

Conclusions: Treatment with BKZ resulted in robust and sustained improvements across GRAPPA domains with low rates of IBD and no uveitis to Wk 52 for both bDMARD-naïve and TNFi-IR pts with PsA; results from pts with axSpA support efficacy in the axial domain. Funded by UCB Pharma. Editorial services provided by Costello Medical and funded by UCB Pharma. The authors thank Jason Eells and Natasha de Peyrecave for their contributions.

REFERENCES

1. Coates LC. *Nat Rev Rheumatol.* 2022;18:465-79.
2. McInnes IB. *Lancet.* 2023;401:25-37.
3. Merola JF. *Lancet* 2023;401:38-48.
4. Reich K. *N Engl J Med.* 2021;385:142-52.
5. Reich K. *Lancet* 2021;397:487-98.
6. Warren RB. *N Engl J Med.* 2021;385:130-41.
7. Van der Heijde D. *Ann Rheum Dis.* 2023;82:515-26.

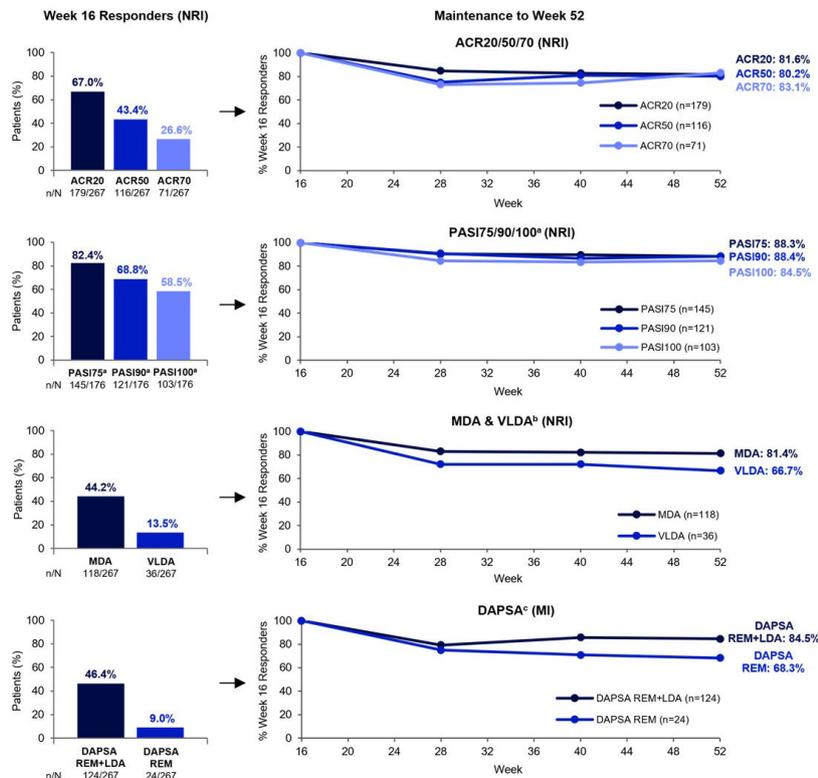
P200. BIMEKIZUMAB MAINTAINED EFFICACY RESPONSES THROUGH 52 WEEKS IN PATIENTS WITH PSORIATIC ARTHRITIS AND INADEQUATE RESPONSE OR INTOLERANCE TO TNF- α INHIBITORS WHO WERE RESPONDERS AT WEEK 16: RESULTS FROM A PHASE 3, RANDOMIZED STUDY

Ana García San Andrés¹, William R. Tillett^{2,3}, Joseph F. Merola^{4,5}, Yoshiya Tanaka⁶, Ennio G. Favalli⁷, Dennis McGonagle⁸, Diamant Thaçi⁹, Jessica A. Walsh¹⁰, Barbara Ink¹¹, Rajan Bajracharya¹¹, Jason Coarse¹² and Christopher T. Ritchlin¹³

¹UCB Pharma. Madrid. ²Royal National Hospital of Rheumatic Diseases. Bath. UK. ³Department of Life Sciences. Centre for Therapeutic Innovation. University of Bath. Bath. UK. ⁴Department of Dermatology. Harvard Medical School. Brigham and Women's Hospital. Boston. MA. USA. ⁵Division of Rheumatology. Department of Medicine. Harvard Medical School. Brigham and Women's Hospital. Boston. MA. USA. ⁶The First Department of Internal Medicine. University of Occupational and Environmental Health. Japan. Kitakyushu. Fukuoka. Japan. ⁷Department of Rheumatology. ASST Gaetano Pini-CTO. University of Milan. Milan. Italy. ⁸Academic Unit for the Musculoskeletal Diseases. Leeds Teaching Hospitals NHS Trust. Leeds. UK. ⁹Institute and Comprehensive Center for Inflammation Medicine. University of Lübeck. Lübeck. Germany. ¹⁰Division of Rheumatology. Salt Lake City Veterans Affairs Health and University of Utah Health. Salt Lake City. UT. USA. ¹¹UCB Pharma. Slough. UK. ¹²UCB Pharma. Morrisville. NC. USA. ¹³Allergy, Immunology & Rheumatology Division. University of Rochester Medical School. Rochester. NY. USA.

Introduction: Psoriatic arthritis (PsA) is a chronic disease affecting multiple domains; however, patients (pts) can experience loss of response with long-term therapy¹. Therefore, maintaining long-term treatment responses is important. Bimekizumab (BKZ), a monoclonal IgG1 antibody that selectively inhibits interleukin (IL)-17F in addition to IL-17A, demonstrated rapid and clinically meaningful improvements in joint and skin efficacy outcomes to Week (Wk) 16, vs. placebo (PBO), that were sustained to Wk 52²⁻⁴. The objective of this analysis was to report maintenance of response in joint, skin,

Figure 1. Maintenance of efficacy responses to Week 52 in Week 16 responders (NRI, MI)



Randomized set. All data reported as NRI, except for DAPSA maintenance reported as MI. [a] In patients with psoriasis affecting $\geq 3\%$ BSA at baseline. [b] Patients were considered to have achieved MDA and VLDA when they met 5/7 and 7/7 of the following criteria, respectively: TJC ≤ 1 , SJC ≤ 1 , PASI ≤ 1 or BSA $\leq 3\%$, patient pain (VAS ≤ 15 mm), patient global assessment (VAS ≤ 20), HAQ-DI ≤ 0.5 , and tender entheses points (LEI) ≤ 1 . [c] DAPSA score is the sum of SJC (range: 0-66), TJC (range: 0-68), patient pain (VAS 0-10), patient global assessment (VAS 0-10), and C reactive protein (mg/L). DAPSA REM+LDA is defined as DAPSA total score ≤ 14 ; DAPSA REM is defined as DAPSA total score ≤ 4 . ACR20/50/70: $\geq 20/50/70\%$ improvement in American College of Rheumatology (ACR) criteria; BSA: body surface area; DAPSA: Disease Activity Index for PsA; HAQ-DI: Health Assessment Questionnaire (HAQ)-Disability Index; LDA: low disease activity; LEI: Leeds Enthesitis Index; MDA: minimal disease activity; MI: multiple imputation; NRI: non responder imputation; PASI: Psoriasis Area and Severity Index; PASI75/90/100: $\geq 75/90/100\%$ improvement in PASI score; REM: remission; SJC: swollen joint count; TJC: tender joint count; VAS: visual analog scale; VLDA: very low disease activity.

and composite efficacy outcomes to 52 wks in BKZ-treated pts with PsA who were Wk 16 responders.

Methods: BE COMPLETE (NCT03896581), a 16-wk, double-blind, phase 3 study, included pts with active PsA who had inadequate response or intolerance to 1-2 tumor necrosis factor (TNF)- α inhibitors (TNFi-IR). Pts were randomized 2:1 to subcutaneous BKZ 160 mg every 4 wks (Q4W) or PBO. Pts completing Wk 16 were eligible to enter an open-label extension, BE VITAL (NCT04009499). Maintenance of response is reported as the percentage of BKZ-treated pts who achieved a response at Wk 16 and maintained response at Wk 52. ACR20/50/70, Psoriasis Area and Severity Index (PASI)75/90/100, minimal/very low disease activity (MDA/VLDA), and Disease Activity Index for PsA (DAPSA) remission/low disease activity (REM+LDA; ≤ 14) and remission (REM; ≤ 4) responses are presented. Data are reported as observed case (OC) and using non-responder imputation (NRI) or multiple imputation (MI). Treatment-emergent adverse events (TEAEs) to Wk 52 are reported for pts who received ≥ 1 dose of BKZ, including those who entered BE VITAL (PBO/BKZ).

Results: Overall, 267 pts were randomized to BKZ 160 mg Q4W; 263 (98.5%) and 236 (88.4%) completed Wks 16 and 52, respectively. Of BKZ-treated pts who were Wk 16 responders, $\geq 80\%$ maintained response across all joint and skin outcomes, as well as MDA and DAPSA REM+LDA (fig.). At Wk 16, 179 (67.0%), 116 (43.4%), and 71 (26.6%) pts achieved ACR20/50/70, respectively. Over 80% of those responders maintained an ACR20/50/70 response at Wk 52: 81.6%, 80.2%, 83.1% (NRI; fig.); 89.6%, 86.1%, 85.5% (OC). Of 176 pts with psoriasis affecting $\geq 3\%$ body surface area (BSA) at baseline, 145 (82.4%), 121 (68.8%), and 103 (58.5%) achieved PASI75/90/100 at Wk 16. Of those responders, 88.3%, 88.4%, 84.5% (NRI); 97.0%, 96.4%, 91.6% (OC) maintained a PASI 75/90/100 response at Wk 52 (fig.). Similar results were observed for composite measures; 118 (44.2%) pts achieved MDA at Wk 16 and, of those, 81.4%/87.3% (NRI/OC) maintained their response at Wk 52. A high proportion of Wk 16 responders also maintained their VLDA, DAPSA REM+LDA, and DAPSA REM responses at Wk 52 (fig.). To Wk 52, 243/388 (62.6%) BKZ-treated pts reported ≥ 1 TEAE and 23 (5.9%) reported serious TEAEs.

Conclusions: BKZ demonstrated robust maintenance of response at Wk 52 in TNFi-IR pts with PsA who responded to BKZ treatment at Wk 16. The safety profile was consistent with previous reports^{2,3}. Funded by UCB Pharma. Editorial services were provided by Costello Medical and funded by UCB Pharma.

REFERENCES

- Boehncke WH. Am J Clin Dermatol 2013;14:377-88.
- McInnes IB. Lancet. 2023;401:25-37.
- Merola JF. Lancet. 2023;401:38-48.
- Coates LC. Ann Rheum Dis. 2023;82(suppl 1):346.

P201. ESPONDILOARTRITIS AXIAL: CUANDO EL CORAZÓN HABLA

Ana María Ruiz Bejerano, Iván del Bosque Granero, Mauro Ferre San Francisco, Marta Valero Expósito y Mónica Vázquez Díaz

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: La espondiloartritis axial (EspAax) se ha relacionado con la presencia de enfermedad cardiovascular, sobre todo en espondilitis anquilosante. La inflamación podría jugar un papel en su aparición.

Objetivos: Describir la prevalencia de manifestaciones cardiovasculares (CV) y características basales de una cohorte de pacientes con EspAax. Evaluar si hay asociación entre alguna de estas características y la presencia de IAo.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y unicéntrico. Se seleccionaron pacientes de nuestro centro con diagnóstico de EspAax en

seguimiento en el último año, excluyéndose aquellos con artritis psoriásica y afectación exclusivamente periférica. Se registraron edad, sexo, perfil inmunológico, duración de la enfermedad y grado de sacroilitis radiográfica, tratamientos, reactantes de fase aguda e índices de actividad (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index [BASDAI] y Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score [ASDAS] según proteína C reactiva). Las anomalías cardíacas incluían factores de riesgo, eventos, afectación estructural y trastornos de la conducción. Utilizamos un análisis bivariante y un test no paramétrico para evaluar la asociación entre insuficiencia aórtica y algunas características relacionadas con la actividad inflamatoria.

Resultados: Las manifestaciones CV estuvieron presentes en 55 de 370 pacientes. La tabla muestra las características basales. Entre los factores de riesgo, 44 (80%) pacientes tenían hipertensión arterial, 29 (52,7%) dislipemia y 14 (25,5%) diabetes mellitus tipo 2. El evento CV mayoritario fue el infarto de miocardio, presente en 13 (26,8%) pacientes. El accidente cerebrovascular agudo (1 paciente, 26,8%) y la enfermedad arterial periférica (3 pacientes, 5,5%) fueron menos frecuentes. 9 pacientes tenían fibrilación auricular (16,4%). El bloqueo AV de primer grado estaba presente en 4 pacientes (7,3%), seguido por 2 (3,6%) de segundo grado y 1 (1,8%) de tercer grado. El bloqueo de rama derecha fue más común que el izquierdo, con 7 pacientes (12,7%) y 1 paciente (1,8%) respectivamente. Se halló enfermedad estructural en 17 (30,9%) pacientes con IAo y 13 (23,6%) con dilatación de la raíz aórtica. En la mayoría de los casos, la IAo fue leve (23,6%). Solo registramos un caso de aortitis y otro de miocarditis, ambos atribuidos a enfermedad activa. Teniendo en cuenta nuestra muestra inicial de 370 pacientes, las frecuencias fueron: 4,6% para IAo, 1,9% para bloqueo AV y 2,2% para bloqueo de rama. Al comparar las características mediante una prueba de chi-cuadrado, obtuvimos asociación estadísticamente significativa para la enfermedad activa por BASDAI ($p = 0,038$) y la enfermedad activa por ASDAS-PCR ($p = 0,042$) en pacientes con IAo. No se encontraron otras diferencias significativas (positividad para HLA-B27, duración de la enfermedad ≥ 20 años, daño radiológico [sacroilitis grado IV, sacroilitis grado \geq II], tabaquismo, tratamiento [uso actual de antiinflamatorios no esteroideos, uso actual de fármacos modificadores de la enfermedad biológicos (FAMEBs) y uso de FAMEBs ≥ 1] y reactantes de fase aguda elevados).

Características basales

N = 55	
Edad (media, DE)	65,82 (13,58)
Varón (n, %)	41 (74,5)
Raza caucásica (n, %)	49 (89,1)
Tabaco (n, %)	29 (52,7)
Diagnóstico (n, %)	
EspAx radiográfica	45 (81,8)
EspAx no radiográfica	10 (18,2)
Duración de la enfermedad en años (mediana, IQ)	26 (2-58)
HLA B27 (n, %)	37 (67,3)
Sacroilitis NY (n, %)	
No	6 (10,9)
Grado I	4 (7,3)
Grado II	13 (23,6)
Grado III	10 (18,2)
Grado IV	22 (40)
Sedentarismo (n, %)	37 (63,3)
AINE (actual)	23 (41,8)
FAMEb (actual)	30 (54,4)
> 1 FAMEb	14 (25,4)
BASDAI	14 (25,5)
Enfermedad activa (n, %) (mediana, IQ)	3 (0-7,4)
ASDAS-PCR	20 (36,4)
Enfermedad activa* (n, %) (mediana, IQ)	1,68 (0,5-4,6)

EspAx: espondiloartritis axial. NY: criterios New York. AINE: antiinflamatorios no esteroideos. FAMEb: fármaco modificador de la enfermedad biológico. *Incluye baja, alta y muy alta actividad.

Conclusiones: La prevalencia de enfermedad cardiovascular y las características generales de estos pacientes fueron similares a las

observadas en otros estudios. A pesar de los sesgos atribuibles a la naturaleza retrospectiva del estudio, identificamos dos características relacionadas con la actividad inflamatoria que se asociaron con insuficiencia aórtica.

P202. EVALUACIÓN DE LOS FACTORES ASOCIADOS AL INICIO TEMPRANO VERSUS TARDÍO DE FAMEB/SD EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS. UN ANÁLISIS DE LOS REGISTROS REGISPONSER Y REGISPON-3

María Ángeles Puche Larrubia^{1,2,3}, Lourdes Ladehesa-Pineda^{1,2,3}, María Carmen Ábalos-Aguilera^{1,2}, Desirée Ruiz-Vílchez^{1,2}, Laura Berbel-Arcobé⁴, Xavier Juanola-Roura⁴, Marta Arévalo-Salset⁵, Mireia Moreno⁵, Raquel Almodóvar-González⁶, Cristina Pijoan-Moratalla⁶, Beatriz Joven-Ibáñez⁷, Marta Valero-Expósito⁸, Verónica García-García⁸, Manuel José Romero-Ramos⁹, Enrique Tomás Ornilla-Laraudogoitia¹⁰, Alejandro Escudero-Contreras^{1,2,3}, Eduardo Collantes-Estévez^{2,3} y Clementina López-Medina^{1,2,3}

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

²Grupo GC-05-Instituto Maimónides de Investigaciones Biomédicas de Córdoba (IMIBIC). Córdoba. ³Departamento de Ciencias Médicas y Quirúrgicas. Universidad de Córdoba. ⁴Servicio de Reumatología.

Hospital Universitario Bellvitge. Barcelona. ⁵Servicio de Reumatología.

Hospital Universitario Parc Taulí. Sabadell. ⁶Servicio de Reumatología.

Hospital Universitario Fundación de Alcorcón. ⁷Servicio de Reumatología.

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ⁸Servicio de Reumatología.

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ⁹Servicio de Reumatología.

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. ¹⁰Departamento de Reumatología. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.

Introducción: La terapia biológica y sintética-dirigida ha revolucionado el manejo de la espondiloartritis (EspA), mejorando la calidad de vida de los pacientes. La identificación temprana de los factores que retrasan el inicio del tratamiento biológico podría permitirnos mejorar el manejo global de los pacientes con EspA. Hasta donde sabemos, no hay estudios que hayan evaluado los factores asociados al inicio temprano versus tardío de la terapia biológica en pacientes con EspA.

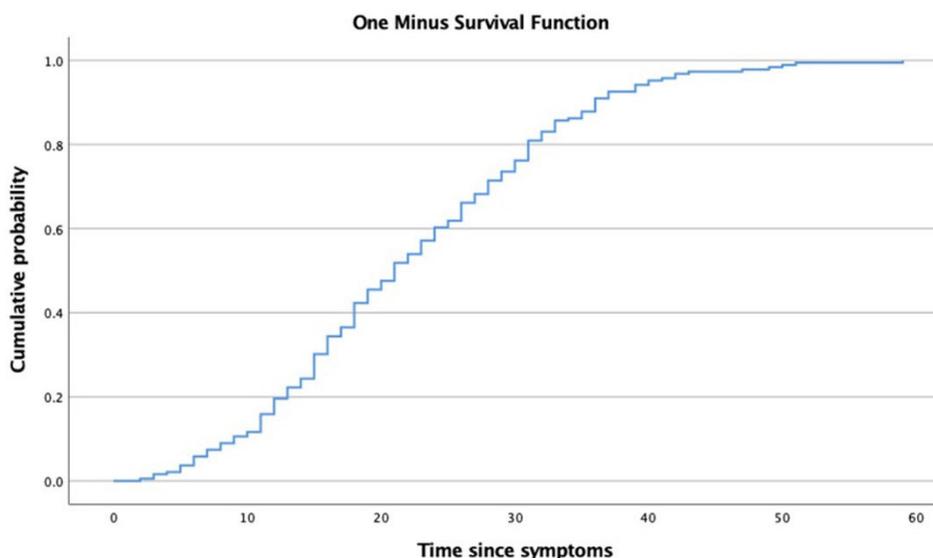
Objetivos: a) Estudiar la tendencia del inicio de FAMEb/sd en pacientes con EspA a lo largo del tiempo con respecto al inicio de los

síntomas. b) Evaluar los factores asociados con el inicio temprano o tardío de FAMEb/sd en pacientes con EspA.

Métodos: Estudio longitudinal y multicéntrico en el que se reevaluaron pacientes con EspA incluidos en REGISPONSER (según los criterios de la ESSG y evaluados en 2004) 17 años después (2021-2022), dando lugar al estudio REGISPON-3. El conjunto de datos de REGISPONSER se combinó con los datos de REGISPON-3 obteniendo dos visitas separadas por 17 años. En primer lugar, entre los pacientes que habían iniciado FAMEb/sd en algún momento, realizamos una curva de Kaplan-Meier para calcular la probabilidad acumulada de iniciar terapia biológica desde el inicio de los síntomas y su mediana en años. En segundo lugar, los pacientes se dividieron en inicio temprano versus tardío de FAMEb/sd tomando esa mediana como punto de corte. Finalmente, realizamos un análisis de regresión logística univariante y multivariante para evaluar las características clínicas y sociodemográficas asociadas con el inicio temprano versus tardío de la terapia.

Resultados: Se reevaluaron un total de 381 pacientes en REGISPON-3. De estos, un total de 189 (49,6%) pacientes diagnosticados con EspA habían iniciado tratamiento biológico en algún momento desde el inicio de los síntomas. La figura muestra la probabilidad acumulada de iniciar FAMEb/sd en algún momento entre los pacientes que han iniciado estos tratamientos durante el curso de su enfermedad. La mediana de años en que los pacientes comenzaron la terapia FAMEb/sd desde el inicio de los síntomas fue de 21 años, por lo que los pacientes se dividieron en inicio temprano y tardío (< 21 y ≥ 21 años desde el inicio de los síntomas, respectivamente). La tabla muestra el análisis univariante de las características clínicas y sociodemográficas de los pacientes según el inicio temprano o tardío de FAMEb/sd. La psoriasis y la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) se asociaron con un inicio temprano de FAMEb/sd, mientras que el HLA-B27 positivo, los síntomas axiales y un mayor retraso en el diagnóstico se asociaron con un inicio tardío. El análisis multivariante mostró que los factores asociados con el inicio tardío de FAMEb/sd fueron un mayor retraso en el diagnóstico [1,324 (IC95% 1,197 a 1,467)], mientras que la EII [0,044 (IC95% 0,005 a 0,371)] se asoció con un inicio temprano.

Conclusiones: El inicio de FAMEb/sd puede ocurrir en cualquier momento durante el curso de la enfermedad. Un mayor retraso en el diagnóstico contribuye a un inicio más tardío de FAMEb/sd, mientras que la aparición de manifestaciones extramusculares como la EII está relacionada con un inicio temprano del tratamiento.



P202 Figura 1. Probabilidad acumulada de iniciar terapia biológica en algún momento (solo en pacientes que han comenzado terapia biológica).

Variables	Inicio de FAME b/sd		Valor de p
	Temprano (<21) N= 90	Tardío (≥21) N= 99	
Sexo (hombre)	35/90 (38.9)	31/99 (31.3)	0.275
Edad (años)	37.9 (9.5)	46.3 (8.5)	0.000
HLA-B27 (+)	53/90 (58.9)	81/98 (82.7)	0.001
Duración de la enfermedad (años)	5.7 (4.7)	13.8 (8.4)	0.000
Retraso diagnóstico (años)	2.9 (3.4)	9.1 (9.5)	0.000
Lumbalgia inflamatoria	68/90 (75.6)	94/99 (94.9)	0.000
Sacroilitis	65/89 (73)	93/99 (93.9)	0.000
Enfermedad articular periférica	42/88 (47.7)	40/99 (40.4)	0.314
Entesitis	28/89 (31.5)	32/99 (32.3)	0.899
Psoriasis	31/90 (34.4)	19/99 (19.2)	0.018
Dactilitis	12/89 (13.5)	7/99 (7.1)	0.145
Uveítis	11/90 (12.2)	17/98 (17.3)	0.324
EII	9/90 (10)	2/99 (2)	0.019
FAME-c	42/90 (46.7)	34/99 (34.3)	0.084
PCR mg/L	13.3 (14.8)	12.9 (15.9)	0.854
ASDAS	2.9 (1)	3 (1)	0.498
BASDAI	4.1 (2.2)	4.6 (2.1)	0.114
BASFI	2.9 (2.5)	4 (2.7)	0.005
BASRI total	3.7 (2.9)	6.3 (3.6)	0.000

P202 Figura 2. Descripción de las características clínicas y sociodemográficas de los pacientes según el inicio temprano o tardío del tratamiento biológico.

P203. ¿QUÉ HA OCURRIDO CON LAS ESPONDILOARTRITIS INDIFERENCIADAS DESPUÉS DE 17 AÑOS DE SEGUIMIENTO? UN ANÁLISIS DE LOS REGISTROS REGISPONSER Y REGISPON-3

María Ángeles Puche Larrubia^{1,2,3}, Lourdes Ladehesa-Pineda^{1,2,3}, María Carmen Ábalos-Aguilera^{1,2}, Desirée Ruiz-Vílchez^{1,2}, Laura Berbel-Arcobé⁴, Xavier Juanola-Roura⁴, Marta Arévalo-Salaet⁵, Mireia Moreno⁵, Raquel Almodóvar-González⁶, Cristina Pijoan-Moratalla⁶, Beatriz Joven-Ibáñez⁷, Marta Valero-Expósito⁸, Verónica García-García⁸, Manuel José Romero-Ramos⁹, Enrique Tomás Ornilla-Laraudogoitia¹⁰, Alejandro Escudero-Contreras^{1,2,3}, Eduardo Collantes-Estévez^{2,3} y Clementina López-Medina^{1,2,3}

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

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

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

⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Bellvitge. Barcelona.

⁵Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Parc Taulí. Sabadell.

⁶Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Fundación de Alcorcón.

⁷Servicio de Reumatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

⁸Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

⁹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

¹⁰Departamento de Reumatología. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.

Introducción: La espondiloartritis indiferenciada (EspA-ind) se refiere a una entidad clínica dentro del espectro de la espondiloartritis (EspA) que no cumple con los criterios para un subtipo específico según los criterios del ESSG. La EspA-ind se ha descrito como una forma potencialmente temprana de la EspA axial (EspAax) y otros subtipos específicos. Sin embargo, existen discrepancias sobre la proporción de pacientes que realmente cambian de este estado indiferenciado a un diagnóstico más definido con el tiempo.

Objetivos: a) Describir los diagnósticos actuales (por ejemplo, EspAax, EspA periférica (EspA-p), artritis psoriásica (APso) u otros) entre los pacientes diagnosticados con EspA-ind hace 17 años. b) Analizar los factores vinculados al cambio de diagnóstico entre los pacientes inicialmente diagnosticados con EspA-ind.

Métodos: Estudio longitudinal y multicéntrico en el que se reevaluaron pacientes con EspA incluidos en REGISPONSER (según los criterios de la ESSG y evaluados en 2004) 17 años después (2021-

2022), dando lugar al estudio REGISPON-3. El conjunto de datos de REGISPONSER se combinó con los datos de REGISPON-3 obteniendo dos visitas separadas por 17 años. En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo para describir el cambio en el diagnóstico de los pacientes con EspA-ind 17 años después según la opinión del reumatólogo. En segundo lugar, estudiamos la asociación entre el cambio de diagnóstico y algunas características clínicas, así como la presencia del HLA-B27 mediante la prueba de chi-cuadrado.

Resultados: Un total de 64 pacientes diagnosticados con EspA-ind en 2007 fueron incluidos en este análisis. La tabla 1 muestra cómo ha cambiado el diagnóstico de EspA-ind 17 años después. Entre los 64 pacientes con EspA-ind, 49 (76,5%) desarrollaron EspAax, 7 (10,9%) EspA-p, 4 (6,2%) APso y 4 (6,2%) finalmente no tenían EspA según el reumatólogo. La tabla 2 muestra el cambio en el diagnóstico de EspA-ind según algunas características clínicas y la presencia del HLA-B27. Los pacientes que cambiaron a EspAax eran con mayor frecuencia hombres [26 (53,1%)], HLA-B27 positivos [41 (83,7%)], sin enfermedad articular periférica [16 (32,7%)], y sin psoriasis [47 (95,9%)], aunque solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas para la psoriasis. Por el contrario, los pacientes que cambiaron a APso eran con mayor frecuencia mujeres [3 (75%)], pero la prevalencia de enfermedad articular periférica [2 (50%)] y psoriasis [2 (50%)] fueron similares sin diferencias estadísticamente significativas. Los pacientes que finalmente no cumplían con los criterios de EspA eran con mayor frecuencia mujeres [4 (100%)], sin artritis [3 (75%)] y sin psoriasis [0 (0%)].

