Miopatía inflamatoria/ Esclerosis sistémica	4/16 (25%) DMM 3 Enfermedad autoinmune indiferenciada 1	8/12 (58%) DMM 3 Síndrome antisintetasa 2 SSc 3
Otra enfermedad autoinmune sistémica	4/16 (25%) AR 1 LES 2 Síndrome de Sjögren 1	0
Enfermedad pulmonar intersticial	3/16 (18%) IPAF 2 NIU 1	2/12 (16%) IPAF 1 NIU 1
Sin enfermedad	5/16 (31%)	2/12 (16%)

Conclusiones: El 42% de los pacientes fueron diagnosticados de MII o ES, el 30% con EAS o EPI, y el 25% no tuvo asociación con ningún EAS. Es más probable que se realice un diagnóstico de MII o SSc en pacientes con títulos de PmScl moderados o altos. Es menos proba-

ble que los títulos débiles estén asociados con MII o SSc. Un pequeño subgrupo de pacientes (2) son diagnosticados clínicamente con SAS.

RC098. NEURALGIA DEL TRIGÉMINO Y ESCLEROSIS SISTÉMICA: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Ana María Ruiz Bejerano, Carlos de la Puente Bujidos, Francisco Javier Bachiller Corral y Mónica Vázquez Díaz

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: La neuralgia del trigémino (NT) es un trastorno caracterizado por episodios recurrentes y paroxísticos de dolor intenso y breve en el territorio de este nervio. Aunque se ha descrito que es más frecuente en pacientes con esclerosis sistémica (ES)¹, la evidencia disponible es escasa dado la baja prevalencia de la ES.

Objetivos: Describir la prevalencia del diagnóstico de NT en pacientes con ES y evaluar manifestaciones específicas de la enfermedad.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y unicéntrico. Se revisaron los registros electrónicos de pacientes de nuestro centro seguidos entre 2018-2025 con diagnóstico de ES según criterios ACR/EULAR 2013. Se recogieron datos como la edad actual, duración de la enfermedad, sexo, etnia, hábito tabáquico, perfil inmunológico y manifestaciones clínicas de la ES (enfermedad pulmonar intersticial, afectación articular inflamatoria, afectación muscular, etc.). A su vez, se registró el diagnóstico de NT, su relación temporal con respecto a la ES desde el primer síntoma no Raynaud y la presencia de otras manifestaciones neurológicas.

Resultados: La NT estuvo presente en 5 de 170 pacientes, con una frecuencia de un 2,9%. Las características demográficas y clínicas se recogen en la tabla. La media de edad fue de 58,8 años, predominio del sexo femenino (80%) y de etnia caucásica (60%). La afectación articular inflamatoria estuvo presente en 3 pacientes (60%) y ninguno presentó afectación muscular. El diagnóstico fue previo en 2 pacientes (40%) con un periodo de tiempo medio 2 años y medio hasta el debut de ES. A su vez el diagnóstico fue posterior en 3 pacientes (60%) con un periodo de tiempo medio de 8 años desde el debut de ES. De estos 3 pacientes, solo 1 paciente recibía tratamiento modificador de la enfermedad (hidroxicloroquina) en el momento de la aparición de NT. Ningún caso presentó síndrome del túnel del carpo (STC) u otras manifestaciones neurológicas.

Características de los pacientes incluidos

	Neuralgia del trigémino (N = 5)
Edad en años (media, DE)	58,8 (12,2)
Sexo femenino (n, %)	
Etnia (n, %)	4 (80)
Caucásica	3 (60)
Hispanoamericana	2 (40)
Duración de la enfermedad (desde el primer síntoma no Raynaud) en años (media, DE)	14 (9,1)
Aparición con respecto al diagnóstico de enfermedad (n, %)	
Previo	2 (40)
Posterior	3 (60)
Hábito tabáquico (n, %)	1 (20)
Subtipo (n, %)	
Difusa	1 (20)
Limitada	4 (80)
Anticuerpo (n, %)	
Anticentrómero	2 (40)
Antitopoisomerasa	2 (40)
U1RNP	1 (20)
mRSS (media, DE)	6,2 (5,6)
Enfermedad pulmonar intersticial (n, %)	1 (20)
Afectación articular inflamatoria (n, %)	3 (60)
Afectación muscular (n, %)	0
Úlceras digitales	2 (40)
Calcinosis	1 (20)
Afectación GI alta	3 (60)
Afectación GI baja	2 (40)

Conclusiones: La prevalencia de NT en nuestra cohorte fue baja y similar a la de otros estudios. Se observó un mayor número de pacientes con afectación articular inflamatoria pero no afectación muscular. A pesar de lo descrito en la literatura, ninguno de los pacientes cursaba de forma concomitante con STC u otra manifestación neurológica¹. La baja frecuencia de esta entidad limita a la hora de realizar asociaciones estadísticas.

Bibliografía

1. Maltez N, Choi MY, Troyanov Y, Wang M, Jantz M, Fritzler MJ, Baron M, Hudson M; Canadian Scleroderma Research Group. Trigeminal neuralgia in systemic sclerosis. *Semin Arthritis Rheum*. 2021;51(1):318-23.

RC099. USO DE INHIBIDORES DE PUNTOS DE CONTROL INMUNES EN PACIENTES CON DERMATOMIOSITIS ASOCIADA AL CÁNCER

Ernesto Trallero Araguás¹, Arturo Llobell Uriel¹, Albert Gil², Daniela Ulloa¹, Javier Ros³, Cristina Suárez³ y Albert Selva-O'Callaghan²

¹Servicio de Reumatología. Barcelona Hospital Universitario Vall d'Hebron. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. ³Servicio de Oncología. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción: Los inhibidores de los puntos de control inmunológico (*immune checkpoint inhibitors*, ICIs) son una terapia antineoplásica cada vez más utilizada en el tratamiento de múltiples tumores. Su uso se ha asociado con eventos adversos relacionados con el sistema inmunológico (*immune related adverse effects*, irAEs), pudiendo afectar a cualquier órgano. La dermatomiositis (DM) es una enfermedad autoinmune sistémica que se caracteriza por una reacción inflamatoria que afecta fundamentalmente al músculo y a la piel. Hasta un tercio de los pacientes con DM presentan neoplasias asociadas (*cancer associated dermatomyositis*, CAM). Los pacientes con enfermedades autoinmunes tienden a ser excluidos de los ensayos clínicos con ICIs por la preocupación de la inducción de exacerbaciones de la enfermedad autoinmune y del efecto del manejo de las mismas en la efectividad de los ICIs. Es necesaria más evidencia de práctica clínica para evaluar la seguridad y eficacia de los ICIs en pacientes con enfermedades autoinmunes preexistente, incluida la DM.

Objetivos: En este *abstract* presentamos dos pacientes visitados en el Hospital Vall d'Hebron de Barcelona, diagnosticados con CAM, que fueron tratados con ICIs como parte de su tratamiento anti-neoplásico (tabla).

Resultados: Caso 1: varón de 65 años que debutó con un cuadro de mialgias, debilidad proximal y elevación de CKs en marzo de 2016, siendo diagnosticado de una DM anti-NXP2. Recibió tratamiento con glucocorticoides (GC) y tacrolimus con buena respuesta. Se realizó un cribado de neoplasia que derivó en un diagnóstico de un carcinoma escamoso de pulmón, por el que se inició tratamiento con nivolumab en abril de 2017. Tras 2 ciclos el paciente experimentó un

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS DOS PACIENTES CON CAM QUE RECIBIERON ICI

	Caso 1	Caso 2
Sexo (edad al diagnóstico de DM, años)	Varón (65)	Varón (52)
Fecha debut DM	Marzo 2016	Octubre 2015
Debilidad muscular	Proximal	Proximal
Patrón biopsia muscular	DM	DM
Mialgia	Sí	No
Lesiones cutáneas	Eritema periungueal	Pápulas de Gottron
Síndrome tóxico	Sí	No
Artralgia	Sí	Sí
Autoanticuerpos	NXP2	MDA5
Tratamiento DM	GC, Tacrolimus, IVIG	GC, Tacrolimus
Neoplasia	SCLC metastásico	Carcinoma escamoso seno piriforme
Fecha diagnóstico neoplasia	Noviembre 2016	Noviembre 2016
Quimioterapia	Sí	Sí
Radioterapia	Sí	Sí
Cirugía	No	Sí
Inmunoterapia	Nivolumab	Nivolumab
Fecha inicio ICI	Abril 2017	February 2019
Empeoramiento de DM durante tratamiento con ICI (manejo)	Sí, tras 2 ciclos (GC a dosis altas + IVIG, buena respuesta a descenso de GC)	No
Discontinuación del ICI (fecha y causa)	Marzo 2018 (progression de la enfermedad)	No (muerte)
Última fecha de seguimiento, estado	Marzo 2020 Fallecido (peritonitis perforada)	Enero 2021 Respuesta parcial. Fallecido (fallo renal + sepsis)

RC099 Tabla.

empeoramiento de la debilidad muscular, requiriendo tratamiento con inmunoglobulinas intravenosas (IGIV) y un incremento transitorio de la dosis de GC, con una buena respuesta. Posteriormente, el paciente pudo reiniciar nivolumab, que fue finalmente suspendido en marzo de 2018, después de 20 ciclos, debido a progresión de la enfermedad neoplásica. Finalmente, el paciente falleció en marzo de 2020 debido a una peritonitis perforada. Caso 2: varón de 52 años diagnosticado de una DM MDA5+ en octubre de 2015, que debutó con artralgias, debilidad muscular e ILD leve, con buena respuesta a corticoides y tacrolimus. El cribado de cáncer reveló unas adenopatías hipercaptantes en cabeza y cuello, confirmándose mediante biopsia el diagnóstico de un carcinoma del seno piriforme escamoso. Tras los tratamientos quirúrgico y radioterápico, el paciente recibió QT con cisplatino y cetuximab desde agosto de 2018, que se sustituyó por nivolumab en febrero de 2019 debido a progresión de la enfermedad neoplásica. Durante el periodo de tratamiento (23 meses) no se observó empeoramiento de su DM. En enero de 2021, el paciente falleció debido a una insuficiencia renal crónica agudizada y una sepsis.

Conclusiones: Los ICIs pueden ser considerados una opción terapéutica válida en pacientes con CAM. Ninguno de nuestros pacientes experimentó una exacerbación grave de su enfermedad autoinmune. Incluso en el caso en que se produjo, no fue necesario suspender la terapia con ICIs de forma definitiva, pudiendo manejarse el brote de DM con baja carga de inmunosupresión, lo que contribuyó a minimizar el impacto de este tratamiento en la terapia antineoplásica.

RC100. ASOCIACIÓN ENTRE PATRONES DE CAPILAROSCOPIA Y DIAGNÓSTICO: ESTUDIO DESCRIPTIVO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Laura Ramos Ortiz de Zárate, María Alonso de Francisco, Carlota Navarro Joven, María Machattou, Alejandro Martínez Rodado, Adriana Martín Bescos, Pablo Navarro Palomo, Natalia de la Torre Rubio, Olga Rusinovich Lovgach, Carolina Merino Argumánez, Blanca García Magallón, José Campos Esteban, Hildegarda Godoy Tundidor, Mónica Fernández Castro, Jesús Sanz Sanz, Carmen Barbadillo Mateos, José Luis Andréu Sánchez y Laura Nuño Nuño

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

Introducción: La capilaroscopia es una herramienta diagnóstica no invasiva ampliamente utilizada para evaluar alteraciones vasculares

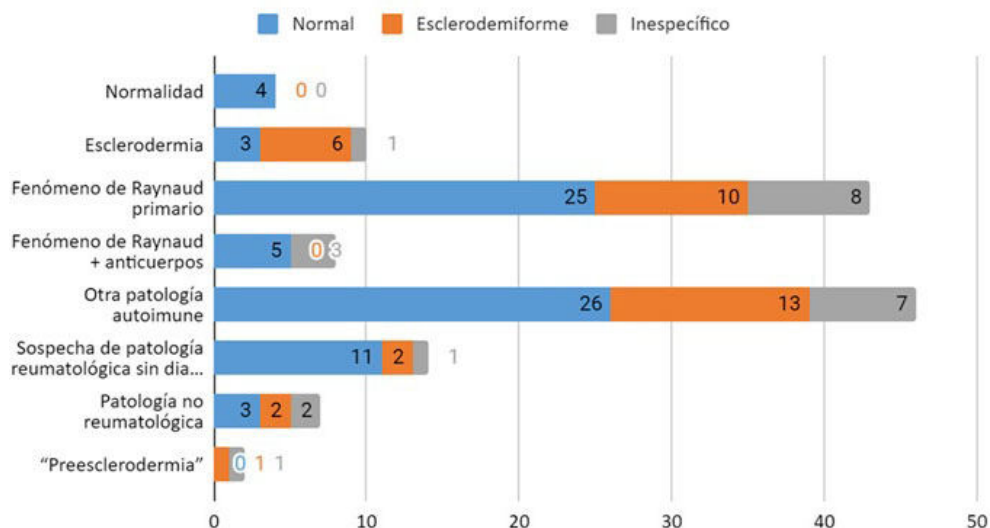
que sugieran patología sistémica, especialmente en el contexto de la esclerosis sistémica, donde su aplicación en el diagnóstico está respaldada por criterios bien definidos. Sin embargo, su utilidad no se limita a esta enfermedad, habiéndose observado una mayor prevalencia de alteraciones capilaroscópicas en el seno de otras patologías, principalmente conectivopatías, como el lupus eritematoso sistémico, la dermatomiositis y la enfermedad de Sjögren.

Objetivos: Correlacionar la presencia de alteraciones vasculares en la capilaroscopia con el diagnóstico posterior.

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de una cohorte de 132 pacientes del servicio de Reumatología de un hospital de tercer nivel. Se recopilaron informes de capilaroscopias realizadas durante el año 2019 en el servicio de Reumatología. Los patrones capilaroscópicos se clasificaron según los criterios establecidos en las guías de (añade qué criterios has utilizado) (normal, patrón inespecífico, patrón esclerodermiforme). Se evaluó mediante análisis estadístico descriptivo la asociación entre los hallazgos capilaroscópicos, presencia de autoanticuerpos y sus especificidades, y diagnósticos clínicos a los 5 años de la realización de la prueba.

Resultados: Se reclutaron 132 pacientes con capilaroscopia realizada durante 2019. Consistieron en 83,33% mujeres (110), con una media de 51,95 años a la realización de la prueba. 30 de ellos tenían al menos una capilaroscopia previa. 78 pacientes (59,1%) no tenían diagnóstico previo, 48 (36,36%) tenían un diagnóstico que se mantuvo tras la capilaroscopia, y 6 (4,55%) tenían un diagnóstico previo que fue modificado tras la realización de la prueba. Los patrones esclerodermiformes fueron identificados en 7,58% de los casos (10 pacientes) y mostraron una correlación del 50% con el diagnóstico de esclerosis sistémica. Los patrones normales se asociaron principalmente con los diagnósticos de fenómeno de Raynaud primario (25 pacientes; 32,47%) y otras conectivopatías distintas de la esclerosis sistémica (26 pacientes; 33,77%), siendo la más frecuente enfermedad de Sjögren, seguidos de fenómeno de Raynaud asociado a anticuerpos (6 pacientes, 7,79%). Los patrones inespecíficos se asociaron principalmente a conectivopatías (14 pacientes, 31,11%) especialmente LES, seguidos de fenómeno de Raynaud primario (11 pacientes, 24,44%). Un 39,74% de los pacientes sin diagnóstico previo fueron diagnosticados de fenómeno de Raynaud primario, 21,8% de otras conectivopatías, y un 7,69% de esclerosis sistémica. Al finalizar los 5 años de seguimiento había 14 pacientes con datos clínicos y analíticos sugestivos de autoinmunidad continuaban sin diagnóstico formal; 11 de ellos con capilaroscopias normales.

Patrones y diagnósticos a los 5 años



RC100 Figura.

Conclusiones: Si bien los patrones tenían cierta asociación con patologías sistémicas o primarias, un patrón capilaroscópico normal no descarta la presencia de autoinmunidad. La presencia de pacientes con capilaroscopias normales que pese a ello desarrollaron patología autoinmune refuerzan la importancia de utilizar la capilaroscopia como una herramienta más dentro de un abordaje integral, evitando una interpretación aislada de los resultados para optimizar el diagnóstico y manejo de estas patologías.

RC101. PROTOCOLO DE DERIVACIÓN A REUMATOLOGÍA DE PACIENTES CON EFECTOS ADVERSOS INMUNOMEDIADOS RELACIONADOS CON FÁRMACOS INHIBIDORES DE LOS PUNTOS DE CONTROL INMUNOLÓGICO

Maite Silva Díaz¹, José A. Gómez-Puerta², Clara Ventín Rodríguez³, Mercedes Freire González¹, Joaquín Mosquera Martínez⁴ y Javier de Toro Santos^{1,5}

¹Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. Instituto de Investigación Biomédica A Coruña. ²Servicio de Reumatología. Hospital Clínic de Barcelona. ³Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario Vigo. ⁴Servicio de Oncología Médica. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. ⁵Universidade da Coruña.

En los últimos años han aparecido nuevos fármacos que bloquean proteínas específicas para tratar diferentes neoplasias y así restablecer la respuesta inmune¹. Son los bloqueadores de los puntos de control inmunológico o *immune checkpoint inhibitors*, que inhiben las señales de bloqueo de los linfocitos T citotóxicos. Este mecanismo altera el equilibrio establecido entre tolerancia y autoinmunidad, provocando así efectos secundarios de naturaleza autoinmune (irAEs). Estos irAEs afectan especialmente a la piel, el tracto gastrointestinal, las glándulas endocrinas y el sistema respiratorio. Los irAEs

reumatológicos (Rh-irAE) descritos con mayor frecuencia son las artralgias (1-43%) y las mialgias (2-20%)². La patología reumatológica inflamatoria más frecuente es la artritis, seguida del síndrome poli-miálgico y la miositis. También puede aparecer xerostomía, xeroftalmia o sarcoidosis, así como otras enfermedades como algunas vasculitis, lupus eritematoso sistémico o esclerosis sistémica. Es muy importante la derivación temprana a un reumatólogo en pacientes que presentan dolor moderado que no mejora con analgesia y antiinflamatorios. El objetivo de este protocolo es definir las vías de derivación de los pacientes que reciben tratamiento con fármacos inhibidores de los *checkpoint* (anticuerpos anti-CTLA-4 como Ipilimumab, anticuerpos anti-PD-1 como nivolumab o pembrolizumab, anticuerpos anti-PD-L1 como atezolizumab, duvalumab o avelumab y anticuerpos anti-TIM-3 como sabatolimab). Los Rh-irAEs se clasifican en cuatro grados según la gravedad³. En el grado 1 aparece dolor leve, rigidez y/o debilidad. En el grado 2 dolor moderado, rigidez y/o debilidad limitante para las actividades instrumentales de la vida diaria. En el grado 3 dolor grave, rigidez y/o debilidad limitante para las actividades del autocuidado de la vida diaria y en el grado 4 aparecen consecuencias potencialmente mortales o que se relacionan a una importante discapacidad. La derivación temprana a reumatología debe considerarse con síntomas de grado 2 o mayor, antes de iniciar tratamiento con corticoides y en casos que requieran ahorradores de corticoides. En las tablas 1-3 especificamos según los síntomas, las pruebas complementarias que se deberían realizar, así como el tratamiento adecuado. Para ello nos basamos en las recomendaciones de la guía americana y europea de oncología (ASCO y ESMO), así como en los puntos a considerar para el diagnóstico y tratamiento publicados por la sociedad europea de reumatología (EULAR). Con este protocolo pretendemos ayudar a unificar el manejo de los Rh-irAEs en España y recordar la necesidad de una derivación precoz de esta patología a los reumatólogos para un adecuado diagnóstico y tratamiento.