REGISPONSER (2004)		REGISPON-3 diagnóstico final (2021-2022)	
Diagnóstico	N (%) N=64	Diagnóstico	N (%) N=64
EspA-ind	64 (16.8)	EspAax	49/64 (76.5)
		EspA-p	7/64 (10.9)
		APso	4/64 (6.2)
		No EspA	4/64 (6.2)

Tabla 1. Descripción de la evolución del diagnóstico de la espondiloartritis axial durante 17 años, desde REGISPONSER I-II hasta REGISPON-3.

Cambio de diagnóstico	Sexo		HLA-B27		Enfermedad articular periférica		Psoriasis	
	Hombres N=31	Mujeres N=33	Positivo N=50	Negativo N=14	Sí N=24	No N=40	Sí N=4	No N=60
Cambio de EspA-ind a EspAax, n = 49	26/49 (53.1%)	23/49 (46.9%)	41/49 (83.7%)	8/49 (16.3%)	16/49 (32.7%)	33/49 (67.3%)	2/49 (4.1%)	47/49 (95.9%)
Cambio de EspA-ind a APso, n = 4	1/4 (25%)	3/4 (75%)	3/4 (75%)	1/4 (25%)	2/4 (50%)	2/4 (50%)	2/4 (50%)	2/4 (50%)
Cambio de EspA-ind a no EspA, n = 4	0/4 (0%)	4/4 (100%)	3/4 (75%)	1/4 (25%)	1/4 (25%)	3/4 (75%)	0/4 (0%)	4/4 (100%)
Cambio de EspA-ind a EspA-p, n = 7	4/7 (57.1%)	3/7 (42.9%)	3/7 (42.9%)	4/7 (57.1%)	5/7 (71.4%)	2/7 (28.6%)	0/7 (0%)	7/7 (100%)

P203 Tabla 2. Cambio en el diagnóstico de la espondiloartritis axial según las características clínicas y la presencia de HLA-B27.

Conclusiones: El diagnóstico de EspA-ind varía con el tiempo, siendo EspAax el tipo diagnosticado con mayor frecuencia en nuestro estudio 17 años después. Los pacientes sin psoriasis y HLA-B27 positivos fueron diagnosticados con mayor frecuencia de EspAax.

P204. QUESTIONAX FASE1: ¿CÓMO SE UTILIZAN LAS PROM EN LA ESPONDILOARTRITIS AXIAL? UN ESTUDIO CUALITATIVO CON PROFESIONALES SANITARIOS Y PACIENTES

Xavier Juanola Roura¹, Victoria Navarro-Compán², Anna Moltó³, Teresa Otón⁴ y Loreto Carmona⁴

¹Rheumatology Department. Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona. ²Rheumatology Department. La Paz University Hospital. IdiPaz. Madrid. ³Department of Rheumatology. University of Paris-Cité. Hôpital Cochin. Paris ⁴InMusc (Instituto de Salud Musculoesquelética). Madrid.

Introducción: Las recomendaciones ASAS-EULAR para el manejo de pacientes con espondiloartritis axial (EspAax) aconsejan el uso de medidas de resultados comunicados por los pacientes (PROM) para monitorizar la actividad y el impacto de la enfermedad. Sin embargo, su uso en la práctica clínica dista mucho de estar generalizado, incluso entre grupos de expertos.

Objetivos: Investigar las barreras y los facilitadores en el uso de PROM para la atención de los pacientes con EspAax.

Métodos: Como parte de un proyecto más amplio que evalúa el uso y la cumplimentación de cuestionarios en la EspAax (QUESTIONAX), se ha realizado un primer estudio cualitativo entrevistando a profesionales sanitarios con diversa experiencia en la EspAax y a pacientes con esta enfermedad. Las entrevistas se realizaron por videoconferencia y duraron aproximadamente 45 minutos. La guía de entrevistas incluía preguntas sobre la experiencia y el uso, las barreras para su uso y la comprensión de las PROM. En concreto, se evaluaron los siguientes cuestionarios (en español): BASDAI; ASDAS; BASFI; ASAS Health Index (ASAS-HI) y la Actividad Global de la Enfermedad del Paciente mediante Escala de Puntuación Numérica (0 a 10).

Resultados: Se realizaron 15 entrevistas (7 a pacientes y 8 a profesionales). Las tablas describen las características demográficas de ambos grupos. Todos los profesionales entrevistados estaban familiarizados con los distintos cuestionarios, aunque no todos los utilizaban habitualmente. Los más asentados en la práctica clínica eran el BASDAI y el BASFI, seguidos del ASDAS. Solo una profesional (Prof4) reconoció utilizar el ASAS-HI en su rutina habitual de consulta. Los profesionales de la práctica privada (Prof2 y Prof7) mostraron un uso mucho más irregular; intentaban recogerlos como guía de control una o dos veces al año, especialmente en pacientes

con enfermedad más grave. Cuando se preguntaba por las razones para no utilizarlos con regularidad, comentaron: "La forma en que están organizadas las consultas, sin enfermeras, solo con personal administrativo, sin unidades temáticas (monográficas), y no sabemos de antemano quién va a venir. Además, estamos sometidos a mucha presión asistencial, y los programas de gestión son prolongados y engorrosos". La razón más mencionada por los profesionales que podía limitar su uso era el tiempo limitado en la consulta. Los pacientes estaban familiarizados con los cuestionarios, especialmente con el BASDAI y la Escala de Puntuación Numérica global del paciente y, en menor medida, con el BASFI. Dudaban si habían rellenado el ASAS-HI, pero la mayoría no recordaba haberlo hecho. Algunos pacientes cumplimentaron las PROM con frecuencia, sobre todo en papel. Informaron de que, en general, no saben cómo se puntúan los cuestionarios ni qué significa la puntuación y, en general, no saben para qué se utilizan las PROM (varios respondieron "para un estudio"). Expresaron su interés por saber para qué servían y los resultados.

Perfiles de los pacientes entrevistados

	Pac 1	Pac 2	Pac 3	Pac 4	Pac 5	Pac 6	Pac 7
Edad (años)	50	60	35	45	60	40	30
Sexo	M	F	M	M	M	M	M
Duración enf. (años)	> 20	> 35	15	> 20	> 30	< 1	12
Tratamiento	ETN	ADA	GOL	AINE	IXE	AINE	AINE

Perfiles de los profesionales sanitarios entrevistados

Profesional	Nivel hospital	Interés especial EspA	Tipo de centro	Tipo de trabajo
1	> 800 camas	Sí	Público	Médico
2	Atención ambulatoria	No	Privado	Médico
3	> 800 camas	Sí	Público	Enfermería
4	> 1.000 camas	Sí	Público	Médico
5	> 800 camas	Sí	Público	Enfermería
6	> 700 camas	Sí	Público	Médico
7	Atención ambulatoria	No	Privado	Médico
8	> 600 camas	Sí	Público	Médico

Conclusiones: El uso de las PROM en pacientes con EspAax no se está implementando como debería en práctica clínica, lo cual se debe principalmente a la falta de tiempo y personal adicional. Los pacientes con EspAax agradecerían disponer de información adecuada para su cumplimentación. La resistencia a rellenar los cuestionarios podría abordarse con ejemplos de buenas prácticas sobre cómo hacerlo de forma eficiente. Utilizaremos esta información para sugerir estrategias para una mejor implementación.

P205. FACTORES ASOCIADOS CON LA DURACIÓN DE LA CARGA INFLAMATORIA DE LA ESPONDILOARTRITIS: ACTIVIDAD PERSISTENTE DE LA ENFERMEDAD Y ELEVACIÓN DE LA PROTEÍNA C REACTIVA

Asier García Aljija¹, Hye Sang Park¹, Ana Laiz¹, Patricia Moya Alvarado¹, Albert Casals Urquiza¹, César Díaz-Torné¹, Luis Sainz Comas¹, Berta Paula Magallares¹, Ivan Castellví¹, Susana P. Fernández-Sánchez¹, Julia Bernardez-Moreno¹, Helena Codes¹, José Luis Tandaipan^{1,2}, Concepción Pitarch², Carla Marco Pascual², Andrea García Guillen², Anna López-Ferrer³, Luis Puig³ y Héctor Corominas^{1,2}

¹Servicio de Reumatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Universitat Autònoma de Barcelona. IIB Institut de Recerca. Barcelona.

²Servicio de Reumatología. Hospital Dos de Maig. Consorci Sanitari Integral. Barcelona. ³Servicio de Dermatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Universitat Autònoma de Barcelona. IIB Institut de Recerca. Barcelona.

Introducción: La duración de las enfermedades y el efecto acumulativo de la inflamación son factores clave para estudiar las comorbilidades y la progresión de la espondiloartritis (SpA).

Objetivos: Evaluar la asociación entre el tiempo total de carga inflamatoria (actividad persistente de la enfermedad y elevación de la proteína C reactiva) y variables clínicas.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en un entorno hospitalario universitario de referencia terciaria. Los pacientes elegibles incluyeron a 482 pacientes con espondiloartritis (SpA) que cumplían con los criterios de la ASAS de una consulta monográfica de SpA

entre julio de 2022 y agosto de 2023. Los criterios de inclusión fueron pacientes seguidos en nuestro centro desde el diagnóstico de la SpA, con disponibilidad de la historia clínica completa. Se recogieron datos usando la base de datos electrónica y en papel del hospital. Información adicional se obtuvo a través de la base de datos de historial médico compartida del Instituto Catalán de la Salud, que atiende al 99,2% de la población. Los datos faltantes se recopilaron prospectivamente mediante entrevistas con los pacientes. Se calculó una tasa de brotes persistentes y de niveles persistentemente altos de proteína C reactiva (PCR) por año de seguimiento (fig.). La tasa se multiplicó por el tiempo total de seguimiento para cuantificar la duración total aproximada de la carga inflamatoria (en años). Se realizó una regresión lineal y se calculó el valor f2 de Cohen para comparar el tamaño del efecto del coeficiente β .

Resultados: Un total de 246 pacientes cumplían con los criterios de inclusión para el análisis. Las características basales de la población y los resultados de la regresión lineal se resumen (tabla). El tiempo medio de seguimiento fue de 9,32 años. Se observó una asociación estadísticamente significativa y positiva entre la edad, la enfermedad exclusivamente periférica, la psoriasis cutánea, la enfermedad inflamatoria intestinal y la enfermedad erosiva con el tiempo total de brotes persistentes. Se observó una asociación estadísticamente significativa y positiva entre la edad, la hipertensión y la enfermedad inflamatoria intestinal con el tiempo total de reactantes de fase aguda persistentemente elevados. Los años transcurridos desde el primer síntoma extraarticular hasta el diagnóstico de la espondiloartritis (SpA) estuvieron positivamente asociados con ambos resultados.

Variable	Total (N)/mediana (RIC)	Coficiente (brotes Persistentes)	p	Coficiente (PCR elevada)	p
Género masculino	132 (53,66)	0,24	0,45	-0,48	0,31
Edad	56,91 (20,79)	0,04	0,04	0,05	0,01
Hipertensión	84 (34,15)	0,27	0,40	1,23	0,01
Dislipidemia	111 (45,12)	1,83	0,56	0,19	0,70
Diabetes	22 (8,94)	-0,47	0,38	-0,13	0,88
No fumador	106 (43,09)	ref	0,31	ref	0,22
Exfumador	79 (32,11)	0,16	0,40	0,13	0,13
Fumador	60 (24,39)	0,70	0,68	0,93	0,22
Tipo de espondiloartritis					
Axial	62 (25,2)	ref	0,89	ref	0,77
Periférica	130 (52,85)	0,91	0,02	1,17	0,12
Axial y periférica	44 (17,89)	0,77	0,19	0,12	0,30
HLA-B27	89 (36,18)	-0,37	0,56	0,36	0,48
Uveítis	20 (8,13)	-0,79	0,18	0,31	0,73
Psoriasis	142 (57,72)	0,65	0,04	0,55	0,26
Psoriasis ungueal	106 (43,09)	0,35	0,27	0,60	0,21
Enfermedad inflamatoria intestinal	20 (8,13)	1,26	0,03	1,66	0,05
Antecedentes familiares	110 (44,72)	-0,03	0,94	-0,51	0,30
Enfermedad erosiva	78 (31,71)	1,05	0,01	1,12	0,08
Años hasta el diagnóstico	2 (7)	-0,37	0,03	-0,41	0,11
Años desde el primer síntoma extraarticular hasta el diagnóstico	21 (26)	0,74	0,00	0,96	0,01

La presencia de brotes se evaluó cada 6 meses durante todo el seguimiento. Se consideró **actividad persistente de SpA** si se cumplen dos o más criterios en dos visitas consecutivas:

- ASDAS > 2.1; DAPSA > 14; BASDAI > 4
- Examen físico con FABERE positivo, articulaciones hinchadas o entesis positivas.
- Resonancia magnética o ecografía que confirme inflamación activa.
- Cambio en la decisión de tratamiento: esteroides orales, infiltración o cambio de tratamiento con DMARD.
- La evaluación del médico indica que el paciente no se encuentra bien.

Se considera que hay **niveles persistentemente altos de PCR** si la PCR > 5 mg/L en dos visitas consecutivas, excluyendo otras causas de inflamación.

Tiempo de carga inflamatoria (años) = (N. de brotes persistentes o PCR alta / N. de evaluaciones) x Años de seguimiento total

Definición de actividad persistente de SpA y niveles persistentemente altos de PCR.

Conclusiones: El paciente con enfermedad inflamatoria erosiva y manifestaciones extraarticulares, por lo tanto, un paciente con alta complejidad, se asocia con una mayor carga de inflamación. Los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal estuvieron asociados con periodos más prolongados de elevada PCR. La asociación con la hipertensión podría deberse a la posibilidad de que periodos sostenidos de elevada PCR provoquen disfunción endotelial que favorezca el desarrollo de la hipertensión¹.

BIBLIOGRAFÍA

1. BMC Cardiovasc Disord. 2022;22(1):500.

P206. LA DURACIÓN DE LA ENFERMEDAD, LA EDAD Y LA INFLAMACIÓN PERSISTENTE COMO FACTORES PRONÓSTICOS PARA LAS LESIONES DEGENERATIVAS DE LA VÁLVULA AÓRTICA EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS

H. Sang Park¹, A. Laiz¹, P. Moya-Alvarado¹, A. García-Alija¹, A. Casals-Urquija¹, C. Díaz-Torné¹, L. Sainz¹, B. Magallares¹, I. Castellví¹, S. Fernández-Sánchez¹, J. Bernárdez Moreno¹, J.L. Tandaiapan^{1,2}, C. Pitarch², A. García Guillén², C. Marco Pascual², H. Codes¹, A. López-Ferrer³, L. Puig³ y H. Corominas^{1,2}

¹Servicio de Reumatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Universitat Autònoma de Barcelona. IIB Institut de Recerca. Barcelona. ²Servicio de Reumatología. Hospital Dos de Maig. Consorci Sanitari Integral. Barcelona. ³Servicio de Dermatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Universitat Autònoma de Barcelona. IIB Institut de Recerca. Barcelona.

Introducción: La edad, la calcificación y la carga inflamatoria pueden generar lesiones degenerativas en la válvula aórtica. Se describe que la dilatación de la raíz aórtica y la esclerosis severa de la válvula aórtica se observan con mayor frecuencia en pacientes con espondiloartritis (SpA) en comparación con la población de pacientes sin espondiloartritis¹.

Objetivos: Evaluar la asociación entre los años de evolución de la enfermedad, la edad y el tiempo total de inflamación persistente como factores pronósticos para la dilatación de la raíz aórtica y la esclerosis de la válvula aórtica. Identificar factores pronósticos y comorbilidades asociadas con la dilatación de la raíz aórtica y la esclerosis de la válvula aórtica en el contexto de la enfermedad.

Métodos: Estudio observacional ambispectivo en un hospital universitario terciario de referencia. La población elegible fueron

482 pacientes con espondiloartritis (SpA) que cumplían con los criterios de la ASAS que fueron visitados en una consulta monográfica entre julio de 2022 y agosto de 2023. Los criterios de inclusión fueron pacientes seguidos en nuestro centro desde el diagnóstico de la SpA que tuvieran disponible historia clínica completa. Se realizó una ecocardiografía en todos estos pacientes para detectar manifestaciones cardíacas relacionadas con la enfermedad, en caso de que no se hubiera realizado previamente. Los datos se recogieron de la base de datos electrónica y en papel. Los datos faltantes se recopilaron prospectivamente en las visitas sucesivas. Los resultados principales fueron el diámetro de la raíz aórtica ajustado por la superficie corporal y la presencia de esclerosis valvular medida por ecocardiografía. Las variables explicativas incluyeron el tiempo total aproximado de enfermedad activa (fig.), el tiempo desde el inicio de los síntomas y la edad. Se realizaron análisis de regresión logística y lineal univariante.

Resultados: Un total de 246 pacientes cumplían criterios de inclusión para el análisis. Las características basales de la población y los resultados de las regresiones con los resultados principales se resumen (tabla). La mediana del tiempo de seguimiento fue de 9 años. En cuanto a la dilatación de la raíz aórtica, se observó un aumento del riesgo tres veces mayor para el sexo masculino con significancia estadística. La edad, los años desde el primer síntoma articular hasta el diagnóstico de la espondiloartritis (SpA) y los años de evolución de la enfermedad mostraron una asociación significativa, pero no los años desde el primer síntoma extraarticular. En cuanto a la esclerosis valvular, se observó un aumento moderado a alto del riesgo para la hipertensión, dislipidemia, psoriasis, afectación periférica y enfermedad erosiva con significancia estadística. En cuanto a las variables relacionadas con el tiempo, solo los años desde el primer síntoma extraarticular mostraron una asociación estadísticamente significativa.

Conclusiones: El sexo masculino mostró una fuerte asociación con la dilatación de la raíz aórtica². No hubo asociación con la enfermedad axial. Los pacientes con una mayor carga de inflamación debido a la complejidad clínica (enfermedad erosiva y manifestaciones extraarticulares), así como aquellos con una mayor duración de la elevación persistente de la PCR, se asociaron con la esclerosis valvular.

BIBLIOGRAFÍA

1. Front Cardiovasc Med. 2021;8:719523.
2. J Am Soc Echocardiogr. 2023;36(10):1126.

Tabla P206

Variable	N (%) / mediana (RIC)	Coficiente (dilatación raíz aórtica)	p	OR (dilatación raíz aórtica)	p	OR (esclerosis valvular)	p
Género masculino	132 (53,66)	4,73	0,00	3,17	0,05	1,06	0,86
Edad	56,91 (20,79)	0,08	0,00	1,05	0,01	1,09	0,00
Tiempo de actividad persistente (años)	1,42 (2,1)	0,06	0,63	1,03	0,72	1,15	0,02
Tiempo de elevación persistente de la PCR (años)	1,01 (3,09)	0,06	0,47	0,96	0,61	1,13	0,01
Años desde el primer síntoma articular hasta el diagnóstico	2 (7)	0,08	0,01	1,06	0,01	1,00	0,89
Años desde el primer síntoma extraarticular	21 (26)	0,02	0,27	1,00	0,81	1,02	0,05
Años desde el primer síntoma articular	13 (14)	0,10	0,00	1,07	0,00	1,02	0,21
Años desde el primer síntoma (articular o extraarticular)	21 (26)	0,05	0,01	1,03	0,03	1,02	0,04
Años desde el diagnóstico	9 (9,5)	0,12	0,00	1,08	0,00	0,90	0,50
Hipertensión	84 (34,15)	1,69	0,01	1,09	0,86	2,32	0,01
Dislipidemia	111 (45,12)	0,92	0,11	1,70	0,28	2,04	0,03
Diabetes	22 (8,94)	0,16	0,87	1,00	1,00	2,23	0,10
No fumador	106 (43,0)	Ref	0,03	Ref	0,17	Ref	0,08
Exfumador	79 (32,11)	1,46	0,22	0,89	0,37	0,93	0,08
Fumador	60 (24,39)	0,89	0,43	0,58	0,46	1,03	0,46
Tipo de espondiloartritis							
Axial	62 (25,2)	Ref	0,56	Ref	0,95	Ref	0,78
Periférica	130 (52,8)	-0,52	0,56	0,52	0,81	1,04	0,78
Axial y periférica	44 (17,89)	-0,46	0,52	0,81	0,78	3,49	0,01
HLA-B27	89 (36,18)	1,22	0,05	1,88	0,24	0,67	0,25
Psoriasis	142 (57,72)	-0,54	0,38	1,46	0,48	2,09	0,04
Enfermedad inflamatoria intestinal	20 (8,13)	1,03	0,32	1,36	0,70	0,87	0,81
Antecedentes familiares	110 (44,72)	-0,26	0,66	0,70	0,22	0,67	0,22
Enfermedad erosiva	78 (31,71)	0,88	0,20	3,67	0,03	3,26	0,00

La presencia de brotes se evaluó cada 6 meses durante todo el seguimiento. Se consideró **actividad persistente de SpA** si se cumplen dos o más criterios en dos visitas consecutivas:

- ASDAS > 2.1; DAPSA > 14; BASDAI > 4
- Examen físico con FABERE positivo, articulaciones hinchadas o entesis positivas.
- Resonancia magnética o ecografía que confirme inflamación activa.
- Cambio en la decisión de tratamiento: esteroides orales, infiltración o cambio de tratamiento con DMARD.
- La evaluación del médico indica que el paciente no se encuentra bien.

Se considera que hay **niveles persistentemente altos de PCR** si la PCR > 5 mg/L en dos visitas consecutivas, excluyendo otras causas de inflamación.

Tiempo de carga inflamatoria (años) = (N. de brotes persistentes o PCR alta / N. de evaluaciones) x Años de seguimiento total

P206 Figura. Definición de actividad persistente de SpA y niveles persistentemente altos de PCR.

P207. PREVALENCIA DE OBESIDAD Y EVALUACIÓN DEL PERÍMETRO ABDOMINAL E ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS Y ARTROPATÍA PSORIÁSICA DE UN CENTRO HOSPITALARIO

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

Hospital General Universitario Santa Lucía. Murcia.

Introducción: Las espondiloartritis son enfermedades reumatológicas inflamatorias con características clínicas, radiológicas y terapéuticas comunes. La obesidad, una de las comorbilidades más frecuentes, produce un estado de inflamación crónica de bajo grado con la producción de mediadores inflamatorios como consecuencia del incremento del tejido adiposo. Un mayor índice de masa corporal (IMC) se relaciona con riesgo de desarrollar enfermedades reumatológicas^{1,2}. Estas enfermedades presentan una alta prevalencia de obesidad lo que puede condicionar una menor respuesta al tratamiento con terapias biológicas (TB)².

Objetivos: Como objetivo primario, evaluar el perímetro abdominal (PA) e IMC en una muestra de pacientes con espondiloartritis no artritis psoriásica (SPANp) y artritis psoriásica (APS), en tratamiento con TB, de un mismo centro hospitalario. Como objetivo secundario, evaluar la diferencia en el IMC y el PA entre pacientes de SPANp y APS en la muestra dividida por sexo.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico. La población incluida en el estudio fueron pacientes de la consulta de reumatología con diagnóstico de SPANp y APS, en tratamiento con TB. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, talla (m), masa corporal (kg) y perímetro abdominal (cm). Estas fueron recogidas en la consulta de enfermería mediante el uso de cinta antropométrica, tomando como referencia la zona del ombligo, para la obtención del PA y el cálculo del IMC, usando la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se realizó un análisis descriptivo de las variables analizadas en el estudio, incluyendo la media y desviación estándar (DE) de las variables cuantitativas continuas (PA e IMC). Se realizó un ANOVA de un factor para analizar las diferencias entre las variables. La significación estadística se fijó en $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron un total de 181 pacientes en este estudio, 84 eran hombres y 97 mujeres. Del total, 80 tenían diagnóstico de SPANp ($51,54 \pm 12,55$ años), mientras que 101 de APS ($52,77 \pm 12,08$ años). Tanto el PA como el IMC en pacientes con SPANp y APS fueron superiores a los valores recomendados por la OMS (56,9% con IMC categorizado como obesidad y 71,27% con riesgo alto en función

del PA). Los pacientes con APS presentaron valores más altos de IMC y PA con diferencias estadísticamente significativas al compararlos con SPANp. Al analizar las variables IMC y PA en ambos grupos respecto al sexo, hay diferencias significativas entre hombres, presentado mayor PA en APS (tabla).

Diferencias entre SPANp y APS respecto a IMC y PA dividida por sexos

N = 181	SPANp (n = 80)	APS (n = 101)	p
IMC (Kg/m ²)	30,26 ± 5,90	32,54 ± 6,24	0,014
PA (cm)	101,35 ± 13,20	106,88 ± 15,11	0,011
Hombres (n = 84)	n = 41	n = 43	
IMC (Kg/m ²)	29,93 ± 6,00	31,75 ± 5,20	0,141
PA (cm)	102,26 ± 13,33	108,93 ± 12,54	0,021
Mujeres (n = 97)	n = 39	n = 58	
IMC (Kg/m ²)	30,61 ± 5,85	33,12 ± 6,90	0,066
PA (cm)	100,38 ± 13,35	105,36 ± 16,70	0,123

IMC: índice de masa corporal, PA: perímetro abdominal. SPANp: espondiloartritis no artritis psoriásica. APS: artritis psoriásica.

Conclusiones: La obesidad es una comorbilidad muy prevalente en los pacientes con APS y SPANp. Los pacientes con APS presentan un mayor IMC y PA respecto a los pacientes con SPANp, encontrándose diferencias significativas en este estudio, coincidiendo con la literatura publicada. Sin embargo, al dividir la muestra por sexos, no se encontraron diferencias significativas en APS o SPANp en mujeres, mientras que los hombres con APS mostraron significativamente un PA mayor. Se necesitan más estudios para esclarecer la relación de la obesidad y el PA entre la APS y el resto de espondiloartritis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bhole VM, et al. Differences in body mass index among individuals with PsA, psoriasis, RA and the general population. *Rheumatology (Oxford)*. 2012;51(3):552-6.
2. Haque N, et al. Comorbidities Associated with Psoriatic Arthritis Compared with Non-psoriatic Spondyloarthritis: A Cross-sectional Study. *J Rheumatol*. 2016;43(2):376-82.

P208. MANEJO PRECONCEPCIONAL Y GESTACIÓN EN ESPONDILOARTROPATÍAS Y ARTRITIS PSORIÁSICA. RESULTADOS DE 10 AÑOS DE UNA CONSULTA DE EMBARAZO

Fernando Rengifo García¹, Antía García Fernández¹, Raquel Senosiain Echarte², Miguel Álvaro Navidad², Miguel A González-Gay¹ y Juan Antonio Martínez López¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid. ²Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

Introducción: La valoración preconcepcional en consultas específicas de gestación puede mejorar el desenlace de la gestación y el control de la enfermedad reumática.

Objetivos: Nuestro objetivo fue describir la evolución de las pacientes con Espondiloartritis inflamatoria (SPA) y artritis psoriásica (APso) durante el embarazo.