Tabla RC101

Tabla 1. Algoritmo de derivación a Reumatología de pacientes en tratamiento con inmunoterapia que desarrollan artritis

Artritis	Grado 1	Grado 2	Grado 3	Grado 4
Síntomas	Dolor e inflamación (eritema, aumento de temperatura, tumefacción) leves	Dolor e inflamación moderados Dificultad para actividades instrumentales	Dolor e inflamación graves Limitación para autocuidado	Dolor e inflamación graves Consecuencias potencialmente mortales
Pruebas complementarias	Análítica con PCR, VSG, FR, ACPA, ANAS ± HLA-B27 Radiografía articular	Análítica con PCR, VSG, FR, ACPA, ANAS ± HLA-B27 Radiografía articular Valorar ecografía, TC o RM	Análítica con PCR, VSG, FR, ACPA, ANAS ± HLA-B27 Radiografía articular Valorar ecografía, TC o RM	Análítica con PCR, VSG, FR, ACPA, ANAS ± HLA-B27 Radiografía articular Valorar ecografía, TC o RM
Inmunoterapia	Mantener	Considerar interrumpir hasta control de síntomas	Interrumpir Considerar reiniciar si control de síntomas	Interrumpir
Tratamiento	Sintomático: paracetamol y/o AINE	PDN ≤ 10 mg/día Si > 3 meses, FAME	PDN 0,5-1 mg/Kg/día A valorar FAME sintético convencional o biológico	PDN 0,5-1 mg/Kg/día A valorar FAME sintético convencional o biológico
Derivación a reumatología	No	GC intraarticular Sí, antes de inicio de corticoide	Sí	Sí

Tabla RC101

Tabla 2. Algoritmo de derivación a Reumatología de pacientes en tratamiento con inmunoterapia que desarrollan polimialgia reumática

Polimialgia reumática	Grado 1	Grado 2	Grado 3	Grado 4
Síntomas	Dolor y rigidez leves	Dolor y rigidez moderados Dificultad para actividades instrumentales	Dolor y rigidez graves Limitación para autocuidado	Dolor y rigidez graves Consecuencias potencialmente mortales
Pruebas complementarias	Análítica con PCR, VSG, FR, ACPA, CPK, ANAS	Análítica con PCR, VSG, FR, ACPA, CPK, ANAS Radiografía de tórax	Análítica con PCR, VSG, FR, ACPA, CPK, ANAS Radiografía de tórax	Análítica con PCR, VSG, FR, ACPA, CPK, ANAS Radiografía de tórax
Inmunoterapia	Mantener	Considerar interrumpir hasta control de síntomas	Interrumpir Considerar reiniciar si control de síntomas	Interrumpir
Tratamiento	Sintomático: paracetamol y/o AINE	PDN 20 mg/día 3-4 semanas y reducir	PDN 20 mg/día FAME (MTX, TCZ)	PDN 20 mg/día FAME (MTX, TCZ)
Derivación a reumatología	No	Sí, antes de inicio de corticoide	Sí	Sí

Tabla RC101

Tabla 3. Algoritmo de derivación a Reumatología de pacientes en tratamiento con inmunoterapia que desarrollan miositis

Miositis	Grado 1	Grado 2	Grado 3	Grado 4
Síntomas	Debilidad leve	Debilidad moderada Dificultad para actividades instrumentales	Debilidad grave Limitación para autocuidado	Debilidad grave Consecuencias potencialmente mortales
Pruebas complementarias	Análítica con PCR, VSG, CPK, aldolasa, GOT, GPT, LDH, troponina Electromiograma	Análítica con PCR, VSG, CPK, aldolasa, GOT, GPT, LDH, troponina, inmunoblot de miositis Electromiograma ± RM de cuerpo ± - biopsia muscular	Análítica con PCR, VSG, CPK, aldolasa, GOT, GPT, LDH, troponina, inmunoblot de miositis Electromiograma ± RM de cuerpo ± - biopsia muscular	Análítica con PCR, VSG, CPK, aldolasa, GOT, GPT, LDH, troponina, inmunoblot de miositis Electromiograma ± RM de cuerpo ± biopsia muscular
Inmunoterapia	Considerar ecocardiograma Mantener	Radiografía de tórax Considerar interrumpir hasta control de síntomas (y normalización CPK)	Radiografía de tórax Interrumpir Considerar reiniciar si control de síntomas Suspender si afectación miocárdica	Radiografía de tórax Interrumpir Suspender si afectación miocárdica
Tratamiento	Sintomático: paracetamol y/o AINE	PDN 10 mg/día PDN 0,5-1 mg/Kg/día A valorar FAMES	Hospitalización PDN 1-2 mg/Kg/día A valorar FAMES Considerar inmunoglobulinas IV y/o plasmaféresis	Hospitalización PDN 1-2 mg/Kg/día A valorar FAMES Considerar inmunoglobulinas IV y/o plasmaféresis
Derivación a reumatología	No	Sí, antes de inicio de corticoide	Sí	Sí

Bibliografía

1. Raman R, Vaena D. Immunotherapy in Metastatic Renal Cell Carcinoma: A Comprehensive Review. *BioMed Res Int.* 2015;2015:367354.
2. Cappelli LC, Gutiérrez AK, Bingham CO, Shah AA. Rheumatic and Musculoskeletal Immune-Related Adverse Events Due to Immune Checkpoint Inhibitors: A Systematic Review of the Literature. *Arthritis Care Res.* 2017;69(11):1751-63.
3. Haanen J, Obeid M, Spain L, Carbonnel F, Wang Y, Robert C, et al. Management of toxicities from immunotherapy: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol.* 2022;33(12):1217-38.

RC102. PATRONES DE USO DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS Y PEQUEÑAS MOLÉCULAS EN PACIENTES CON ARTRITIS INFLAMATORIA: DATOS COMBINADOS DE CINCO PAÍSES DE LATINOAMÉRICA

Paloma de Abreu Trigueros¹, Carolina Isnardi², Vijaya Rivera Terán³, Ieda Laurindo⁴, José Jiram Torres-Ruiz³, Guillermo Pons-Estel², Maina de la Vega², María Agustina Alfaro⁵, Julieta Gamba⁵, Edson Veloso⁵, Guillermo Berbo⁵, Mercedes Sota⁵, Angelica Duarte⁴, Monica Siqueira de Vechi⁴, Valeria Valim⁴, Fatima Sauma⁴, Reginaldo Botelho⁴, Marco Antonio Araujo Da Rocha Loures⁴, David Vega Morales³, Iris Colinga Pedraza³, Sandra Sicsik Ayala³, Ángel Castillo Ortiz³, Fedra Irazoque Palazuelos³, Sonia Cabrera Villalba¹, Gabriela Ávila Pedretti¹, Vannia Valinotti Cabrera¹, Evelín Leyva Ríos¹, Angelica Amarilla Ortiz¹, Mariela Zarza Torres¹, Paola Pusineri¹, Paola Jara¹, Cristina Brunengo Brunengo⁶, Darwin Cordovilla Montero⁶, Macarena Soto⁶, Sofia Rostan⁶, Sandra Consani⁶ y Deshira Alpizar Alpizar Rodríguez³

¹Sociedad Paraguaya de Reumatología. BIOBADAGUAY. Asunción. Paraguay. ²Sociedad Argentina de Reumatología. Unidad de Investigación. Caba. Argentina. ³Colegio Mexicano de Reumatología. BIOBADAMEX. Ciudad de México. México. ⁴Sociedad Brasileña de Reumatología. BIOBADABRASIL. Brasilia. Brasil. ⁵Sociedad Argentina de Reumatología. BIOBADASAR. CABA. Argentina. ⁶Sociedad Uruguaya de Reumatología. BIOBADAGUAY. Montevideo. Uruguay.

Introducción: La disponibilidad de fármacos modificadores de la enfermedad (FAMES) biológicos (-b) y sintéticos dirigidos (-sd) varía entre los países de Latinoamérica, lo cual afecta la prescripción médica. Además, en los últimos años se han introducido biosimilares y drogas genéricas.

Objetivos: Describir los patrones de inicio de FAMES-b/sd en pacientes con artritis inflamatoria en cinco países de Latinoamérica y comparar la situación entre ellos.

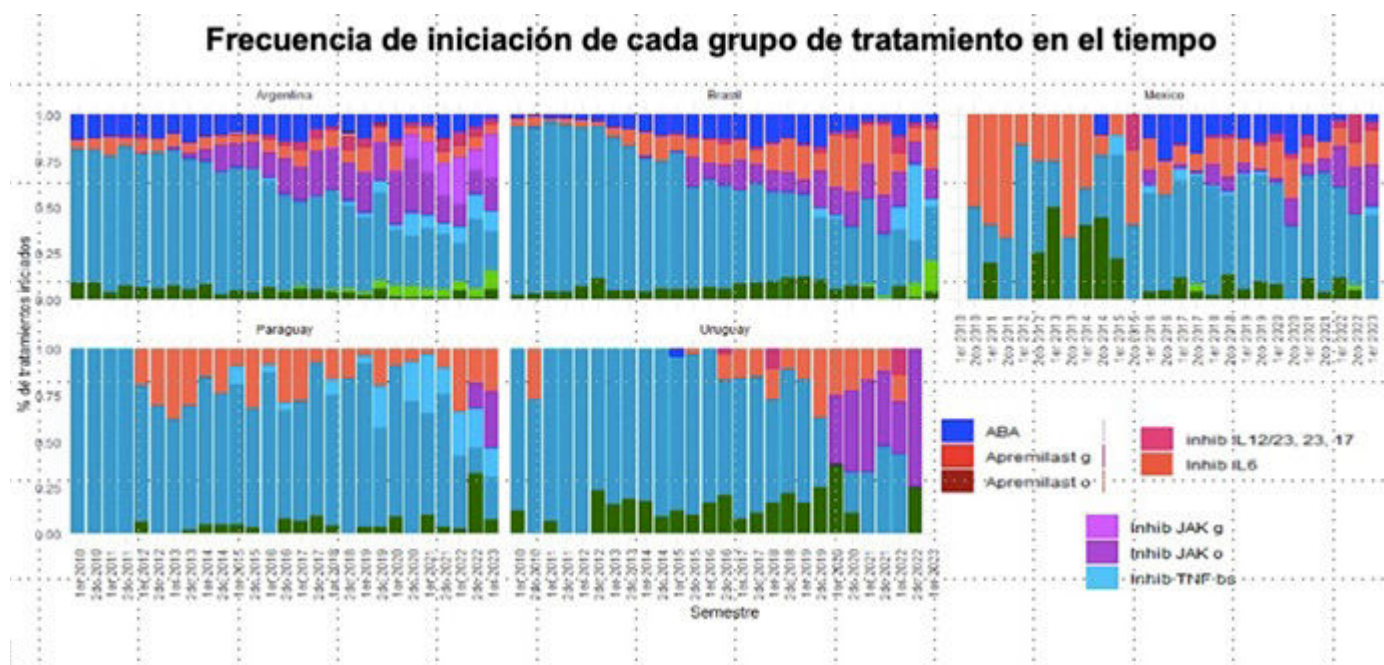
Métodos: Se recopiló datos de cinco registros BIOBADA (Eventos Adversos de Terapias Dirigidas en Enfermedades Reumáticas) de Latinoamérica, que incluyeron pacientes de Argentina, Brasil, México, Paraguay y Uruguay. Para este análisis, se incluyeron pacientes con artritis reumatoidea (AR), artritis psoriásica (APs) y espondiloartritis axial (EspAax) que habían iniciado al menos un FAME-b o -sd hasta octubre de 2023. Se realizó un cuestionario para evaluar la fecha y el número de biosimilares y moléculas pequeñas genéricas comercializadas en cada país. El análisis estadístico fue descriptivo.

Frecuencia de Utilización de cada grupo de drogas según línea de tratamiento

	1.ª línea (n = 7.078)	2.ª línea (n = 2.959)	≥ 3.ª línea (n = .2523)	Total (n = 12.553)
Abatacept n (%)	288 (4,1)	380 (12,9)	397 (15,7)	1.065 (8,5)
Apremilast n (%)	1 (0,0)	2 (0,0)	2 (0,0)	5 (0,0)
Inhibidor de IL-6	280 (4,0)	323 (10,9)	418 (16,6)	1.021 (8,1)
Inhibidor IL- 12/23, 17, 23	39 (0,6)	43 (1,5)	74 (2,9)	156 (1,2)
Inhibidor TNF original	5.691 (80,4)	1.628 (55,1)	769 (30,5)	8.088 (64,5)
Inhibidor TNF biosimilar	68 (1,0)	82 (2,8)	44 (1,7)	194 (1,5)
Rituximab original	212 (3,0)	194 (6,6)	316 (12,5)	722 (5,8)
Rituximab biosimilar	11 (0,2)	6 (0,2)	57 (2,3)	74 (0,6)
Inhibidor JAK original	343 (4,8)	218 (7,4)	347 (13,8)	908 (7,2)
Inhibidor JAK genérico	30 (0,4)	31 (1,1)	41 (1,6)	102 (0,8)

IL: interleucina, TNF: factor de necrosis tumoral, JAK: janus kinasa.

Resultados: Se incluyeron un total de 7.098 pacientes y 12.337 tratamientos: 5.448 (70,5%) de Argentina, 4.826 (38,4%) de Brasil, 1.085 (14,0%) de México, 706 (9,1%) de Paraguay y 488 (6,3%) de Uruguay. El 74,8% eran mujeres, con una edad media de 50,7 años (DE 13,3). La AR fue la enfermedad más frecuente (5.458, 76,9%), seguida por APs (694, 9,8%) y EspAax (946, 13,3%). Los biosimilares fueron introducidos en México en 2012, en Brasil en 2015 y en Argentina en 2019, incluyendo biosimilares de inhibidores del TNF (iTNF) y RTX. En Paraguay y Uruguay solo se han comercializado biosimilares de inhibidores del TNF desde 2016 y 2019, respectivamente. Los genéricos de inhibidores de JAK están disponibles solo en Argentina desde 2020. Argentina y México tienen una mayor variedad de fármacos. Los iTNF fueron los más utilizados en todos los países, especialmente como primera línea de tratamiento. Abatacept se utilizó en un 8,6% de los tratamientos, inhibidores de JAK (iJAK) original en un 7,4% e IL-6i en un 8,3%, y su frecuencia aumenta como segunda y tercera línea de tratamiento. La frecuencia de uso de los iTNF origi-



RC0102 Figura.

nal disminuyó gradualmente con la introducción de nuevos fármacos en cada país. El uso de iJAK ha aumentado con el tiempo desde su lanzamiento. En Argentina se observó un claro aumento en el uso de tofacitinib genérico desde 2020, mientras que la frecuencia de nuevos regímenes con iJAK originales disminuyó.

Conclusiones: La disponibilidad de FAMES-b/bsd difiere entre los países de Latinoamérica. Los iTNF son los más utilizados. La inclusión de nuevos fármacos, biosimilares y genéricos ha modificado el patrón de tratamiento.

RC103. RIESGO DE TUBERCULOSIS DURANTE EL TRATAMIENTO CON TERAPIAS BIOLÓGICAS Y SINTÉTICAS DIRIGIDAS EN ENFERMEDADES REUMÁTICAS INFLAMATORIAS INMUNOMEDIADAS: DATOS COMBINADOS DE CINCO PAÍSES DE LATINOAMÉRICA

Paloma de Abreu Trigueros¹, Carolina Isnardi², Ieda Laurindo³, Deshira Alpizar Alpizar Rodríguez⁴, José Jiram Torres-Ruiz⁴, Guillermo Pons-Estel², María J. Haye Salinas⁵, María Agustina Alfaro⁵, Verónica Saurit⁵, Erika Catay⁵, Gustavo Medina⁵, Barbara Stadler Kahlw³, Jose Roberto Miranda³, Ana Cristina Medeiros-Ribeiro³, Manoel Bertolo³, Marco Antonio Araujo Da Rocha Loures³, Hellen Mary da Silveira de Carvahio³, Ángel Castillo Ortiz⁴, Fedra Irazoque Palazuelos⁴, Omar Eloy Muñoz Monroy⁴, Sandra Carrillo Vázquez⁴, Angélica Peña Ayala⁴, Sonia Cabrera Villalba¹, Gabriela Ávila Pedretti¹, Lourdes Román Ruiz Díaz¹, Mariela Zarza Torres¹, Vannia Valinotti Cabrera¹, Patricia Melgarejo¹, Laura Martínez¹, Clyde Parodi¹, Roger Rolón Campuzano¹, Cristina Brunengo Cairus⁶, Darwin Cordovilla Montero⁶, Macarena Soto⁶, Sofia Rostán⁶, Pilar Garino⁶ y Vijaya Rivera Terán⁴

¹Sociedad Paraguaya de Reumatología. BIOBADAGUAY. Asunción. Paraguay. ²Sociedad Argentina de Reumatología. Unidad de Investigación. CABA. Argentina. ³Sociedad Brasileña de Reumatología. BIOBADABRASIL. Brasilia. Brasil. ⁴Colegio Mexicano de Reumatología. BIOBADAMEX. Ciudad de México. México. ⁵Sociedad Argentina de Reumatología. BIOBADASAR. CABA. Argentina. ⁶Sociedad Uruguaya de Reumatología. BIOBADAGUAY. Montevideo. Uruguay.

Introducción: En Latinoamérica hay una elevada carga de incidencia de tuberculosis (TB). Los pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias inmunomediadas (IMID) que reciben tratamientos inmunosupresores presentan un mayor riesgo de desarrollar TB.

Objetivos: Determinar incidencia y de tuberculosis (TB) bajo tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad convencionales, sintéticos dirigidos y biológicos (c/ts/bFAMES) y riesgo relativo entre intervenciones, en pacientes con enfermedades inmunomediadas (IMID) en 4 registros BIOBADA en cinco países latinoamericanos.

Métodos: Se recopilieron datos de cuatro registros BIOBADA de Latinoamérica, incluyendo Argentina, Brasil, México, Paraguay y Uruguay (estos dos últimos incluidos en el mismo registro). Para el análisis se incluyeron pacientes que habían recibido uno o múltiples cursos de tratamiento con cFAMES (controles) y ts/bFAMES. Se evaluó la historia de exposición a TB, radiología de tórax, screening de infección latente de TB (LBTI) y tratamiento profiláctico de LBTI antes de cada curso de tratamiento. Análisis estadístico fue descriptivo.

Resultados: Se incluyeron datos de 12.477 pacientes que recibieron un total de tratamientos 19.516 (14.527 (74,7%) ts/b FAMES y 4.989 (25,6%) cFAMES (controles). Del total de tratamientos se detectaron 105 de TB (15 cDMARDs, 90 ts/bFAMES), de ellos, 57 (54,3%) TB pulmonar, 22 (21,0%) sin especificar localización, 19 (18,1%) LBTI latente, 5 (4,8%) TB diseminada y 2 (1,9%) TB peritoneal El 64,8% eran mujeres con una edad media de $51,7 \pm 11,3$. El diagnóstico más frecuente fue la artritis reumatoide (AR) en un 71,4% (15) seguido de la espondilitis anquilosante (EA) 18,1% (19) y artritis psoriásica (APS) 10,5% (11%). La mediana (intervalo intercuartílico) de exposición al tratamiento al desarrollo de TB fue de 20 (8-46) meses, el 84,8% fue posterior a las 6 semanas del inicio del tratamiento. De los ts/bFAMES 81,1% (73/90) inhibidores de factor de necrosis tumoral (iTNF), 10% (9/90) inhibidores de la interleucina 6 (iIL6), 5,6% (5/90) rituximab (RTX), 3,6% (3/90) abatacept (ABT). En los controles el metotrexato (MTX) fue el fármaco más frecuente en un 66,7% y en ts/bDMARDs el MTX se usó como tratamiento concomitante en un 60%. En controles los corticoides se administraron en un 53,3% y en un 40% en los ts/bDMARDs. El 72,4% (76/105) presentaron cribaje de LTBI latente previo al inicio del tratamiento, de ellos el 68,4% (52/76) fue negativo y el 30,3% (23/73) positivo y de estos el 87% recibieron quimioprofilaxis para LTBI.