Métodos: estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de pacientes en seguimiento prospectivo en una consulta monográfica de embarazo de Reumatología en Madrid. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de SPA y APso, valoradas entre diciembre de 2012 y diciembre de 2022. Cada episodio de consulta con deseo genésico o seguimiento del embarazo fue incluido como caso. Las variables categóricas fueron descritas como proporción y/o porcentaje, las variables continuas como media y desviación estándar, y para comparar datos se utilizaron la prueba de chi².

Tabla 1. Características basales de la población

Población total, n	59
Edad en primera visita (años), media (DE)	34,8 (3,8)
Fumadoras, n (%)	3 (5,1)
Exfumadoras, n (%)	7 (11,9)
Índice de masa corporal (kg/m ²), media (DE)	24,3 (5,2)
Hipertensión arterial, n (%)	0 (0)
Diabetes mellitus, n (%)	0 (0)
Dislipemia, n (%)	0 (0)
No embarazada en primera visita, n (%)	36 (61)
Enfermedad asociada, n	
Espondiloartritis inflamatoria, n (%)	42 (71,2)
Artritis psoriásica, n (%)	17 (28,8)
Tiempo de evolución (años), media (DE)	10,9 (16,2)
Riesgo obstétrico	
Bajo, n (%)	9 (15,3)
Medio, n (%)	30 (50,8)
Alto, n (%)	20 (33,9)
Consejo preconcepcional	
Apta, n (%)	17 (47,2)
Ajuste terapéutico, n (%)	19 (52,8)
Embarazo, n (%)	46 (77,6)
Edad al embarazo (años), media (DE)	35 (3,8)
Fecundación <i>in vitro</i> , n (%)	7 (15,6)
Aborto, n (%)	1 (2,2)
Enfermedad activa al inicio del embarazo, n (%)	8 (17,8)
Brotos en el embarazo, n (%)	12 (26,7)
Tiempo brote, semana gestacional, media (DE)	19,4 (8,6)
Articular, n (%)	11 (91,7)
Ocular, n (%)	1 (8,7)
Tiempo parto, semana gestacional, media (DE)	39 (1,5)
Pretérmino, n (%)	2 (4,4)
Neonatos, n	44
Bajo peso, n (%)	4 (9,1)
Peso al nacer (gramos), media (DE)	3.234 (410)
No información, n (%)	8 (18,2)
Brotos posparto, n (%)	9 (20,9)
Tiempo brote posparto, meses, media (DE)	2,4 (1,5)

DE: desviación estándar.

Resultados: Se incluyeron 59 casos, 42 (71,2%) eran pacientes con SPA y 17 (28,8%) con APso. La edad media en la primera visita (PV) era de 34,8 (3,8) años, con 23 (39%) embarazadas. Las pacientes embarazadas en PV tenían un menor riesgo gestacional y solo 2 estaban en tratamiento biológico (TB), tras una valoración preconcepcional en una gestación previa. De las 36 (61%) no embarazadas, se realizó consejo preconcepcional siendo aptas 17 (47,2%) y precisando ajustes terapéuticos en 19 (52,8%). En 6 (10,2%) se suspendieron fármacos teratogénicos (una de ellas al conocer el test de embarazo positivo) y en 5 (13,9%) casos se inició un TB. La tasa de embarazo fue del 78%, con una edad media de 35 (3,8) años. Hubo 7 (15,2%) embarazos por fecundación *in vitro*, una interrupción voluntaria del embarazo por malformación fetal (1,7%) y 2 (4,4%) embarazos siguen en curso. Durante la gestación, hubo 12 (26,7%) brotes con una media de 19,4 (8,6) semanas de gestación (SG), siendo 11 (91,7%) articulares y 1 (8,3%) uveítis. 7 (58,3%) tratadas con glucocorticoides y en 1 (8,3%) caso se reinició la TB suspendida preconcepcionalmente. Se asociaron los brotes durante el embarazo a una enfermedad activa en la concepción [enfermedad activa en el embarazo 6/8 (75%), pacientes en remisión 6/37 (16,2%), $p = 0,002$]. De los 43 embarazos a término, 26 (60,5%) fueron partos eutócicos y 9 (20,9%) cesáreas con una media de 39 (1,5) SG. Hubo 2 (4,4%) partos pretérminos y 4 (9,1%) neonatos con

bajo peso, uno de ellos en un embarazo gemelar. Fue más frecuente el bajo peso en las gestantes con brotes [gestantes con brotes 3/9 (33,3%), gestantes sin brotes 1/29 (3,4%), $p = 0,011$] respecto a las gestantes sin brotes. Hubo 9 brotes posparto tras una media de 2,4 (1,5) meses. La estratificación del riesgo gestacional no se relacionó con presentar un desenlace adverso en el embarazo.

Tabla 2. Fármacos en primera visita y durante el embarazo

Fármacos en primera visita	59
Glucocorticoides, n (%)	7 (11,9)
FAME sintético convencional, n (%)	17 (28,8)
Metotrexato, n (%)	6 (35,3)
Sulfasalazina, n (%)	9 (52,9)
Mesalazina, n (%)	2 (11,8)
FAME biológico, n (%)	18 (30,5)
Adalimumab, n (%)	7 (38,9)
Etanercept, n (%)	3 (16,6)
Certolizumab, n (%)	7 (38,9)
Secukinumab, n (%)	1 (5,6)
Fármacos en el embarazo	45
Glucocorticoides, n (%)	7 (15,6)
FAME sintético convencional, n (%)	5 (11,1)
Hidroxicloroquina, n (%)	1 (20)
Sulfasalazina, n (%)	3 (60)
Mesalazina, n (%)	1 (20)
FAME biológico, n (%)	11 (24,4)
Adalimumab, n (%)	1 (8,3)
Certolizumab, n (%)	10 (91,7)

FAME: fármaco modificador de la enfermedad.

Conclusiones: La tasa de embarazo fue del 78% con 36 (61%) pacientes valoradas de forma preconcepcional. Hubo una baja tasa de parto pretérmino y bajo peso. La actividad de la enfermedad tanto preconcepcional como durante la gestación se relacionó con peores desenlaces, por ello la importancia de una planificación del embarazo en consulta específica, concepción en remisión con tratamiento compatible y un seguimiento estrecho tras la estratificación del riesgo gestacional.

P209. EL USO COMBINADO DE QRISK3 Y SCORE2 AUMENTA LA IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE CON ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR: RESULTADOS DE LA COHORTE DEL PROYECTO CARMA DESPUÉS DE 7,5 AÑOS DE SEGUIMIENTO

Jessica Polo y la Borda Chumpitaz^{1,2}, Santos Castañeda³, Fernando Sánchez-Alonso⁴, Zulema Plaza⁴, Carmen García-Gómez⁵, Iván Ferraz-Amaro^{6,7}, Celia Erasquin⁸, Ramón Valls-García⁹, María D. Fábregas¹⁰, Esmeralda Delgado-Frías⁶, Antonio J. Mas¹¹, Carlos González Juanatey^{12,13}, Javier Llorca¹⁴, Miguel A. González-Gay^{15,16} y el grupo colaborador del Proyecto CARMA

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Móstoles. ²IIS-Fundación Jiménez Díaz. Madrid. ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de La Princesa. IIS-Princesa. Madrid. ⁴Unidad de Investigación. Fundación Española de Reumatología. Madrid. ⁵Servicio de Reumatología. Consorci Sanitari de Terrassa. ⁶Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. ⁷Departamento de Medicina Interna. Universidad de La Laguna. Tenerife. ⁸Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ⁹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Palamós. ¹⁰Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Barbastro. ¹¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Son Llàtzer. Palma de Mallorca. ¹²Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo. ¹³Biodiscovery HULA-USC Group. Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela IDIS. Lugo. ¹⁴CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP) y Departamento de Ciencias Médicas y Quirúrgicas. Universidad de Cantabria (actualmente retirado). Santander. ¹⁵Servicio de Reumatología. IIS-Fundación Jiménez Díaz. Madrid. ¹⁶Departamento de Medicina y Psiquiatría. Universidad de Cantabria. Santander.

Introducción: Los pacientes con espondilitis anquilosante (EA) tienen un mayor riesgo cardiovascular (CV). El Systematic Coronary

Risk Evaluation (SCORE), se utiliza para estimar el riesgo CV. EULAR recomendó aplicar el SCORE modificado 2015/2016 (mSCORE) para las enfermedades reumáticas. Un nuevo modelo, SCORE2 se ha actualizado. El QRISK3, calcula el riesgo de evento CV mortal y no mortal a 10 años. Existe preocupación de que los índices desarrollados para la población general puedan subestimar el riesgo CV en pacientes con enfermedades reumáticas. Un estudio demostró que el QRISK3 fue superior al mSCORE para identificar a pacientes con AR con alto riesgo CV¹. Otro trabajo mostró que el uso combinado de QRISK3 y mSCORE permitió identificar a pacientes con AR y alto riesgo CV².

Objetivos: Establecer el valor predictivo del QRISK3 para identificar pacientes con EA con alto riesgo CV. Determinar si combinar el QRISK3 con otro algoritmo; SCORE, mSCORE o SCORE2 incrementa la identificación de pacientes con EA con alto riesgo CV.

Métodos: Se analizaron los datos de 684 pacientes con EA del proyecto CARDiovascular en ReuMATología (CARMA) sin antecedentes de eventos CV, seguidos durante 7,5 años. Los algoritmos de riesgo CV se calcularon retrospectivamente utilizando los datos basales. El análisis de supervivencia se realizó de dos formas: a) Consideramos suceso el compuesto de evento CV o muerte por cualquier causa. b) Consideramos suceso cualquier evento CV, con la muerte por cualquier causa no CV como riesgo competitivo. La capacidad discriminativa de la escala CV para identificar un suceso y la asociación de la escala con el evento CV, se estudiaron con la regresión de Cox. Los resultados del análisis de supervivencia se presentaron como *hazard ratios* (HR) con sus intervalos de confianza del 95% y valores de p de dos colas. Construimos siete modelos: y combinaciones del QRISK3 con una escala de la "familia SCORE". Se comparó los modelos obtenidos en cada análisis, estimando los criterios de información Akaike (AIC) y Bayesiano (BIC).

Resultados: Las cuatro escalas se asociaron con eventos CV: HR [1,05 (1,03, 1,07); 1,09 (1,06, 1,12); 1,06 (1,04, 1,08); y 1,15 (1,10, 1,19)] para QRISK3, SCORE, mSCORE y SCORE2, respectivamente. QRISK3 discriminó correctamente entre personas con menor y mayor riesgo, aunque el porcentaje de eventos acumulados en 7,5 años fue menor al predicho por QRISK3. SCORE discriminó correctamente entre personas con menor y mayor riesgo. Después de 7,5 años, el riesgo acumulado fue aproximadamente igual al porcentaje esperado de eventos. mSCORE mostró la misma capacidad de discriminación que SCORE, aunque el porcentaje de eventos predichos fue mayor que el porcentaje ocurrido. SCORE2 tuvo una fuerte capacidad de discriminación según el riesgo CV. En personas con SCORE2 = 5%, 10% o 15%, el porcentaje de eventos ocurridos a los 7,5 años fue aproximadamente el mismo que se predijo. La combinación de QRISK3 con otra escala mejoró el modelo. Esto fue especialmente cierto para la combinación de QRISK3 y SCORE2, con AIC (406,70) y BIC (415,66) más bajos; así este sería el mejor modelo predictivo.

Conclusiones: En pacientes con EA del CARMA, los cuatro algoritmos discriminaron con precisión a los pacientes con mayor y menor riesgo CV. Un modelo que incluye QRISK3 y SCORE2 combinó la mayor discriminación del QRISK3 con la mejor calibración del SCORE2.

BIBLIOGRAFÍA

1. Semin Arthritis Rheum. 2020;50(6):1333-8.
2. Rheumatology (Oxford). 2021;60(6):2801-7.

P210. INFLUENCIA DEL SEXO EN EL PERFIL PROTEÓMICO Y CLÍNICO DE PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL

Antonio Barranco Moyano¹, Iván Arias-de la Rosa¹, Laura Cuesta-López¹, María Lourdes Ladehesa-Pineda¹, Miriam Ruiz-Ponce¹, Mari Ángeles Puche-Larrubia¹, Carlos Pérez-Sánchez^{1,2,3}, María del Carmen Ábalos-Aguilera¹, Desirée Ruiz-Vilchez¹, Pedro Ortiz¹, Alejandro Escudero-Contreras¹, Eduardo Collantes-Estévez¹, Clementina López-Medina^{1,2} y Nuria Barbarroja^{1,2}

¹Servicio de Reumatología. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC)/Universidad de Córdoba/Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ²Cobiomic Bioscience S.L. Córdoba. ³Departamento de Biología Celular, Fisiología e Inmunología. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC)/Universidad de Córdoba/Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción: Entre los pacientes con espondiloartritis axial (EspAax) se han descrito algunas características diferenciales en función del sexo. Diferencias en el desarrollo y manifestaciones clínicas son evidentes; en los hombres hay mayor daño radiográfico respecto a las mujeres, las cuales presentan una mayor actividad inflamatoria y presencia de manifestaciones extraarticulares. Identificar las causas moleculares de estas diferencias clínicas es crucial para mejorar estrategias diagnósticas y terapéuticas.

Objetivos: 1) Analizar el perfil molecular específico entre hombres y mujeres con EspAax y, 2) evaluar la asociación de los posibles cambios moleculares asociados al sexo con los aspectos clínicos de la EspAax.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio transversal en 147 sujetos, que incluyó a 116 pacientes con EspAax y 31 donante sano (DS). Se examinó el daño estructural, evaluado mediante Stoke Ankylosing Spinal Score (mSASSS), la actividad de la enfermedad medida por el índice Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI) y el "Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score" (ASDAS-PCR). Se llevó a cabo el análisis del perfil proteómico de un panel de 92 proteínas en el suero de pacientes con EspAax utilizando la tecnología disruptiva de Olink Proteomics.

Resultados: De los 116 pacientes, 77 eran hombres y 39 mujeres. No se observaron diferencias significativas en la edad y duración de la enfermedad. Los hombres mostraron mayor mSASSS total, mientras que las mujeres exhibieron valores más altos de VSG, BASDAI y ASDAS-PCR. El análisis proteómico reveló alteraciones significativas en 28 proteínas, con 25 sobreexpresadas (MMP-3, tPA, MB, TRAP, TFPI, PLC, ST-2, MCP-1, Gal-4, FAS, CSTD, BLMhydrolase, PECAM-1, CD-93, PSPD, EPHB-4, IL1RT2, IL17RA, GDF-15, PI-3, CTSZ, CCL-16, APN, SELP y EGFR) y 3 reducidas (RETN, TR y TFF-3) en hombres en comparación con mujeres. En el análisis proteómico en DS se hallaron 9 proteínas significativamente alteradas compartidas con las encontradas en pacientes, indicando su asociación exclusivamente al sexo. A continuación, se realizó un estudio de asociación que exploró la relación entre las 19 proteínas alteradas restantes y variables clínicas. Pacientes con mayores niveles de mSASSS mostraron niveles más altos de FAS, TR y GDF-15 en hombres, y únicamente GDF-15 en mujeres. Respecto a los parámetros inflamatorios, reflejados en PCR y VSG, ambos parámetros se asociaron con mayores niveles de TFPI, PECAM-1 y RETN en hombres. La proteína TR se asoció con altos niveles de PCR y VSG en ambos sexos. CTSZ se asoció con PCR alta en hombres y mujeres, respectivamente. Por último, se halló asociación entre niveles altos de VSG con la proteína CTSZ en hombres y SELP en mujeres.

Conclusiones: 1) Los resultados de nuestro estudio indican que los hombres con EspAax presentan valores más altos de mSASSS que las mujeres a igualdad de tiempo de evolución, mientras que las mujeres muestran elevados índices de actividad de la enfermedad; 2) se observó la expresión diferencial de hasta 19 proteínas entre hombres y mujeres en la enfermedad, sin cambios significativos comparables en donantes sanos, sugiriendo la influencia de la enfermedad en esta alteración y 3) las proteínas identificadas, asociadas con características clínicas y analíticas de la enfermedad, apuntan a un posible papel en el desarrollo de la EspAax influenciado por el sexo.

P211. USO DE GUSELKUMAB A DOSIS ALTAS EN PACIENTES CON ARTROPATÍA PSORIÁSICA

Francisca Sivera-Mascaró¹, Juan José Lerma-Garrido², Rocío González-Molina³, María Teresa Pedraz-Penalva⁴, Manuel José Moreno-Ramos⁵, Carolina Peña-González⁶, María Paz Martínez-Vidal⁷, Antonio Álvarez-Cienfuegos⁸ y Àngels Martínez-Ferrer⁹

¹Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario Elda. ²Departamento de Medicina. Universidad Miguel Hernández. San Juan de Alicante. ³Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Valencia. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario Elda. ⁶Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. ⁷Servicio de Reumatología. Hospital de Sagunto. ⁸Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de San Juan de Alicante. ⁹Servicio de Reumatología. Hospital Vega Baja. Orihuela. ⁹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

Introducción: Aunque la dosis estándar del guselkumab para la artritis psoriásica es de 100 mg en la semana 0 y 4 seguido de una dosis cada 8 semanas, en pacientes con riesgo de daño articular elevado está autorizado el uso de 100 mg cada 4 semanas de mantenimiento. Actualmente existen pocos datos sobre el uso de estas dosis en práctica clínica.

Objetivos: Evaluar los patrones de uso, la efectividad y la seguridad del guselkumab (Tremfya®) a dosis mayores de 100 mg cada 8 semanas (dosis altas) en práctica clínica real.

Métodos: Se invitó a participar a 9 hospitales de la Comunidad Valenciana y Murcia con al menos un paciente candidato. Se seleccionaron todos los pacientes que estaban o habían estado en tratamiento con guselkumab a dosis altas (mayores de 100 mg cada 8 semanas). De cada paciente, se recabaron datos basales (demográficos, clínicos y de laboratorio), así como datos de efectividad y seguridad a las 12, 24 y 52 semanas. Se reportaron los motivos de discontinuación de la dosis de guselkumab (por suspensión del fármaco o por disminución de la dosis).

Resultados: Se identificaron 28 pacientes de 9 hospitales en tratamiento con guselkumab a dosis altas. La edad media era de 54,3 años (desviación estándar (DE) 9,8) al inicio del guselkumab a dosis altas; 14 eran hombres (54%). Respecto a la distribución de la enfermedad, 18 tenían afectación periférica exclusiva (78%) y 5 afectación mixta axial y periférica (22%); ningún paciente tenía afectación puramente axial. La duración media de la enfermedad era de 8,4 años (DE 5,8). Respecto a comorbilidades, 2 pacientes referían eventos cardiovasculares previos, 12 presentaban HTA, 12 dislipemia, 3 eran fumadores y 2 pacientes presentaban diabetes mellitus. El IMC medio era 29,5 (DE 4,9). Todos los pacientes habían recibido tratamiento previo con biológico (media biológicos previos 2,9 (DE 2)). 10 pacientes (36%) recibieron el guselkumab en combinación, la mayoría (70%) con metotrexato. 7 pacientes (25%) comenzaron el guselkumab directamente a dosis alta mientras que el resto comenzaron a dosis estándar (100 mg cada 8 semanas) y luego disminuyeron el intervalo tras una media de 11 meses. 27 pacientes recibieron guselkumab cada 4 semanas y solamente uno cada 6 semanas. 8 pacientes suspendieron el guselkumab a dosis alta; uno de ellos volvió a la dosis estándar (cada 8 semanas) por remisión y siete suspendieron el guselkumab por ineficacia. Ningún paciente suspendió el tratamiento por evento adverso. 21 continuaban con dosis altas en el momento de la recogida de datos. La duración media del tratamiento con guselkumab a dosis alta fue de 8,6 meses (DE 7,3). Basalmente, los pacientes presentaban un alto número de articulaciones tumefactas y dolorosas y una actividad media moderada medida por DAPSA (tabla). La evolución de diferentes medidas de desenlace para la actividad periférica de la APs se puede encontrar en la tabla 1, mostrando una mejoría progresiva en todos los

parámetros. Los pacientes con afectación axial no mostraron mejoras consistentes del BASDAI (basal 6,2 vs. 4,9 en sem12 vs. 7,1 en sem24). No se observaron brotes de uveítis durante el tratamiento.

Evolución de las medidas de desenlace en la APs en pacientes con afectación periférica o mixta

	Basal (n = 28)	Sem 12 (n = 21)	Sem 24 (n = 11)	Sem 52 (n = 4)
NAD68	7 (7,4)	3,1 (3,4)	3,2 (4,2)	2 (2,7)
NAT66	4,3 (6,2)	2,4 (3,6)	0,9 (0,9)	0,5 (0,6)
PCR (mg/dL)	6,5 (19,5)	4,5 (15,6)	0,8 (1,1)	0,7 (0,5)
EVA paciente	7,3 (1,2)	5,5 (2,1)	4,4 (1,9)	3 (0,8)
EVA dolor	7,3 (1,3)	5,3 (2,6)	4,5 (1,8)	2,8 (0,5)
DAPSA	23,8 (8,9)	18,2 (8,4)	14 (7,8)	8,9 (2,3)

*NAD68: número de articulaciones dolorosas sobre 68; NAT66: número de articulaciones tumefactas sobre 66; PCR: proteína C reactiva; EVA: escala visual analógica; DAPSA: disease activity in psoriatic arthritis.

Conclusiones: El guselkumab a dosis altas se utiliza en pacientes con APs refractarios a otros tratamientos biológicos con actividad alta o moderada, sobre todo periférica. En este número limitado de pacientes ha mostrado una eficacia en el control de la actividad periférica, sin alertas de seguridad relevantes.

P212. UVEÍTIS EN ESPONDILOARTRITIS AXIAL: ESTUDIO DE 309 PACIENTES EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

L. Martín de la Sierra López¹, L. Sánchez-Bilbao², J. Rueda-Gotor³, V. Calvo-Río², A. Egea-Fuentes⁴, A. Herrero-Morant², I. González-Mazón², J. Muñoz-Rodríguez⁵ y R. Blanco²

¹Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Ciudad Real. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ³Servicio de Reumatología. Hospital de Sierrallana. Torrelavega. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. ⁵Unidad de Investigación Traslacional de la Gerencia de Atención Integrada de Ciudad Real.

Introducción: La uveítis es una de las manifestaciones extraarticulares más frecuentes de la Espondiloartritis axial (EspA-ax), concretamente la uveítis anterior. Los efectos de la terapia biológica en uveítis asociada a EspA-ax son poco conocidos.

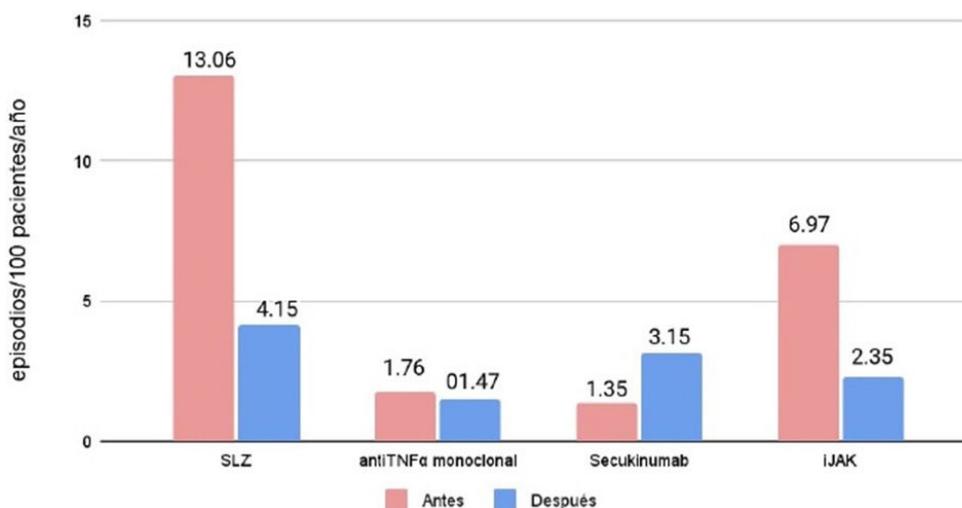
Objetivos: Evaluar en la EspA-ax a) la frecuencia de uveítis y las características clínicas; b) su asociación con la actividad de la EspA, el impacto de la enfermedad y la discapacidad funcional, c) la eficacia de los fármacos sintéticos modificadores de la enfermedad y la terapia biológica y, d) la frecuencia de la patología ocular de superficie.

Métodos: Estudio longitudinal retrospectivo de una cohorte de 309 pacientes no seleccionados con EspA-ax clasificados según los criterios de la Assessment of SpondyloArthritis International Society. Todos los pacientes fueron diagnosticados y tratados de manera uniforme en un único hospital universitario. La uveítis fue diagnosticada por un oftalmólogo. Se recogieron datos sociodemográficos, características clínicas, actividad de la enfermedad y tratamientos. La incidencia de uveítis se calculó antes y después del inicio de los tratamientos, y se notificó como tasa de incidencia ajustada a la exposición (EAIR) por 100 pacientes-año de exposición a fármacos biológicos.

Resultados: Se observó uveítis en 50 pacientes (21 mujeres/29 hombres) de un total de 309 (16,2%) y patología ocular de superficie en 8 (2,7%). Las características demográficas y clínicas de los pacientes que desarrollaron patología ocular, específicamente uveítis, y de los que no la desarrollaron se resumen en la tabla 1. La uveítis fue aguda en todos los casos, anterior (98%), unilateral (72%), unilateral alternante (28%) y recurrente (70%). La patología ocular de superficie fue epiescleritis (75%), escleritis (12,5%) y úlcera corneal (12,5%). Los pacientes con uveítis presentaban una mayor frecuencia de HLA-B27 positivo (88 vs. 59,5%, p < 0,001) y sacroilitis grave (56 vs. 40,2%, p = 0,03) que

	Total (n=309)	Patología ocular (n=55)	Sin patología ocular (n=254)	p-valor	Uveítis (n=50)	Sin uveítis (n=259)	p-valor
Edad (años), media±DE	53.17±11.66	53.37±10.24	53.12±11.98	0.72	53.63±10.51	53.07±11.90	0.56
Sexo (mujeres/hombres), n (% de mujeres)	127/182 (41.1)	24/31 (43.6)	103/151 (40.6%)	0.67	21/29 (42)	106/153 (40.9)	0.88
Diagnóstico (EspA-ax-Rx/EspA-ax-no Rx), n (% de EspA-ax-r)	227/81 (73.5)	46/9 (83.6)	181/72 (71.3)	0.05	42/8 (84)	185/73 (71.4)	0.06
HLA-B27 positivo	197 (64)	46 (83.6)	151 (59.7)	0.001	44 (88)	153 (59.3)	<0.001
Dolor lumbar inflamatorio	291 (96.7)	54 (98.2)	237 (96.3)	0.49	49 (98)	242 (96.4)	0.56
Artritis periférica	106 (34.3)	18 (32.7)	88 (34.6)	0.78	16 (32)	90 (34.7)	0.70
Entesitis	122 (39.5)	18 (32.7)	104 (40.9)	0.25	16 (32)	106 (40.9)	0.23
Dactilitis	17 (5.5)	3 (5.5)	14 (5.5)	0.98	3 (6)	14 (5.4)	0.86
Afectación de caderas	21 (6.8)	5 (9.1)	16 (6.3)	0.55	4 (8)	17 (6.6)	0.75
Psoriasis	38 (12.3)	6 (10.9)	32 (12.6)	0.72	6 (12)	32 (12.4)	0.94
Enfermedad Inflamatoria Intestinal	26 (8.4)	5 (9.1)	21 (8.3)	0.84	4 (8)	22 (8.5)	0.90
Patología ocular de superficie	8 (2.6)	8 (14.5)	0 (0)	0.00	3 (6)	5 (2)	0.10
VSG al diagnóstico, (mm/1 h), media±DE	14.95±16.85	14.60±13.31	15.02±17.50	0.46	14.78±13.29	14.98±17.43	0.34
PCR al diagnóstico, (mg/L), media±DE	8.65±15.11	5.73±6.51	9.29±16.33	0.18	5.88±6.55	9.19±16.21	0.35
BASDAI, media±DE	3.67±2.13	3.42±2.27	3.72±2.10	0.39	3.51±2.25	3.70±2.11	0.64
ASDAS, media±DE	2.28±0.97	2.09±0.97	2.32±0.97	0.22	2.13±0.93	2.31±0.98	0.38
Sacroiliitis severa (grado 3,4), n(%)	132 (42.7)	30 (54.5)	102 (40.2)	0.05	28 (56)	104 (40.2)	0.03
Sacroiliitis asimétrica, n(%)	50 (16.2)	5 (9.1)	45 (17.7)	0.11	4 (8)	46 (17.8)	0.08
Sacroiliitis RM (criterios ASAS) (n%)	148 (47.9)	23 (41.8)	125 (51)	0.21	19 (38)	129 (51.6)	0.07

Características generales de 309 pacientes con espondiloartritis axial y diferencias entre pacientes con y sin patología ocular y uveítis.