Tipos de tuberculosis según fármaco

	Control (15)	iTNF (73)	IL-6 (9)	RTX (5)	ABT (3)	Total (105)
Tuberculosis pulmonar n (%)	8 (53,3)	42 (57,5)	3 (33,3)	1 (20,0)	3 (100)	57 (54,3)
Tuberculosis sin especificar localización n (%)	2 (13,3)	13 (17,8)	6 (66,7)	1 (20,0)	0 (0,0)	22 (21,0)
Tuberculosis diseminada n (%)	0 (0,0)	4 (5,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (4,89)
Tuberculosis latente n (%)	4 (26,7)	12 (16,4)	0 (0,0)	3 (60%)	0 (0,0)	19 (18,1)
Tuberculosis peritoneal n (%)	0 (0,0)	2 (2,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (1,9)

iTNF: inhibidores del factor de necrosis tumoral, iIL-6: interleucina 6; RTX: rituximab; ABT: abatacept.

Conclusiones: Describimos los casos de TB en pacientes con MID en una cohorte de cinco países latinoamericanos. TB fue más frecuente entre los pacientes con iTNF y se ocurrió en la mayoría de los casos después de las 6 semanas del inicio del tratamiento. Esto podría deberse a un fallo en el cribaje de LTBI, incumplimiento del tratamiento o bien reexposición. Esto sugiere que quizás sería necesario revisar los protocolos de detección de LTBI.

RC104. MULTIDISCIPLINARIEDAD. EXPERIENCIA DE UN COMITÉ DE PATOLOGÍA PULMONAR INTERSTICIAL

María José Moreno Martínez¹, Deseada Palma¹, Ana del Carmen Haro¹, Marta Mayor¹, Jesús Rubio¹, María del Carmen Fernández², Noelia Arroyo², Laura Fernández², Raquel Ramírez³, Zohuair Molaka², Natalia Calvente², Ana Higes², Rosario Cabello² y Marta Pastor¹

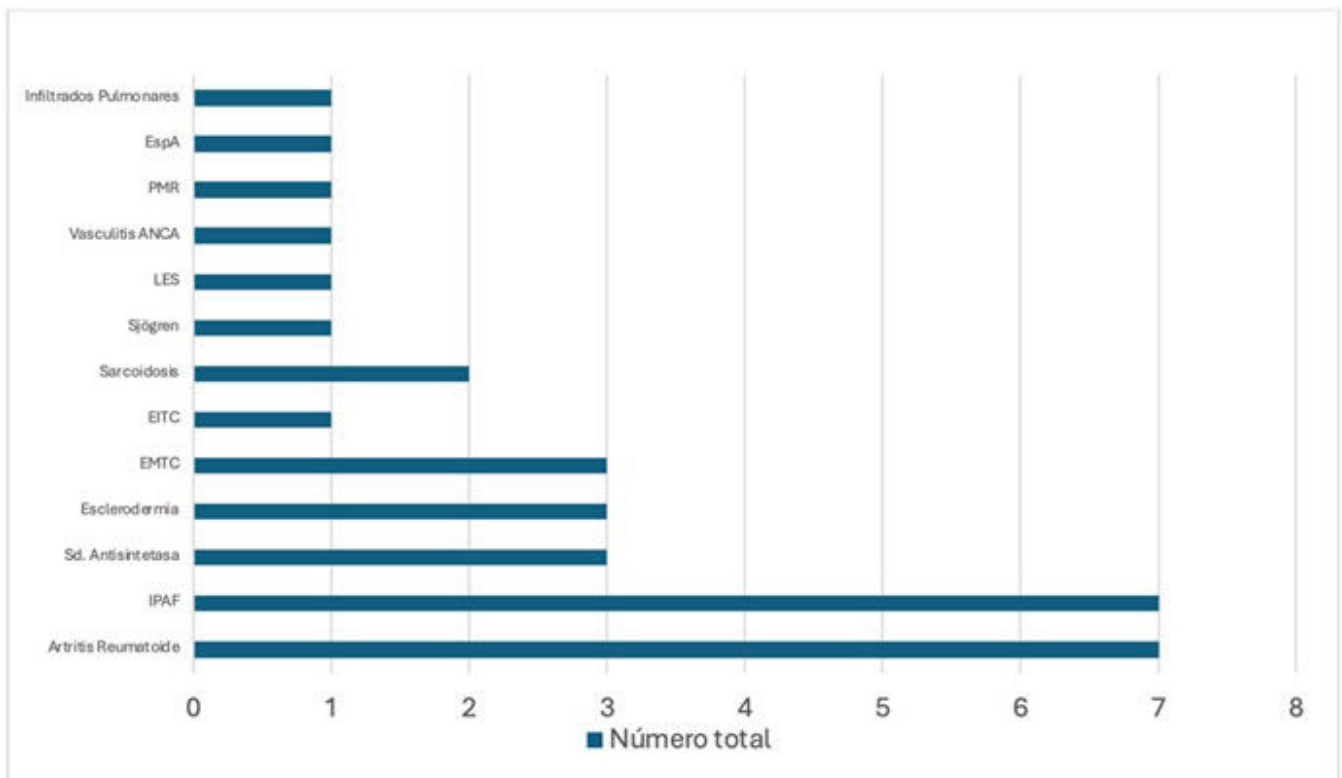
¹Reumatología. Hospital Rafael Méndez. Lorca. ²Neumología. Hospital Rafael Méndez. Lorca. ³Radiología. Hospital Rafael Méndez. Lorca.

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial (EPID) es una manifestación relativamente frecuente en patologías reumáticas inflamatorias sistémicas, convirtiéndose en una importante causa de morbilidad. La multidisciplinariedad es imprescindible en este tipo de manifestaciones, tal y como se ha plasmado en las recomendaciones SER-SEPAR para el manejo de EPID en pacientes con artritis reumatoide.

Métodos: Realizamos un análisis descriptivo de los pacientes que se evaluaron en el comité de patología pulmonar intersticial desde su creación en julio de 2023 hasta diciembre de 2024. Dicho comité con conforma Reumatología, Neumología y Radiología y se reúne cada 3 semanas.

Resultados: Se analizaron un total de 32 pacientes (62,5% mujeres), con una edad media de 60 (± 14) años. El 72% de los casos fueron propuestos para evaluar por la unidad de Reumatología, principalmente por dudas diagnósticas en relación a las pruebas realizadas. En el 69% global (Reumatología y Neumología) la evaluación fue para analizar el diagnóstico tras la valoración de las pruebas y los pacientes. El resto de los casos se presentaron con la necesidad de ajuste terapéutico conjunto. Podemos ver las patologías basales de los pacientes en la figura. En el 25% de los pacientes hubo un cambio de diagnóstico y en el 43% cambios en el tratamiento de base. En cuanto a los tratamientos consensuados tras la valoración podemos encontrar: en 5 pacientes micofenolato, en 2 pacientes azatioprina, en 2 inhibidores JAK, en 2 nintedanib y en 2 abatacept. En la mayoría de los pacientes (el 80%) se precisó un adelanto de la cita por los especialistas involucrados. Aunque la muestra de pacientes es pequeña, no encontramos diferencias en la causa de la derivación por especialidades.

Conclusiones: La multidisciplinariedad es imprescindible en pacientes con enfermedad reumática inflamatoria y afectación pulmonar intersticial, ya que, como se muestra en nuestra experiencia, en la mayoría de los casos es preciso un tratamiento con-



RC104 Figura. Patologías basales de los pacientes. EspA: espondiloartritis. LES: lupus eritematoso sistémico. EITC: enfermedad indiferenciada del tejido conectivo. EMTC: enfermedad mixta del tejido conectivo.

junto que beneficie ambas afectaciones, así como un seguimiento estrecho de los pacientes.

RC105. DESCUBRIENDO LA CARGA EMOCIONAL: EVALUACIÓN DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN CON EL CUESTIONARIO HAD AL INICIO DE TERAPIAS BIOLÓGICAS EN LAS ESPONDILOARTRITIS, ARTRITIS REUMATOIDE Y ARTRITIS PSORIÁSICA

M. Victoria Abad Peruaga, Emma Beltrán Catalán, Carlos Gómez Juan, Tarek Salman Monte, Juan Antonio Meraz Ostiz, Jordi Monfort Faure y Carolina Pérez García

Hospital del Mar. Barcelona.

Introducción: La artritis reumatoide (AR), la artritis psoriásica (Apso) y la espondiloartritis (Psa) conllevan una carga psicológica significativa, que impacta la calidad de vida. En este contexto, el cuestionario HAD es una herramienta útil para identificar ansiedad y depresión al inicio del tratamiento biológico.

Métodos: Se realizó un estudio prospectivo (enero-diciembre 2024) en el dispensario de enfermería especializada previo al inicio de tratamiento biológico. El cuestionario HAD, fue administrado por una enfermera entrenada, evaluó ansiedad (HAD-A) y depresión (HAD-D). Este instrumento de 14 ítems, clasifica las puntuaciones en: normal (0-7), limítrofe (8-10) y probable caso clínico (≥ 11).

Resultados: Un total de 128 pacientes fueron incluidos en el estudio, con una edad 49,65 (19-79) años, 46% (59) hombres y 53,9% (69) mujeres. 51,6% (66) Spa, 20,3% (26) AR y 18,8% (24) Apso, 9,4% (12) presentaban otras enfermedades inflamatorias. La puntuación HAD A de todos los pacientes fue 7,22 (0-20) y HAD D 4,91 (0-19). En la tabla 1 se muestran las puntuaciones según el sexo y la tabla 2 según las diferentes patologías. El 40,63 % presento una HAD A > 7 y un 25,79 % presentaron HAD D > 7 , El 4,16 % (5 pacientes) presentaban puntuación HAD D ≥ 11 y 9,37% (12 pacientes) presentaban un HAD A ≥ 11 , por lo que se derivaron a valoración por Salud Mental. Cuando analizamos si existe diferencias por sexo, se evidencia mayor puntuación en las mujeres en ansiedad y depresión, pero al separarlo por patología solo los hombres afectados de Apso presentan una mayor puntuación en la escala HAD D ($5,17 \pm 3,88$) respecto a los pacientes con Spa ($2,98 \pm 3,18$) $p = 0,05$. Cuando analizamos las diferencias por patología los pacientes con AR presentan mayores puntuaciones tanto en depresión y ansiedad respecto a Apso y Spa y los pacientes con Apso presentan mayor puntuación en depresión que con Spa. (tabla 2). El 40,63 % presento una HAD A > 7 y un 25,79 % presentaron HAD D > 7 , El 4,16 % (5 pacientes) presentaban puntuación HAD D ≥ 11 y 9,37% (12 pacientes) presentaban un HAD A ≥ 11 , por lo que se derivaron a valoración por Salud Mental. El 59,37% (76) presentaron HAD A < 7 y un 74,21 % (95) presentaron un HAD D < 7 . A pesar de presentar un HAD D < 7 , los pacientes con AR seguían presentando una mayor puntuación de ansiedad ($7,25 \pm 4,46$) respecto a los pacientes con Apso ($4,65 \pm 2,06$) ($p = 0,038$) y estos una mayor puntuación de depresión ($3,42 \pm 2,40$) que los pacientes con Spa ($2,17 \pm 1,84$) $p = 0,01$. Por otro lado, en paciente con HAD A < 7 solo de nuevo los pacientes con Apso ($3,76 \pm 2,63$) tenían mayor puntuación en depresión que los pacientes con Spa ($1,85 \pm 1,76$) $p = 0,002$.

Tabla 1. Resultados HAD según sexo

	Hombres	Mujeres	
HAD A	$5,66 \pm 3,40$	$8,55 \pm 4,91$	$p < 0,001$
HAD D	$3,34 \pm 3,5$	$6,25 \pm 4,94$	$p < 0,001$

Tabla 2. Resultados HAD en diferentes patologías

	Apso	AR	Spa
HAD A	$6,33 \pm 3,78$	$9,42 \pm 4,79^{*+}$	$6,64 \pm 4,42$
HAD D	$5,83 \pm 4,65^{\dagger}$	$6,42 \pm 5,36^{**}$	$3,85 \pm 3,98$

*HAD A AR vs. Apso $p = 0,01$. + HAD A AR vs. Spa $p = 0,009$. **HAD D AR vs. Spa $p = 0,01$. $\dagger$ HAD D Spa vs. Apso $p = 0,049$.

Conclusiones: La evaluación con el cuestionario HAD muestra una alta prevalencia de ansiedad y depresión entre pacientes tratados biológicamente por enfermedades inflamatorias, destacando la necesidad de evaluación psicológica rutinaria. Se observan diferencias significativas en las puntuaciones de ansiedad y depresión entre géneros y tipos de enfermedad, con las mujeres y los pacientes con artritis reumatoide mostrando mayores niveles. Un segmento notable de pacientes requirió derivación a salud mental, subrayando la importancia de incorporar soporte psicológico en el tratamiento de estas patologías.

RC106. EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON FENÓMENO DE RAYNAUD PRIMARIO

Alba María Torrat Novés¹, Ismael Moreno Izquierdo², Elena Grau García¹, Marta de la Rubia Navarro¹, Pablo Muñoz Martínez¹, Laura Mas Sánchez¹, Daniel Ramos Castro¹, Iago Alcántara Álvarez¹, Belén Villanueva Mañes¹, Andrés Pérez Hurtado¹, Miguel Simeó Vinaixa¹ y José Andrés Román Ivorra^{1,2}

¹Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ²Universidad Católica San Vicente Mártir. Valencia.

Introducción: El fenómeno de Raynaud (FR) es una condición vascular arterial periférica reversible y episódica, que afecta frecuentemente a los dedos. Clínicamente, se caracteriza por palidez, seguida de cianosis y/o eritema, suele ser doloroso y, en ocasiones asociado a parestesias¹. Dependiendo de si ocurre como síntoma aislado o en el contexto de una enfermedad autoinmune, se clasifica como FR primario o secundario, respectivamente. Diferenciar estos dos tipos puede resultar un desafío, ya que el FR puede representar la manifestación clínica inicial de una enfermedad subyacente.

Objetivos: Describir la evolución capilaroscópica, clínica, analítica y diagnóstica de pacientes con FR primario.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y longitudinal en pacientes con FR primario seguidos en consultas de Reumatología de un hospital terciario. Se recogió diagnóstico, seguimiento, variables clínicas, analíticas, demográficas y capilaroscópicas en el momento del diagnóstico y en la última consulta.

Resultados: Se recogieron datos de 38 pacientes (81,6% mujeres) con FR primario al inicio del seguimiento. 24 tenían patrón capilaroscópico normal y 14 patrón alterado (13 inespecífico y 1 patológico). Durante el seguimiento, 7 progresaron en su categoría capilaroscópica (tabla 1). 1 paciente tenía diagnóstico de espondiloartropatía axial radiográfica al inicio de los síntomas (patrón normal). La mediana de tiempo desde el inicio del FR hasta el diagnóstico fue de 26,9 meses (rango: 4,35-69,1), del diagnóstico hasta la primera manifestación 1,5 meses (rango: 1,25-1,75) y hasta el diagnóstico de enfermedad 3 meses (rango: 2-3). La mediana de tiempo desde la primera consulta hasta la capilaroscopia fue de 2,8 meses (rango: 0,3-6). En las tablas presentadas a continuación se representa la demografía, cambio de patrón capilaroscópico, datos analíticos y alteración capilaroscópica. Ningún paciente presentó endurecimiento cutáneo, calcinosis, artritis, fiebre, xeroftalmia, disfagia, manifestación renal o positividad para anti-Ro, anti-La o anti-Scl70. 1 paciente tuvo neumonía organizada (patrón alterado), 1 microsto-

mía (patrón normal) y 1 psoriasis (patrón alterado). 1 paciente con patrón normal tuvo eritema malar, xerostomía y aftas. La microstomía y aftas restantes en este grupo ocurrieron en diferentes pacientes. Los 2 pacientes con cambio diagnóstico tenían patrón inespecífico, el paciente con artritis psoriásica con dilataciones y tortuosidades, y el paciente con artritis reumatoide con pérdida capilar, dilataciones y tortuosidades. Se observó una asociación estadísticamente significativa entre mayor edad de los pacientes (y mayor edad al diagnóstico) y patrón alterado.

Tabla 1. Demografía, cambios de patrón y anormalidades capilaroscópicas según patrón

	Patrón normal N = 24 (n, %)	Patrón patológico N = 14 (n, %)
Fumador/exfumador	7 (29) Fumador = 4 Exfumador = 3	7 (50) Fumador = 2 Exfumador = 5
Evolución diagnóstica	-	2 (14,3) Artritis reumatoide = 1 Artritis psoriásica = 1
Cambio de patrón	3 (27,27) Normal - inespecífico = 3	4 (28,6) Patológico-inespecífico = 1 Inespecífico-patológico = 1 Inespecífico-normal = 2
Dilatación capilar	12 (50)	12 (85,7)
Hemorragias	2 (8,33)	6 (43)
Megacapilares	-	8 (57)
Perdida capilar	-	2 (14,3)
Tortuosidades	5 (21)	11 (78,6)
Cruces	-	1 (7)

Tabla 2. Sintomatología durante el seguimiento según patrón

	Patrón normal (N = 24) (n%)	Patrón alterado (N = 14) (n%)
Aftas	2 (8,33)	1 (7,14)
Eritema malar	1 (4,16)	-
Xerostomía	1 (4,16)	-
Factor reumatoide	-	2 (14,3)
ANA	3 (27,27)	2 (14,3)
Anti-CCP	-	1 (7,1)
Anti-DNAc	-	1 (7,1)
ANCA	1 (4,3)	-
Anticentrómero	1 (4,3)	-
Anti-RNA polimerasa III	1 (4,3)	-
Anticuerpos antifosfolípido	-	3 (21,4) Anticoagulante lúpico = 1 Anticuerpos anticardiolipina = 2

Conclusiones: Un 50% de los pacientes con patrón alterado era o había sido fumador. Un 18,4% cambió de patrón de manera similar en ambos grupos. 2 pacientes con patrón alterado pasaron de FR primario a secundario. En el grupo con patrón alterado se observó mayor incidencia de hemorragias, megacapilares, pérdida capilar, tortuosidades y cruces que en el patrón normal. Casi la totalidad presentaba dilataciones capilares. La clínica más frecuente fue aftas orales, y a nivel analítico los ANA.

Bibliografía

1. Pope J. (2013). Raynaud's phenomenon (primary). BMJ Clinical Evidence. 2013;1119.

RC107. PERSPECTIVA DEL PACIENTE EN UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR REUMATOLOGÍA-DERMATOLOGÍA EN UN HOSPITAL DE IV NIVEL

Laura Blanco Ramis¹, M. Roncero Riesco¹, M. Martins Lopes¹, B. Miguel Ibáñez¹, C. Chacón Vélez¹, S. Cimadevila Santiago¹, O. Compán Fernández¹, O. Martínez González¹, C. Montilla Morales¹, A. Turrión Nieves¹, M. Martín Martínez¹, C. Hidalgo Calleja¹ y S. Gómez Castro¹

Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción: Los modelos de abordaje multidisciplinar se centran en mejorar la atención integral de los pacientes mediante la colaboración entre diferentes especialidades médicas. Este enfoque mejora el diagnóstico y el seguimiento de las enfermedades; así como la calidad asistencial. En este contexto, la consulta multidisciplinar Reumatología-Dermatología del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca (CAUSA) comenzó su actividad en 2004. Mensualmente, un reumatólogo y un dermatólogo evalúan conjuntamente en torno a 12 pacientes por sesión. Esta consulta, gracias al conocimiento profundo de las patologías tratadas, permite una práctica clínica de excelencia y una eficiente gestión de recursos. Resulta imprescindible realizar evaluaciones periódicas para identificar áreas de mejora; en este sentido, las encuestas de satisfacción son herramientas clave que permiten analizar la experiencia del paciente y trazar planes de mejora.

Objetivos: Valorar el grado de satisfacción de los pacientes en seguimiento en la consulta multidisciplinar Reumatología-Dermatología de un Hospital de IV nivel.

Métodos: Se realizó un estudio transversal y descriptivo mediante la aplicación de una encuesta diseñada y validada por el comité de calidad del centro. La encuesta, de carácter anónimo y voluntario, se distribuyó a los pacientes atendidos en las consultas multidisciplinarias de Reumatología-Dermatología del CAUSA de noviembre y diciembre de 2024. El cuestionario incluye ítems relacionados con aspectos estructurales, tiempos de espera y calidad de la atención recibida. Consta de 12 preguntas de respuesta en escala del 1 al 5 según el grado de satisfacción, 3 preguntas cerradas y un espacio abierto para recoger sugerencias o quejas (fig. 1: la encuesta). Se analizan los datos con el paquete estadístico SPSS-V26.

Resultados: Se obtuvieron 25 encuestas completas. Los pacientes presentaron una edad media de 49 años (rango de 24 a 71), con predominio de hombres. En la tabla 2 se resumen los resultados agrupados por áreas, para simplificarlos, se comentan en forma de opiniones negativas, neutras y positivas. El 76% de los pacientes dieron una valoración positiva respecto a la primera visita. Un 16% percibió de manera negativa la demora en la hora de citación, pero un 60% expresó una opinión favorable. En cuanto a los espacios, los resultados fueron favorables. La limpieza de la sala de espera obtuvo un 84% de valoraciones positivas, al igual que la señalización del centro. La limpieza de los aseos obtuvo un 72% de valoraciones positivas. La atención recibida fue valorada con un alto grado de satisfacción. Destacando la amabilidad, con un 100% de opiniones positivas y la profesionalidad con el 96%. La satisfacción global sobre la atención recibida alcanza el 88% de opiniones positivas. Como refleja la tabla 3, el 92% recomendaría el servicio y el 88% recomendaría a los profesionales que los atendieron. Las sugerencias más frecuentes giraron en torno a la necesidad de aumentar el número de consultas multidisciplinarias. Las principales quejas se relacionaron con los tiempos de espera.

Tabla 1. Demografía

Sexo	52%/44%/4%
Hombre/Mujer/No respondió	
Edad (años)	16%/4%/36%/40%/4%
Desconocida/18-29/30-49/50-69/> 70	

Conclusiones: Las encuestas de satisfacción son herramientas esenciales para medir la percepción global de los pacientes sobre la atención recibida, permitiendo identificar áreas de mejora y consolidar aspectos positivos. En base a los resultados obtenidos, destaca la necesidad de trabajar en la reducción de los tiempos de espera y en la ampliación del número de consultas multidisciplinarias.

Los datos recogidos son totalmente **anónimos** y **voluntarios**, serán únicamente utilizados con fines estadísticos. Para mantener la confidencialidad, en ningún caso se harán públicos resultados que permitan identificar a los encuestados/as. Por favor, deposite la encuesta una vez cumplimentada en el buzón o entréguela en:

Muchas gracias por su colaboración.



(Marque con una X su nivel de satisfacción)

1. El tiempo que ha tenido que esperar hasta que ha sido visto por primera vez en la consulta del especialista:



2. El tiempo que ha tenido que esperar desde la hora citada hasta que ha entrado en consulta:



3. La señalización del centro:



4. El estado general de los aseos (limpieza, papel, jabón...):



5. La limpieza de la sala de espera:



6. La comodidad de la sala de espera:



7. El tiempo que le ha dedicado el médico en la consulta:



8. La información que ha recibido sobre su enfermedad:



9. La información recibida sobre el tratamiento:



10. La amabilidad y trato recibido por los profesionales:



11. La eficacia, profesionalidad del personal:



12. Globalmente, cuál es su grado de satisfacción con la atención recibida:



13. ¿Recomendaría este servicio a otras personas en su situación?:



14. ¿Recomendaría los profesionales que le han atendido a otras personas?:



15. ¿Tiene alguna queja o sugerencia sobre el servicio?:



16. En caso de respuesta anterior afirmativa, ¿puede indicar brevemente cuál?:

17. Para terminar, según usted, ¿cuál es la primera mejora que tenemos que poner en marcha?:

A. Año de nacimiento:

B. Sexo:

- ☐ Hombre
☐ Mujer

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN										
Preguntas		Valoración								
		NEGATIVA		NEUTRA		POSITIVA			NINGUNA	
		1	2	3		4	5			
Tiempos	1: Primera visita	1 4%	1 4%	4 16%		17 68%	2 8%		0 0%	
		2	8%			19	76%			
	2: Demora hora citada	1 4%	3 12%	6 24%		14 56%	1 4%		0 0%	
		4	16%			15	60%			
Espacios	3: Señalización centro	0 0%	0 0%	3 12%		18 72%	3 12%		1 4%	
		0	0%			21	84%			
	4: Aseos	0 0%	0 0%	7 28%		15 60%	3 12%		0 0%	
		0	0%			18	72%			
	5: Limpieza sala espera	0 0%	1 4%	3 12%		19 76%	2 8%		0 0%	
		1	4%			21	84%			
	6: Comunidad sala espera	0 0%	2 8%	10 40%		9 36%	2 8%		2 8%	
		2	8%			11	44%			
Atención recibida	7: Tiempo dedicado	0 0%	1 4%	0 0%		11 44%	13 52%		0 0%	
		1	4%			24	96%			
	8: Información enfermedad	0 0%	2 8%	0 0%		6 24%	17 68%		0 0%	
		2	8%			23	92%			
	9: Información tratamiento	0 0%	0 0%	0 0%		10 40%	14 56%		0 0%	
		0	0%			24	96%			
	10: Amabilidad	0 0%	0 0%	0 0%		7 28%	18 72%		0 0%	
		0	0%			25	100%			
	11: Profesionalidad	0 0%	0 0%	1 4%		3 12%	21 84%		0 0%	
		0	0%			24	96%			
	12: Global	0 0%	2 8%	0 0%		4 16%	18 72%		1 4%	
		2	8%			22	88%			

Tabla 2: Encuesta de satisfacción parte 1

(1: Muy insatisfecho, 2: insatisfecho, 3: neutral, 4: satisfecho, 5: muy satisfecho)

RC0107 Tabla 2.

TABLA 3: CONTINUACIÓN DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN							
PREGUNTAS	VALORACIÓN						
	Sí		No		No sabe		Sin
13: ¿Recomendaría el servicio?	23	92%	0	0%	1	4%	1 4%
14: ¿Recomendaría a sus	22	88%	0	0%	1	4%	2 8%
15: Quejas y sugerencias	2	8%	17	68%	5	20%	1 4%

Tabla 3: Encuesta de satisfacción parte 2

RC0107 Tabla 3.

RC108. CUÁNDO Y POR QUÉ DERIVAR: CLAVES PARA LA CONSULTA DE URGENCIAS EN REUMATOLOGÍA

Laura Cebrián Ruiz y Enrique Júdez Navarro

Hospital Perpetuo Socorro. Albacete.

Introducción: Con frecuencia, los pacientes con patología reumato-lógica acuden a los servicios de urgencias debido a la demora en la atención en consultas externas, así como por la gravedad de los pro-cesos que padecen. La creación de vías rápidas de derivación facilita una atención temprana, así como un diagnóstico y tratamiento pre-

coces fundamentales para mejorar el pronóstico de los pacientes con enfermedades autoinmunes.

Objetivos: Describir el funcionamiento de la consulta de derivación urgente (URG) en Reumatología. Analizar los tiempos de espera frente a otras consultas. Describir las características clínicas de los pacientes atendidos en dicha consulta. Analizar la presencia de dife-rencias respecto al origen de la derivación, servicio de urgencias (SU), atención hospitalaria (AH) y atención primaria (AP).

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes atendidos como 1.ª visita en la consulta URG durante 2023. Dicha

cohorte está formada por los pacientes derivados desde el servicio de urgencias de un hospital universitario, así como por pacientes considerados “urgentes” tras la valoración de los partes de interconsulta. Se incluyeron variables sociodemográficas, clínicas, así como tiempos de espera. Se realizó un análisis descriptivo de la población a estudio y posteriormente se analizó la presencia de diferencias entre servicios de derivación mediante las pruebas de t-Student, Chi cuadrado y Wilcoxon. Se consideró significativo un valor $p < 0,05$.

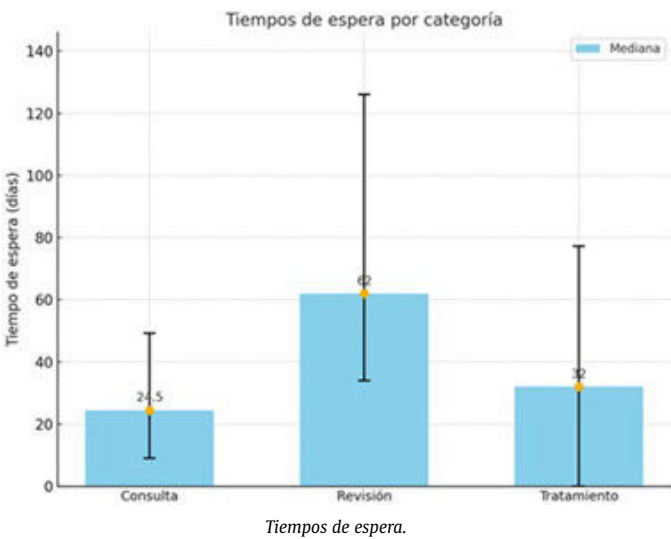
Resultados: 219 pacientes fueron derivados a la consulta URG. El 57,5% (n = 216) fueron mujeres con una edad media fue 58,98 años $\pm$ 18,65 años. El 43,3% (n = 94) de los pacientes procedían de atención primaria (AP), el 36,8% (n = 80) del Servicio de Urgencias y 19,9% de atención hospitalaria (principalmente traumatología y neumología). El porcentaje de asistencia fue del 93,12% y el 89% (n = 177) de los pacientes no habían acudido previamente a nuestras consultas. El 48,5% (n = 98) de los pacientes fue diagnosticado de “patología inflamatoria”, 22 (10,8%) SPA y 19 AR. El 46% de los pacientes iniciaron en

Categoría	Descripción
Sexo	Mujeres: 126 (57.53%).
Edad	63.46 $\pm$ 18.65 años
Servicio de derivación desde Urgencias	80 (38.88%)
Asistencia	203 (93.12%)
Revisión	189 (93.10%)
Seguimiento previo	21 (93.10%)
Numero de revisiones en 6 meses (media $\pm$ DS)	1.37 $\pm$ 0.88
Diagnostico	202 (92.25%)
	Artropatía inflamatoria y autoinmune: 98 (48.51%)
	Patología degenerativa y reumatismo de partes blandas: 61 (30.20%):
	Microcristales 18 (8.91%)
	Otros 25 (12.38%)
Diagnostico conocido	43 (21.29%)
Tratamiento específico	91 (45.75%)
Glucocorticoides sistémicos	32 (16.1%)
Inmunosupresores	38 (19.1%)
Terapia Biológica	21 (10.55%)
Ingreso	2 (0.88%)
Primera consulta (media $\pm$ DS)	29.74 $\pm$ 88.42 días
Instauración de tratamiento	61.73 $\pm$ 111.2

Tabla de datos.



esta consulta tratamiento específico, 38 (19%) con FAME y 21 (10,5%) con terapias biológicas/sintéticas dirigidas (TB/TD). Respecto a los tiempos de espera, los pacientes fueron atendidos tras una mediana de 24,5 días (IQR 9–49 días), tiempo considerablemente inferior a las consultas nominal (14 meses) o jerarquizada (14 meses). La mediana de tiempo hasta el inicio del tratamiento fue de 32 días (IQR 1-72 días). En la tabla 1 se muestran el resto de las características de la cohorte a estudio. Observamos diferencias al analizar el servicio de procedencia de los pacientes, con un mayor porcentaje de pacientes con patología mecánica (37 vs. 18%) y un menor porcentaje con patología microcristalina (5,8 vs. 10%) referidos desde AP. Del mismo modo, el tiempo de espera a ser atendidos en consulta de los pacientes con patología inflamatoria fue mayor en los derivados desde AP (27,1 ± 70 días vs. 41,3 ± 40 días; p > 0,05).



Conclusiones: La puesta en marcha de la consulta URG redujo los tiempos de espera de manera considerable. A pesar de ser una consulta gestionada desde urgencias, el principal servicio de derivación fue AP. Se observaron diferencias en cuanto al servicio de deriva-

ción, así como el tiempo de espera de pacientes con patología inflamatoria y el servicio de derivación.

RC109. POSITIVIDAD HLA-B51 EN PACIENTES CON UVEÍTIS Y SU RELACIÓN CON SÍNDROME DE BEHÇET

Sonia Pastor Navarro¹, Teresa Diago Sempere², Begoña López Pérez², María Carmen López González¹, José Miguel Sequí Sabater¹, María Sánchez Wonenburger¹, Amparo Casado Poveda¹ y Ana Martínez Cristobal¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital de la Ribera. Alzira. ²Servicio de Oftalmología. Hospital de la Ribera. Alzira.

Introducción: La uveítis es una manifestación ocular frecuente y grave del síndrome de Behçet (SB), una patología inflamatoria sistémica caracterizada por úlceras orales y genitales recurrentes, lesiones cutáneas y afectación ocular. Diversos estudios han identificado una fuerte asociación entre la presencia del alelo HLA-B51 y un mayor riesgo de desarrollar SB, sobre todo en pacientes con clínica inflamatoria ocular como la uveítis. Esta correlación sugiere que el HLA-B51 podría tener un papel importante en la patogénesis de la enfermedad, aunque los mecanismos exactos aún no son bien conocidos.

Objetivos: Evaluar las características de los pacientes valorados en una consulta multidisciplinar de uveítis que presentan patología ocular inflamatoria asociada a positividad HLA-B51 y su relación con SB.

Métodos: Se trata de un estudio longitudinal retrospectivo de tipo descriptivo que revisa la consulta multidisciplinar de uveítis de un hospital de comarcal desde septiembre 2023 a diciembre 2024. De esta consulta se recogen 89 pacientes que presentan patología ocular inflamatoria, de los cuales 15 tenían HLA-B51 positivo.

Resultados: De los 15 pacientes con positividad para HLA-B51 el 67% fueron hombres (10) y el 34% mujeres (5). La edad media de estos pacientes fue de 42,87 años. Respecto al patrón de presentación, 5 pacientes tuvieron afectación anterior (uveítis 4, escleritis crónica 1), 5 intermedia, 4 posterior y 1 panuveítis. De esta serie 7 tuvieron afectación unilateral y 8 bilateral. Además, 3 de estos pacientes presentaron edema macular quístico, siendo todos ellos

Tabla RC109
Características clínicas y tratamiento recibidos de los pacientes con uveítis y HLA B51 positivo

	Sexo	Edad	Oftalmo	Polo	Lateralidad	EMQ	SB	Clínica	Tratamiento	Corticoides
1	M	43	Panuveítis	Panuveítis	Bilateral	No	Sí	Oft	Ciclosporina 50 mg/d	No
2	M	41	Uveítis intermedia OI	Intermedia	Unilateral	No	No	Oft	Infliximab 5 mg/kg, prednisona 7,5 mg/d	Sí
3	M	55	Vasculitis retiniana	Posterior	Bilateral	No	Sí	Oft	Azatioprina 150 mg/d	No
4	M	62	Escleritis nodular	Anterior	Unilateral	No	Sí	Mucosa	Azatioprina 50 mg/d, apremilast/12 h	No
5	F	25	Uveítis intermedia bilateral	Intermedia	Bilateral	No	Sí	Oft	Tocilizumab, azatioprina 50/12 h, prednisona 10	Sí
6	F	71	UAA OD	Anterior	Unilateral	No	No	Oft	No	No
7	M	55	Vasculitis retiniana	Posterior	Bilateral	No	Sí	Oft	Rituximab	No
8	F	12	UAA OI y vitritis anterior	Anterior	Unilateral	No	No	Oft	Deflazacort 6 mg/d	Sí
9	F	8	UAA bilateral sinequante	Anterior	Bilateral	No	No	Oft	Estilsona	Sí
10	F	45	Uveítis intermedia alternante	Intermedia	Unilateral	No	Sí	Oft	Metotrexato 7,5 mg/d, prednisona 20	Sí
11	M	48	Uveítis posterior OI	Posterior	Unilateral	Sí	Sí	Mucosa	Adalimumab/14 d, Azatioprina 50/12 h	No
12	M	34	EMQ- pars planitis	Intermedia	Bilateral	Sí	No	Oft	Azatioprina 50/8 h, prednisona 5	Sí
13	M	42	UAA unilateral alternante	Anterior	Unilateral	No	No	Oft	Tocilizumab semanal sc	No
14	M	75	Vasculitis B51+ y EMQ	Posterior	Bilateral	Sí	No	Oft	Tocilizumab semanal sc	Sí
15	M	27	UA + intermedia bilat	Intermedia	Bilateral	No	No	Oft	No	No

M: masculino; F: femenino; UA: uveítis anterior; UAA: uveítis anterior aguda; OI: ojo izquierdo; OD: ojo derecho; EMQ: edema macular quístico; SB: síndrome de Behçet; sc: sub-cutáneo.

hombres, con afectación bilateral o sistémica y precisaron uso de inmunosupresores. Únicamente el 47% (7/15) tuvo diagnóstico de SB, presentando el resto afectación ocular sin llegar a cumplir criterios. De estos 7 pacientes todos presentaron aftosis oral o genital recurrente que contribuyó al diagnóstico, presentando 2 de ellos afectación a nivel del sistema nervioso central. Respecto a los tratamientos empleados, 7 pacientes recibían tratamiento con corticoides en el momento de la recogida de datos, requiriendo 10 de ellos tratamiento con inmunosupresores clásicos (metotrexato 1, azatioprina 5, ciclosporina 1...), o fármacos biológicos (adalimumab 1, infliximab 2, tocilizumab 3, rituximab 1). En la tabla se recogen las características clínicas y tratamiento recibidos de los pacientes con uveítis y HLA-B51 positivo.

Conclusiones: La identificación del alelo HLA-B51 en pacientes con uveítis puede ser útil para el diagnóstico y manejo del SB, permitiendo una intervención temprana y un seguimiento adecuado para prevenir complicaciones oculares severas.