Tasa de incidencia de uveítis ajustada a la exposición antes y después de la terapia biológica.

los pacientes sin uveítis. Los índices de actividad (BASDAI, ASDAS) fueron similares independientemente de la afectación ocular. Se utilizaron FAME biológicos en 24 (48%) pacientes con uveítis; 22(44%) de ellos recibieron anticuerpos monoclonales anti-TNFα, etanercept (ETN) 4 (2%), secukinumab (SECU) 12 (24%) e inhibidores de JAK (iJAK) 7 (14%). El EAIR de uveítis antes del tratamiento con sulfasalazina (SLZ) fue de 13,06 episodios/100 pacientes-año, con anti-TNFα monoclonal 1,76 episodios/100 pacientes-año, con SECU 1,35 episo-

dios/100 pacientes/año y con JAKi 6,97 episodios/100 pacientes/año. Tras el tratamiento, los pacientes tratados con SLZ, anti-TNFα monoclonal y iJAK desarrollaron 4,15, 1,47 y 2,35 episodios/100 pacientes/año, respectivamente, mientras que en los tratados con SECU fue de 3,15 episodios/100 pacientes/año.

Conclusiones: La uveítis se observó en el 16,2% de los EspA-ax, mientras que la patología ocular de superficie en el 2,7%. La mayoría de los pacientes con uveítis tenían HLA-B27 positivo y en radiografía fue

más frecuente la sacroilitis grave. El patrón más frecuente de uveítis observado en la EspA-ax fue agudo, anterior y unilateral. La tasa de incidencia ajustada por exposición de uveítis disminuyó con SLZ, anticuerpos monoclonales anti-TNF α y iJAK, y aumentó con SECU.

BIBLIOGRAFÍA

1. Deodhar AA, et al. *ACR Open Rheumatol*. 2020; 2:294-9.
2. Bechman, K. et al. *Arthritis Rheumatol*. 2023. doi:10.1002/art.42788.
3. Lindström U, et al. *Ann Rheum Dis*. 2021;80:1445-52.

P213. EXPERIENCIA DE LA APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DE HIJOS DE MADRES CON PATOLOGÍA AUTOINMUNE O POSITIVIDAD DE ANTICUERPOS ANTI-RO/LA/RNP DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA EN UNA UNIDAD DE REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA (RESULTADOS DE 4 AÑOS)

Estefanía Moreno Ruzafa, Mireia López Corbeto, Andrea Pluma Sanjurjo y Rafael Touriño García

Hospital Campus Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción: Las enfermedades reumáticas inflamatorias y autoinmunes afectan especialmente a mujeres en edad fértil. Estas enfermedades pueden interferir en el desarrollo normal del embarazo, del feto y en los primeros meses de vida del neonato. En general, se recomienda que la gestación se inicie cuando la enfermedad materna se encuentre en remisión o baja actividad. En nuestro centro disponemos de una Unidad de embarazo en pacientes con enfermedades reumáticas integrada por reumatología, ginecología y neonatología. Desde neonatología en conjunto con reumatología se estableció un protocolo de actuación y seguimiento de los hijos de este grupo de pacientes. En este protocolo se establece la valoración de los bebés en la unidad de reumatología pediátrica antes del mes de vida, y el examen por parte de cardiología pediátrica en los casos que así esté indicado (Anti-Ro +, Anti-La+, Anti-U1RNP+) hasta el año de vida.

Métodos: Se recogieron las características de la enfermedad materna, los tratamientos administrados durante la gestación, las complicaciones de embarazos previos, y las características inmunológicas de las madres. Hasta el momento actual se han recogido datos de un total de 71 hijos de 67 madres con enfermedad reumática o detección de anti-Ro+ (4 embarazos gemelares). De las 67 madres, 22 habían tenido incidencias con embarazos anteriores: 66,6% abortos espontáneos, 16,66% muertes fetales, 3,33% preeclampsia y 13,33% nacimientos pretérmino.

Resultados: En cuanto a los embarazos actuales, 24 de los 67 embarazos presentaron alguna complicación. 17 de los hijos nacieron pretérmino (27-36 semanas de gestación). 5 de las madres presentaron preeclampsia. De los 71 bebés valorados en la consulta de reumatología pediátrica, 26 eran hijos de madre con anticuerpos anti-Ro+, 4 presentaron un lupus neonatal con afectación cutánea, 2 presentaron petequias al nacimiento con plaquetopenia autoinmune resuelta de forma espontánea. 2/26 presentaron un bloqueo auriculoventricular (BAV) que requirió colocación de marcapasos, estas madres no recibieron tratamiento con hidroxycloquina durante la gestación. Por lo tanto, 8/26 hijos nacidos de madres con anticuerpos anti-Ro+ hicieron alguna alteración relacionada con estos al nacimiento. De estos solo 2/8 madres recibieron tratamiento con hidroxycloquina durante la gestación (un bebé presentó lesiones de lupus neonatal y otro plaquetopenia con neutropenia). 18/26 hijos nacidos de madres con anticuerpos anti-Ro+ no presentaron ninguna alteración. 14/18 madres habían recibido tratamiento con hidroxycloquina durante la gestación. Ninguno de los bebés presentó infecciones que pudieran asociarse al tratamiento realizado por la madre durante la gestación.

Conclusiones: Las enfermedades reumáticas afectan frecuentemente a mujeres jóvenes en edad fértil. El control de la enfermedad es de especial importancia para el normal desarrollo del embarazo.

Igualmente, se deben conocer los efectos que puedan tener los diferentes tratamientos utilizados en la gestación y en el normal desarrollo del feto. De las madres con anti-Ro+, 4/26 bebés presentaron un lupus neonatal con afectación cutánea, 2/26 presentaron plaquetopenia autoinmune y 2/26 presentó un BAV que requirió la colocación de un marcapasos. 14 de estas 26 madres recibieron tratamiento con hidroxycloquina durante la gestación y solo dos de sus hijos presentaron alteraciones relacionadas con estos anticuerpos al nacimiento, que fueron leves y transitorias.

P214. EL TIEMPO Y EL TRATAMIENTO SON FACTORES CLAVE EN EL DESARROLLO DE UVEÍTIS EN LA ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL

Helena María Amar Muñoz¹, Daniel Clemente², Alina Boteanu³, Antía García Fernández⁴, Lucía Ibares⁵, Isabel Valls⁶, Juan Carlos López Robledillo², Indalecio Monteagudo¹ y Juan Carlos Nieto-González¹

¹*Reumatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.* ²*Reumatología. Hospital Universitario Infantil Niño Jesús. Madrid.* ³*Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.* ⁴*Reumatología. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid.* ⁵*Oftalmología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.* ⁶*Oftalmología. Hospital Universitario Infantil Niño Jesús. Madrid.*

Introducción: La artritis idiopática juvenil (AIJ) representa la enfermedad inflamatoria más vinculada a las uveítis pediátricas, siendo la uveítis asociada a AIJ su manifestación extraarticular más común (10-30%)¹. La mayoría de los pacientes con AIJ desarrollarán uveítis en los primeros cuatro años desde el inicio de la artritis². Se aconseja una pauta de cribado según factores de riesgo. La evidencia respalda la introducción temprana de fármacos inmunosupresores sistémicos como metotrexato y adalimumab con el fin de controlar la inflamación intraocular y evitar las complicaciones asociadas³.

Objetivos: Los objetivos del estudio son analizar los factores asociados con el desarrollo de uveítis.

Métodos: Realizamos un estudio retrospectivo, longitudinal y multicéntrico. Se seleccionaron pacientes con uveítis no infecciosa asociada a AIJ de una cohorte multicéntrica. Se analizó el tiempo en el que la uveítis debutó, así como la presencia de complicaciones asociadas. Factores de riesgo conocidos (edad, sexo, anticuerpos antinucleares (ANA), subgrupo de AIJ según la clasificación ILAR) han sido examinados. Además, se evaluó el tratamiento (fármacos inmunosupresores sistémicos) que recibían los pacientes con AIJ cuando desarrollaron la uveítis junto con la duración del mismo.

Resultados: De un total de 404 pacientes con AIJ, incluimos 77 (19%) que asociaban el diagnóstico de uveítis (75% uveítis crónica anterior), de los cuales un 18,2% experimentaron secuelas oftalmológicas. 72 presentaron antes la artritis (54,5% AIJ oligoarticular persistente), en su mayoría niñas (73%), con ANA positivos (61%). El 37,5% desarrolló uveítis en los primeros 12 meses desde el diagnóstico (fig. 1) con una mediana de tiempo hasta uveítis de 1,6 años. Recibieron metotrexato 74 pacientes, con una mediana de tiempo de 3 años. En el primer brote de uveítis, 24 pacientes estaban siendo tratados con metotrexato y 6 con etanercept (fig. 2). Entre los pacientes que suspendieron metotrexato antes del desarrollo de la uveítis, la mediana de tiempo hasta su aparición fue de 1,7 años.

Conclusiones: Nuestro estudio confirma que la uveítis se desarrolla en los primeros años desde el diagnóstico de AIJ, pero el riesgo de aparición continua a lo largo de la evolución de la enfermedad. Más de la mitad de los pacientes desarrollaron uveítis mientras no estaban recibiendo tratamiento sistémico. Observamos que aquellos que estaban recibiendo metotrexato en monoterapia tenían una mayor frecuencia de uveítis en comparación con otros tratamientos.

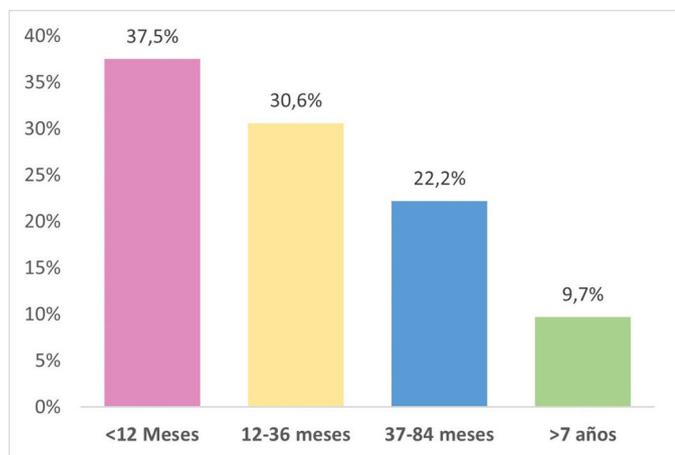


Figura 1. Tiempo hasta el primer episodio de uveítis desde el diagnóstico de ALJ.

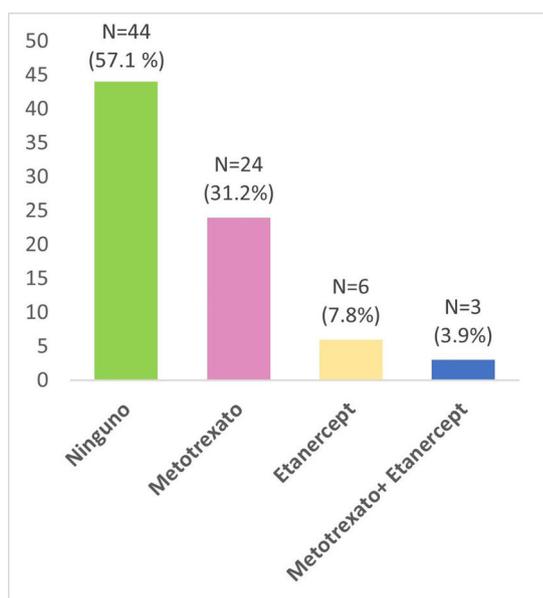


Figura 2. Tratamiento cuando debutó el primer episodio de uveítis.

BIBLIOGRAFÍA

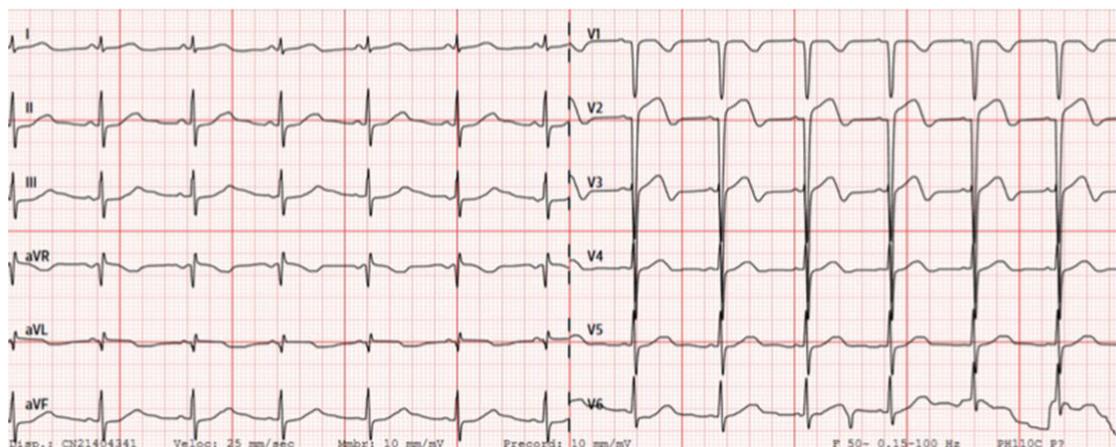
1. Clarke SL, et al. *Pediatr Rheumatol Online J.* 2016.
2. Heiligenhaus A, et al. *Ocul Immunol Inflamm.* 2013.
3. Ramanan AV, et al. *N Engl J Med.* 2017.

P215. LUPUS PEDIÁTRICO CON COMPLICACIÓN ATÍPICA GRAVE

Estefanía Pardo Campo¹, Paula Álvarez Peñalba¹, Pablo González del Pozo¹, Stefani Burger¹, Ignacio Braña Abascal¹, Marta Loredo¹, Sara Alonso Castro¹, Sara Murias Loza², Julián Rodríguez², Rubén Queiro Silva¹ y Mercedes Alperi López¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Historia previa: Niña de 12 años, natural de Ecuador, con antecedentes de hipotiroidismo que en mayo de 2022 comienza con clínica de artralgias, amenorrea y alopecia acompañadas de lesiones eritemato-violáceas en ambas manos y pies, con biopsia compatible con Lupus cutáneo crónico. Analíticamente destaca un ANA+ 1/2.560 patrón moteado, anti-SM+, anti-DNA+ 104 U/ml e hipocomplementemia con orina normal. Con todo ello, la paciente es diagnosticada de Lupus eritematoso sistémico según criterios SLLICC 2012. Se amplían estudios, realizándose una capilaroscopia con hallazgos de megacapilares y un ecocardiograma normal. Además se inicia tratamiento con metotrexato 10 mg semanales junto con hidroxycloroquina 200 mg diarios. En septiembre de 2022 acude a urgencias en 3 ocasiones por dolor torácico precordial asociado a clínica vagal, refiere estar tomando 3 veces la dosis pautada de anti-tiroideos por lo que ante sospecha de vasoespasmó dada la sobredosificación se ingresa y se realiza un electrocardiograma (fig. 1) visualizándose elevación de ST en V2-V3 asociada a alteraciones de la repolarización, así como elevación de troponinas. Se solicita un ecocardiograma urgente (fig. 2) visualizándose hipoquinesia apical y un gran aneurisma en tronco común izquierdo (TCI) con una FEVI conservada. Se amplía a angioTC y coronariografía (fig. 3) confirmándose permeabilidad de coronaria derecha (CD), con obstrucción total de descendente anterior junto con dilatación aneurismática además de circulación colateral. Tenemos, por tanto, una paciente con LES conocido, clínica de dolor torácico con hallazgos confirmados de obstrucción de descendente anterior, aneurismas en TCI y un SCACEST secundario. Durante el ingreso presenta actividad lúpica clínica y analítica y mantiene positividad de ANAs, anti-Sm y antiribosomal-P. Se realiza eco-doppler de rastreo corporal, sin encontrar signos de trombosis. Se decide manejo multidisciplinar, realizándose *bypass* coronario con arteria mamaria interna izquierda (AMII), se instaura corticoterapia intensiva, a dosis de 2 mg/kg/día en pauta. descendente. Además de ácido acetilsalicílico, betabloqueante, estatina y anticoagulación oral a dosis terapéuticas. Se sustituye el metotrexato por micofenolato mofetilo 500 mg/12 h. Actualmente la paciente mantiene una muy buena evolución desde el punto de vista cardiológico y reumatológico, ya sin prednisona. No ha desarrollado por el momento actividad renal. La presencia de afectación cardíaca en LES pediátrico es de aproximadamente 30-40%. La más conocida es la relación entre IgG antiRo/Ssa



P215 Figura 1. Electrocardiograma con elevación de ST en V2-V3 asociada a alteraciones de la repolarización, con ondas T negativas V1-V2 y bifásica V3.

materno y el bloqueo cardíaco congénito en el lupus neonatal. Dentro de las afectaciones más características destacan la pericarditis, en menor medida las miocarditis, endocarditis y lesiones valvulares tipo Libman-Sacks. Se conoce que la presentación del lupus pediátrico es más agresiva que en población adulta. La enfermedad coronaria, así como el IAM es extremadamente raro en pacientes con LESp. En niños es habitual el diagnóstico tardío a pesar de clínica anginosa, puesto que puede generar confusión con otras afecciones más comunes, por lo que no podemos olvidarnos de estas complicaciones que aun siendo infrecuentes comprometen la vida del paciente. Se recomienda control de factores de riesgo cardiovascular y la realización de ecocardiografía periódica. Aunque no se ha demostrado eficacia de instauración de tratamientos preventivos.

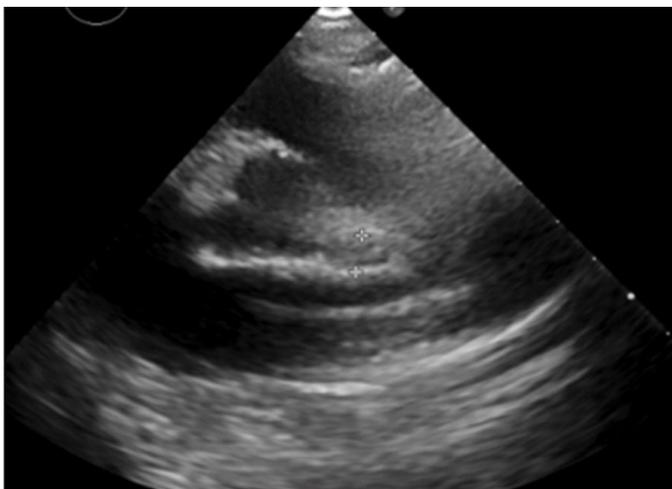


Figura 2. Ecocardiograma. Aneurisma 7 mm en TCl.



Figura 3. Imagen de coronariografía con permeabilidad de CD, con obstrucción de descendente anterior (no visible en trayecto) junto con dilatación aneurismática y circulación colateral.

P216. PATOLOGÍA OCULAR NO INFECCIOSA EN UNA UNIDAD DE REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA DE RECIENTE COMIENZO

Estefanía Pardo Campo¹, Pablo González del Pozo¹, Norma Callejas¹, Paula Álvarez Peñalba¹, Stefani Burger¹, Ignacio Braña Abascal¹, Marta Loredó¹, Sara Alonso Castro¹, Sara Murias Loza^{2,5}, Julián Rodríguez^{2,4}, Paloma Rozas^{3,4}, Carmen Costales^{3,4}, Rubén Queiro Silva¹ y Mercedes Alperi López¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Pediatría; ³Servicio de Oftalmología pediátrica; ⁴Unidad de Reumatología Pediátrica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción: La patología ocular inflamatoria es frecuente que acompañe a las enfermedades autoinmunes sistémicas, pero se puede presentar de forma aislada sin otra manifestación clínica. La más conocida es la uveítis asociada a artritis idiopática juvenil (AIJ) por ser la manifestación extraarticular, sin olvidar que existen otras entidades reumáticas que causan afectación ocular.

Objetivos: Analizar la frecuencia y características de los pacientes diagnosticados de patología ocular no infecciosa asociada o no a AIJ, en una cohorte de pacientes seguidos en la Unidad de Reumatología Pediátrica del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).

Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional que incluye pacientes pediátricos diagnosticados de patología ocular no infecciosa (con/sin AIJ) en seguimiento por la Unidad de Reumatología Pediátrica del HUCA desde octubre de 2020 hasta diciembre de 2023. El análisis de grupos se realizó mediante análisis de chi cuadrado (χ^2) para variables categóricas, y prueba t de Student o ANOVA para variables cuantitativas con distribución normal; o las correspondientes pruebas no paramétricas si no se cumplía esta condición. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 23 pacientes, 17 (70,8%) mujeres. Siendo 21 diagnosticados de cualquier tipo de uveítis (16 uveítis anterior, 1 uveítis intermedia, 1 uveítis posterior, 3 panuveítis), 9 uveítis asociadas a AIJ. Los pacientes con uveítis no asociada a AIJ fueron 12, de los cuales 8 uveítis fueron idiopáticas (3 asociadas a HLA B27, 2 asociada a ANA +, 1 granulomatosa idiopática, 1 *pars planitis*, 1 idiopática pura). Los otros 4 pacientes fueron; 2 origen autoinflamatorio (síndrome Blau y sarcoidosis de inicio precoz, ambas granulomatosas), 1 paraneoplásico (linfoma), 1 pseudotumor orbitario. 3 pacientes desarrollaron afectación ocular en forma de escleritis nodular (1) y epiescleritis (2). La mediana de edad en el último seguimiento fue de 8 años (rango 2-18). La edad media de inicio de la AIJ fue de 4,7 años, con una mediana de 2 (rango 0,5-15). De los 9 pacientes con uveítis asociadas a AIJ el 100% presentaban ANA +. En la última visita de seguimiento, de los 24 pacientes, el 70,8% (17) se encontraban a tratamiento biológico y el 62,5% (15) a tratamiento con metotrexato (MTX). El 58,3% (14) de los pacientes ha recibido corticoterapia sistémica en algún momento de la evolución.

Conclusiones: La patología ocular no infecciosa en las consultas de reumatología pediátrica abarca un amplio abanico de entidades más allá de la uveítis asociada a AIJ. La instauración precoz y dirigida de tratamientos biológicos ha supuesto una revolución en enfermedades inflamatorias de difícil control, entre ellas la uveítis. El manejo multidisciplinar entre Reumatología Pediátrica y Oftalmología, es fundamental para un diagnóstico precoz y seguimiento estrecho.

P217. REMISIÓN DE LA ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL ASOCIADA A ANTI-MDA5 EN 3 PACIENTES CON DERMATOMIOSITIS JUVENIL

Estíbaliz Iglesias Jiménez¹, Emili Inarejos², Jordi Costa³, Manoel Muñiz⁴, Marta Medrano⁵, Sonia Carriquí¹, Elisabet Poyatos⁶, Anna Mensa-Vilaro⁷ y Jordi Antón¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat. ²Diagnóstico por la Imagen. Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat. ³Servicio de Neumología. Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat. ⁴Reumatología pediátrica. Hospital Universitario de León. ⁵Reumatología pediátrica. Hospital Miguel Servet. Zaragoza. ⁶Servicio de Laboratorio. Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat. ⁷Servicio de Inmunología Hospital Clínic. Barcelona.

Introducción: La dermatomiositis juvenil (DMJ) es la miopatía inflamatoria crónica más frecuente en pediatría, una vasculopatía

sistémica que afecta predominantemente a la piel y al músculo esquelético, pero que puede potencialmente afectar a otros órganos. La positividad frente a un determinado anticuerpo específico de miositis define el fenotipo del paciente. La enfermedad pulmonar asociada a anti-MDA5 es, en el momento actual, una de las presentaciones asociadas a peor pronóstico.

Objetivos: Describir las características clínicas, analíticas y radiológicas de nuestra serie de pacientes con enfermedad pulmonar asociada a anti-MDA5 que han alcanzado la remisión de la enfermedad.

Métodos: Revisión retrospectiva de historia clínica.

Resultados: El 54,5% de nuestros pacientes con DMJ anti-MDA5+ presentaron enfermedad pulmonar intersticial (6/11). Todos los pacientes con afectación pulmonar continúan en tratamiento inmunosupresor en el momento actual. Tres de los 6 pacientes alcanzaron la remisión de la enfermedad, los otros 3 se encuentran en fase inicial de tratamiento, pendiente de evolución. La tabla 1 muestra las características clínicas de los pacientes al debut de la enfermedad. La tabla 2, el patrón de espirometría, el título de anti-MDA5 y el valor de la firma de interferón al diagnóstico y remisión de la enfermedad. Las imágenes de TACAR muestran las características radiológicas de los pacientes con la completa resolución de las lesiones.

Tabla 1

	Pcte 1	Pcte 2	Pcte 3
Edad debut (años)	5,32	11,51	4,46
Sexo	F	F	F
Tº enf al dco (días)	43	14	104
Gottron	Sí	Sí	Sí
Heliotropo	Sí	Sí	Sí
Úlceras cutáneas	No	Sí	Sí
Calcinosis	No	No	No
CMAS	51/52	no disponible	no disponible
CK (UI/L; ref 64-288)	55	24	18
Aldolasa (UI/L; ref 1,2-8,8)	9,2	12,2	12,7
GOT (UI/L; ref 2-38)	100	40	99
GPT (UI/L; ref 2-30)	120	106	83
LDH (UI/L; ref < 446)	731	279	875
Ro52	Pos débil (17)*	Pos débil (24)*	Negativo
Anti-PM/Scl	Negativo	Pos débil (25)*	Negativo
Anti-U1RNP	Negativo	Negativo	Negativo
Afectación cardiológica	No	No	No
Alteración deglución	No	No	No
SAM	No	No	No
Resonancia magnética			
Edema muscular	Sí	Sí	Sí
Afectación TCS	Sí	Sí	Sí
Inflamación fascia	Sí	Sí	No
Capilaroscopia			
Megacapilares	Sí	No	No realizada
Hemorragias	No	No	No
Disminución densidad capilar	Sí	No	No
Tiempo hasta inicio de tto IS (días)	43	125	118
Tº DMJ hasta dco ILD (meses)	67,47	3,57	3,60
Tiempo de seguimiento (años)	9,36	2,59	2,69

Tabla P217

Tabla 2

	PFR-DLCO		antiMDA5*		Firma IFN 28g		Firma IFN 6g	
	Dco ILD	Rem ILD	Dco ILD	Rem ILD	Dco ILD	Rem ILD	Dco ILD	Rem ILD
Pcte 1	FVC: 113 FEV1: 102 FEV1/FVC: 80 DLCO: normal	FVC: 106 FEV1: 104 FEV1/FVC: 87 DLCO: normal	31	9 (neg)	3,22	-0,39	3,89	-0,17
Pcte 2	FVC: 73 FEV1: 66 FEV1/FVC: 80 DLCO: normal	FVC: 71 FEV1: 64 FEV1/FVC: 81 DLCO: normal	Pos débil	4 (neg)	nd	-0,6	nd	-0,6
Pcte 3	FVC: 86 FEV1: 82 FEV1/FVC: 91 DLCO: nd	FVC: 105 FEV1: 105 FEV1/FVC: 91 DLCO: normal	46,3	4,4 (neg)	12,9	-0,46	18,53	-0,43

Conclusiones: La enfermedad pulmonar asociada a anti-MDA5 condiciona el tratamiento inmunosupresor inicial en los pacientes con DMJ. A pesar de tratarse de una complicación grave, un tratamiento inmunosupresor adecuado permite alcanzar la remisión de la enfermedad.

P218. EXPERIENCIA DEL TRATAMIENTO CON ZOLEDRONATO ENDOVENOSO EN UNA COHORTE DE PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS PEDIÁTRICOS CON COMORBILIDAD ÓSEA

Júlia Torguet^{1,2}, Mireia López¹ y Estefanía Moreno¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Mútua Terrassa.

Introducción: Los pacientes pediátricos con enfermedades oncohematológicas presentan mayor comorbilidad ósea debido a la presencia de diversos factores de riesgo como los tratamientos y la inmovilización. No obstante, se desconoce la incidencia y prevalencia de las comorbilidades óseas en esta población. El tratamiento con bifosfonatos como el zoledronato, puede ser de utilidad en indicaciones como la osteoporosis secundaria. La experiencia de este fármaco en la comorbilidad ósea en pacientes con enfermedades oncohematológicas no está establecida.

Objetivos: Describir la experiencia del tratamiento con zoledronato, detallando su eficacia y seguridad, en pacientes con enfermedades oncohematológicas y comorbilidad ósea.

Métodos: Estudio observacional descriptivo, de una cohorte pediátrica con enfermedades oncohematológicas en seguimiento por comorbilidad ósea en una consulta de reumatología pediátrica que recibieron zoledronato endovenoso entre 2019-2023.

Resultados: Se recogieron 16 pacientes, 12 (75%) de ellos varones, con una edad media de 15 (± 3,78) años. Los antecedentes oncohematológicos de los pacientes incluidos fueron: 15 (93%) habían recibido un trasplante de progenitores hematopoyéticos. 3 (18%) leucemia aguda mielóide. 3 (18%) leucemia aguda linfoblástica tipo T. 5 (31%) leucemia aguda linfoblástica tipo B. La patología ósea que motivó el tratamiento con zoledronato en los pacientes de nuestra cohorte se recoge en la tabla. La mayoría de pacientes recibieron > 2 dosis de zoledronato (0,05 mg/kg/dosis) (n = 12), un máximo de 4 dosis. Los efectos adversos objetivados en los pacientes fueron: hipocalcemia postratamiento, en 2 pacientes que presentaban BMO + ON. Todos recibían suplementos de vitamina D y 7 también de calcio. 5 (31%) pacientes presentaban fracturas previas al zoledronato (4 de ellas vertebrales) y 3 (18%) presentaron fracturas durante el tratamiento (2 de ellas vertebrales). Un paciente cumplió criterios para modificar el diagnóstico de ON+BMO a OPi. Se realizó una densitometría ósea (DXA) inicial a todos los pacientes Z-score L1-L4 media -2,29 (± 1,43). Se realizó al año una DXA en 13 pacientes: Z-score L1-L4 media -1,90 (± 0,92), y a los 2 años en 8 pacientes: Z-score L1-L4 media -1,78 (± 0,73).

Pacientes, n (%)	Patología ósea que motivó el tratamiento con zoledronato
8 (50%)	BMO y dolor óseo por ON
4 (25%)	OPI y ON
2 (12,5%)	OPI
1 (6,25%)	BMO
1 (6,25%)	ON

BMO: baja masa ósea. OPI: osteoporosis. ON: osteonecrosis.

Conclusiones: Observamos una elevada presencia de ON en nuestra cohorte (81%), pudiendo coexistir ON + OPI o BMO. Tendencia a la mejoría densitométrica sin efectos adversos graves, que se interpreta como una buena respuesta al zoledronato en nuestra cohorte.

P219. SEGUIMIENTO A 5 AÑOS DE LA PATOLOGÍA METABÓLICA ÓSEA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON FACTORES DE RIESGO DE BAJA MASA ÓSEA

J. Torquet^{1,2}, B. Magallares^{1,3,4}, I. Gich⁵, H. Codes-Méndez¹, S. Boronat^{3,6}, J. Malouf⁷, S. Fernández¹, C. Sierio^{1,8}, D. Cerdà⁹ y H. Corominas^{1,3}

¹Servicio de Reumatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Mútua Terrassa. ³Universitat Autònoma de Barcelona. ⁴Hospital Universitario Dexeus. Barcelona. ⁵Departamento de Epidemiología clínica y salud pública. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ⁶Servicio de Pediatría. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ⁷Unidad de Metabolismo Óseo. Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ⁸Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de León. ⁹Servicio de Reumatología. Hospital Moisès Broggi. Barcelona.

Introducción: Se desconoce la evolución diagnóstica y densitométrica, así como la adherencia terapéutica, en pacientes pediátricos con factores de riesgo persistentes para baja masa ósea para la edad (BMO)/osteoporosis Infantil (OPI) secundaria a factores de riesgo como son los tratamientos, las enfermedades crónicas y la inmovilización. Es necesario un correcto seguimiento de la población pediátrica con factores de riesgo para BMO con el fin de asegurar la adquisición del pico de masa ósea y prevenir posibles fracturas.

Objetivos: Describir la evolución diagnóstica y densitométrica, junto con la adherencia al tratamiento y a las visitas de control a 5 años de una cohorte de pacientes pediátricos en estudio de BMO/OPI secundaria.

Métodos: Estudio observacional de seguimiento de una cohorte de pacientes con factores de riesgo de BMO y densitometría ósea (DXA) entre 2016 y 2018 en consulta de reumatología pediátrica. Se recogieron datos demográficos, densitométricos y clínicos basales y a 5 años.

Resultados: Se incluyeron 95 pacientes, el 52% eran mujeres y la edad media de 9,8 (\pm 4,7) años en DXA basal. En nuestra cohorte 29 pacientes mantenían seguimiento a 5 años de la visita inicial. 3 (10,3%) habían mejorado su condición, 2 (6,9%) habían empeorado. El 82,8% mantenía el mismo diagnóstico basal. Los motivos de mantener seguimiento fueron en el 37,9% por la patología ósea, el 44,8% por patología de base y el 17,2% por ambas causas. La mediana de seguimiento por patología ósea fueron de 11,5 meses (rango intercuartílico:4,5-24). De los 66 pacientes sin seguimiento, el 77,3% había recibido el alta de consultas por ausencia/mejoría de BMO/OPI y/o factores de riesgo asociados. El resto había perdido seguimiento.

Tabla P219

	Z score cuerpo entero n, media (DE)	Z score vertebral n, media (DE)	Sin patología, n (%)	BMO, n (%)	OPI, n (%)	DXA límite (z score \leq -1,7 y $>$ -2), n (%)
Basal	95, -1,67 (\pm 1,16)	95, -1,21 (\pm 1,23)	80 (84,2)	8 (8,4)	3 (3,2)	4 (4,2)
2 años	17, -1,14 (\pm 1,28)	16, -1,3 (\pm 1,13)	27 (71,1)	8 (21,1)	2 (5,3)	1 (2,6)
5 años	13, -1,67 (\pm 1,14)	12, -1,46 (\pm 1,25)	21 (72,4)	6 (20,7)	1 (3,4)	1 (3,4)

DE: desviación estándar.

El número de DXAs de seguimiento realizadas durante 5 años se recogen en la tabla 1. Evolución densitométrica, diagnóstico basal, a 2 y 5 años se recogen en tabla 2. 4 (10,5%) pacientes presentaron nuevas fracturas a los 2 años de seguimiento, pero no hubo fracturas entre los 2 y los 5 años. Ninguno de estos pacientes cumplió criterios para modificar su diagnóstico a OPI. No hubo fracturas vertebrales. A los 5 años de seguimiento 2 (6,9%) pacientes recibían tratamiento con ácido zoledrónico y 16 (55,1%) pacientes recibían suplementos de calcio y/o vitamina D. En 5 pacientes (17,2%) se desintensificó el tratamiento y en 2 (6,9%) se intensificó.

Tabla 1

Número de DXAs	1	2	3	4	5	6
Pacientes, n(%)	12 (41,4%)	1 (3,4%)	2 (6,9%)	5 (17,2%)	3 (10,3%)	1 (3,4%)

Conclusiones: Se realizó seguimiento a 5 años al 30,5% de los pacientes evaluados basalmente en Reumatología Pediátrica para estudio de BMO/OPI secundaria a presencia de factores de riesgo. Se observa una disminución de casos de BMO y OPI desde basal a los 2 y 5 años, que se interpreta como una progresión hacia la mejoría de los pacientes. La adherencia a los suplementos fue del 41% a los 5 años en nuestra cohorte.

P220. ¿EXISTEN DIFERENCIAS CLÍNICAS Y DE TRATAMIENTO ENTRE LA ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL SISTÉMICA Y LA ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO?

Laura Nuño Nuño¹, Agustín Remesal Camba², Rosa Alcobendas Rueda², Clara Udaondo Gascón², Claudia Millán Longo², Blanca Díaz-Delgado Menéndez², Gema Bonilla Hernán¹, Chamaida Plasencia Rodríguez¹ y Alejandro Balsa Criado¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital La Paz. Madrid. ²Unidad de Reumatología Pediátrica. Hospital La Paz. Madrid.

Introducción: La enfermedad de Still es una enfermedad autoinflamatoria poco frecuente que puede afectar tanto a niños como a adultos y se caracteriza por la tríada de fiebre alta diaria, artritis y erupción cutánea evanescente. Existe evidencia que respalda la similitud entre la enfermedad de Still del adulto (AOSD) y la artritis idiopática juvenil sistémica (AIJs). Además, las dos enfermedades comparten muchas otras manifestaciones clínicas, incluidas hepatomegalia, esplenomegalia, linfadenopatía y serositis y complicaciones como el síndrome de activación macrofágica (SAM). Sin embargo, no está claro si la frecuencia de manifestaciones clínicas es similar en ambos grupos o si existen diferencias en el manejo.

Objetivos: Comparar las características clínicas y los tratamientos de pacientes con AIJ sistémica (sIJA) y enfermedad de Still del adulto (AOSD).

Métodos: Se trata de un estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron pacientes en seguimiento activo en los servicios de reumatología pediátrica y reumatología de adultos de un hospital terciario con diagnósticos de AIJs o AOSD, debiendo cumplir los criterios de ILAR, o bien de Yamaguchi para AIJ o AOSD respectivamente, y con un seguimiento de al menos 12 meses. Los datos de los pacientes se recolectaron mediante la revisión de historias clínicas. El análisis estadístico se hizo con la prueba U de Mann-Whitney para variables continuas, y el test χ^2 o test de Fisher para variables cualitativas, utilizando el software SPSS versión 25.0.

Tabla P220

Comparación de variables clínicas entre AIJs y enfermedad de Still del adulto

	AIJs (n = 9)	Still adulto (n = 12)	Total (n = 21)	p
Edad al debut (años), mediana (P25-P75)	5,0 (2,0-10,0)	33,0 (24,0-47,0)	19,0 (7,0-35,5)	< 0,05
Tiempo evolución (años), mediana (P25-P75)	20,0 (13,5-26,0)	5,0 (3,0-16,0)	13,5 (4,3-22,3)	< 0,05
Mujeres, n (%)	5 (55,6)	9 (75,0)	13 (65,0)	< 0,05
Fiebre, n (%)	8 (100)	12 (100)	20 (100)	-
Artralgias/artritis, n (%)	8 (88,9)	9 (100)	17 (94,4)	1,00
Lesiones cutáneas, n (%)	7 (87,5)	7 (77,8)	14 (82,4)	1,00
Odinofagia, n (%)	3 (37,5)	5 (55,6)	8 (47,1)	0,64
Hepatoesplenomegalia	1 (6,3)	1 (6,3)	2 (12,5)	1,00
SAM, n (%)	3 (37,5)	0 (0,0)	3 (15,8)	0,06
Tratamiento con FAMEcs	9 (100)	9 (75,0)	18 (85,7)	0,23
Tratamiento con FAMEb	8 (88,9)	4 (33,3)	12 (57,1)	0,02

Resultados: Se incluyeron 21 pacientes, 9 con AIJs y 12 con AOSD, con una mayor proporción de mujeres en el grupo de AOSD. Encontramos más clínica de odinofagia en AOSD y en cambio más serositis y SAM en la AIJs (tabla). Hubo complicaciones severas en 2 pacientes (1 con miopericardias y otro con una hepatitis fulminante que requirió trasplante hepático), ambas en casos de AOSD. Todos los pacientes recibieron tratamiento con esteroides, y se utilizaron más tratamientos biológicos (FAMEb) en el subgrupo de AIJs.

Conclusiones: A pesar de la serie limitada de pacientes, existen algunas diferencias en las manifestaciones clínicas entre la AIJs y la AOSD, que pueden depender en parte de su clasificación o bien del fenotipo de la enfermedad, y se utilizaron más tratamientos biológicos en las AIJs. Es necesario confirmar dichos hallazgos en series más largas.

P221. INTOLERANCIA AL METOTREXATO EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS

Emilio Rico Sánchez-Mateos¹, Andrea Nicolás Berenguer², Marta Ramírez Martínez¹, Daniel Clemente Garulo² y Juan Carlos López Robledillo²

¹Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid. ²Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid.

Introducción: El metotrexato (MTX) es fundamental en el tratamiento de enfermedades reumáticas en adultos y niños. A pesar de sus beneficios, la preocupación por la intolerancia en algunos pacientes afecta la adherencia y eficacia del tratamiento, siendo escasa la información sobre esta problemática en la población pediátrica.

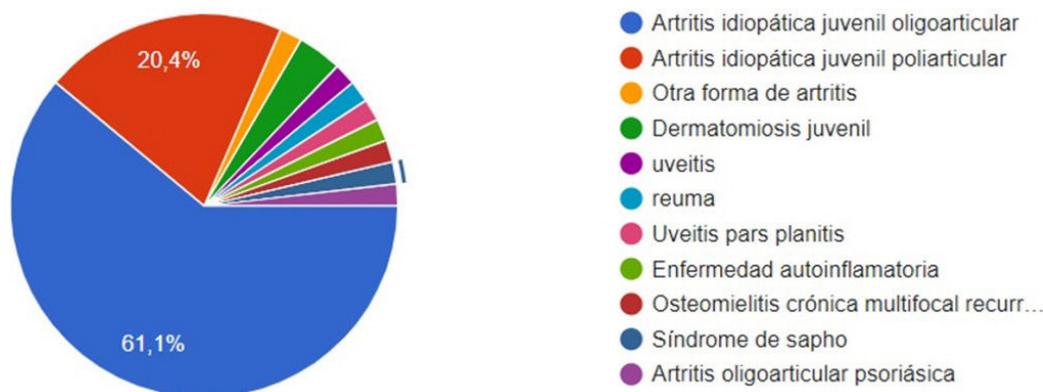
Objetivos: El objetivo principal es describir la presencia de diferentes intolerancias asociadas al mtx en pacientes pediátricos.

Métodos: Se seleccionaron pacientes que han recibido tratamiento con metotrexato en los últimos cinco años y se administró un for-

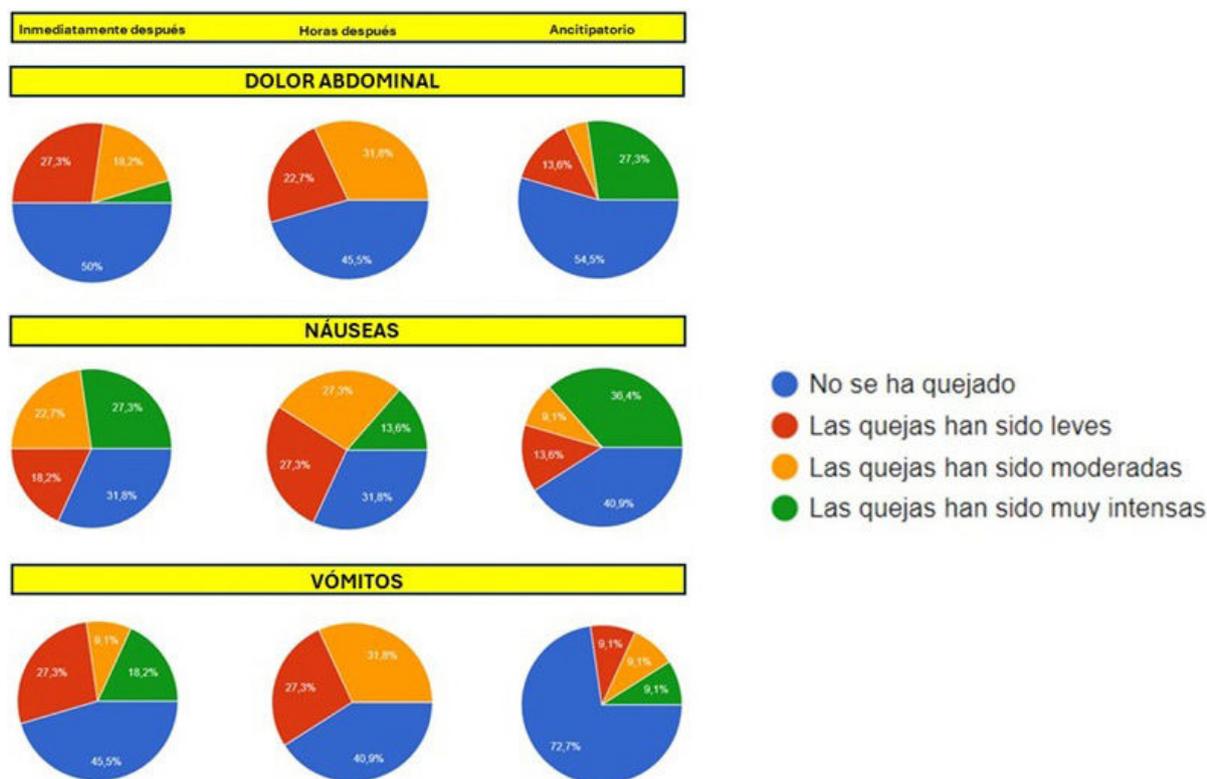
mulario basado y adaptado de la encuesta Methotrexate Intolerance Severity Score (MISS). La recopilación los datos se realizó a través de los padres/tutores legales, mediante formularios a papel y digitales en formato Google Forms®. Con los datos recopilados obtenidos se realizó un estudio descriptivo utilizando como programa estadístico el SPSS versión 2023. Las variables estudiadas fueron edad, género, diagnóstico específico de enfermedad reumática, forma de administración, duración del tratamiento con metotrexato, tipos de intolerancias (náuseas, vómitos, dolor abdominal, fatiga y cambios de comportamiento), estrategias implementadas para mitigar los efectos adversos y adherencia/abandono del tratamiento.

Resultados: Se envió la encuesta a 164 padres, obteniéndose una respuesta de un 34,7% de estos. Del estudio un 70,4% lo formaban mujeres. Del total, 61,1% fueron diagnosticados de artritis idiopática juvenil (AIJ) oligoarticular, 20,4% de AIJ poliarticular, 1,9% de AIJ psoriásica, 3,7% AIJ inespecífica, 3,7% de dermatomiositis juvenil, 1,9% de osteomielitis crónica multifocal recurrente, 1,9% de síndrome de SAPHO y 1,9% de uveítis. De los encuestados, el 50% llevaban al menos tres años con el tratamiento. El 18,5% utilizaban la solución oral, el 68,5% los comprimidos, el 42,6% la pluma subcutánea y el 27,8% la jeringa. El 40,7% de los pacientes declaró haber presentado alguna intolerancia asociada al MXT. Estas se presentaron en el 50% de los que tomaban comprimidos, en el 36,4% que usaban jeringa, en el 31,8% que usaban pluma y en el 13,6% que usaban la solución oral. Al menos 54,45% presentaron dolor abdominal, 68,18% náuseas y 59,09% vómitos inmediatamente, pocas horas después o con solo pensar en su administración. Hasta un 77,3% presentaron inquietud, llanto o irritabilidad. La intolerancia se presentó independientemente de la dosis en un 84,6%. Un 23,7% precisó el cambio de oral a subcutáneo y un 9,1% de subcutáneo a oral. Se mantuvo el tratamiento en un 45,5% a pesar de las intolerancias, en un 27,3% se mantuvo al resolverse y finalmente se suspendió el tratamiento en un otro 27,3%.

Conclusiones: Existe una alta prevalencia de intolerancia al MTX entre los pacientes pediátricos con enfermedades reumáticas, lo



P221 Figura 1. Diagnósticos de las diferentes enfermedades reumáticas incluidas.



P221 Figura 2. Intolerancias inmediatas, a las horas y anticipatorias.

que supone a su vez una alta tasa de abandono terapéutico. Se produjeron con frecuencia intolerancias gastrointestinales y de comportamiento de manera anticipatoria, lo que sugiere que el condicionamiento clásico desempeña un papel importante.

P222. SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DEL SÍNDROME DE BLAU EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Johanna Sacramento Hernández¹, Mireia López Corbeto² y Estefanía Moreno Ruzafa²

¹Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. Tenerife.

²Unidad de Reumatología Pediátrica. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción: El síndrome de Blau (SB) es una artritis pediátrica genética rara, originada por mutaciones en el receptor NOD2 y se presenta con exantema, artritis y uveítis. Las mutaciones más comunes, R334W y R334Q, están presentes en más del 50% de los pacientes¹. Estudios recientes indican que el tofacitinib puede suprimir la inflamación en el SB al inhibir la expresión de NOD2, ofreciendo una opción prometedora en casos refractarios². La evolución a largo plazo es desconocida, con series de casos internacionales y multicéntricos que incluyen menos de 30 pacientes³.

Objetivos: Analizar la evolución a largo plazo y la respuesta al tratamiento de los pacientes con diagnóstico de SB en un centro de tercer nivel.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal, y unicéntrico. Se incluyen de manera consecutiva los pacientes que iniciaron seguimiento en el Hospital Vall d'Hebron con diagnóstico genético compatible con SB. Se describen las manifestaciones clínicas principales, tratamientos recibidos y evolución clínica a más de 10 años desde el diagnóstico.

Resultados: Se incluyeron un total de 11 pacientes, 63% mujeres, con una edad media de 29,8 (\pm 19,38), edad de debut al diagnóstico de

13,51 (\pm 6,87) años y tiempo de seguimiento de 13 años. Las mutaciones más frecuentes detectadas fueron R334Q (3 pacientes, 27,27%) y R587C (3 pacientes, 27,27%), siendo la mayoría de herencia autosómica dominante (81,81%). La afectación articular fue predominante, afectando a 6 pacientes (54,55%) en forma de tenosinovitis. Más de la mitad de pacientes presentaron clínica cutánea, y la afectación más frecuente fue el eritema nodoso (36,36%). 3 pacientes debutaron con uveítis anterior y 2 de los mismos requirieron cirugía durante el seguimiento. Otros síntomas objetivados fueron la hipoacusia, la mielitis extensa y la colitis inespecífica. El tratamiento de inicio de elección fue el metotrexato, y la mayoría requirieron escala de tratamiento a anti-TNF (6 adalimumab, 1 infliximab), con un promedio de tratamientos biológicos de 2 (1-5). El tratamiento con adalimumab es el más utilizado, con una supervivencia de 9,05 (\pm 5,34) años. Respecto a los JAKi, en 1 paciente se empleó tofacitinib como tratamiento de segunda línea y en 1 paciente baricitinib tras refractariedad a otras terapias biológicas previas para el tratamiento de la tenosinovitis refractaria en ambos casos.

Conclusiones: El SB presenta una variedad de manifestaciones clínicas, siendo la tenosinovitis la más predominante. Aunque el metotrexato es el tratamiento inicial, la mayoría de los pacientes requieren medicamentos biológicos, principalmente adalimumab, con una supervivencia media de 9 años. El tratamiento con JAKi es prometedor en casos refractarios de tenosinovitis. La falta de estudios a largo plazo destaca la necesidad de investigaciones continuas para comprender mejor la evolución y tratamiento del SB.

BIBLIOGRAFÍA

- Lassoued F, et al. Management of Blau syndrome: review and proposal of a treatment algorithm. Eur J Pediatr. 2023.
- Zhang S, et al. Tofacitinib effectiveness in Blau syndrome: a case series of Chinese paediatric patients. Pediatr Rheumatol Online J. 2021;19(1):160.
- Rosé CD, et al. Blau syndrome: cross-sectional data from a multi-centre study of clinical, radiological and functional outcomes. Rheumatology (Oxford). 2015;54(6):1008-16.

P223. RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE DOS TÉCNICAS DE DETERMINACIÓN DE CALPROTECTINA SÉRICA (CLIA Y EIA) COMO BIOMARCADORES PARA LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN LA ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL

H. Codes-Méndez¹, B. Magallares-López^{1,4}, H.S. Park¹, L. Martínez-Martínez^{2,4}, A. Mariscal², V. Calahorra², P. Moya^{1,6}, C. Díaz-Torné^{1,6}, J. Tandaipan¹, S. Fernández¹, S. Ros¹, L. Sainz¹, J. Bernárdez¹, A. García-Alija¹, A. Casals¹, A. Laiz^{1,6}, I. Castellvi^{1,6}, S. Boronat^{3,4} y H. Corominas^{1,4}

¹Servicio de Reumatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ²Servicio de Inmunología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ³Servicio de Pediatría. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ⁴Universitat Autònoma de Barcelona.

Introducción: La artritis idiopática juvenil (AIJ) constituye la enfermedad reumática inflamatoria más prevalente en la infancia. La heterogeneidad clínica de la AIJ dificulta la identificación de biomarcadores útiles para la monitorización efectiva de la enfermedad. La calprotectina sérica (sCal) se perfila como un biomarcador útil para evaluar la actividad inflamatoria en la AIJ. Existen distintos métodos comercializados disponibles para determinar sCal, pero su uso no está extendido ni validado.

Objetivos: Evaluar la precisión diagnóstica, establecer un punto de corte óptimo y analizar la asociación entre la actividad de la enfermedad en pacientes con AIJ y las mediciones de sCal obtenidas mediante técnicas de enzoinmunoanálisis en fase sólida (EIA) y quimioluminiscencia (CLIA) en práctica clínica habitual.

Métodos: Se analizaron muestras séricas de 25 pacientes pediátricos con AIJ. Los niveles de sCal se determinaron mediante EIA (Bühlmann®) y CLIA (QUANTA Flash®). Se recogieron datos de actividad utilizando el índice JADAS-27 y la definición de “enfermedad inactiva” ACR modificada por Anink. Realizamos un análisis comparativo entre los resultados obtenidos mediante las técnicas CLIA y EIA, y evaluamos la asociación entre distintos biomarcadores (sCal, VSG, PCR) y la actividad de la enfermedad.