RC110. USO DE NINTEDANIB EN EPID SECUNDARIA A ENFERMEDADES AUTOINMUNES: EFICACIA Y SUPERVIVENCIA DEL TRATAMIENTO EN UNA COHORTE DE 46 PACIENTES

Cristina Fuentes Rodríguez¹, Blanca Viejo Sosa¹, Cynthia Serrano Virlán¹, Mónica Cordon González¹, Loendy Dinora Salazar Rivera¹, Marta Pastor Mena¹, Sergio García Morales² y María Dolores Toledo Coello¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital de Jerez de la Frontera. ²Servicio de Neumología. Hospital de Jerez de la Frontera.

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) es una complicación común en pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas, frecuentemente asociada a un mal pronóstico. Este estudio analiza las características clínicas de una cohorte de 46 pacientes con EPID secundaria a enfermedades autoinmunes, con especial énfasis en el uso del antifibrótico nintedanib tras cumplir criterios de fibrosis pulmonar progresiva (FPP).

Métodos: Se realizó un análisis descriptivo de 46 pacientes con EPID secundaria a enfermedades autoinmunes. La media de edad de los pacientes fue de 61 años, con una predominancia de mujeres (89,1%). Un 13% de los pacientes tenían antecedentes de tabaquismo, mientras que un 17,4% presentaron hipertensión pulmonar asociada. Los pacientes fueron diagnosticados con diversas enfermedades autoinmunes, siendo la esclerosis sistémica el diagnóstico más frecuente (37%), seguida del síndrome antisintetasa (21,7%) y el fenotipo IPAF (13%). La clasificación radiológica de los pacientes mostró que la mayoría presentaron neumonía intersticial no específica (NINE) en 22 pacientes (47,8%), seguida por neumonía intersticial usual (NIU) en 16 pacientes (34,8%), NO (neumonía organizada) en 1 paciente, NIL (Neumonía Intersticial Linfocítica) en 1 paciente y un 13% mostró un patrón alternativo a NIU. En cuanto al tratamiento inmunosupresor, 33 pacientes (71,7%) recibieron micofenolato, 3 (6,5%) rituximab, 2 (4,3%) tocilizumab y 1 (2,2%) azatioprina.

Resultados: De los pacientes incluidos en el estudio, 16 pacientes (34,8%) iniciaron tratamiento con nintedanib debido a criterios de fibrosis pulmonar progresiva. En cuanto a la distribución del tratamiento con nintedanib, se observó que 6 pacientes (37,5%) correspondían a esclerosis sistémica, 3 (18,8%) a síndrome antisintetasa, 3 (18,8%) a IPAF, 2 (12,5%) a EMTC y 2 (12,5%) a síndrome de Sjögren. De todos ellos, 11 pacientes (68,8%) continuaron el tratamiento, mientras que 5 (31,2%) lo suspendieron. Las razones más frecuentes de suspensión fueron efectos adversos gastrointestinales y la hipertransaminasemia. Los pacientes con esclerosis sistémica e IPAF fueron los que mejor toleraron el tratamiento y representaron la mayor proporción de pacientes que lo mantuvieron. En cuanto al tratamiento inmunosupresor, el micofenolato fue el más utilizado (71,7%

de la cohorte total), reforzando su papel como primera línea en el manejo de EPID autoinmune.

Conclusiones: Este estudio muestra que el tratamiento con nintedanib tiene una supervivencia terapéutica del 68,8% en pacientes con EPID secundaria a enfermedades autoinmunes y criterios de fibrosis pulmonar progresiva. Este estudio resalta la necesidad de un manejo personalizado y multidisciplinar para optimizar la eficacia y tolerabilidad de los tratamientos en esta población.

RC111. THE PATIENT JOURNEY AND MONITORING FOR INTERSTITIAL LUNG DISEASE IN PATIENTS WITH CONNECTIVE TISSUE DISEASES IN SPAIN

Ivan Castellví Barranco¹, Alfredo Guillén-Del Castillo², Ana Vázquez³, Alfonso Sanchez⁴, Laura Urrea⁵, Marta Bailes⁶ and Patricia E. Carreira⁷

¹Department of Rheumatology and Systemic Autoimmune Diseases. Santa Creu i Sant Pau University Hospital. Barcelona. ²Internal Medicine Service. Systemic Autoimmune Diseases Unit. Vall d'Hebron University Hospital. Barcelona. ³Liga Reumatológica Española. Madrid. ⁴Asociación Española de Esclerodermia. Madrid. ⁵Medical Affairs. Boehringer Ingelheim. Sant Cugat del Vallés. ⁶Patient Engagement. Boehringer Ingelheim. Sant Cugat del Vallés. ⁷Rheumatology Department. 12 de Octubre University Hospital. Madrid.

Introduction: Interstitial lung disease (ILD) is a common feature in connective tissue diseases (CTDs). CTDs are a heterogeneous group of diseases that include rheumatoid arthritis (RA), systemic sclerosis (SSc), Sjögren syndrome (pSS), mixed connective tissue disease (MCTD), systemic lupus erythematosus (SLE) and idiopathic inflammatory myopathies (IIM)^{1,2}. We conducted a global survey of patients with CTDs to understand the patient journey, the awareness and experience of ILD monitoring, and how patients understand their care regarding lung involvement. Here, we present data for Spain-based patients.

Methods: Cross-sectional online survey of patients living with CTDs in Spain, aged ≥ 18 years, with or without ILD. Participants had a self-reported medical diagnosis of ≥ 1 CTDs and were followed by a specialist doctor (e.g. rheumatologist, internal medicine doctor, pulmonologist). Recruitment was carried out via patient organizations sharing the survey link with their patient community, links shared on Boehringer Ingelheim social and local media channels, and QR codes on posters/flyers in clinical settings. The survey ran from 26 February to 15 March 2024.

Results: 218 patients with CTDs completed the survey: RA 40.8%, SSc 28.4%, SLE 13.7%, pSS 11.9%, MCTD 3.2% and IIM 1.8%. Mean age of participants was $52 \pm$ years, and 87% were female. Patient's characteristics are showed in the Table. Primary physicians for participants were rheumatologist (78%) and internal medicine (18%), mainly attending at a hospital setting (83%). From all patients, 12% were also diagnosed with ILD or pulmonary fibrosis, most frequently in SSc patients (32%). The mean (SD) time between the first symptom and CTD diagnosis was 3.61 (6.03) years. When ILD was present it was detected 6.29 (11.23) years after CTD onset. Initial symptoms reported by patients depends on CTDs: joint pain was the most common being reported specially in RA, SLE and pSS (62%, 60% and 58%). Raynaud's phenomenon was very frequent in SSc patients (82%), while dryness was most commonly reported (81%) by pSS patients. A total of 66% of all CTD patients reported that their physicians performed some kind of ILD screening program, usually as part of their initial assessment. Chest X-Ray (50%), pulmonary function test (PFT) (42%), lung pulmonary auscultation (39%) and chest computed tomography (CT) or high-resolution CT (HRCT) (39%) were the most frequent tests done to screen for lung involvement in all CTDs. Those techniques were done every 1-2 years or

		RA	SSc	SLE	pSS	IIM	MCTD	TOTAL
Gender, n (%)	Female	74 (83%)	53 (85%)	27 (90%)	26 (100%)	3 (75%)	7 (100%)	190 (87%)
	Male	15 (17%)	9 (15%)	-	-	1 (25%)	-	25 (11%)
	Non-binary/Prefer not to say	-	-	3 (10%)	-	-	-	3 (1%)
Age, mean	years	52	54	46	51	45	54	52
Smoking status (including e-cigarettes vaping)	Current smoker	12 (13%)	2 (3%)	4 (13%)	3 (12%)	-	-	21 (10%)
	Ex-smoker	43 (48%)	36 (58%)	12 (40%)	11 (42%)	-	4 (57%)	106 (49%)
	Never smoked	34 (38%)	24 (39%)	14 (47%)	12 (46%)	4 (100%)	3 (43%)	91 (42%)
Primary Healthcare Physician seen	Rheumatologist	87 (98%)	42 (68%)	19 (63%)	14 (54%)	3 (75%)	5 (71%)	170 (78%)
	Internist / internal medicine	-	18 (29%)	9 (30%)	11 (42%)	1 (25%)	-	39 (18%)
	Pulmonologist (lung specialist)	2 (2%)	1 (2%)	-	-	-	2 (29%)	5 (2%)
	Immunologist	-	1 (2%)	2 (7%)	1 (4%)	-	-	4 (2%)
Tests done to check lungs/breathing/lung function	Pulmonary Auscultation	19 (21%)	36 (58%)	18 (60%)	6 (23%)	3 (75%)	3 (43%)	85 (39%)
	Chest X-ray	34 (38%)	42 (68%)	17 (57%)	8 (31%)	3 (75%)	4 (57%)	108 (50%)
	Pulmonary function test (PFT)	15 (17%)	54 (87%)	8 (27%)	7 (27%)	3 (75%)	4 (57%)	91 (42%)

RA - Rheumatoid Arthritis; SSc - Scleroderma or systemic sclerosis; SLE - Lupus erythematosus; pSS - Sjögren syndrome; IIM - idiopathic inflammatory myopathies; MCTD - mixed connective tissue disease

RC0111 Table.

only during the first evaluation. However, almost two thirds (60%) of patients across all conditions reported that their lung function (PTF) had not been screened or they could not remember being screened. Lung screening is most frequently done by rheumatologists (19%) or pulmonologists (18%), particularly in 24% of RA patients and 55% of SSc patients. Most participants (90%) considered that monitorization of the lung function was extremely important, in 80% of cases because the results of this monitorization could change their disease management. Up to half (55%) of participants believed that regular monitoring by a rheumatologist was the best option for an early detection of ILD in CTDs.

Conclusions: There is an unmet need for a change in clinical practice, in order to improve the diagnosis and monitoring of lung involvement in patients with CTDs. It would be also important to implement a strategy for patient's education about the reasons for monitoring their lung health.

RC112. ENFERMEDAD DE ROSAI-DORFMAN CON PAQUIMENINGITIS FOCAL EN UNA PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO

Asier García Alija¹, Berta Paula Magallares¹, Hye Sang Park¹, Guillem Verdager¹, Ana Laiz¹, Patricia Moya¹, Albert Casals Urquiza¹, César Díaz-Torné¹, Luis Sainz Comas¹, Ivan Castellví¹, Susana P. Fernández-Sánchez¹, Julia Bernardez¹, Helena Codes¹, José Luis Tandaipan^{1,2}, Concepción Pitarch², Carla Marco Pascual^{2,3}, Andrea García Guillén², María Àngels Melchor¹, Margarita Sihuro¹, Sandra Ros¹, Lorena Ubeda¹, Nuria Fernández Verdés¹ y Hèctor Corominas^{1,2}

¹Reumatología. Hospital Universitario de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ²Reumatología. Hospital 2 de Maig. Barcelona. ³Medicina Interna. Hospital Universitario de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción: La enfermedad de Rosai-Dorfman (RDD, por sus siglas en inglés) es un trastorno histiocítico raro caracterizado por la proliferación de histiocitos S100+ y CD68+, junto con la presencia de emperipolesis. Generalmente afecta los ganglios linfáticos cervicales, pero puede presentar compromiso extranodal en el 40% de los casos.

Caso clínico: Una mujer de 76 años, con antecedentes de artritis reumatoide (AR) con mal control clínico diagnosticada en 2022 y manejada en nuestro centro fue ingresada a la clínica de neurología por alteración transitoria del lenguaje y debilidad en hemicuerpo derecho. El examen neurológico reveló hiperreflexia leve en el miembro superior derecho sin otros déficits adicionales. La resonancia magnética (RM) mostró meningoencefalitis predominantemente en las áreas frontales parasagitales bilaterales. El análisis del líquido cefalorraquídeo mostró pleocitosis linfocítica leve con cultivos negativos. Tras evaluación reumatológica, no se identificaron otros síntomas o signos sugestivos de enfermedad autoinmune sistémica (SARD). Los análisis de laboratorio reportaron proteína C reactiva (PCR) de 159,8 mg/L, títulos elevados de factor reumatoide (FR) y anticuerpos ACPA, ANCA perinuclear positivo, anticuerpos MPO a 30,45 UI/mL (< 6 UI/mL) e IgG4 a 1,14 g/L (0,04-0,86). Los anticuerpos PR-3, ANA y otros anticuerpos específicos resultaron negativos. Una tomografía por emisión de positrones (PET-CT) identificó múltiples adenopatías toracohiliares. Las biopsias de ganglio linfático axilar y de tejido adiposo fueron inconclusas. La condición de la paciente empeoró con convulsiones recurrentes y disminución del nivel de conciencia, lo que requirió ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y tratamiento empírico con metilprednisolona en dosis altas. Tras estabilización, se realizó una biopsia meníngea que confirmó RDD con afectación del sistema nervioso central, evidenciando gliosis reactiva e infiltración histiocítica positiva para CD68 y S100. La negatividad para CD1a, langerina e IgG4 descartó histiocitosis de células de Langerhans y enfermedad rela-

cionada con IgG4. El tratamiento con el inhibidor MEK cobimetinib (60 mg/día) en tres ciclos de 21 días, combinado con corticosteroides, resultó en la resolución de los síntomas neurológicos.

Discusión: La histiocitosis puede provocar disfunción inmunológica, favoreciendo la producción de múltiples autoanticuerpos. La presentación agresiva de la AR en esta paciente llevó a un diagnóstico diferencial que incluyó paquimeningitis reumatoide, tuberculosis, vasculitis y enfermedad relacionada con IgG4. Puntos clave para la práctica clínica. La RDD puede imitar o superponerse con otros trastornos inmunológicos, incluida la enfermedad relacionada con IgG4 y las condiciones autoinmunes, complicando el diagnóstico y manejo. La histiocitosis puede causar disfunción inmunológica, favoreciendo la producción de autoanticuerpos.

RC113. ABATACEPT IN SEROPOSITIVE REFRACTORY PALINDROMIC RHEUMATISM

Cynthia Vanesa del Valle Rojas, Beatriz Frade-Sosa, Andrés Ponce, Ana Belén Azuaga, Juan Camilo Sarmiento-Monroy, Virginia Ruiz-Esquide, Julio Ramírez, José A Gómez-Puerta, Juan D. Cañete and Raimon Sanmartí

Rheumatology Department. Hospital Clinic. Barcelona.

Objectives: Palindromic rheumatism (PR) is considered a pre-rheumatoid arthritis (RA) condition. There are no studies assessing the effects of abatacept in this entity. This study aims to evaluate the efficacy of abatacept in patients with seropositive PR refractory to conventional synthetic disease-modifying antirheumatic drugs (DMARDs) in a clinical practice setting.

Methods: A retrospective observational study was conducted in a single center. The study included all patients diagnosed with PR who had previously failed DMARDs (hydroxychloroquine and/or methotrexate) and were subsequently treated with abatacept. We have analyzed the effectiveness of abatacept in controlling palindromic symptoms, the progression to RA, and the occurrence of adverse events.

Results: Between March 2020 and December 2024, five patients (four women) were identified. The duration of symptoms before initiating abatacept therapy ranged from 50 to 233 months (median 132). All patients were seropositive, with anti-citrullinated protein antibodies (ACPA) positivity in five patients and rheumatoid factor (RF) positivity in three. Prior to abatacept, all patients had been treated with hydroxychloroquine (five patients) or methotrexate (four patients). Abatacept was administered via subcutaneous injection at a dose of 125 mg weekly, with treatment durations ranging from 8 to 54 months. All patients experienced rapid and significant reduction in the frequency of joint attacks during abatacept therapy, achieving sustained remission over an extended period. None of the patients progressed to RA, and no serious adverse events were reported throughout the treatment period.

Conclusions: This study suggests that abatacept is efficacious in patients with seropositive PR who are refractory to DMARDs.

RC114. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO BIOLÓGICO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS DE REUMATOLOGÍA

Dolors Grados Cànovas¹, Irene Martín¹, Adrià García-Gargallo¹, Daniel Ferràndez², Cristina Pozo Salgado³ y Alexandra Retamero²

¹Servicio de Reumatología. Consorci Sanitari Anoia. Hospital Universitari d'Igualada. ²Servicio de Farmacia. Consorci Sanitari Anoia. Hospital Universitari d'Igualada. ³Unitat de Recerca. Consorci Sanitari Anoia.

Introducción: El tratamiento biológico ha revolucionado el manejo de enfermedades inmunomediadas como la artritis reumatoide, las

espondiloartritis y la artritis psoriásica, al controlar la inflamación, prevenir el daño articular y mejorar la calidad de vida. Sin embargo, la adherencia al tratamiento puede verse comprometida por barreras como el acceso a la medicación, la distancia a centros especializados y las limitaciones económicas. La falta de adherencia afecta negativamente los resultados clínicos y aumenta la demanda de servicios hospitalarios.

Objetivos: Evaluar la adherencia al tratamiento biológico en pacientes con enfermedades inmunomediadas de reumatología.

Métodos: Estudio retrospectivo que incluyó pacientes en tratamiento biológico durante al menos 6 meses, excluyendo aquellos tratados en hospital de día. Se recopilaron datos demográficos (edad, sexo), diagnóstico, tratamiento actual, número de biológicos previos, dosis y duración del tratamiento. La adherencia se calculó a partir de los registros de dispensación del servicio de farmacia, considerando adherentes a los pacientes con un cumplimiento superior al 90%. En los no adherentes, se buscó en la historia clínica posibles causas que justificaran esta situación. El análisis descriptivo de las variables cualitativas se realizó mediante distribución de frecuencias y de las cuantitativas con medidas de posición. Se utilizó el programa R versión 4.3.1.

Resultados: Se incluyeron 160 pacientes, con una edad media de 55,4 (1,0) años, de los cuales 109 (68,1%) eran mujeres. Los diagnósticos fueron: artritis reumatoide (83, 51,9%), artritis psoriásica (37, 23,1%), espondiloartritis axial (37, 23,2%), artritis idiopática juvenil (2, 1,3%) y síndrome SAPHO (1, 0,6%). La distribución de tratamientos mostró una prevalencia de anti-TNF (99, 61,9%), seguidos de anti-IL 17 (19, 11,9%), inhibidores de la coestimulación (16, 10,0%), anti-IL 6 (16, 10,0%) y otros. La duración media del tratamiento fue de 1,8 (2,6) años, con un promedio de 1,5 (2,0) biológicos previos. Solo 21(13,1%) pacientes presentaron una adherencia no justificada < 90%. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en factores asociados a la adherencia.

Conclusiones: La adherencia al tratamiento biológico en pacientes con enfermedades inmunomediadas de reumatología fue muy alta, lo que sugiere un adecuado manejo en este grupo. La ausencia de factores que afecten la adherencia resalta la necesidad de ampliar el estudio a otros tratamientos, como inmunosupresores dispensados en farmacias comunitarias, para garantizar un manejo integral y efectivo.

RC115. REALIDAD 2.0 DE LA PRESCRIPCIÓN DE TRATAMIENTO OSTEOPORÓTICO EN FRACTURA DE CADERA

Deseada Palma Sánchez¹, Ana Haro¹, Marta Mayor¹, María José Moreno¹, Marta Pastor¹, Jesús Rubio¹ y Belén Muñoz²

¹Unidad de Reumatología. Hospital General Universitario Rafael Méndez. Lorca. ²Servicio de Traumatología. Hospital General Universitario Rafael Méndez. Lorca.