Resultados: Los resultados demostraron un buen rendimiento de sCal para identificar actividad en AIJ. La tabla 1 muestra los puntos de corte óptimos de los biomarcadores basados en curvas ROC. El punto de corte óptimo para sCal en la identificación de la actividad según JADAS-27 fue de 2,3 µg/mL para ambas técnicas EIA y CLIA, coincidiendo con el umbral utilizado en práctica clínica diaria en nuestro centro. Al evaluar la actividad según los criterios de Anink, los puntos de corte óptimos fueron de 2,9 µg/mL para sCal EIA y de 2,0 µg/mL para sCal CLIA. De forma destacable, el umbral identificado para sCal CLIA (2,0 µg/mL) coincidió con el recomendado por la

empresa comercial. En cambio, los puntos de corte propuestos para VSG y PCR (10 mm/h y 3,1 mg/L, respectivamente), según JADAS-27 y Anink, fueron inferiores a los utilizados en práctica clínica (20 mm/h para VSG y 5 mg/L para PCR). La tabla 2 muestra la capacidad discriminativa de los biomarcadores para identificar actividad/remisión de la enfermedad. La sensibilidad de sCal superó a la VSG y PCR, demostrando una mayor precisión para distinguir a los pacientes con enfermedad activa. En nuestra cohorte, destacó un caso de un paciente activo con artritis y uveítis concurrentes, exhibiendo discrepancias entre los biomarcadores con elevación de sCal (≥ 2,3 µg/ml) pero sin un aumento correspondiente de VSG (< 20mm/h) ni PCR (< 5 mg/L). No obstante, la especificidad de sCal fue menor en comparación con PCR y VSG, indicando una mayor eficacia de PCR y VSG para identificar a aquellos pacientes en estado de remisión.

Conclusiones: La calprotectina sérica, determinada mediante EIA y CLIA, emerge como un biomarcador potencialmente útil para la monitorización de la actividad de la enfermedad en pacientes con AIJ. La sCal presenta una buena sensibilidad para identificar pacientes activos en su punto de corte de 2,3 µg/mL, especialmente medida por EIA. Los resultados sugieren que sCal identifica mejor la actividad, mientras que VSG y PCR distinguen mejor el estado de remisión. La combinación de distintos biomarcadores séricos puede ser beneficiosa para evaluar la actividad de la enfermedad en pacientes con AIJ.

P224. PAROTIDITIS RECURRENTE EN UNA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

H. Codes-Méndez¹, B. Magallares-López B^{1,4}, H.S. Park¹, L. Martínez-Martínez^{2,4}, A. Mariscal², E. Moltó², P. Moya^{1,4}, C. Díaz-Torné^{1,6}, J. Tandaipan¹, S. Fernández¹, S. Ros¹, L. Sainz¹, J. Bernárdez¹, A. García-Alija¹, A. Casals¹, A. Laiz^{1,6}, I. Castellvi^{1,6}, S. Boronat^{3,4} y H. Corominas^{1,4}

¹Servicio de Reumatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ²Servicio de Inmunología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ³Servicio de Pediatría. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ⁴Universitat Autònoma de Barcelona.

Introducción: La parotiditis recurrente es una patología común en edad pediátrica. Posibles etiologías incluyen la infecciosa, la parotiditis recurrente juvenil, malformaciones anatómicas, tumores, y enfermedades autoinmunitarias como el síndrome de Sjögren juvenil (SSjuv) o la enfermedad relacionada con IgG4 (ER-IgG4).

Tabla P223

Tabla 1. Rendimiento diagnóstico de los biomarcadores para la identificación de actividad de la enfermedad en pacientes con AIJ, según el índice JADAS-27 y los criterios Anink

	sCal-EIA (µg/mL)		sCal-CLIA (µg/mL)		VSG (mm/h)		PCR (mg/L)	
	Anink	JADAS-27	Anink	JADAS-27	Anink	JADAS-27	Anink	JADAS-27
Punto de corte (curvas ROC)	2,92	2,38	2,04	2,33	10	10	3,1	3,1
Sensibilidad (%)	75	90,9	75	63,6	66,7	72,7	66,7	72,7
Especificidad (%)	53,8	50	53,8	57,1	69,2	71,4	92,3	92,9

Tabla P223

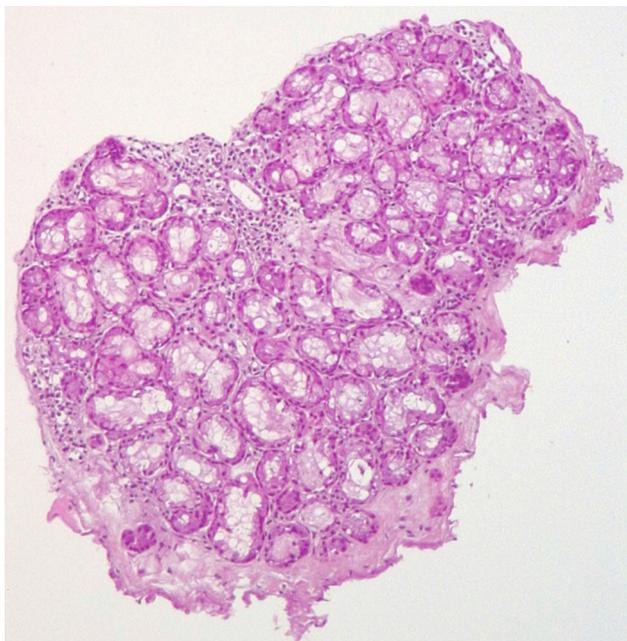
Tabla 2. Precisión diagnóstica de los biomarcadores.

	Anink		JADAS-27		Total
	Remisión	Activo	Inactivo	Activo	
ScaI-EIA < 2,3 µg/mL ≥ 2,3 µg/mL	5 8	2 10	6 8	1 10	7 18
ScaI-CLIA < 2,3 µg/mL ≥ 2,3 µg/mL	7 6	5 7	8 6	4 7	12 13
VSG < 20 mm/h ≥ 20 mm/h	13 0	8 4	14 0	7 4	21 4
PCR < 5 mg/L ≥ 5 mg/L	13 0	7 5	14 0	6 5	20 5
Total	13	12	14	11	25

Objetivos: Evaluar la eficacia de las herramientas diagnósticas actuales en la diferenciación de enfermedades autoinmunes sistémicas en casos de parotiditis pediátrica.

Métodos: Revisión de la clínica, estudio inmunológico y ecográfico, y resultados de la biopsia de glándulas salivar menor (BGSM) de dos casos con parotiditis recurrente en la infancia.

Resultados: La tabla describe sus características, ambas pacientes de sexo femenino y con 13 años de edad al diagnóstico. Ninguna de ellas presentó sintomatología sistémica asociada (sequedad ocular o bucal evaluada mediante test de Schrimmer, artralgias, adenopatías, acidosis-tubular renal). Los autoanticuerpos específicos (Ro52/60, La, factor reumatoide) resultaron negativos en ambas pacientes. En cuanto a la evaluación de inmunoglobulinas, ambas mostraron elevación de la subclase IgG4 y plasmablastos, pero sin llegar a cumplir criterios clasificatorios para ER-IgG4. La segunda paciente presentaba crioglobulinemia de 13 mg/dL a expensas de IgM. Se realizó ecografía de submandibulares y parótidas para valorar la estructura del parénquima glandular (*score* OMERACT) y vascularización. Ambas pacientes mostraron alteraciones ecográficas, una de ellas con heterogeneidad del parénquima glandular y quistes intraglandulares; hallazgos altamente específicos del SS. Se realizó BGSM para evaluar signos sugestivos de SS y ER-IgG4. Los resultados confirmaron el diagnóstico de SS en ambos casos, evidenciando la presencia de múltiples infiltrados linfoplasmocitarios (fig.) con tinción de inmunofluorescencia positiva con el marcador HLA-DR. Los infiltrados de mayor tamaño estaban compuestos por > 50 linfocitos T CD3+, tanto CD4+ como CD8+ (con una proporción 2:1) y > 40 linfocitos B CD20+.



Biopsia de glándula salivar menor (tinción hematoxilina-eosina): Agregado linfoplasmocitario intraacinar.

Conclusiones: La parotiditis recurrente es un síntoma inicial clave en el SSJuv. Aun así, los pacientes pueden mostrar síntomas menos frecuentes y la sequedad de ojos y boca, típica en la edad adulta, puede tardar años en aparecer, lo cual dificulta el diagnóstico debido a la inadecuación de los criterios clasificatorios de la enfermedad usados en adultos. En nuestro estudio, la detección de autoanticuerpos específicos no aportó el diagnóstico de la enfermedad. En cambio, las alteraciones estructurales específicas en las glándulas salivares, identificadas tanto a través de ecografía como de biopsia, demostraron ser herramientas útiles para el diagnóstico del SSJuv.

Descripción de dos casos con síndrome de Sjögren juvenil y parotiditis recurrentes

	Paciente 1	Paciente 2
Tiempo evolución	7 años	3 años
Síntomas sistémicos	Ausentes	Ausentes
Parotiditis	Unilateral	Bilateral
Serologías	ANA 1/160 patrón moteado Ro/La/FR: negativos	ANA: negativos Ro/La/FR: negativos
Inmunoglobulinas	HiperIgG 2190 mg/dL Subclase-IgG4: 3,2 g/L (elevada) Ratio-IgG4/IgG: 14% (alto)	HiperIgM 243 mg/dL HiperIgA 400 mg/dL Subclase-IgG4: 2,4 g/L (elevada) Ratio-IgG4/IgG: 17% (alto)
Plasmablastos	2.521/uL (elevados)	383/uL (normales)
Ecografía glandular	Parotidomegalia Bilateral Heterogeneidad Quistes Señal PD+ grado1	Parotidomegalia Unilateral Adenopatías intraglandulares
Biopsia de glándula salivar menor	Múltiples infiltrados grado 3 Leve fibrosis/atrofia acinar Tinción-IFI: positiva	Tres infiltrados grado 1 Leve fibrosis Tinción-IFI: positiva

P225. ESTUDIO OBSERVACIONAL Y DESCRIPTIVO MULTICÉNTRICO SOBRE LA OSTEOMIELITIS CRÓNICA MULTIFOCAL RECURRENTE (OCMR) EN PACIENTES PEDIÁTRICOS EN RELACIÓN A CLÍNICA, IMAGEN Y TRATAMIENTOS RECIBIDOS, DIFERENCIAS Y EFECTIVIDAD ENTRE LOS MISMOS

Natalia Palmou Fontana¹, Carlos Redondo¹, Vanesa Gómez Dermitt¹, María del Rosario García¹, Beatriz Jiménez Montero¹, M. Jesús Caldeiro Díaz¹, Cristina Álvarez Álvarez¹, María del Carmen Pinedo², Olaia Fernández³, Javier Humayor³, Mercedes González González⁴, María Colazo⁵ y Ana Turrión⁴

¹Servicios de Reumatología, Radiología y Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²Servicio de Pediatría. Unidad de Reumatología Pediátrica Hospital Universitario de Cruces. Vizcaya. ³Servicio de Reumatología Pediátrica. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. ⁴Servicio de Reumatología Pediátrica. Hospital Universitario de Salamanca. ⁵Servicio de Reumatología Pediátrica. Hospital Universitario de Burgos.

Introducción: La osteomielitis crónica multifocal recurrente (OCMR) es una enfermedad autoinflamatoria con presentación variable. No está estandarizado el tratamiento ni la técnica de imagen "gold estándar".

Métodos: Estudio multicéntrico, observacional retrospectivo en niños con OCMR entre 2016 al 2023 en 5 centros hospitalarios. Los criterios incluyeron inflamación ósea unifocal o multifocal y duración de síntomas mayor de 6 semanas. Se realizó un análisis estadístico descriptivo univariable con datos de la historia clínica.

Resultados: Se incluyen 20 niños, con predominio de mujeres (78%), relación 4:1. Edad media 10 años, con distribución bimodal en edad preescolar y en la adolescencia. Ninguno tenía antecedentes de enfermedades autoinflamatorias, o 5% eran celíacos. Todos cumplían criterios de Jansson y Bristol para OCMR. El rango de las fechas del diagnóstico abarca desde el 01/06/2011 hasta el 27/06/2023, durante 12 años. 1,7 diagnósticos/año. El 37,5% presentaron fiebre al debut y dolor el 100%, con localización variable. El 83% afectación lumbar, pero en un 50% afectación cervical, mandíbula, isquion, tobillos, La media de VSG fue 31,95 mm/h y la media de PCR 0,12 mg/dL. La media de fosfatasa alcalina 209,8. ANAS fueron negativos en el 89,5%, HLAB51 se realizó en 4 de ellos, resultando positivos 2, FR y HLAB27(negativo). Los hallazgos radiográficos fueron: 5,6% aplastamiento vertebral, 55,2% lesiones líticas y 40% fueron normales. En 60% se realizó TAC con resultado patológico, y en el 95% se realizó resonancia magnética. Además en siete se realizó gammagrafía ósea con hipercaptación multifocal. PET-TC solo se realizó en un 5,6% de los pacientes. La localización fue axial unifocal en 44% y multifocal 2 lesiones en el 55%, 3 lesiones en 33% y 5 o más en 16% de los casos,

Las manifestaciones cutáneas se observaron en un 15% y la biopsia ósea se realizó en 88%. el tratamiento recibido 50% corticoides, AINES 45% metotrexato 17% bifosfonatos en el 70% de los cuales los más utilizados fueron pamidronato y zoledrónico: pautas mensual 30% trimestral: 15%, semestral: 35% y anual 0% antiTNF recibieron el 10% de los casos El 50% recidivaron al suspender el tratamiento y el 90% mantienen remisión clínica y 10% permanecen activos.

Edad de comienzo de los síntomas	± 10 años
Mujer/hombre	4/1
Enfermedad tiroidea o autoinflamatoria concomitante	0
Celiaquía	(5%)
Síntomas de presentación	
Dolor torácico	0
Dolor miembros	100%
Dolor raquíis	(83%)
Fiebre	37,5%
Alteración cutánea	(10,4%)
Duración de la enfermedad desde el diagnóstico	12 años
Alteraciones analíticas	
ANA+	89,5%
HLA B27 y HLAB51	0-10%
Media de VSG	29 mmh
Media de PCR	1,46 mg/dl
Media FAL	
Lesiones únicas axial	44%
Lesiones multifocal (2 lesiones)	55%
Lesiones multifocales (3 lesiones)	33%
Lesiones multifocales (5 0 más lesiones)	16%
Biopsia ósea	88%
Alteraciones en pruebas de imagen	
TAC	60%
Gammagrafía	5,6%
RMN	95%
PET	5%
Tratamientos	
Corticoides	50%
AINE	45%
Metotrexato	17%
Bifosfonatos	(70%)
Pauta mensual	30%
Pauta trimestral	15%
Pauta semestral	35%
Pauta anual	0%
Anti TNF	(10,4%)
Recidivas	(50%)
Remisión	(90%)
Activos	(10%)



Figura 1. OMRC en columna vertebral.



Figura 2. Focos hiperintensos compatible con OMRC en tibia.

Conclusiones: En nuestro estudio la mayoría de pacientes con OCMR son niñas, con afectación multifocal vertebral lumbar, los reactantes de fase aguda están elevados en la mayoría, El tratamiento mayoritario fueron los bifosfonatos. La remisión se alcanzó en la mayoría, aunque las recidivas son frecuentes.

P226. OSTEÍTIS NO BACTERIANA (ONB): EXPERIENCIA CLÍNICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Amy Nathaly Romero García¹, Marcela Ávila Andrade¹, Eugenia Enríquez Merayo¹ y Jaime de Inocencio Arocena²

¹Unidad Multidisciplinar de Enfermedades Autoinmunes. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

²Unidad de Reumatología Pediátrica. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Introducción: La ONB es una enfermedad autoinflamatoria con una prevalencia muy baja, que cursa con brotes de inflamación ósea recurrentes en ausencia de aislamiento microbiológico. Tiene presentación clínica variable, pudiendo tener afectación mono o multifocal. Constituye una entidad clínica sin marcadores serológicos ni criterios diagnósticos/de clasificación validados y probablemente infradiagnosticada. La evidencia sobre la eficacia y seguridad del tratamiento se limita a series de casos y estudios observacionales. Siendo los tratamientos más utilizados los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), corticoides, bifosfonatos y fármacos contra el factor de necrosis tumoral α (anti-TNF α)^{1,2}.

Objetivos: Describir las manifestaciones clínicas, analíticas y el tratamiento en una serie de pacientes en seguimiento en nuestra unidad.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de corte transversal, de los pacientes con diagnóstico de ONB en seguimiento en un hospital terciario. Se recogieron características clínicas, radiológicas y terapéuticas de los pacientes diagnosticados entre 2002 y 2021.

Resultados: Se incluyeron 15 pacientes con una mediana de edad al inicio de 10 años (RIQ 2), siendo el 80% niñas. En el periodo estudiado se realizaron 0,8 diagnósticos/año, con una mediana de retraso diagnóstico de 4 meses (RIQ 29). El 80% de los pacientes presentó afectación multifocal, siendo la localización más fre-

cuenta los MMII (87%), seguido de la columna (47%), pelvis (33%) y tórax (33%). El síntoma guía fue el dolor, presente en el 100% de los pacientes, de los cuales el 53% debutó con tumefacción ósea; otras manifestaciones registradas fueron afectación cutánea (40%, de las cuales un 33% incluía psoriasis), fiebre (33%) y enfermedad inflamatoria intestinal (EII) (13%). Los reactantes de fase aguda presentaron elevación leve-moderada al debut de la enfermedad en aproximadamente el 50% de los pacientes, los cuales presentaron una PCR media de $2,1 \pm 1,3$ mg/dl y VSG de 69 ± 30 mm/h, con normalización tras inicio del tratamiento. El 80% de los pacientes aportaban biopsia ósea en el momento de la derivación a Reumatología. La RMN fue la prueba radiológica diagnóstica utilizada en todos los casos (de cuerpo entero desde que se tuvo disponibilidad). En cuanto al tratamiento, un 67% fueron tratados con antibiótico y 93% con AINE sin respuesta clínica. La mitad recibieron corticoides, consiguiéndose control sintomático, que solo consiguió mantener un paciente tras su suspensión. El 87% de los pacientes fueron tratados con bifosfonatos consiguiendo la remisión de la enfermedad en 3 pacientes. El 73% (11 pacientes) recibieron tratamiento con anti-TNF, de los cuales 9 pacientes fue por fallo a bifosfonato. Actualmente el 63% se encuentran en remisión clínica y 33% en tratamiento activo.

Tabla 1. Tratamientos usados

TRATAMIENTO	n (%)
Antibióticos	10 (67)
AINEs	14 (93)
Corticoides	11 (73)
Pamidronato	11 (73)
Zoledronato	2 (13)
Anti-TNF	11 (73)
Infliximab (IFX)	11(100)
Adalimumab (ADA)	9 (82)
Etanercept (ETN)	2 (18)
Golimumab (GOL)	2 (18)
Otros: Secukinumab	1 (9)

Conclusiones: En nuestro estudio la mayoría de pacientes con ONB eran mujeres, con afectación multifocal, de las que aproximadamente la mitad debutaron con elevación de reactantes de fase aguda. La mayoría recibieron tratamiento con bifosfonatos y/o anti-

TNF, alcanzando la remisión 2 tercios de los pacientes. En la actualidad, un tercio continúan con tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

- Buch K, Thuesen ACB, Brons C, Schwarz P. Chronic Non-bacterial Osteomyelitis: A Review. *Calcified Tissue International*. 2019;104(5): 544-53.
- Zhao Y, Ferguson PJ. Chronic Nonbacterial Osteomyelitis and Chronic Recurrent Multifocal Osteomyelitis in Children. *Pediatr Clin North Am*. 2018;65(4):783-800.

P227. ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL COMO EFECTO PARADÓJICO DEL TRATAMIENTO CON TERAPIAS BIOLÓGICAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DIAGNOSTICADOS DE ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL: EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

José Luis Puga Guzmán, Diego Santos-Álvarez, María Isabel González-Fernández, Berta López-Montesinos, Miguel Martí-Masanet, Lucía Lacruz-Pérez e Inmaculada Calvo-Penadés

Hospital Universitari i Politènic La Fe. Valencia.

Introducción: Los tratamientos biológicos (FAMEb) son un pilar cada vez más relevante en el tratamiento de la artritis idiopática juvenil (AIJ). No obstante no están exentos de efectos secundarios. Uno de ellos, aún muy desconocido y sujeto a controversia, es el desarrollo de efectos paradójicos. La literatura disponible sugiere que pacientes adultos con diagnóstico de enfermedad reumatológica tratados con etanercept (fármaco anti-TNF- α) pueden desarrollar una Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII), consecuencia de dicho tratamiento¹. La evidencia en pacientes pediátricos es más escasa, pero dicha relación también es sugerida. Es más, existen también estudios que proponen dicha relación en el contexto de la terapia con inhibidores de la IL-1².

Objetivos: En el presente trabajo nos centraremos en la relación entre el tratamiento de pacientes pediátricos diagnosticados de AIJ con FAMEb y el desarrollo de EII como efecto paradójico.

Métodos: Utilizando el registro de pacientes de la Unidad de Reumatología Pediátrica del Hospital Universitari i Politènic La Fe de Valencia hemos seleccionado aquellos diagnosticados de AIJ que habían desarrollado una EII posterior al inicio de terapia con FAMEb entre los años 2000 y 2023.

Tabla P227

Tabla 1. Características demográficas de los pacientes

Paciente	Edad al Dx	Género	ANA/FR/HLA-B27/NOD-2	PRINTO	Colonoscopia positiva	Calprotectina al Dx
1	9	M	Neg/Neg/Neg/Neg	AIJ psoriásica	Si	4424
2	1	F	Pos/Neg/Neg/-	AIJ poliarticular FR Neg	Si	508,5
3	9	M	Neg/Neg/Neg/-	AIJ Sistémica	Si	1288
4	2	F	Pos/Neg/Neg/Pos	AIJ poliarticular FR Neg	Si	N/A
5	12	M	Neg/Pos/Neg/-	AIJ sistémica	Si	101
6	2	F	Pos/Neg/Neg/-	AIJ poliarticular FR Neg	No	230
7	4	M	Pos/Neg/Neg/-	AIJ poliarticular FR Neg	Si	933

Tabla P227

Tabla 2. Secuencia temporal entre el diagnóstico y tratamiento (todos los tiempos reflejados son en años)

Paciente	Inicio FAMEb desde el Dx	Tipo de FAMEb	Subtipo de FAMEb	Tratamiento previo	Tiempo entre AIJ y EII	Tiempo entre FAMEb y EII	Tratamiento concomitante	Manejo (1/2/3)	Remisión
1	0	Anti-TNF	Etanercept	MTX	0,4	0,4	MTX	Adalimumab+MTX/ Infliximab+MTX/Tofacitinib+MTX	Sí
2	11	Anti-TNF	Etanercept	MTX	13	1,75	MTX	MTX	Sí
3	4	JAKi	Tofacitinib	MTX	5	0,4	MTX	Adalimumab+MTX	Sí
4	0,4	CTLA-4	Abatacept	Etanercept	14	8	No	Tofacitinib/Tofacitinib+MTX	No
5	0	IL-1	Canakinumab	Anakinra	6	2	No	Infliximab/Adalimumab	Sí
6	12	Anti-TNF	Etanercept	MTX	14	2	MTX	MTX/Tofacitinib+MTX	Sí
7	2	Anti-TNF	Etanercept	MTX	4	2	MTX	MTX/Adalimumab+MTX/ Ustekinumab	Sí

Resultados: 7 pacientes han cumplido los criterios de inclusión seleccionados, cuyas características demográficas figuran en la tabla 1. La secuencia temporal de diagnóstico y tratamiento figura en la tabla 2. 4 de los pacientes seleccionados habían recibido terapia con etanercept en el contexto de su AIJ y, en un lapso de tiempo de unos 1,5 años (Me 1,875, RIQ 0,25), han desarrollado una EII. Tras la suspensión del mismo todos ellos han alcanzado la remisión. 1 paciente ha presentado una patocracia similar tras el tratamiento con inhibidores de la IL-1.

Conclusiones: El presente estudio sugiere que el desarrollo de EII tras el inicio del tratamiento con etanercept en pacientes reumatólogos pediátricos es posible. No obstante son necesarios más estudios que refuercen dicha afirmación. También se encontraron dos casos de debut de EII tras inicio de anti-CTLA4 y iJAK, sin que exista actualmente evidencia científica que respalde dicha relación.

BIBLIOGRAFÍA

- Iriarte A, Zaera C, Bachiller-Corral J, López-Sanromán A. Inflammatory bowel disease as a paradoxical effect of anti-TNF alpha therapy. *Gastroenterol Hepatol.* 2017;40(2):117-21.
- Hügle B, Speth F, Haas JP. Inflammatory bowel disease following anti-interleukin-1-treatment in systemic juvenile idiopathic arthritis. *Pediatr Rheumatol Online J.* 2017;15(1):16.

P228. MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE DEBUT EN PACIENTES CON LUPUS INFANTIL. RESULTADOS DEL REGISTRO JULES

Alina Lucica Boteanu¹, Clara Udaondo², Joan Calzada-Hernández³, Daniel Clemente Garulo⁴, Jaime Arroyo Palomo¹, Juan José Bethencourt Baute⁵, Natalia Palmou Fontana⁶, Eugenia Enríquez Merayo⁷, Juan Carlos Nieto González⁸, Mireia López Corbeto⁹, Isabel Pastora Granados Bautista¹⁰, Clara Moriano Morales¹¹, M^a Isabel González Fernández¹², Judith Sánchez-Manubens¹³, Lourdes Villalobos Sánchez¹, Inmaculada Calvo Penades¹², Sara Murias¹⁴, Berta Paula Magallares López¹⁵, Beatriz Bravo Mancheño¹⁶, Gisela Díaz-Cordovés Rego¹⁷, Jenaro Graña Gil¹⁸, M^a Esther Toledano Martínez¹⁹, Sheila Recuero Díaz²⁰, Laia Martínez Mitjana⁹, Lorena Expósito Pérez⁵, Alicia García Dorta⁵, Laura Martín Pedraz¹⁷, Laura Trujillo Caballero¹⁶, Olaia Fernández Berrizbeitia²¹, Pablo Mesa del Castillo Bermejo²², Paz Collado Ramos²³, José Campos Esteban²⁴ y María del Carmen Pinedo²⁵

¹Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ²Hospital Universitario La Paz. Madrid. ³Hospital Universitario San Juan de Déu. Barcelona.

⁴Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid. ⁵Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. ⁶Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ⁷Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ⁸Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ⁹Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. ¹⁰Hospital Universitario de Toledo. ¹¹Complejo Asistencial Universitario de León. ¹²Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ¹³Hospital Parc Taulí. Sabadell. ¹⁴Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ¹⁵Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ¹⁶Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ¹⁷Hospital Universitario de Málaga. ¹⁸Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. ¹⁹Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid. ²⁰Fundación Jiménez Díaz. Madrid. ²¹Hospital de Basurto. Vizcaya. ²²Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia. ²³Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid. ²⁴Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. ²⁵Hospital Universitario Cruces. Bilbao.

¹Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ²Hospital Universitario La Paz. Madrid. ³Hospital Universitario San Juan de Déu. Barcelona.

⁴Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid. ⁵Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. ⁶Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ⁷Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ⁸Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ⁹Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. ¹⁰Hospital Universitario de Toledo. ¹¹Complejo Asistencial Universitario de León. ¹²Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ¹³Hospital Parc Taulí. Sabadell. ¹⁴Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ¹⁵Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ¹⁶Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ¹⁷Hospital Universitario de Málaga. ¹⁸Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. ¹⁹Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid. ²⁰Fundación Jiménez Díaz. Madrid. ²¹Hospital de Basurto. Vizcaya. ²²Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia. ²³Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid. ²⁴Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. ²⁵Hospital Universitario Cruces. Bilbao.

¹Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ²Hospital Universitario La Paz. Madrid. ³Hospital Universitario San Juan de Déu. Barcelona.

⁴Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid. ⁵Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. ⁶Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ⁷Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ⁸Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ⁹Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. ¹⁰Hospital Universitario de Toledo. ¹¹Complejo Asistencial Universitario de León. ¹²Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ¹³Hospital Parc Taulí. Sabadell. ¹⁴Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ¹⁵Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ¹⁶Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ¹⁷Hospital Universitario de Málaga. ¹⁸Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. ¹⁹Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid. ²⁰Fundación Jiménez Díaz. Madrid. ²¹Hospital de Basurto. Vizcaya. ²²Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia. ²³Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid. ²⁴Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. ²⁵Hospital Universitario Cruces. Bilbao.

¹Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ²Hospital Universitario La Paz. Madrid. ³Hospital Universitario San Juan de Déu. Barcelona.

⁴Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid. ⁵Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. ⁶Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ⁷Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ⁸Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ⁹Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. ¹⁰Hospital Universitario de Toledo. ¹¹Complejo Asistencial Universitario de León. ¹²Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ¹³Hospital Parc Taulí. Sabadell. ¹⁴Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ¹⁵Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ¹⁶Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ¹⁷Hospital Universitario de Málaga. ¹⁸Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. ¹⁹Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid. ²⁰Fundación Jiménez Díaz. Madrid. ²¹Hospital de Basurto. Vizcaya. ²²Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia. ²³Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid. ²⁴Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. ²⁵Hospital Universitario Cruces. Bilbao.

¹Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ²Hospital Universitario La Paz. Madrid. ³Hospital Universitario San Juan de Déu. Barcelona.

⁴Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid. ⁵Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. ⁶Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ⁷Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ⁸Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ⁹Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. ¹⁰Hospital Universitario de Toledo. ¹¹Complejo Asistencial Universitario de León. ¹²Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ¹³Hospital Parc Taulí. Sabadell. ¹⁴Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ¹⁵Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ¹⁶Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ¹⁷Hospital Universitario de Málaga. ¹⁸Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. ¹⁹Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid. ²⁰Fundación Jiménez Díaz. Madrid. ²¹Hospital de Basurto. Vizcaya. ²²Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia. ²³Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid. ²⁴Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. ²⁵Hospital Universitario Cruces. Bilbao.

¹Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ²Hospital Universitario La Paz. Madrid. ³Hospital Universitario San Juan de Déu. Barcelona.

⁴Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid. ⁵Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. ⁶Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ⁷Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ⁸Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ⁹Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. ¹⁰Hospital Universitario de Toledo. ¹¹Complejo Asistencial Universitario de León. ¹²Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ¹³Hospital Parc Taulí. Sabadell. ¹⁴Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ¹⁵Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ¹⁶Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ¹⁷Hospital Universitario de Málaga. ¹⁸Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. ¹⁹Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid. ²⁰Fundación Jiménez Díaz. Madrid. ²¹Hospital de Basurto. Vizcaya. ²²Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia. ²³Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid. ²⁴Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. ²⁵Hospital Universitario Cruces. Bilbao.

¹Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ²Hospital Universitario La Paz. Madrid. ³Hospital Universitario San Juan de Déu. Barcelona.

⁴Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid. ⁵Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. ⁶Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ⁷Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ⁸Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ⁹Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. ¹⁰Hospital Universitario de Toledo. ¹¹Complejo Asistencial Universitario de León. ¹²Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ¹³Hospital Parc Taulí. Sabadell. ¹⁴Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ¹⁵Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ¹⁶Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ¹⁷Hospital Universitario de Málaga. ¹⁸Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. ¹⁹Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid. ²⁰Fundación Jiménez Díaz. Madrid. ²¹Hospital de Basurto. Vizcaya. ²²Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia. ²³Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid. ²⁴Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. ²⁵Hospital Universitario Cruces. Bilbao.

¹Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ²Hospital Universitario La Paz. Madrid. ³Hospital Universitario San Juan de Déu. Barcelona.

⁴Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid. ⁵Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. ⁶Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ⁷Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ⁸Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ⁹Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. ¹⁰Hospital Universitario de Toledo. ¹¹Complejo Asistencial Universitario de León. ¹²Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ¹³Hospital Parc Taulí. Sabadell. ¹⁴Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ¹⁵Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ¹⁶Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ¹⁷Hospital Universitario de Málaga. ¹⁸Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. ¹⁹Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid. ²⁰Fundación Jiménez Díaz. Madrid. ²¹Hospital de Basurto. Vizcaya. ²²Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia. ²³Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid. ²⁴Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. ²⁵Hospital Universitario Cruces. Bilbao.

¹Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ²Hospital Universitario La Paz. Madrid. ³Hospital Universitario San Juan de Déu. Barcelona.

⁴Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid. ⁵Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. ⁶Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ⁷Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ⁸Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ⁹Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. ¹⁰Hospital Universitario de Toledo. ¹¹Complejo Asistencial Universitario de León. ¹²Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ¹³Hospital Parc Taulí. Sabadell. ¹⁴Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ¹⁵Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ¹⁶Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ¹⁷Hospital Universitario de Málaga. ¹⁸Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. ¹⁹Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid. ²⁰Fundación Jiménez Díaz. Madrid. ²¹Hospital de Basurto. Vizcaya. ²²Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia. ²³Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid. ²⁴Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. ²⁵Hospital Universitario Cruces. Bilbao.

¹Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ²Hospital Universitario La Paz. Madrid. ³Hospital Universitario San Juan de Déu. Barcelona.

⁴Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid. ⁵Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. ⁶Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ⁷Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ⁸Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ⁹Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. ¹⁰Hospital Universitario de Toledo. ¹¹Complejo Asistencial Universitario de León. ¹²Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ¹³Hospital Parc Taulí. Sabadell. ¹⁴Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ¹⁵Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ¹⁶Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ¹⁷Hospital Universitario de Málaga. ¹⁸Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. ¹⁹Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid. ²⁰Fundación Jiménez Díaz. Madrid. ²¹Hospital de Basurto. Vizcaya. ²²Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia. ²³Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid. ²⁴Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. ²⁵Hospital Universitario Cruces. Bilbao.

¹Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ²Hospital Universitario La Paz. Madrid. ³Hospital Universitario San Juan de Déu. Barcelona.

⁴Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid. ⁵Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. ⁶Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ⁷Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ⁸Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ⁹Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. ¹⁰Hospital Universitario de Toledo. ¹¹Complejo Asistencial Universitario de León. ¹²Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ¹³Hospital Parc Taulí. Sabadell. ¹⁴Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ¹⁵Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ¹⁶Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ¹⁷Hospital Universitario de Málaga. ¹⁸Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. ¹⁹Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid. ²⁰Fundación Jiménez Díaz. Madrid. ²¹Hospital de Basurto. Vizcaya. ²²Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia. ²³Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid. ²⁴Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. ²⁵Hospital Universitario Cruces. Bilbao.

¹Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ²Hospital Universitario La Paz. Madrid. ³Hospital Universitario San Juan de Déu. Barcelona.

⁴Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid. ⁵Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. ⁶Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ⁷Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ⁸Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ⁹Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. ¹⁰Hospital Universitario de Toledo. ¹¹Complejo Asistencial Universitario de León. ¹²Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ¹³Hospital Parc Taulí. Sabadell. ¹⁴Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ¹⁵Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ¹⁶Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ¹⁷Hospital Universitario de Málaga. ¹⁸Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. ¹⁹Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid. ²⁰Fundación Jiménez Díaz. Madrid. ²¹Hospital de Basurto. Vizcaya. ²²Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia. ²³Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid. ²⁴Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. ²⁵Hospital Universitario Cruces. Bilbao.

¹Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ²Hospital Universitario La Paz. Madrid. ³Hospital Universitario San Juan de Déu. Barcelona.

⁴Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid. ⁵Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. ⁶Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ⁷Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ⁸Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ⁹Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. ¹⁰Hospital Universitario de Toledo. ¹¹Complejo Asistencial Universitario de León. ¹²Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ¹³Hospital Parc Taulí. Sabadell. ¹⁴Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ¹⁵Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ¹⁶Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ¹⁷Hospital Universitario de Málaga. ¹⁸Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. ¹⁹Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid. ²⁰Fundación Jiménez Díaz. Madrid. ²¹Hospital de Basurto. Vizcaya. ²²Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia. ²³Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid. ²⁴Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. ²⁵Hospital Universitario Cruces. Bilbao.

Objetivos: Describir las manifestaciones clínicas de debut en una cohorte de 172 pacientes incluidos en el registro español de lupus infantil (registro JULES*).

Resultados: Se han estudiado 172 pacientes diagnosticados de LES pediátrico (LESp) incluidos en fase transversal del registro JULES. 86% de los pacientes fueron mujeres con una edad media actual de 17,9 años, siendo 81,6% de los pacientes caucásicos. La edad media al debut de los síntomas fue de 12,9 años con una media de retraso en el diagnóstico de 8 meses. Las manifestaciones clínicas más frecuentes en cualquier momento de la evolución que pueden considerarse criterio de clasificación han sido: Manifestaciones cutáneas (siendo el lupus cutáneo agudo el grupo de manifestación clínica más frecuente (61,7%), artritis (57%), nefritis lúpica (NL) (52,3%), presentes en más del 50% de los pacientes. Otras manifestaciones clínicas frecuentes: fiebre (44,7%), úlceras orales (43,2%), alopecia (36,2%). Las manifestaciones analíticas o inmunológicas más frecuentes encontradas han sido: la presencia de los anticuerpos antinucleares (ANA) positivos (99,4%), anti-DNA (85,8), consumo de complemento (86%), leucopenia (59,1%) y linfopenia (58%). Tanto las manifestaciones neurológicas (10,3%) como la nefritis lúpica (37,7%) han sido más frecuentes al debut de la enfermedad, aunque persisten a lo largo de la evolución en un porcentaje similar (7,1% y 33% respectivamente). La alopecia ha sido también una de las manifestaciones que se ha mantenido en un porcentaje similar a lo largo de la evolución. La artritis ha sido mucho más frecuente al debut que a lo largo de la evolución (48,8 vs. 27,5%), igual que las lesiones de lupus agudo (55,4 vs. 29,9%), las úlceras orales (33,5 vs. 18,5%), serositis (17,6 vs. 8,5%) o la trombopenia (24 vs. 7,8%). Un 79,9% de los pacientes han presentado anticuerpos anti-DNA al debut y un 26,8% un test Coombs directo positivo. La leucopenia y la linfopenia han sido frecuentes al debut de la enfermedad, persistiendo a lo largo de la evolución, sobre todo la linfopenia (linfopenia < 1.000/mm³: 36,8 vs. 34,3%). El consumo de complemento ha sido presente en 76,3% de los pacientes al debut, manteniéndose disminuido en un 51,2% a lo largo de la evolución.

Conclusiones: Uno de cada 3 pacientes diagnosticados de LESp va a debutar con una NL. El consumo de complemento y presencia de anti-DNA ha sido presente en más de 70% de los pacientes al debut. La NL y las manifestaciones neurológicas igual que la linfopenia se han mantenido a lo largo de la evolución en un porcentaje similar. La mitad de los pacientes han presentado lesiones cutáneas de lupus agudo, artritis, manifestaciones que han disminuido en frecuencia a lo largo de la enfermedad. La trombopenia ha sido presente en un porcentaje más alto al debut que a lo largo de la evolución.

*Proyecto independiente, becado por GSK para desarrollo de la plataforma.

P229. ESTUDIO GAUDI: EFICACIA DE LA SUPLEMENTACIÓN DE ACEITE ENRIQUECIDO CON SPMS EN PACIENTES CON ARTROSIS DE RODILLA SINTOMÁTICA

José Vergés Milano⁶, Ingrid Möller¹, Gil Rodas², José María Villalón³, José Antonio Rodas⁴, Francisco Angulo⁵ y Nina Martínez⁶

¹Institut Poal de Reumatologia. Barcelona. ²FC Barcelona. Barcelona. ³FC Atlético de Madrid. Madrid. ⁴Asturias Football Federation. Avilés.

⁵Athletic FC. Bilbao. ⁶Osteoarthritis Foundation International (OAFI). Barcelona.

Introducción: Los mediadores prorresolutivos especializados (SPMs, por sus siglas en inglés), como el 18-HEPE, 17-HDHA y 14-HDHA, son conocidos por ser potencialmente terapéuticos en enfermedades inflamatorias. En la artrosis (u osteoartritis, OA), el síntoma más prevalente es el dolor crónico producido por la inflamación y es el responsable de la reducción de la calidad de vida de los pacientes.

Objetivos: Evaluar la eficacia de la suplementación con SPMs en la reducción de la gonalgia y la mejora de la calidad de vida de pacientes con OA, así como su seguridad y tolerabilidad.

Métodos: Estudio piloto aleatorizado, promovido desde OAFI (Osteoarthritis Foundation International), multicéntrico, doble ciego controlado con placebo. Contó con la participación de 5 centros españoles y se llevó a cabo en adultos de 18 a 68 años, jugadores y exjugadores de fútbol diagnosticados con OA de rodilla grado 2-4 en la escala radiológica de Kellgren y Lawrence (K-L). Durante 12 semanas se suplementó al grupo de tratamiento con aceite enriquecido con SPMs y al grupo control con aceite de oliva. A las 12 semanas se visitó a los pacientes para valorar la evolución clínica. A través de la de la Escala Visual Análoga (EVA) se determinó la intensidad del dolor, además se evaluaron la rigidez y función según el índice WOMAC; el dolor constante, intermitente y total según la puntuación OMERACT-OARSI; los cambios en parámetros de calidad de vida relacionados con la salud a través del EUROQoL-5; el uso o no de medicación concomitante, de rescate y antiinflamatoria; y la seguridad y tolerabilidad.

Resultados: Un total de 51 pacientes participaron en el estudio. En el grupo de tratamiento (n = 23), la edad media fue de 61,2 años y un 52,17% fueron mujeres, mientras que el grupo control (n = 28) con edad media de 57,3 años, contó con un 53,57% de mujeres. La mayoría de los pacientes padecían OA en grado 2 de la escala de K-L (73,91% grupo tratamiento; 67,86% grupo placebo). Previamente al inicio del tratamiento, se evaluó la puntuación de dolor en la EVA y se observó una reducción estadísticamente significativa después de 8 (p = 0,039) y 12 (p = 0,031) semanas entre quienes consumían SPMs en comparación con placebo. De acuerdo con la puntuación OMERACT-OARSI, el dolor intermitente se redujo después de 12 semanas con significancia estadística (p = 0,019) en pacientes tratados con SPMs frente a placebo (p = 0,091). El estado funcional según la puntuación WOMAC no cambió significativamente después del consumo de SPMs o placebo. Cabe destacar que los pacientes que consumieron SPMs mostraron mejoras en los cinco aspectos del cuestionario EUROQoL-5, incluida una mejora significativa en la dimensión de actividades habituales. Ninguno de los pacientes requirió medicación de rescate y no se informaron eventos adversos.

Conclusiones: Estos hallazgos sugieren que el consumo sostenido de SPMs reduce el dolor en pacientes con OA, mejorando también su calidad de vida; y respaldan el perfil de seguridad y tolerabilidad de la suplementación con SPMs.

Financiación: estudio financiado por Solutex GC SL.

Agradecimientos: a Alberto García Mariscal (Evidenze Group Europe SL) por la ayuda en el análisis estadístico. Al Dr. Jaume Padrós y Ana Regatero de los servicios médicos del FC Barcelona por ayudar a diseñar el estudio.

P231. FACTORES CLÍNICOS QUE INFLUYEN EN LA DECISIÓN DE OPERARSE DE UNA PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA EN EL CONTEXTO DE LA ARTROSIS: UN MODELO PREDICTIVO

Helena Naranjo Barnett¹, Nuria Pérez-Álvarez², Fabiola Ojeda^{1,3}, Simone Tassani⁴, Jérôme Noailly⁴, Jordi Monfort^{1,3} y Laura Tío¹

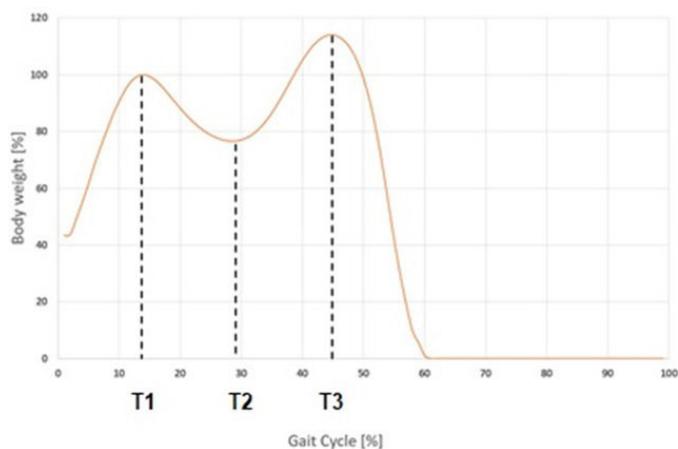
¹Hospital del Mar Research Institute. Barcelona. ²Universitat Politècnica de Catalunya. Departamento de investigación en Estadística y Operaciones. Barcelona. ³Servicio de Reumatología. Hospital del Mar. Barcelona. ⁴Universitat Pompeu Fabra. BCN MedTech. DTIC. Barcelona.

Introducción: La artrosis (OA) es una patología altamente heterogénea y necesita un enfoque terapéutico personalizado para cada subgrupo de pacientes. Si las medidas conservadoras fallan, la cirugía, principalmente la prótesis total de rodilla (PTR), es el último recurso. Pero, existe falta de consenso sobre el estado funcional de la OA de rodilla (OAR) que indica la necesidad de una PTR, siendo esta una de las prácticas médicas con la mayor variación entre regiones geográficas.

Objetivos: Evaluar las variables que influyen en la decisión de PTR, reconociendo la intrincada interacción de factores en el contexto de la OAR.

Métodos: Se reclutaron pacientes primarios con OAR, clasificados como 2-3 según la escala KL, y se estratificaron según tres factores de riesgo clave para la OAR: género, edad e IMC, junto con la decisión crucial sobre el tratamiento (conservador (CNV) o PTR). Además, se registraron datos sobre diferentes esferas que se han descrito que desempeñan un papel en la etiología de la OA: 1) Dolor (WOMAC, Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD), Escala de Catastrofización del Dolor (PCS), sensibilización central), 2) Función (actividad física diaria, cuestionario modificado de Baecke en sujetos mayores); 3) Alineación articular (ángulos de rodilla en 3 puntos de la marcha (fig.), máximo y mínimo, realizado con 8 cámaras BTS Smart-DX 700, siguiendo el protocolo de marcadores de Helen Hayes); 4) Inflamación (hipertrofia sinovial y derrame sinovial (DS), medidos por ecografía). Se realizaron modelos lineales generalizados de efectos mixtos, ya que permite controlar el sesgo causado por los grupos no completados, y los estratos se utilizaron como efectos aleatorios, para controlar el error tipo I y tener un poder adecuado. Los modelos univariados que presentaban una variable explicativa significativa (p < 0,05) se incluyeron en el modelo multivariado. A continuación se refinó el modelo con la eliminación gradual de variables no significativas (una a la vez), asegurando un AIC reducido en comparación con el modelo precedente. Los cálculos se realizaron con R versión 2023.03.0. Se utilizó la función glmer de la biblioteca lme4 para realizar análisis de regresión de efectos mixtos.

Resultados: La cohorte de estudio final consistió en 87 pacientes: 51 mujeres (25 CNV y 26 PTR) y 37 hombres (23 CNV y 13 PTR). De las 21 variables iniciales, solo 9 estuvieron asociadas con la decisión de tratamiento: ángulos en la flexoextensión (FE) (T1 y máx), abducción-aducción (AA) (T1, T2, T3 y mín), WOMAC, PCS y DS. Sin embargo, después de estudiar la correlación y la multicolinealidad de estas variables, solo WOMAC, SE y el ángulo AAT2 se incluyeron en el modelo final: $\text{Grupo}_i = 4,518 - 0,060 (\text{WOMAC}_i) - 0,035 (\text{DS}_i) + 0,122 (\text{AAT2}_i) + U_i + V_i + W_i + \varepsilon_i$ donde Grupo es la decisión de someterse a PTR; U, V y W son los efectos aleatorios para los factores de estratificación (género, edad e IMC) que siguen una distribución normal centrada en 0 y con desviación estándar X, Y y Z, respectivamente; y ε son los residuos. Las desviaciones estándar de los coeficientes del modelo son 1,089, 0,016, 0,020 y 0,054, respectivamente.



Fuerza de reacción vertical del suelo durante un ciclo de marcha. Las tres líneas punteadas identifican los tres puntos de análisis.

Conclusiones: El modelo predictivo descrito incorpora variables relacionadas con diferentes fenotipos de OA previamente descritos: dolor (WOMAC), inflamación (SE) y alineación articular (ángulo de rodilla). Esto debería ayudar en un enfoque de toma de decisiones compartido, optimizando los resultados y la satisfacción del paciente.

P232. VALIDACIÓN DE DPP4 COMO BIOMARCADOR EN ARTROSIS DE RODILLA: INFLUENCIA DE GÉNERO Y COMORBILIDADES

Valentina Calamia¹, Patricia Quaranta¹, Patricia Fernández-Puente^{1,2}, Florencia Picchi¹, Cristina Ruiz-Romero^{1,3}, Ignacio Rego⁴, Rocío Paz-González¹, Lucía Lourido¹, Pablo Domínguez-Guerrero¹, Selva Riva¹, M. Teresa Silva-Díaz^{1,5}, Natividad Oreiro-Villar^{1,5}, Mercedes Freire^{1,5}, Marisa Crespo⁵, José Díaz⁵, Enrique Míguez Rey⁵, Alfonso Soto⁵, Carlos Vaamonde-García² y Francisco J. Blanco^{1,2,5}

¹Grupo de Investigación de Reumatología (GIR). Unidad de Proteómica. INIBIC-Hospital Universitario A Coruña. SERGAS. A Coruña. ²Grupo de Reumatología y Salud. Departamento de Fisioterapia y Medicina. Centro de investigaciones Avanzadas (CICA). Universidad de A Coruña. ³Centro de Investigación Biomédica en Red de Bioingeniería, Biomateriales y Nanomedicina (CIBER-BBN). ⁴Grupo de Investigación de Reumatología (GIR). Unidad de Genómica. INIBIC-Hospital Universitario A Coruña. SERGAS. A Coruña. ⁵Hospital Universitario A Coruña. SERGAS. A Coruña.

Introducción: Un estudio proteómico reciente de nuestro grupo de investigación pone de manifiesto el papel de la proteína dipeptidil peptidasa 4 (DPP4) como posible biomarcador de artrosis de rodilla (OAr).

Objetivos: El objetivo del presente trabajo es validar la proteína DPP4 como biomarcador de diagnóstico y gravedad en una cohorte de pacientes con OA de rodilla y comorbilidades metabólicas asociadas y estudiar también la influencia del género sobre sus niveles plasmáticos.

Métodos: Las muestras analizadas en este estudio pertenecen a la cohorte del proyecto PIE16/00054 y proceden de diferentes colecciones: enfermedades reumáticas (osteoartritis), insuficiencia cardíaca avanzada y trasplante cardíaco (cardiomiopatía isquémica o cardiomiopatía dilatada idiopática), enfermedades metabólicas (dislipidemia), diabetes/obesidad y factores de riesgo cardiovascular (diabetes tipo II) y enfermedades infecciosas (VIH). El estudio ha sido evaluado favorablemente por el Comité de Ética de la Investigación de A Coruña-Ferrol (Código: 2020/507). 45 pacientes con diagnóstico radiográfico de OA de rodilla con grado K/L ≤ 2 (OAr) y 45 pacientes sin signos radiográficos de OA de rodilla (CTL) fueron seleccionados para el análisis proteómico. Los niveles plasmáticos de la proteína DPP4 se midieron de forma absoluta en un total de 337 muestras de la misma cohorte con un kit ELISA comercial (Abcam). Los análisis estadísticos se realizaron con el software SPSS y el paquete bioinformático RStudio.

Resultados: El estudio proteómico al azar reveló niveles más altos de la proteína DPP4 en el grupo OAr en comparación con el grupo CTL (ratio de expresión en Log₂ = 1,6; p valor ajustado = 0,0001). DPP4 se detectó en el 63,6% de muestras OAr y solamente en el 14,3% de muestras CTL (p < 0,001). Para validar los resultados obtenidos en la fase de descubrimiento, realizamos inmunoensayos dirigidos para determinar la concentración plasmática de DPP4 en todas las muestras de la cohorte PIE. Los niveles de DPP4 resultaron significativamente más elevados (p = 0,016) en las muestras OAr (1.665,4 ng/mL) en comparación al grupo CTL (1.224,5 ng/mL). El aumento de la concentración plasmática de DPP4 en función del grado KL fue progresivo, siendo máximo en las muestras con grado KL = 2 (2.029,1 ng/mL; p = 0,009). Cuando ajustamos por sexo, edad e IMC se perdió ligeramente la significancia estadística de DPP4 como biomarcador diagnóstico de OAr (p = 0,056). Cuando analizamos la influencia del género sobre la concentración plasmática de esta proteína (independientemente del diagnóstico radiográfico), obtuvimos valores significativamente más elevados en mujeres ([mujeres] = 1.739,3 ng/mL vs. [hombres] = 1.341,5 ng/mL; p = 0,011). Al tener en cuenta también el diagnóstico radiográfico de OAr, el grupo que presentó los niveles más alto de proteína fue el de las mujeres con OAr (1.885,7 ng/mL; p = 0,004). En este caso, al ajustar por edad e IMC, se mantuvo la significancia estadística del biomarcador (p = 0,029). En el grupo de mujeres, el modelo clínico construido exclu-

sivamente con datos demográficos y antropométricos (edad y IMC) mostró un AUC = 0,79 para diagnóstico de OAr. La inclusión de DPP4 mejoró significativamente el rendimiento del modelo clínico (p = 0,024), logrando un AUC = 0,82.

Conclusiones: La proteína DPP4 podría ser un biomarcador útil para el diagnóstico temprano de artrosis de rodilla en mujeres.

P233. IMPACTO DE LA AFECTACIÓN DIGESTIVA Y LA DISFAGIA EN LA ESCLEROSIS SISTÉMICA: UN ESTUDIO DE CORTE TRANSVERSAL

L. Cano García^{1,2}, R. Redondo-González^{1,2}, S. Manrique-Arrija¹⁻³, A. García-Studer^{1,2}, F. Ortiz-Márquez^{1,2} y N. Mena-Vázquez¹⁻³

¹Hospital Regional Universitario de Málaga. ²Instituto de Investigación Biomédica de Málaga. ³Universidad de Málaga.

Introducción: La afectación digestiva es una de las manifestaciones más prevalentes de la esclerosis sistémica (ES) con gran trascendencia para la salud y la calidad de vida de los pacientes.

Objetivos: Describir la gravedad y el impacto de la afectación gastrointestinal (GI) en pacientes con esclerosis sistémicas (SSc) e identificar factores asociados.

Métodos: Diseño: estudio transversal no controlado. Participantes: reclutamiento consecutivo de pacientes con ES (criterios ACR/EULAR 2013) seguidos en nuestra unidad. El seguimiento de estos pacientes se realiza cada 3 a 6 meses en consulta y todos los pacientes fueron registrados en una base de datos. Estudio aprobado por comité de ética provincial con código 0343-N-22. Aceptaron y firmaron el consentimiento el 90% de los pacientes, el resto rechazó por dificultades de desplazamiento o laborales. Variables: Las variables principales fueron gravedad de la afectación GI según "Scleroderma Clinical Trials Consortium Gastrointestinal Tract 2,0" (UCLA) y disfagia por "Eating Assessment Tool-10" (EAT-10) para evaluar reflujo, hinchazón, diarrea, suciedad fecal, estreñimiento, bienestar emocional y funcionamiento social, además de disfagia. Se recopilaron datos clínico-epidemiológicos, Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA-SF) y EuroQol-5D-3L. Análisis estadístico: Se realizaron modelos multivariantes para analizar los factores asociados a afectación GI y disfagia.