Introducción: Las fracturas osteoporóticas de cadera son las que más mortalidad presentan, además de generar mayor dependencia y gasto sanitario. La prevención secundaria, de fractura por fragilidad ósea, con tratamiento farmacológico para la osteoporosis ha demostrado ser altamente coste-efectiva, al reducir el riesgo de nuevas fracturas y la mortalidad de los pacientes. Es por este motivo que sociedades científicas como la SEIOMM han impulsado y publicitado la creación de unidades de fractura (FSL) para liderar la prevención secundaria de fracturas desde 2018. Sin embargo, no sabemos el impacto real que está teniendo en el caso concreto de fracturas de cadera y en aquellos hospitales en los que no se dispone de FLS.

Objetivos: Conocer la prescripción de fármacos para la osteoporosis después de una fractura de cadera en el área de salud III del Servicio Murciano de Salud que no dispone de FLS

Métodos: Estudio retrospectivo en el que se incluyeron pacientes ingresados en el servicio de Traumatología del Hospital General Uni-

versitario Rafael Méndez por fractura de cadera por fragilidad desde el 1 de enero de 2024 hasta el 30 de mayo de 2024. Se excluyeron aquellos pacientes con diagnóstico de fractura patológica de cadera. Se recogieron variables sociodemográficas y clínicas como edad, sexo, enfermedades y tratamientos de riesgo de osteoporosis, fracturas previas por fragilidad, diagnóstico y tratamiento previo de osteoporosis y complicaciones durante el ingreso. Las variables cuantitativas se describen como media $\pm$ desviación estándar y las cualitativas en porcentajes.

Resultados: Se incluyeron 45 pacientes con una edad media de 80,3 $\pm$ 8,6 años siendo el 71,1 % mujeres. Tenían diagnóstico previo de osteoporosis el 6,7% de los pacientes, aunque solo el 4,4% estaban tratados, a pesar de presentar un 35,6 % de ellos patologías de riesgo para desarrollar osteoporosis. El resto de características sociodemográficas y clínicas se presentan en la tabla. Se le prescribió tratamiento para osteoporosis al alta o dentro de los 6 meses posteriores al 20% de los pacientes ingresados por fractura osteoporótica de cadera siendo el fármaco más prescrito el denosumab en un 88,9% de los casos.

Características sociodemográficas y clínicas

Tiempo en meses en tratamiento para OP previo a fractura, mediana (rango)	30,50 (1-60)
Fractura osteoporótica previa a fractura de cadera, n (%)	2 (4,4)
Tratamientos de riesgo para desarrollar OP, n (%)	4 (8,9)
Complicaciones durante el ingreso, n (%)	16 (35,6)
Exitus durante el ingreso, n (%)	3 (6,7)

Conclusiones: Un porcentaje bajo de pacientes con fractura de cadera recibieron tratamiento para osteoporosis a pesar de la divulgación continua sobre la importancia de la prevención secundaria en fractura osteoporótica en los últimos años. Es necesario, por tanto, desarrollar intervenciones adecuadas a las características de cada área de salud para aumentar la prevención secundaria en fractura osteoporótica de cadera.

RC116. ABALOPARATIDA, UNA NUEVA HERRAMIENTA PARA EL MANEJO DE LA OSTEOPOROSIS

Mirian Yaneth Orellana Gómez, Cristina Arciniega Larios, Clara María Terol Muñoz, María Castro Vázquez, Sara María Rojas Herrera y Raúl Veroz González

Unidad de Reumatología. Hospital de Mérida.

Introducción: La osteoporosis es una enfermedad caracterizada por una baja densidad mineral ósea (DMO) y un aumento en el riesgo de fracturas. Abaloparatida, un análogo de la proteína relacionada con la hormona paratiroidea, ha demostrado ser eficaz en el aumento de la DMO y en la reducción del riesgo de fracturas en mujeres posmenopáusicas.

Objetivos: Describir el perfil de paciente en el que se ha prescrito abaloparatida en nuestro hospital.

Métodos: Se realizó un análisis observacional y retrospectivo de los pacientes a los que se les pautó tratamiento con abaloparatida de nuestro hospital. Se recogieron diferentes variables demográficas, clínicas, radiológicas y analíticas mediante la revisión del historial clínico empleando la estadística descriptiva para resumir los datos.

Resultados: Se identificaron 10 pacientes, 8 mujeres (80%) y 2 hombres (20%) con una edad media de 70,6 $\pm$ 10,22 años. El 80% de los pacientes presentaban antecedente de fractura, siendo la más frecuente la fractura vertebral (60%) seguida de la de húmero (20%). Entre las comorbilidades, la hipertensión arterial fue la más frecuente estando presente en un 50% de los pacientes, un 30% presentaba dislipidemia y el 20% diabetes mellitus, además en el 20% de los casos eran exfumadores. Entre los tratamientos previos al inicio de abaloparatida, un 30% había recibido teriparatida, el 30% bifosfonatos y un 10% suplementos de calcio y vitamina D. El 30% de los casos

no había recibido tratamiento antiosteoporótico previamente. En todos los casos se les realizó un estudio densitométrico, con hallazgo de una DMO promedio para CF: 0,6593 g/cm², CL: 0,8541 g/cm² y un T-score promedio: CF: -2,74, CL: -3,06. Se les aplicó la escala de FRAX España obteniendo un FRAX promedio para riesgo de fractura de cadera 8,63% y para riesgo de fractura osteoporótica mayor 15,49%. En cuanto a los motivos para pautar abaloparatida en un 50% fue por empeoramiento de la DMO, en el 40% por fracturas y en un 10% por intolerancia a teriparatida. Actualmente los pacientes no han completado tratamiento. Hasta el momento no se han notificado efectos adversos graves. Únicamente se detectó un caso de efecto adverso leve que supuso la discontinuación del fármaco.

Conclusiones: En nuestra muestra, el perfil de paciente en el que se ha pautado tratamiento con abaloparatida es mayoritariamente el que, teniendo indicación de un fármaco anabólico, asocia factores de riesgo cardiovascular así como aquel que ya ha completado en el pasado tratamiento con teriparatida o que presenta intolerancia a la misma. Aunque los pacientes aún no han completado el tratamiento, se espera que la abaloparatida mejore significativamente la DMO y reduzca el riesgo de fracturas. Los resultados proporcionarán información valiosa sobre la eficacia de la abaloparatida en el manejo de la osteoporosis.

RC117. ENFERMERA DE REUMATOLOGÍA, ¿DÍGAME? EFICACIA DE UNA LÍNEA TELEFÓNICA DIRECTA EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE REUMATOLOGÍA

Carolina Alfonso González, Imma Vidal Castell, Vera Ortiz-Santamaría, Jordi Camins Fàbregas, Noemí Busquets Pérez, Andrea Cuervo y Katherine Cajiao

Hospital de Granollers.

Introducción: La comunicación efectiva entre los profesionales de la salud y los pacientes es esencial para el manejo adecuado de las enfermedades crónicas. Las enfermedades reumáticas son el primer problema crónico de salud en la población de Cataluña. Las llamadas telefónicas se han convertido en una herramienta esencial para proporcionar soporte continuo, resolver dudas y realizar seguimiento de los tratamientos. Este método de comunicación, no tan solo facilita el acceso inmediato a la atención del paciente, sino que nos permite adecuar la respuesta al nivel asistencial correspondiente, así como también puede mejorar la adherencia al tratamiento y su satisfacción. Normalmente, las consultas urgentes no comportan una situación de emergencia, ni tan solo un alto índice de gravedad, y se solucionan de forma sencilla. Una manera de evitar la llegada de consultas urgentes sin criterios de urgencia sería establecer un filtro antes de su atención hospitalaria.

Objetivos: Conocer el número de llamadas telefónicas atendidas en la consulta de enfermería de reumatología y evaluar la eficacia de la vía telefónica para atender y solucionar consultas de carácter ordinario o urgentes.

Métodos: Estudio prospectivo y descriptivo de todas las llamadas atendidas durante los meses de febrero y marzo 2024. Disponemos de una línea telefónica directa con opción de dejar mensaje en el contestador. Explicamos a los pacientes, motivos adecuados para hacer uso de la consulta telefónica y de la importancia del contacto telefónico antes de acudir al servicio de urgencias o consulta externa de forma espontánea, para determinar la necesidad y el grado de urgencia. Elaboramos una base de datos, con registro de los siguientes ítems: fecha, historia clínica, diagnóstico, motivo de consulta, resolución y derivación.

Resultados: AR: artritis reumatoide; OP: osteoporosis; EA: espondilitis anquilosante; APs: artritis psoriásica; LES: lupus eritematoso sistémico. 264 llamadas atendidas. Diagnósticos principales: 63% AR, 12% OP, 7% EA, 6% APs, 5% LES, 7% otros. Motivo de consulta:

brote 36%. Del total de brotes un 70% AR, 8% EA, 6% APs, 16% otros. Un 25% de las llamadas por brote derivaron en infiltración. Tratamientos 40%. Del total de tratamientos un 55% AR, 20% OP, 15% APs, 10% LES. Dudas sobre circuitos 33%. Dudas sobre la enfermedad 26%. Información sanitaria 28%. Vacunación 4%. Resultados analíticos: 4%. Resolución del total de llamadas atendidas: 69% fueron resueltas por enfermería. 31% por reumatólogo. Resolución de brotes: 39% resueltas por enfermería y 61% por reumatólogo. Derivación: 4% a urgencias, 1% al centro de atención primaria.

Conclusiones: La disposición por parte de enfermería en reumatología de una línea telefónica es un método eficaz para la resolución y prevención de visitas urgentes, por ser un acceso directo y rápido para solucionar la mayor parte de las consultas urgentes, sin necesidad de ser visitados en el servicio de urgencias. Un alto porcentaje de consultas recibidas fueron resueltas por enfermería de forma autónoma. Estos resultados nos garantizan que las enfermeras son esenciales en la atención de dudas sobre la salud. Su conocimiento y habilidades no solo mejoran la calidad del cuidado, sino que también empoderan a los pacientes y fortalecen el sistema de salud en su conjunto. Por tanto, enfermería se convierte en un punto de referencia de los pacientes tratados en la unidad, delante de cualquier eventualidad referente a su salud.

RC118. EXPERIENCIA EN UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA EN REUMATOLOGÍA

Ana María Rodríguez Iglesias, C. Álvarez Reguera, S. Antón González, N. Cabaleiro Raña, M. Caeiro Aguado, E.C. Cervantes Pérez, S. Fernández Aguado, S. Márquez Lavado, L. Romar de las Heras, D. Santos Álvarez, L. Silva Fernández y S. Romero Yuste

Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

Introducción: La consulta de enfermería en reumatología (CER) juega un papel muy importante en el manejo integral de pacientes con enfermedades reumáticas. Sin embargo, dentro del sistema sanitario nacional son pocos los Servicios de Reumatología con consulta de enfermería con agenda de citación propia. Tampoco existe un modelo estandarizado como tal, cada centro sanitario organiza la consulta según sus necesidades. Esto nos lleva a preguntar qué actividades desempeña en la consulta la enfermera especialista en reumatología y si consultas monográficas de enfermería pueden tener impacto en el bienestar del paciente.

Objetivos: Describir cualitativa y cuantitativamente la actividad realizada en la CER del Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra (CHUP).

Métodos: Estudio retrospectivo en el que se recogen los datos de la actividad registrada en la CER del CHUP durante el año 2023. Se realiza una revisión bibliográfica de las publicaciones existentes sobre la CER y se comparan los resultados obtenidos.

Resultados: Se analizan un total de 4276 actividades registradas, diferenciándolas por prestaciones: consultas sucesivas (n = 511), primeras consultas (n = 21), consultas telefónicas (n = 2.013), extracción de analíticas (n = 233), revisión hospital de día (n = 888) y revisión de historia clínica (n = 610) (fig. 1). Las telefónicas constituyen el 74% de la actividad total y las presenciales un 26% (fig. 2). La enfermera, además de la actividad asistencial ordinaria, colaboró en 4 de los estudios de investigación del Servicio de Reumatología del CHUP. Además, en el 2024 se creó una segunda consulta de enfermería con agenda de citación igualmente propia. Eso ha propiciado ampliar la actividad asistencial descrita con la creación de 2 consultas monográficas de enfermería (de artritis precoz y de osteoporosis). Según los datos obtenidos en el estudio, las actividades realizadas (tabla) coinciden con el modelo de CER propuesto por los grupos de enfermería de trabajo de la Sociedad Española de Reumatología (GETSER) y de la Sociedad Valenciana de Reumatología (GESVR).

Actividades realizadas en la consulta de enfermería del CHUP

Presenciales

Educación al paciente en autoadministración de terapias biológicas y no biológicas.
Educación al paciente en higiene postural, ejercicio, nutrición, riesgo de caídas...
Valoración del riesgo cardiovascular.
Intervenciones de enfermería: extracciones de analíticas, administración de fármacos, Test de patergia, curas, toma de constantes...
Colaboración con el reumatólogo en técnicas como infiltraciones, artrocentesis, biopsias de glándulas salivales...

Telefónicas

Seguimiento y monitorización analítica de terapias biológicas endovenosas.
Confirmación de cita y peso (cuando corresponde) el día previo a su administración en Hospital de Día.
Seguimiento y monitorización analítica de terapias biológicas subcutáneas, fármacos sintéticos dirigidos y FAMES convencionales.
Valoración de adherencia al tratamiento.
Consultas de efectos adversos a fármacos y manejo perioperatorio en terapias biológicas y no biológicas.
Consultas por empeoramiento clínico.

Gestión y coordinación

Coordinación y gestión de fármacos biológicos endovenosos y subcutáneos.
Valoración clínica y gestión de citas con el facultativo de reumatología.
Gestión de citas con otros servicios (Radiología, Medicina Preventiva, UTB, Farmacia...)

Investigación

Colaboración en estudios del servicio de reumatología.
Estudios de investigación de enfermería.

Figura 1 (Prestaciones)

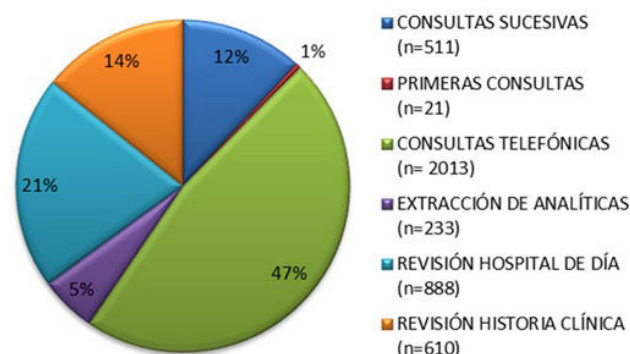
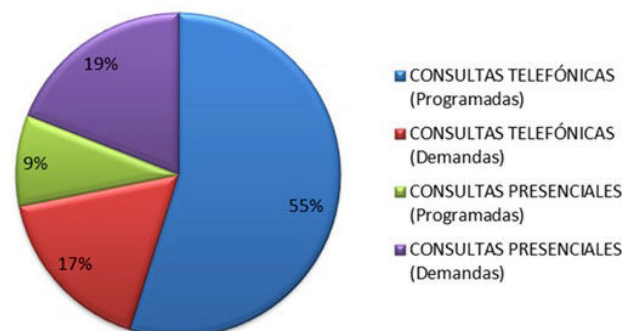


Figura 2



Conclusiones: La CER es una intervención efectiva que contribuye a mejorar el conocimiento del paciente, la adherencia al tratamiento

y la calidad de vida en personas con enfermedades reumáticas. Su implementación contribuye a una atención más integral y eficiente, reduciendo la probabilidad de reingresos hospitalarios, minimizando complicaciones a largo plazo y aumentando la satisfacción general del paciente. Se recomienda la integración de estas consultas en el manejo multidisciplinario de los pacientes reumáticos para optimizar los resultados en salud. Para ello es necesario promover la especialización de la enfermería, facilitando el acceso a formación en reumatología. La CER del CHUP cumple con los estándares de calidad publicados por la Sociedad Española de Reumatología. La creación de consultas monográficas de enfermería permite una atención más específica y de mayor calidad a nuestros pacientes.

Bibliografía

1. Sociedad Española de Reumatología. Estándares de tiempos de proceso y calidad asistencial en reumatología. SER 2006.
2. Muñoz Fernández S, et al. Estándares de calidad asistencial para las consultas de enfermería en reumatología. *Reumatología Clínica*. 2013;9:206-15.
3. Fernández Sánchez SP, et al. Actividad de la enfermera de reumatología en España. *Reumatología Clínica*. 2017;13(1):4-9.
4. SVR Libro: Propuesta de contenidos de una Consulta de Enfermería en Reumatología. 2018.

RC119. ALTERACIÓN DEL METABOLISMO FOSFOCÁLCICO MEDIADA POR PRODUCCIÓN PARANEOPLÁSICA DE FGF-23 COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ESPONDILOARTRITIS AXIAL (SPA): PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Asier García Alija¹, Hye Sang Park¹, Carla Marco Pascual^{2,3}, Berta Paula Magallares¹, Guillem Verdaguer¹, Ana Laiz¹, Patricia Moya¹, Albert Casals Urquiza¹, César Díaz-Torné¹, Luis Sainz Comas¹, Ivan Castellví¹, Susana P. Fernández-Sánchez¹, Julia Bernardez¹, Helena Codes¹, José Luis Tandaipan^{1,2}, Concepción Pitarch², Andrea García Guillén², Maria Àngels Melchor¹, Margarita Sihuro¹, Sandra Ros¹, Lorena Ubeda¹, Nuria Fernández Verdes¹ y Hèctor Corominas^{1,2}

¹Reumatología. Hospital Universitario de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ²Reumatología. Hospital 2 de Maig. Barcelona. ³Medicina Interna. Hospital Universitario de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción: El diagnóstico de espondiloartritis axial (SpA) es desafiante debido a la variabilidad en los hallazgos por imágenes y la inespecificidad de marcadores como el HLA-B27. Un diagnóstico definitivo a menudo requiere un enfoque multidisciplinario.

Caso clínico: Un hombre de 61 años, sin antecedentes médicos significativos, fue referido para evaluación de dolor lumbar crónico de 8 años de evolución, que había empeorado en los últimos 2 años, de características mixtas. La resonancia magnética (RM) reveló una fractura aguda en L4 y sacroilitis crónica bilateral. La exploración reumatológica no mostró evidencia clínica ni metrológica de SpA, incluyendo una prueba FABERE negativa, excepto por antecedentes familiares de primer grado de psoriasis. Los estudios de laboratorio revelaron reactantes de fase aguda y la prueba de HLA-B27 fueron negativos. La bioquímica mostró hipofosfatemia grave (0,71 mg/dL), hipocalcemia moderada (7,88 mg/dL) y excreción urinaria elevada de fosfato. No se evidenciaron síndrome de Fanconi ni tubulopatías. La función renal (FG > 90 mL/min/1,73 m²), PTH (4,77 pg/mL) y calcidiol (84,4 ng/mL) eran normales, mientras que el calcitriol (< 5 pg/mL) estaba disminuido. La densidad mineral ósea (DXA) no mostró osteopenia lumbar (T score lumbar -0,9, femoral -1,8). Un comité multidisciplinario revisó las imágenes, descartando SpA debido a irregularidades corticales leves en las articulaciones sacroilíacas y edema óseo subcondral tenue, sin hallazgos clínicos o radiográficos adicionales (p. ej., erosiones o anquilosis). Posteriormente, el paciente

fue ingresado por empeoramiento de la lumbalgia, pérdida de peso, disfagia y linfadenopatía supraclavicular. La PET-TC reveló carcinoma papilar tiroideo (PTC) metastásico, confirmado por biopsia. Niveles elevados de factor de crecimiento fibroblástico 23 (FGF23) sugirieron osteomalacia tumoral inducida (TIO), un raro síndrome paraneoplásico caracterizado por pérdida renal de fosfato mediada por FGF23 y mineralización ósea deteriorada. La resección quirúrgica de dos lesiones hipermetabólicas identificadas en la PET-TC, confirmadas como PTC metastásico, normalizó los niveles de fosfato y resolvió el DLC. El diagnóstico final fue carcinoma papilar tiroideo esclerosante difuso (estadio IVc) con osteomalacia mediada por FGF23 como manifestación paraneoplásica.

Discusión: El edema de médula ósea en las articulaciones sacroilíacas requiere interpretación clínica contextual para evitar sobre-diagnósticos. Siempre deben investigarse las causas secundarias de osteoporosis, especialmente en pacientes sin factores de riesgo típicos. Un caso raro de osteomalacia tumoral fue sospechado, donde el FGF23 inhibe la reabsorción de fosfato en el túbulo proximal renal, causando alteraciones en el metabolismo fosfocálcico. La evaluación multidisciplinaria de casos complejos es esencial e involucra especialistas de diversas áreas.

RC120. DIFERENCIAS DE GÉNERO EN ARTRITIS PSORIÁSICA

Paloma Valentina Castillo Dayer, Alicia Pérez González, Esther Monleón Acosta, José Andrés Rodríguez Fernández, Pedro Manuel Hernández, José María Andreu Ubero, María Rosario Oliva Ruiz, Carlos Fernández-Díaz, Gloria Albaladejo Paredes, Ángela Egea Fuentes, Montserrat Fernández Salamanca y Vicente Cogolludo Campillo

Hospital Santa Lucía. Cartagena.

Introducción: La artritis psoriásica (APs) es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta tanto a hombres como a mujeres, pero su manifestación y progresión pueden variar según el género. Diversos estudios han demostrado que las mujeres con APs son más propensas a experimentar poliartritis, afectando a cinco o más articulaciones, especialmente en las extremidades, mientras que los hombres tienden a presentar una mayor afectación axial, involucrando la columna vertebral y las articulaciones sacroilíacas. Además, las mujeres suelen reportar niveles más altos de dolor, fatiga y deterioro funcional en comparación con los hombres, lo que impacta significativamente en su calidad de vida. Por otra parte, las mujeres suelen ser diagnosticadas más tarde que los hombres, lo que puede retrasar la intervención temprana y agravar los síntomas. Comprender estas diferencias es fundamental para personalizar los tratamientos y mejorar el manejo de la enfermedad en cada paciente.

Métodos: Estudio transversal en el que se seleccionan pacientes con diagnóstico de APs por su reumatólogo. Se registran datos demográficos, clínicos y analíticos. Análisis estadístico realizado mediante herramienta SPSSv21.

Resultados: Se obtiene una muestra de 78 pacientes con APs siendo 46 hombres y 34 mujeres, con una edad media de 53 años con un tiempo medio de evolución de 5 años. El HLA B27 fue positivo en 11 pacientes (13,75%). Respecto al resto de manifestaciones: 31 pacientes (38,8%) presentaron afectación ungueal, 39 (48,8%) dactilitis, 23 (28,8%) entesitis y 2 (2,5%) enfermedad inflamatoria intestinal (EII); no se describió ninguna uveítis. El 62,5% de los pacientes presentaron dolor axial crónico en algún momento de su evolución. Al comparar por sexo, no se encuentran diferencias en el tiempo de evolución, positividad del HLA B27 ni en cuanto a la presencia de dolor crónico a nivel axial. Del mismo modo, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la presencia de afectación ungueal, dactilitis, entesitis ni EII.

Dolor axial crónico según sexo

	Dolor axial crónico		Total
	Sí	No	
Hombre	26	19	45
Mujer	24	8	32
	50	28	78

Conclusiones: En la muestra estudiada no se encuentran diferencias respecto a la presencia de los diferentes dominios de APs, positividad HLA B27 ni dolor axial crónico entre hombres y mujeres. Se precisa de una muestra más amplia para corroborar estos resultados.

RC121. CHALLENGES IN MANAGING NECROTIZING FASCIITIS IN A PATIENT WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS: A COMPLEX CASE

Miguel Correia Natal¹, Eliane Jaconiano², Bárbara Fernandes Esteves¹, Georgina Terroso¹ and Lúcia Dias Costa¹

¹Rheumatology Department. ULS São João. Porto. Portugal. ²Plastic and Reconstructive Surgery Department. ULS São João. Porto. Portugal.

Introduction: Necrotizing fasciitis (NF) is a highly aggressive soft tissue infection causing extensive and fulminant destruction of the skin, underlying subcutaneous fat, and fascia. Although rare, NF is associated with a high mortality rate due to its rapid progression and challenges in early recognition, often resulting in multiorgan dysfunction. Patients with systemic lupus erythematosus (SLE) are at increased risk for severe infections, including NF, due to immune dysregulation, chronic immunosuppressive therapy, and comorbidities.

Case report: We report the case of a 50-year-old woman diagnosed with SLE at the age of 41, presenting with polyarthritis, hair loss, oral ulcers, and pancytopenia, alongside positive anti-dsDNA antibodies and complement consumption. Her medical history included osteoporosis treated with weekly alendronate and an episode of necrotizing herpetic retinitis requiring hospitalization in 2018. She was on methotrexate, hydroxychloroquine, and prednisolone 5 mg daily. In December 2023, she presented to the emergency department with fever, vomiting, abdominal pain, and oliguria. Examination revealed a necrotic plaque on the left flank measuring 10 × 15 cm with inflammatory signs at its periphery. She was admitted to intensive care in septic shock with cardiovascular (hypotension requiring vasopressors), respiratory, renal (serum creatinine 3.53 mg/dL) and hematologic (hemoglobin 9.2 g/dL, platelets $102 \times 10^9/L$) dysfunctions, and markedly elevated C-reactive protein (432.4 mg/L) and procalcitonin (21.75 ng/mL). Empirical antibiotics

(meropenem, vancomycin, clindamycin) were initiated, and surgical debridement of the affected abdominal region was performed. *Streptococcus pyogenes* was isolated in both blood cultures and tissue cultures, confirming the diagnosis of NF complicated by streptococcal toxic shock syndrome. Antibiotic therapy was de-escalated to ceftriaxone and clindamycin, alongside three days of intravenous immunoglobulin. During hospitalization, the patient experienced further deterioration with disseminated intravascular coagulation, resulting in necrosis of multiple digits and requiring below-knee amputation of the right leg. She underwent multiple surgical interventions (four in total) for debridement and abdominal wall reconstruction. Having achieved clinical stability, she was discharged after nearly two months of hospitalization. Approximately one month later, she was electively readmitted for amputation of all fingers of the right hand and left foot. Since then, she has had no new complications or SLE flares and continues treatment with hydroxychloroquine, methotrexate, and prednisolone.

Discussion: Infections are a frequent cause of morbidity and mortality in patients with autoimmune diseases, with NF representing an extreme example of this risk. This case highlights the complexity of therapeutic management in NF and its potential for rapidly progressive destruction. A high index of suspicion is essential in the presence of suggestive skin changes in SLE patients. Early recognition and prompt surgical exploration are critical in this population, given their increased vulnerability due to immunosuppression and systemic inflammation. Multidisciplinary collaboration is crucial to optimize outcomes, underscoring the need for close monitoring in this high-risk group.

RC122. EDEMA PALPEBRAL GRAVE COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE UNA DERMATOMIOSITIS

Nuria Garvín Grande¹, Marta Rodríguez Sanz², Manuel Beladiez Giner¹, Camila Tapia Leyton¹, Irene Cristóbal Ramírez¹, Cristina Zamora Ramos¹, Rocío Mustienes Bellot¹, Noemí Franco Domingo¹, Eva Álvarez Andrés¹, Ana Belén Rodríguez Cambrón¹, María Alcalde Villar¹, Paz Collado Ramos¹ y Clara Sangüesa Gómez¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés. ²Servicio Medicina de Interna Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés.

Caso clínico: Mujer de 51 años, de raza negra y natural de Colombia, sin antecedentes médicos relevantes. Valorada en Urgencias por cuadro de un mes de evolución consistente en eritema y edema pal-



RC0121 Figure. Photographic registry of severe complications in a lupus patient: necrotizing fasciitis requiring abdominal debridement (left) and disseminated intravascular coagulation leading to peripheral tissue necrosis of feet (center) and hand (right).

pebral izquierdo, no doloroso ni pruriginoso, que progresó hasta hacerse bilateral y doloroso, ocasionando imposibilidad completa para la apertura ocular. Valorada por Oftalmología con TC orbitario con hallazgos compatibles con celulitis preorbitaria bilateral. Inició tratamiento con varios ciclos antibióticos (amoxicilina/ácido clavulánico, ciprofloxacino y doxiciclina), sin mejoría y con posterior progresión de las lesiones, englobando área malar. Valorada por Dermatología, se inició prednisona 30 mg/día en pauta descendente completando 3 semanas. Presentó mejoría clínica parcial inicial y posterior rebrote tras su suspensión con extensión de las lesiones a región perioral y escote (fig. 1), asociando odinofagia y dificultad para apertura bucal, mialgias en musculatura proximal de extremidades superiores sin debilidad. Por otro lado, la paciente refería síndrome constitucional con pérdida ponderal de 18 kg en 9 meses por lo que ingresó para completar estudio. En la anamnesis no refería lesiones cutáneas a otro nivel, fenómeno de Raynaud, clínica respiratoria ni articular. Analíticamente, destacaba hipertransaminasemia de AST 215 U/L y ALT 85 U/L; LDH 660 U/L y elevación de creatinina (CK) de 5578 U/L. Los reactantes de fase aguda fueron normales salvo la ferritina (609 ng/mL). Se realizó biopsia cutánea con infiltrado dérmico perivascular superficial y afectación de la interfase focal. En el estudio de autoinmunidad destacaba anticuerpos antinucleares positivos por inmunofluorescencia 1:160 con patrón citoplasmático e inmunoblot positivo para EJ y NXP-2. Se completó estudio con biopsia muscular compatible con miopatía inflamatoria con patrón histológico de dermatomiositis (DM); y electromiograma también concordante. Se realizó despistaje de neoplasia oculta: TAC-body donde destacaban opacidades en vidrio deslustrado pulmonares bilaterales sugerentes de patrón inflamatorio; estudio ginecológico completo normal (HPV, citología y biopsia endometrial, negativas) y sangre oculta en heces negativa. Con el juicio clínico de DM edematosa con afectación muscular moderada y cutánea grave, se inició tratamiento con metilprednisolona iv 250 mg al día, durante 3 días, con posterior pauta descendente desde 60 mg/día de prednisona asociado a micofenolato mofetilo 1 g/12 h, presentando buena evolución clínica desde el inicio con mejoría del edema palpebral permitiendo apertura ocular y disminución progresiva de eritema en áreas descritas (figs. 2 y 3) así como normalización del perfil hepático y disminución significativa de la CK por lo que se decidió alta hospitalaria. Al mes de seguimiento, con dosis de 30 mg/día de prednisona y asintomática desde el punto de vista cutáneo, presentó empeoramiento con debilidad muscular proximal de cuatro extremidades y disfagia, asociándose al tratamiento 3 pulsos de metilprednisolona 500 mg iv y ciclo de inmunoglobulinas iv durante 5 días. A pesar de ello, persiste con actividad muscular y actualmente está pendiente de iniciar rituximab.

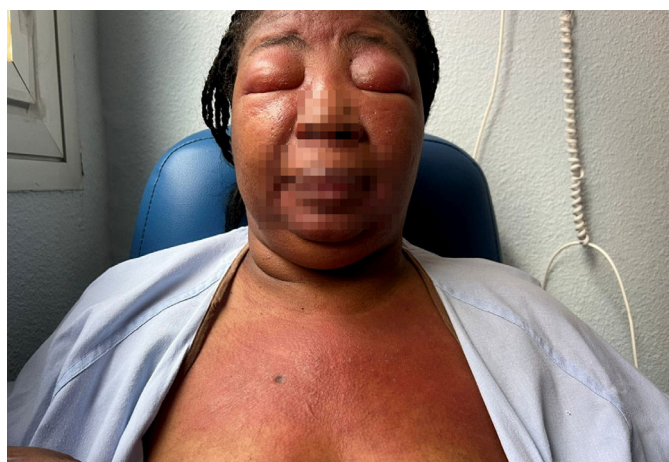


Figura 1. Edema facial con componente palpebral severo que imposibilita la apertura ocular. Eritema facial y en escote.

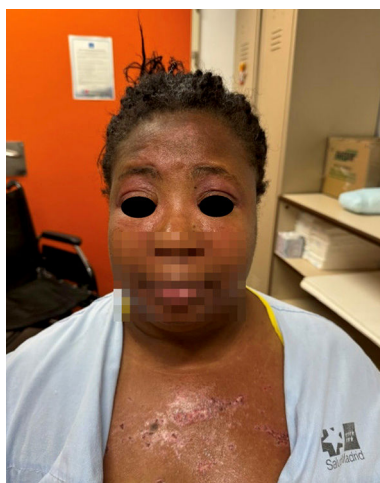
Discusión: El edema palpebral es una manifestación cutánea frecuente en las DM y, aunque puede ser uno de los primeros signos de la enfermedad, es infrecuente su aparición tan severa, obligando a realizar otros estudios iniciales que pudieron retrasar el diagnóstico.

RC123. CARACTERÍSTICAS DE LA ESCLEROSIS SISTÉMICA EN UNA POBLACIÓN AGRÍCOLA: UN ESTUDIO COMPARATIVO

Daniel Martínez Peñalver, Lucía Salvatierra Velasco, Clara García Belando y Alejandra Begazo Cruz

Sección de Reumatología. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. Murcia.

Introducción: La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad autoinmune crónica caracterizada por la presencia de fibrosis cutánea y fenómenos vasculares, pudiendo afectar a distintos órganos. La etiología de la enfermedad es multifactorial, con una base genética sobre la que inciden factores ambientales. Entre estos últimos existen algunos conocidos como las infecciones, los fármacos, y otros relacionados con la exposición ocupacional a sustancias: sílice, disolventes orgánicos, humos de soldadura y resinas. Los pesticidas también se han relacionado con el desarrollo de enfermedades autoinmunes, pudiendo suponer un factor de riesgo para el inicio de la ES. Los trabajadores agrícolas sufren una mayor exposición a pesticidas, otros agentes químicos y orgánicos, sin existir hasta el momento estudios que muestren las características clínicas de la ES en este grupo poblacional.



RC0122 Figuras 2 y 3. Evolución del edema palpebral y lesiones cutáneas tras tratamiento.

Objetivos: El análisis de las variables diferenciales en una cohorte de pacientes con ES entre dos grupos poblacionales: población agrícola y población no agrícola.

Métodos: Estudio comparativo, observacional y retrospectivo. La cohorte de personas con ES incluía un total de 41 pacientes, de los cuales 12 pertenecían al grupo de trabajadores agrícolas y 29 al grupo de trabajadores sin relación con la agricultura. Se estudiaron 18 variables clasificadas en 3 grupos: variables sociodemográficas, de comorbilidad y características clínicas.

Resultados: Atendiendo a las variables sociodemográficas los grupos de estudio se mostraron homogéneos (tabla 1). En el grupo de trabajadores agrícolas se objetivó una mayor proporción de dislipemia ($p = 0,049$), sin poder observarse otras diferencias entre los dos grupos (tabla 2). En cuanto a las variables clínicas (tabla 3), no se obtuvieron diferencias significativas, aunque si existía una mayor proporción de esclerosis sistémica cutánea limitada en el grupo de trabajadores agrícolas (91,7%), en comparación con el grupo de trabajadores no agrícolas (65,5%).

Tabla 1. Variables sociodemográficas.

	P. Agrícola	No-agrícola	Valor P
Edad, media $\pm$ DE	60,75 (11,75)	55,34 (12,1)	0,19
Sexo, n (%)			
Mujer	8 (66,7)	25 (86,2)	0,15
Hombre	4 (33,3)	4 (13,8)	
Nacionalidad, n (%)			
Española	6 (50)	23 (79,3)	0,061
Otra	6 (50)	6 (20,7)	
Fumador, n (%)	5 (41)	14 (48,3)	0,69
IMC, media $\pm$ DE	24,8 (4,7)	26,42 (6,23)	0,42

P. Agrícola: población agrícola; IMC: índice de masa corporal.

Tabla 2. Variables de comorbilidad.

	P. Agrícola	No-agrícola	Valor P
HTA, n (%)	4 (33,3)	7 (24,1)	0,54
DM, n	1	1	0,51
DLP, n (%)	5 (41,7)	4 (13,8)	0,049
Lumbalgia, n (%)	4 (33,3)	4 (13,8)	0,15
Osteoporosis, n (%)	2 (16,7)	5 (17,2)	0,96
Hipotiroidismo, n (%)	3 (25)	7 (24,1)	0,95

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

Tabla 3. Variables clínicas.

	P. Agrícola	No-agrícola	Valor P
Artralgias, n (%)	8 (66,7)	22 (75,9)	0,54
Telangiectasias, n (%)	8 (58,3)	18 (62,1)	0,82
Calcinosis, n (%)	2 (16,7)	8 (27,6)	0,45
UD, n (%)	4 (33)	8 (27,6)	0,7
Afectación GI, n (%)	8 (66,7)	20 (69)	0,88
EPID, n (%)	2 (16,7)	12 (41,4)	0,13
Clasificación, n (%)			
Localizada	11 (91,7)	19 (65,5)	0,08
Sistémica	1 (8,3)	10 (34,5)	

UD: úlceras digitales; GI: gastrointestinal; EPID: enfermedad pulmonar intersticial difusa.

Conclusiones: Parece existir una mayor proporción de dislipemia en los trabajadores agrícolas con ES. Los resultados no mostraron grandes diferencias entre los grupos de estudio, aunque sería interesante poder realizar un análisis similar con una muestra poblacional mayor.

RC124. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INMUNOMEDIADAS EN TERAPIAS BIOLÓGICAS QUE HAN DESARROLLADO TUBERCULOSIS

Pilar Martínez Vallés, Carlos Vázquez Galeano, Giuliano Boselli Oporto, Julia Ulier Bellmunt, Yedra Usón Rodríguez, Francisco Javier Manero Ruiz y Marta Medrano San Ildefonso

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Introducción: La tuberculosis es una enfermedad infecciosa causada por el *Mycobacterium tuberculosis*, que sigue siendo un problema de salud pública significativo a nivel mundial. Ciertos factores como el uso de terapias biológicas en el tratamiento de diversas enfermedades inflamatorias inmunomediadas pueden desencadenar la reactivación de la tuberculosis latente. Esto no solo afecta la salud individual de cada paciente, sino que también tiene implicaciones para la salud pública, dado el riesgo de transmisión de la enfermedad activa a otras personas.

Métodos: Se realiza un estudio observacional descriptivo en el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza para analizar y comparar las características demográficas y clínicas de los pacientes que han sido diagnosticados de tuberculosis en los últimos 23 años, una vez iniciado el tratamiento con los distintos agentes biológicos. Utilizando datos extraídos de la historia clínica electrónica del Servicio Aragonés de Salud, y del Registro Español de Acontecimientos Adversos de Terapia Biológica y Biosimilares en Enfermedades Reumáticas (BIOBADASER), se recopilaron las siguientes variables: características demográficas, comorbilidades, tipo de enfermedad inflamatoria inmunomediada, detalles de la terapia biológica recibida, uso concomitante de glucocorticoides o fármacos clásicos modificadores de la enfermedad, y tiempo entre inicio de terapia biológica y diagnóstico de la enfermedad tuberculosa. Se llevó a cabo un análisis estadístico mediante la realización de prueba de Contraste de Hipótesis y el test χ^2 de Pearson para evaluar la posible influencia de las variables estudiadas en el desarrollo de la infección tuberculosa.

Resultados: En el Hospital Universitario Miguel Servet, durante los últimos 23 años, 1.159 pacientes han recibido terapia biológica, de los cuales 14 desarrollaron infección tuberculosa. La media de edad de los pacientes fue de 47 años, con predominio de varones mayores de 40 años. La enfermedad inflamatoria inmunomediada (IMID) más frecuente en nuestra muestra fue la artritis reumatoide. En cuanto al tiempo de desarrollo de la tuberculosis, el 57% de los casos ocurrió después del primer año de tratamiento biológico. Además, se realizó un contraste de hipótesis mediante tablas de contingencia, utilizando el test de χ^2 para evaluar la asociación entre variables cualitativas y los desenlaces de los pacientes. Los análisis estadísticos no revelaron asociaciones significativas entre edad, sexo, uso de corticoides o hábito tabáquico en la muestra estudiada.

Tabla 1. Relación entre edad $\geq 0 \leq 40$ años frente a uso concomitante de GC ≥ 5 mg. Datos expresados como N

Edad	Con GC	Sin GC	Total
< 40	2	1	3
≥ 40	6	5	11
Total	8	6	14

Valor p: 1,0.

Tabla 2. Relación entre edad $\geq 0 \leq 40$ años frente a hábito tabáquico. Datos expresados como N

Edad	Fumador	No fumador	Total
< 40	0	3	3
≥ 40	5	6	11
Total	5	9	14

Valor p: 0,437.

Tabla 3. Relación entre sexo masculino o femenino frente a uso concomitante de GC ≥ 5 mg. Datos expresados como N

Sexo	Con GC	Sin GC	Total
Hombre	6	3	9
Mujer	2	3	5
Total	8	6	14
Valor p: 0,687.			

Tabla 4. Relación entre sexo masculino o femenino frente a hábito tabáquico. Datos expresados como N

Sexo	Fumador	No fumador	Total
Hombre	4	5	9
Mujer	1	4	5
Total	5	9	14
Valor p: 0,739.			

Conclusiones: A pesar de la significativa disminución de la incidencia de tuberculosis en Aragón, es esencial un control regular en pacientes en terapia biológica debido a su mayor riesgo de reactivación. Los resultados remarcan la necesidad de mantener un seguimiento adecuado periódicamente, para la detección de infección por tuberculosis de forma precoz, ya que el riesgo se extiende más allá de los primeros meses de tratamiento.

RC125. MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS GRAVES DE ENFERMEDADES REUMÁTICAS: UN ESTUDIO DE UN SOLO CENTRO

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

Hospital General Universitario de Valencia.

Introducción y objetivos: Aproximadamente el 20% de los pacientes con enfermedades reumatológicas manifiestan síntomas neuro-

lógicos en algún momento. Las enfermedades autoinmunes, que afectan al 5-8% de la población mundial, parecen ser las que más asocian afección neurológica. Por tanto, tenemos que estar atentos a la presencia de síntomas neurológicos ya que la mayoría de ellos estratifican la enfermedad reumática como grave. El objetivo de este trabajo es describir los pacientes de nuestro hospital que, teniendo una enfermedad reumatológica de base, manifiestan síntomas neurológicos graves de forma indefinida.

Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo unicéntrico, incluyendo pacientes con diagnóstico de enfermedad reumatológica que requirieron hospitalización en nuestra sala por afectación neurológica, determinada mediante presentación clínica o diversas pruebas complementarias durante el período de enero de 2020 a mayo de 2024. Para el estudio se consideró la afectación tanto del sistema nervioso periférico como del sistema nervioso central. Se definieron síntomas graves como aquellos que ponen en peligro la integridad física o psíquica del paciente, requiriendo ingreso urgente para control y tratamiento. Se excluyó la ACG (artritis de células gigantes), debido a que podría ser un factor de confusión en nuestro estudio.

Resultados: De una muestra de 107 pacientes ingresados en la unidad de reumatología, 18 (16,82%) presentaron síntomas neurológicos graves. Este grupo era predominantemente femenino (73,68%) con una edad media de 52,66 años. La vasculitis ANCA positiva fue la enfermedad reumática asociada con mayor frecuencia a manifestaciones neurológicas (38,8%), seguida del LES (22,22%), el síndrome antifosfolípido (16,67%), la esclerosis sistémica (16,67%) y otras. Las principales afecciones neurológicas observadas en estos pacientes fueron polineuropatía sensitivomotora (27,78%), polineuropatía motora (11,12%) y lupus neuropsiquiátrico (11,12%), entre otras. Se evaluó el número de reingresos, siendo 4 casos, de los cuales 1 fue por causa neurológica y el resto por enfermedad reumatológica de base. Un total de 9 ACG fueron excluidos del estudio. La afectación del sistema nervioso central ocurrió en pacientes que padecían LES o síndrome antifosfolípido, no existiendo ningún caso en otras enfermedades reumáticas incluidas en el estudio. siendo esta asociación estadísticamente significativa (p < 0,01).

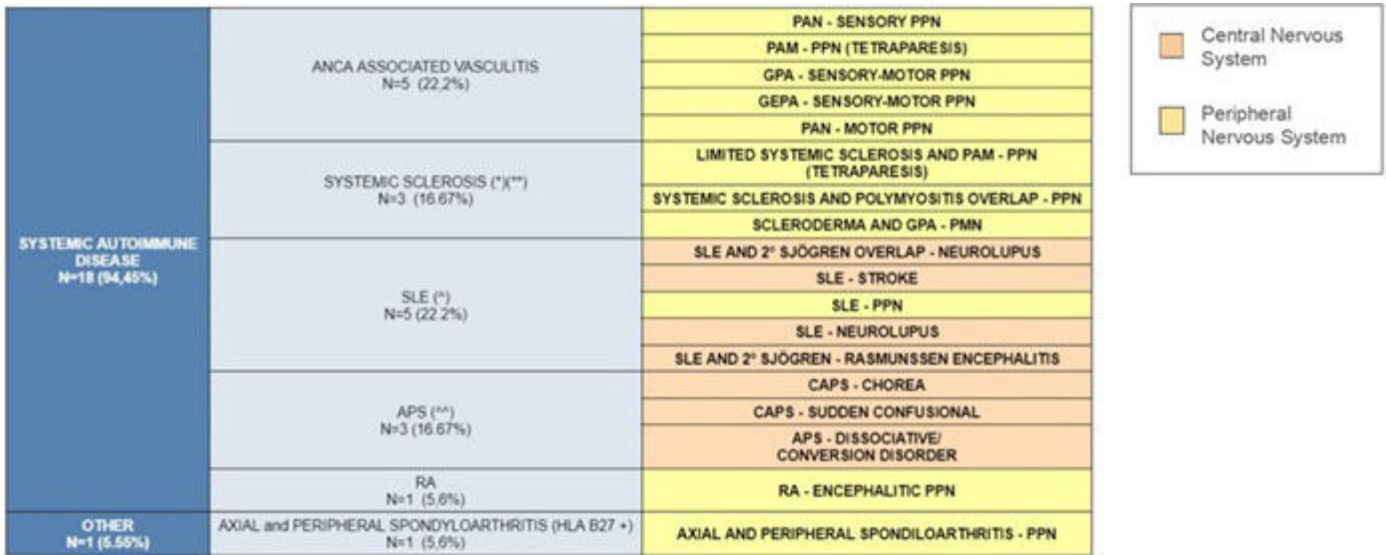


FIGURE 1. Description of neurological manifestations in 18 patients with rheumatologic disease, admitted to the General University Hospital of Valencia in the period between January 2020 and May 2024

PAS: Polyglandular Autoimmune Syndrome, SLE: Systemic Lupus Erythematosus, CAPS: Catastrophic Antiphospholipid Syndrome, APS: Antiphospholipid Syndrome, RA: Rheumatoid Arthritis, PPN: Peripheral Polyneuropathy, PMN: Peripheral Mononeuropathy, PAN: Polyarteritis nodosa, PAM: Microscopic Polyangitis, GPA: Granulomatosis with Polyangiitis, GEPA: Eosinophilic Granulomatosis with Polyangiitis.

* 2 patients had anca associated vasculitis and systemic sclerosis overlap ** a patient had systemic sclerosis and polymyositis overlap ^ 2 patients had SLE and secondary sjögren ^^ 2 patients had catastrophic antiphospholipid syndrome

RC0125 Figura. Descripción de manifestaciones neurológicas en 18 pacientes con enfermedad neurológica en nuestro centro entre enero 2020 y junio 2024.

Conclusiones: En nuestro estudio, los eventos neurológicos graves en el contexto de una enfermedad reumática subyacente, siendo la polineuropatía sensitivomotora la manifestación más observada, relacionada principalmente con vasculitis ANCA positivas y una mayor tasa de reingreso, se relacionaron más con una mujer de mediana edad. La polineuropatía neurológica se manifestó en todos los hombres incluidos en el trabajo, mostrando también una mayor relación con vasculitis ANCA positivas. Por otro lado, el LES y el síndrome antifosfolípido parecen ser las únicas patologías reumáticas asociadas con manifestaciones del sistema nervioso central en el estudio.

RC126. USO DE RITUXIMAB EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ENFERMEDAD RELACIONADA CON EL DEPÓSITO DE IGG4. REVISIÓN DE UNA SERIE DE CASOS

Maite Odriozola Gil, Sergio Rodríguez Montero, Álvaro Román Perea, Minerva Berrocal Acedo, Victoria Peinado Nuño y Rosalía Martínez Pérez

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

Introducción: La enfermedad por depósito de IgG4 (IgG4-RD) fue reconocida como entidad clínica hace solo 15 años. Desde entonces, la concienciación sobre dicha enfermedad ha aumentado exponencialmente desde entonces. Dada su característica afectación multiorgánica, se la ha considerado como una de las grandes imitadoras de múltiples procesos neoplásicos, inflamatorios o infecciosos, dificultando en gran medida su reconocimiento y diagnóstico. Es una enfermedad potencialmente tratable, siendo los glucocorticoides el tratamiento estándar hasta la fecha. Sin embargo, las consecuencias que tiene una terapia prolongada con dichos fármacos, y la falta de respuesta a ellos en algunos casos, han evidenciado la necesidad de encontrar otras opciones terapéuticas, siendo una de las propuestas más recientes el uso de rituximab en estos pacientes.

Objetivos: Exponer los casos IgG4-RD diagnosticados en nuestro centro, que hayan recibido tratamiento con rituximab.

Métodos: Se ha realizado un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal, en pacientes con diagnóstico de Enfermedad por depósito de IgG4 confirmados por biopsia, en seguimiento por el Servicio de Reumatología del Hospital de Valme.

Resultados: Se analiza una serie de casos compuesta por cuatro pacientes: 1. Mujer de 26 años sin AP de interés que debutó con malestar general, fiebre y dolor abdominal documentándose en TAC fibrosis retroperitoneal, con hidronefrosis por ectasia pielocalicial ureteral izquierda y múltiples adenopatías abdominales. Se realiza biopsia. La paciente reúne criterios ACR-EULAR de IgG4RD e inicia tratamiento con corticoterapia con mejoría parcial. 2. Mujer de 29 años con AP de hipotiroidismo y nefropatía membranosa, que desarrolla tumoración axilar derecha que en RM engloba circunferencialmente a la arteria axilar, con captación heterogénea de contraste. La biopsia revela pseudotumor inflamatorio con patrón estoriforme e importante población de células productoras de IgG4. Reúne criterios diagnósticos de Okazaki. 3. Varón de 47 años con AP de tabaquismo y colecistectomía que debuta con febrícula, lesiones cutáneas y artritis, inicialmente atribuido a lupus por trombopenia leve y ANA + (antihistona), que 3 años después desarrolla masa en fosa iliaca izquierda cuya biopsia muestra tejido esclerosado e infiltrado predominante de células plasmáticas sin atipia. Se diagnostica de probable IgG4. 4. Varón de 44 años con AP de tabaquismo, alcoholismo, y pancreatitis crónica calcificante en este contexto, desarrolla cuadro de reacción pancreática secundaria a procesos inflamatorios de la grasa retroperitoneal. PET-TAC sugestivo de IgG4RD, con afectación pancreática, aórtica, y fibrosis retroperitoneal. Inmunohistoquímica negativa. Tras el inicio de rituximab se consigue inhibición de la progresión de la enfermedad con reduc-

ción del tamaño de la fibrosis/inflamación, desaparición de las manifestaciones sistémicas (salvo persistencia de las lesiones cutáneas en el tercer paciente), y mejoría analítica con normalización de reactantes. Tras seguimiento entre 6-10 años, todos mantienen estabilidad clínica sin nuevas manifestaciones de la enfermedad.

Conclusiones: Se observa una respuesta favorable a nivel clínico, analítico y radiológico con el uso de rituximab, consiguiendo controlar la enfermedad con el uso de este fármaco en monoterapia. Por tanto, rituximab parece eficaz para la inducción y el mantenimiento de la remisión de los pacientes con IgG4RD.

RC127. ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN TÉCNICAS REALIZADAS A PACIENTES PROCEDENTES DEL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA

Teresa Cruz González, Laura Cebrián Ruiz, Pablo Cifuentes Sánchez, Andrea Milena Monroy Calero, Nuria Avilés Méndez, Sandra Soro Marín, Enrique Júdez Navarro, Isabel Labiano Bastero, Ginés Sánchez Nieves, Gloria García-Consuegra Sánchez, María Ángeles García Morales, Elena Martínez Fernández, María Dolores Rodenas Pérez, Ismael Peñalver Serrano y Pedro Jesús Muñoz Rubio

Hospital Perpetuo Socorro de Albacete.

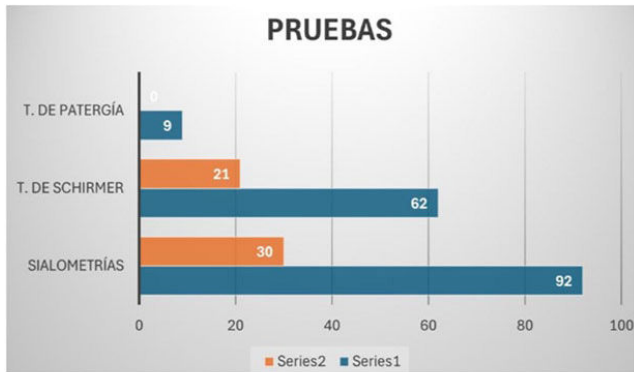
Introducción: Durante un periodo de once meses, comprendidos entre el 1 de febrero hasta el 31 de diciembre del 2024, se ha realizado las técnicas de sialometría no estimuladas, test de Schirmer y test de patergia a pacientes procedentes de la consulta de reumatología.

Métodos: Se ha dedicado un día a la semana en horario de 9 a 10:30h para realizar las siguientes pruebas. Una semana antes de la prueba, se llama a la paciente y se le explica la prueba a realizar, recomendaciones para dicha prueba y se resuelve alguna duda que la paciente pueda tener, minimizando el grado de ansiedad que la/el paciente tenga ante la prueba.

Resultados: De los 121 pacientes, 108 son mujeres y 13 son hombres. Según la edad, se representa l siguientes gráficas: según la población, obtenemos la gráfica: de las pruebas realizadas, los resultados han sido los siguientes: 92 sialometrías realizadas, de las cuales 30 han resultado con valores por debajo de lo normal. 62 test de Schirmer realizadas, siendo 21 con valores por debajo de lo normal. 9 test de patergia, en esta prueba ninguna de ellas ha sido positiva. De las 163 pruebas realizadas; el 56% han sido sialometrías con un 33% con resultados por debajo de lo normal. El 38 % test de Schirmer con el 34 % con resultados por debajo de lo normal. Y 9% test de patergia, ninguna de ellas ha sido positiva. Obtenemos los siguientes resultados: 20% de los pacientes tienen el síndrome seco; 20% xerostomía; 6% xeroftalmía; 6% sospecha de Behçet; 6% síndrome de Sjögren; 6% ANA +; 3% diagnóstico; 3% Ant. Ro +; 3% Autoinmunidad negativa; 7% otros. Motivo justificación: 22% estudio; 17% xerostomía; 15% diagnóstico; 14% síndrome de Sjögren; 11% xeroftalmía; 8% síndrome seco; 4% Ro+; 4% anti-Ro; 5% otros.

Conclusiones: Las pacientes derivadas son mayoritariamente mujeres, el 89% y el 11% hombres, el porqué sigue siendo una incógnita. La mayoría de las enfermedades autoinmunes sistémicas y reumáticas son más frecuentes en mujeres; sabemos que hay muchos factores, tanto genéticos como ambientales. Con respecto a la edad de la/os pacientes la mayoría se encuentra entre los 41-60 años, siendo la edad media de 50,5 años. Hay que tener en cuenta que son pacientes jóvenes, que deben aprender a convivir con un diagnóstico de enfermedad crónica y luchar por hacer posibles sus proyectos. Según la población la mayoría de los pacientes proceden de Albacete Capital, Villarrobledo, Hellín y la Roda, estas zonas son aquellas donde el índice poblacional es mayor. De las pruebas realizadas el 56% corresponden a la sialometría no estimulada, dando como resultado que el 33% dan valores por debajo de lo normal. En segundo lugar tenemos el test de Schirmer con un 38%; siendo un 34% los valores obtenidos por debajo de lo normal. En tercer lugar

tenemos el test de patergia, de todos los casos realizados ninguno de ellos ha sido positivo. Entre las justificaciones para la realización para la realización de las pruebas las más comunes son el síndrome seco, xerostomía, xeroftalmía, síndrome de Sjögren y sospecha de Behçet. El motivo de la justificación de las pruebas realizadas son el estudio y el diagnóstico de estos.



-Justificación:



RC128. IMPACTO DEL SWITCHING-CYCLING DE TERAPIA BIOLÓGICA EN LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDAD REUMATOLÓGICA

María Fernández Alba, Carmen Rocío Escabias Merinero y José Javier Pérez Venegas

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: El manejo de las enfermedades reumatológicas en pediatría ha evolucionado significativamente con la introducción de terapias biológicas. La mayoría de los tratamientos requieren indicación *off-label*. Es indispensable conocer las características de los pacientes mejorar su indicación.

Objetivos: Describir las características de los pacientes pediátricos que han requerido más de un agente biológico en su enfermedad reumatológica.

Métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Muestra: pacientes revisados en las consultas de Reumatología Pediátrica del Hospital Universitario Virgen Macarena desde 2021-2024 que precisaron al menos dos agentes biológicos. Se revisaron las características demográficas, diagnóstico principal y secundarios, tratamientos concomitantes, inicio, duración y razones para el cambio de terapia biológica.

Resultados: Se revisaron un total de 6 pacientes, 3 varones y 3 mujeres. La media de edad al debut fue 13 años. El diagnóstico más frecuente fue AIJ (formas psoriásica y sistémica), espondiloartrópata de la enfermedad inflamatoria intestinal y otras enfermedades autoinmunes como uveítis, vasculitis (Neuro-Behçet). Todos, excepto un paciente, recibieron corticoides iniciales para el control clínico. Tres iniciaron el primer biológico al debut y dos tras una media de 62 semanas del debut. Los agentes biológicos empleados fueron, etanercept, adalimumab, infliximab, anakinra, canakimumab, golimumab y rituximab. La indicación del segundo biológico se realizó a las 140,8 semanas de media. Las causas para la decisión sobre el cambio de tratamiento fueron diversas, destacando mejorar la posología, fallo primario, secundario y escasa adherencia al tratamiento. En ningún caso se observaron efectos secundarios.