Resultados: De los 75 pacientes con SSc incluidos, el 58,7% tenían síntomas moderados, graves o muy graves de reflujo y el 57,4% estreñimiento en UCLA, seguidos por la distensión abdominal (49,7%). Los síntomas GI interferían significativamente la función social (42,7%) y el bienestar emocional (40,0%) de los pacientes. El 52% tenía disfagia (EAT-10 ≥ 3), el 30,7% presentaba un estado nutricional deficiente y el 5,3% estaban claramente desnutridos y requerían una intervención nutricional. Después de los ajustes multivariantes, se encontró asociación de la gravedad de los síntomas GI con mRSS (β = 0,249; p = 0,002) y con EVA EQ-5D-3L (β = -0,302; p = 0,001), mientras que la presencia de disfagia se asoció con mRSS (OR = 2,794; p = 0,015), EVA-EQ-5D-3L (OR = 0,950; p = 0,005) y malnutrición (MNA-SF ≤ 7; OR = 3,920; p = 0,041) (tablas).

Tabla 1. Análisis univariante y multivariante de las características asociadas con la afectación digestiva en 75 pacientes con esclerosis sistémica

Predictor	Univariante		Multivariante		
	B	IC95%	B	IC95%	p
UCLA Score total					
Sexo Mujer	0,685	-0,762, 2,132			
Edad, años	-0,009	-0,031, 0,014			
mRSS	0,468	0,198, 0,738	0,415	0,159, 0,671	0,002
MNA ≤ 7	0,485	-0,553, 1,523			
EVA-EQ-5D-3L, mm	-0,019	-0,030, -0,009	-0,018	-0,029, -0,007	0,001

*Nagelkerke R2 = 0,264. Variables incluidas en la ecuación: edad, sexo, MNA, EVA-EQ-5D, mRSS. UCLA: Scleroderma Clinical Trials Consortium Gastrointestinal Tract 2,0; MNA: Índice de Evaluación Nutricional; EVA: Escala Visual Analógica; mRSS; escala de Rodnan modificada; EQ-5D-3L: EuroQol-5D de 3 dimensiones.

Tabla 2. Análisis univariante y multivariante de las características asociadas a la disfagia en 75 pacientes con esclerosis sistémica

Predictor	Univariante		Multivariante		
	OR	IC95%	OR	IC95%	p
Disfagia*					
Sexo, mujer	1,083	0,999-1,100			
Edad, años	1,000	0,958-1,044			
mRSS	3,192	1,618-6,296	2,794	1,225-6,370	0,015
MNA ≤ 7	8,024	2,574-16,013	3,920	1,060-14,492	0,041
EVA-EQ-5D-3L, mm	0,961	0,936-0,986	0,950	0,916-0,984	0,005

*Nagelkerke R2 = 0,489. Variables incluidas en la ecuación: sexo, edad, MNA, EVA-EQ-5D, mRSS. Disfagia = EAT ≥ 3. EAT-10: Eating Assessment Tool-10; MNA: Índice de Evaluación Nutricional; EVA: Escala Visual Analógica; mRSS; escala de Rodnan modificada; EQ-5D-3L: EuroQol-5D de 3 dimensiones.

Conclusiones: Los pacientes con SSc presentan con frecuencia síntomas GI graves que se asocian con mala calidad de vida, mayor afectación cutánea y malnutrición. La consulta de enfermería tiene un papel importante para la detección precoz de estos síntomas y sus manifestaciones asociadas.

P234. PROYECTO DE RESOLUCIÓN ENFERMERA EN EL ÁMBITO DE LOS CUIDADOS AVANZADOS A PERSONAS CON ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INMUNOMEDIADAS

Susana Fernández Sánchez¹, Elena Rodríguez Arteaga², Amparo López Esteban³, Amelia Carbonell Jordá⁴, Silvia García-Díaz⁵, Ester Navarro Correal⁶, María Ángeles Arjones Peña⁷, Noelia Cano Sanz⁸, Paloma Morales de los Ríos Luna⁹, Nuria Gálvez Díez¹⁰, María Francisca Murciano Gonzalo¹¹, Guadalupe Fontán Vinagre¹² y Roberto Guerrero Menéndez¹²

¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ²Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid. ³Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ⁴Hospital Universitario San Juan de Alicante. ⁵Complex Hospitalari Moisès Broggi. Barcelona. ⁶Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. ⁷Hospital Universitario de Jerez. AGS Jerez. ⁸Hospital Universitario de León. ⁹Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ¹⁰Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. ¹¹Servicio de Digestivo del Hospital del Mar. Barcelona. ¹²Consejo General de Enfermería de España.

Introducción: En la actualidad existen profesionales de enfermería, con un perfil definido no incluido ni desarrollado en las especialidades existentes en el estado español, que desempeñan cuidados específicos y avanzados en su práctica diaria. En este contexto se sitúan los profesionales de enfermería que cuidan a personas con enfermedades inflamatorias inmunomediadas (IMIDs). Por este motivo, el Consejo General de Enfermería (CGE), órgano regulador de la profesión, impulsa y coordina no solo la elaboración de manuales de actuación, sino también resoluciones de ordenación profesional que sirven de referencia a la profesión y sientan la base para la emisión de diplomas de certificación y acreditación avanzada acorde al Real Decreto RD 639/2015.

Objetivos: Elaborar un documento base que determine las actividades y competencias específicas que necesita una enfermera dentro del ámbito de las enfermedades IMIDs.

Métodos: El proyecto comenzó en marzo del 2023 y finalizará en 2024. La Organización Colegial de Enfermería de España creó un grupo de trabajo formado por miembros del equipo del Instituto de Investigación Enfermera del CGE y por enfermeras expertas en el ámbito de la atención en enfermedades IMIDs de las áreas de reumatología, digestivo, dermatología y oftalmología. Durante 8 meses (marzo-octubre de 2023) el grupo de trabajo realizó encuentros online y presenciales, ajustados a un cronograma previamente establecido, en el que se trabajó en la elaboración de un documento donde se expuso el marco de actuación de la práctica especializada

en el ámbito IMIDs, en base a la experiencia clínica y la evidencia científica existente, siempre bajo el prisma de la buena praxis y la deontología. El documento base del grupo de trabajo se finalizó en noviembre del 2023, siendo posteriormente enviado por el CGE a todos los Colegios Provinciales de enfermería para su revisión. Una vez incorporadas las aportaciones de todos los colegios se aprobó en la asamblea que se celebró en diciembre de 2023, dándose por finalizada la parte de la resolución de ordenación profesional. Posteriormente se procederá a su maquetación y publicación y será enviado al Ministerio de Sanidad.

Conclusiones: La publicación bajo el rigor del CGE del Marco de actuación de los cuidados especializados y avanzados que ofrecen los profesionales de enfermería en el ámbito de las enfermedades IMIDs, es el primer paso no solo para la promoción y reconocimiento de la profesión enfermera, sino también para el desarrollo de diplomas de certificación y acreditación avanzada encaminados a ofrecer cuidados enfermeros de máxima calidad a este grupo de pacientes.

P235. DOES THE PERSPECTIVE OF SLE PATIENTS MATCH THE EXPERT OPINION AND DEFINITIONS OF REMISSION AND LOW DISEASE ACTIVITY STATE? PROSPECTIVE ANALYSIS OF 500 PATIENTS FROM A SPANISH MULTICENTER COHORT

Coral Mouriño Rodríguez^{1,2}, José María Pego Reigosa^{1,2}, Íñigo Rua Figueroa³, Francisco Rubino³, Íñigo Hernández Rodríguez¹, Raúl Menor Almagro⁴, Esther Uriarte Isacelaya⁵, Eva Tomero Muriel⁶, Tarek Salman Montes⁷, Irene Carrión Barbera⁷, María Galindo⁸, Esther Rodríguez Almaraz⁸, Norman Jiménez², Luis Ines⁹, Andrea Hernández³ and Irene Altas González^{1,2}

¹Department of Rheumatology. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. ²IRIDIS (Investigation in Rheumatology and Immune-Mediated Diseases) Group. Galicia Sur Health Research Institute. Vigo. ³Department of Rheumatology. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ⁴Department of Rheumatology. Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. ⁵Department of Rheumatology. Hospital Universitario de Donostia. San Sebastián. ⁶Department of Rheumatology. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. ⁷Department of Rheumatology. Hospital del Mar/Parc de Salut Mar-IMIM. Barcelona. ⁸Department of Rheumatology. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ⁹Department of Rheumatology. Centro Hospitalar e Universitario de Coimbra. Coimbra. Portugal.

Introduction: No data on agreement between patient perception, DORIS 2021 remission, LLDAS, or physician assessment is currently available.

The aim is to compare the SLE activity perceived by the patient using the Patient Acceptable Symptom State (PASS) question with the global assessment of activity by the physician, and the definitions of LLDAS/DORIS2021.

Methods: A cross-sectional multicenter study involving SLE patients from seven Spanish Rheumatology Departments was conducted. The study applied DORIS 2021 remission criteria and LLDAS. Rheumatologists classified disease activity into five categories: remission, SACQ, low, moderate, or high. The patients were asked about their clinical SLE condition through the PASS question: "Considering all the different ways your disease is affecting you, if you were to stay in this state for the next few months, do you consider your current state satisfactory?": PASS yes/PASS no. Statistical analysis included descriptive cross-sectional analysis and Cohen's kappa for agreement analysis.

Results: Among the 503 patients in the study (Table 1), 386 (77.4%) reported an acceptable symptom state according to the PASS question. Mean patient global assessment (PtGA) was 29.62 (± 24.38) on a scale of 0-100, while mean physician global assessment (PGA)

Table 1. Patient demographics and disease characteristics.

Number (%) or mean (± SD)	
(n = 503 patients)	
Female gender	463 (92%)
Age at diagnosis (years)	40.7 (±21)
Disease duration at enrollment (years)	10,8 (± 9.9)
Age at enrollment (years)	50.4 (± 13.71)
ACR criteria (a)	
ANA	495 (96.5%)
Immunologic	398 (77.6%)
Arthritis	382 (74.5%)
Haematologic	291 (56.7%)
Malar rash	231 (45.0%)
Photosensitivity	229 (44.6%)
Mouth ulcers	178 (34.7%)
Renal	168 (32.7%)
Serositis	100 (19.5%)
Discoid rash	69 (13.5%)
Neurologic	28 (5.5%)
SLE activity	
SLEDAI-2K score at enrollment	2.8 (± 3.3)
SLICC/ACR-DI score at enrollment	0.96 (± 1.4)
Damage present at enrollment, n (%)	253 (49.8%)
Clinical SLEDAI-2 K (no complement or a-sDNA)	1.6 (±2.7)
PGA at enrollment	0.46 (± 0.59)
Treatment	
Prednisone	200 (39.7%)
Prednisone dose (mean ± SD)	5 (±6.27)
Antimalarials	366 (72.5%)
Immunosuppressants and/or biologic	219 (44%)

Abbreviations: SLE, systemic lupus erythematosus; ACR, American College of Rheumatology; SLEDAI, SLE disease activity index; PGA, physician global assessment; ANA, antinuclear antibody; ds DNA, double stranded DNA. SLICC/ACR-DI: Systemic Lupus International Collaborating Clinics (SLICC/American College of Rheumatology (ACR) damage index (SDI) (a) Ever present based on ACR criteria, LLDAS: Lupus Low Disease Activity State

Table 2. SLE activity: patient and expert's perspective

Number (%) or mean (± SD)	
(n = 503 patients)	
SLE disease state classification by expert	
Remission of SLE	205 (40.9%)
Serologically active, clinically inactive	74 (14.8%)
Low SLE activity	156 (31.1%)
Moderate SLE activity	56 (11.2%)
Severe SLE activity	10 (2%)
PGA at enrolment	0.46 (± 0.59)
Positive PASS question	386 (77.4%)
PtGA at enrolment	29.62 (±24.38)

Abbreviations: SLE, systemic lupus erythematosus; PGA, physician global assessment; PASS: Patient acceptable symptoms state; PtGA: patient global assessment.

Table 3. LLDAS and DORIS 2021 remission states according to PASS yes/no perspective by patient.

PASS (n, %)				non-PASS (n, %)			
LLDAS		DORIS		LLDAS		DORIS	
YES	NO	YES	NO	YES	NO	YES	NO
245 (65.5%)	129 (34.5%)	220 (57.9%)	160 (42.1%)	42 (37.2%)	71 (62.8%)	14 (12.4%)	99 (87.6%)
PtGA, mean, SD 19.76 (±18)				PtGA, mean, SD 58.04 (±19)			
PGA, mean, SD 0.29 (±0.4)				PGA, mean, SD 1.01 (±0.72)			

Abbreviations: PASS: Patient acceptable symptoms state; LLDAS: lupus low disease activity state; PGA: physician global assessment; PtGA: patient global assessment.

was 0.46 (\pm 0.59) on a scale of 0-3. A total of 236 (47.6%) patients met DORIS 2021 remission criteria, and 289 (59%) met LLDAS. According to the rheumatologists' categorical classification, 435 (86.8%) patients were in remission or low disease activity (Table 2). Among PASS-affirmative patients, 65.5% met LLDAS and 57.9% met DORIS 2021 remission criteria, with lower PtGA (19.7) and PGA (0.29) scores. In the non-PASS group, 62.8% were not in LLDAS, and 87.6% did not meet DORIS 2021 remission criteria, with higher PtGA (58) and PGA (1) scores (Table 3). The overall agreement between PASS and categorical classification was 82% with a Cohen's kappa of 0.43.

Conclusions: The majority of SLE patients reported an acceptable symptom state according to the PASS question, which aligns with the PtGA scale. Physicians' assessments also showed similarities with patient perspectives. However, notable differences were observed regarding remission/LLDAS criteria, indicating that while patient and physician perspectives align on subjective classification, variations exist concerning LLDAS and DORIS.

P236. PREVALENCIA DE VIRUS DE PAPILOMA HUMANO EN PACIENTES REUMATOLÓGICAS CANDIDATAS A TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR

M.Á. Sendra Lluís, S. Fernández Sánchez, N. Luqui, C. Vanrell, A. Delgado, A. Laiz, C. Díaz Torne, Ll. Sainz Comas, A. García Alija, B. Magallares López, P. Moya Alvarado, I. Castellví, J.L. Tandaiapan Jaime y H. Corominas Macias

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción: La infección por el virus del papiloma humano (VPH) es el principal factor causal implicado en el desarrollo del cáncer de cérvix. Afecta al 4% de la población adulta sana. Cerca del 90% de estas infecciones son transitorias y se resuelven en el transcurso de 2 años posteriores a la infección. No obstante, el virus puede permanecer latente y es capaz de reactivarse años después. Las mujeres con enfermedad inflamatoria inmunomediada (IMID) reumática están inmunodeprimidas por la propia enfermedad y por los tratamientos que reciben, lo que podría dificultar la negativización del VPH. Por este motivo desde el 2016 en nuestro centro hospitalario se lleva a cabo un protocolo de profilaxis y vacunas en los pacientes con inmunosupresores sistémicos que incluye la prevención de VPH en las mujeres menores de 65 años. A aquellas pacientes que se les detecta VPH positivo se les ofrece un seguimiento más intenso por parte del servicio de ginecología.

Objetivos: Conocer la prevalencia de VPH en las mujeres con IMID reumatológicas enviadas a ginecología para prevención de VPH.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional de mujeres con IMID con tratamiento inmunosupresor que fueron visitadas en la consulta de enfermería reumatológica entre el 2016 y 2023 a todas ellas se les realizó un estudio de serologías y se les hizo una recomendación de vacunación siguiendo el protocolo establecido en el hospital para pacientes con tratamientos inmunosupresores, además fueron referidas a una consulta de ginecología donde se les realizó un COTEST que es una prueba combinada de citología cervical y detección de DNA para VPH.

Resultados: Se valoraron 118 mujeres con una media de edad de 48,58 años (DE \pm 22). Un 77% eran mujeres con artritis reumatoide, un 17,8% con espondiloartritis, un 8,47% con lupus eritematoso sistémico y un 8,47% presentaban otras patologías. Un 85% de estas mujeres habían comenzado tratamiento inmunosupresor en el momento de la valoración por ginecología para prevención de VPH; El resultado de Co-Test fue positivo en el 7,62% de los casos.

Conclusiones: El 7,6% de las mujeres con patología IMID reumática y candidatas a tratamiento inmunosupresor presentan VPH positivo; prevalencia mayor que en la población sana. La valoración

y detección de la infección por VPH en este tipo de mujeres es clave para el seguimiento más estrecho de la evolución de la infección. Estos datos refuerzan la importancia de realizar esta prevención en estas pacientes y de que enfermería dentro de los equipos multidisciplinares puede aconsejar y derivar según protocolos a las consultas de ginecología para prevención del VPH. Así como la necesidad de realizar más estudios para poder diseñar protocolos y guías específicas para llevar a cabo esta prevención.

P237. INFLUENCIA DE ENFERMERÍA EN LA OBTENCIÓN DE ÍNDICES DE ACTIVIDAD CON MAYOR OBJETIVIDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

V. Portilla González¹, C. Corrales Selaya¹, C. Aguirre Portilla², J. Loricera García¹, R. Blanco¹ y A. Corrales Martínez¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad de Cantabria. Santander.

Introducción: La actividad inflamatoria de la artritis reumatoide se mide mediante diferentes índices como el CDAI (Clinical Disease Activity Index), el SDAI (Simplified Disease Activity Index), el DAS28-VSG (Disease Activity Score-28 para AR con velocidad de sedimentación globular), el DAS28-PCR (Disease Activity Score-28 para AR con proteína C reactiva) y el RAPID3 (Routine Assessment of Patient Index Data 3). El EVA (escala visual analógica) de dolor (en el RAPID3) y el global de la enfermedad (en todos), constituyen parámetros subjetivos aportados por el paciente que se incluyen en los índices de actividad y suele llevar a una sobreestimación de los mismos.

Objetivos: Determinar si una intervención de enfermería podría ayudar a obtener valores más objetivos en el cálculo de los índices de actividad DAS28, CDAI, SDAI y RAPID3 en pacientes con AR.

Métodos: Estudio transversal en el que se incluyeron 56 pacientes con AR atendidos consecutivamente en la consulta de enfermería de Reumatología de un hospital de tercer nivel. Tras una explicación inicial se recoge una primera calificación del EVA de dolor y global de la enfermedad. Posteriormente se recoge una segunda puntuación tras realizar una explicación exhaustiva por parte de enfermería sobre posibles factores de confusión. Se calcularon los índices de actividad DAS28-VSG, DAS28-PCR, CDAI, SDAI y RAPID3 con ambas determinaciones y se utilizó el test estadístico t-Student para medidas repetidas para comprobar si existían diferencias estadísticamente significativas entre dichas medias.

Resultados: Se incluyeron 56 pacientes, el 76,8% fueron mujeres. La edad media fue de 62,7 \pm 9,9 años, y el tiempo de evolución media de la AR fue de 13 \pm 9,8 años. Los datos recogidos para el cálculo de los índices de actividad se resumen en la tabla 1. Los valores obtenidos tras el cálculo de los índices se detallan en la tabla 2. En todos los índices de actividad calculados dependientes del EVA, tanto global como de dolor. (DAS28-VSG, DAS28-PCR, CDAI, SDAI y RAPID3), se encontraron diferencias estadísticamente significativas tras comparar las medias obtenidas antes y después de la intervención por parte de enfermería (tabla 2).

Tabla 1. Datos para calcular los índices de actividad

	Primera determinación	Segunda determinación	p
NAD 28 mediana [RIQ]	1 [0-2]	1 [0-2]	-
NAT 28 mediana [RIQ]	0 [0-1]	0 [0-1]	-
EVA médico mediana [RIQ]	0 [0-1]	0 [0-1]	-
VSG (mmH/1 ^a) (media \pm DE)	20,8 \pm 12,6	20,8 \pm 12,6	-
PCR (mg/L) (media \pm DE)	5,3 \pm 4,6	5,3 \pm 4,6	-
EVA General (media \pm DE)	4,4 \pm 2,6	2,6 \pm 2,2	0,00000027
EVA Dolor (media \pm DE)	4,7 \pm 2,9	3,1 \pm 2,3	0,00000015

Tabla 2. Comparación de los valores obtenidos de los índices de actividad

	Primera determinación	Segunda determinación	p
DAS-28 ESR (media ± Ds)	3,2 ± 1,0	3,0 ± 0,9	0,00000027
DAS-28 RCP (media ± DE)	2,8 ± 1,0	2,6 ± 0,9	0,00000031
CDAl (media ± DE)	6,9 ± 5,2	5,6 ± 4,8	0,0000000028
SDAI (media ± DE)	7,6 ± 5,4	6,1 ± 4,9	0,00000041
RAPID3 (media ± Ds)	3,6 ± 2,2	2,7 ± 2,0	0,00000023

Conclusiones: La intervención de enfermería, explicando los distintos factores a tener en cuenta a la hora de evaluar tanto el EVA global como el EVA de dolor, contribuye a obtener valores más objetivos en los índices de actividad en pacientes con AR.

P238. EVALUACIÓN DEL PRIMER AÑO DE ACTIVIDAD DE LA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE PIE REUMÁTICO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Laura Cano García², Laura Ramos Petersen¹, María Gámez Guijarro¹, Inmaculada Ureña Garnica², Sara Manrique Arija² y Andrés Reinoso Cobo¹

¹Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Málaga. ²Hospital Regional Universitario de Málaga. Instituto de Investigación Biomédica de Málaga.

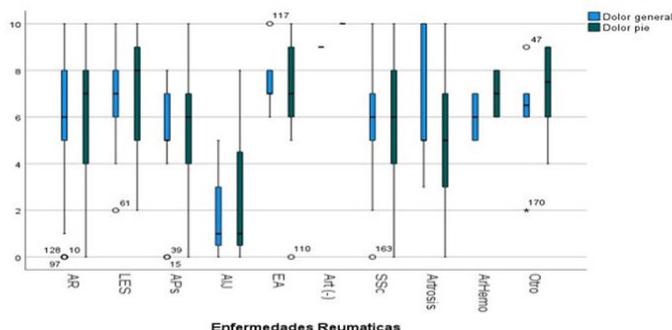
Introducción: Actualmente el servicio de podología no es ofertado por la cartera de servicios del Sistema de Salud Público, por lo que la Unidad de Pie Reumático (UPR) es pionera. La UPR, nace tras el acuerdo entre la dirección gerencia de un hospital de tercer nivel, el Servicio de Reumatología y el Departamento de Podología de una Universidad pública para dar docencia práctica de la podología.

Objetivos: Evaluar el primer año de actividad de la UPR integrada en el Servicio de Reumatología.

Métodos: Diseño: estudio descriptivo transversal. Participantes: Los pacientes con enfermedades reumáticas y trastornos significativos del pie, tras ser valorados por sus reumatólogos, son derivados a la consulta de podología de la UPR ubicada dentro de la UGC de Reumatología, la coordinación entre ambos la realiza la enfermera de Reumatología. En la UPR se realiza una entrevista personal, protocolo antropometría, exploración musculoesquelética y biomecánica de miembro inferior (MMII). Se ofrece tratamiento quiropodológico y ortopodológico personalizado con técnica de adaptación en directo (TAD) realizado por un profesor titular de podología en colaboración con los estudiantes en prácticas de esa facultad. Se valoran los siguientes PROM: Protocolo McPoil, Foot Posture Index (FPI), Manchester Hallux Abductus Valgus (MHAV) y Clasificación Nijmegen. PREMs: Escala visual de dolor (EVA), Short-Form Health Survey (SF12), Foot Function Index (FFI), Manchester Foot Pain Disability Index (MFPDI). Describiremos los pacientes atendidos en el primer año de actividad de la consulta, actividad realizada y dolor referido en los pies del paciente. Análisis estadístico: Descriptivo básico de los resultados.

Resultados: Desde el inicio de actividad de la UPR en septiembre de 2022, se han atendido a 175 pacientes, de los cuales el 27,4% son hombres y el 72,6 son mujeres. El 49,1% de los pacientes tenían artritis reumatoide (AR), el 13,7% esclerosis sistémica (SSc) 12% lupus eritematoso sistémico (LES), 10,3% artritis psoriásica (APS), y el 15,3% restante de otras. En relación con el nivel de dolor, las medias a nivel del pie en la mayoría de las enfermedades son más elevadas que a nivel general. En la tabla y figura se proporcionan los datos de duración de la enfermedad y la EVA de dolor el día de la visita a podología. De todos los pacientes, habían utilizado plantillas un 69,1%, actualmente las utilizan 41,7% de los cuales el 33,7% de ortopedia y el 8% de podología. De los 175 pacientes se han realizado: 175 exploraciones de MMII con 149 tratamientos ortopodológicos (con primera revisión 76, pendientes de revisión 41 y pendiente de adaptación 32) y 100 quiropodias.

Análisis Servicio Podología en Reumatología					
Enfermedad Reumática	Años Evolución			Dolor	
	Media	N	Desv. estándar	Media general	Media pie
Artritis Reumatoide	17,92	86	12,677	6,03	6,60
Lupus	20,67	21	9,024	7,10	7,48
Artritis Psoriásica	19,39	18	8,958	5,36	5,81
Artritis Idiopática Juvenil	23,00	3	3,000	1,17	1,17
Espondilitis Anquilosante	31,00	7	20,825	7,39	7,39
Artritis seronegativa	20,00	1	0	9	10
Esclerodermia	18,65	24	13,993	6,17	6,00
Artrosis	23,29	7	20,694	6,76	4,93
Artropatía Hemofílica	37,00	2	4,243	6,00	7,00
Otro	17,50	6	20,315	6,50	7,40
Total	19,54	175	13,215		



P238 Figura

Conclusiones: Al introducir podología en el Servicio de Reumatología se genera una atención multidisciplinar que combina el tratamiento farmacológico específico con los tratamientos ortopedológicos personalizados. De este modo, se mejora la funcionalidad y se reduce el dolor en el pie, a la vez que mejora la calidad de vida del paciente al permitirle realizar sus actividades básicas de la vida diaria con mayor facilidad y confort. Así mismo, se genera conocimiento sobre el pie reumático y facilita la creación de nuevas herramientas para su evaluación que permitan al reumatólogo derivar al servicio de podología y este a su vez puede tener recursos y formar a sus profesionales para atender afecciones reumáticas con representación clínica en el del pie.

P239. IMPACTO DE LA ACTIVIDAD DE LA ARTRITIS REUMATOIDE EN LA SEXUALIDAD DE LOS PACIENTES

Amparo López Esteban¹, Susana P. Fernández Sánchez², Sergio Herrero Bermejo¹, Carmen Lobo Rodríguez¹, M^a Concepción Sánchez Fernández³, Marta Rodríguez Álvarez⁴, M^a Matilde Garro Lara⁵, M^a Dolores Hernández Sánchez⁶, Sara Palma Gómez de la Casa⁶, Silvia García Díaz⁷ y Tamara del Río Blasco¹

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Instituto de Investigación Sanitaria. Madrid. ²Hospital Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ³Hospital Puerta de Hierro. Madrid. ⁴Hospital Universitario de Burgos. ⁵Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería. ⁶Hospital Universitario de Jaén. ⁷Complex Moisès Broggi. Sant Joan Despí.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) produce limitaciones físicas y psicológicas que pueden afectar a la esfera sexual y por tanto a su calidad de vida de quienes la padecen^{1,2}. La prevalencia, de los problemas sexuales de los pacientes con AR se estima entre el 31% y el 76%. Los principales problemas expresados son la discapacidad sexual, la disminución del deseo y de la satisfacción¹.

Objetivos: Describir el impacto de la AR en la salud sexual de los pacientes relacionada con la actividad de la enfermedad y otros parámetros clínicos e identificar diferencias entre géneros.

Métodos: Estudio descriptivo, transversal, observacional y multicéntrico de pacientes con AR. Se incluyeron pacientes en seguimiento en la consulta de enfermería entre enero y octubre de 2023 de 6 centros españoles. Se recogieron variables demográficas y clínicas. Para evaluar la disfunción sexual se utilizó el cuestionario Qualisex y se correlacionó con el estado anímico (HAD), la calidad de vida EuroQol-5D (EQ-5D) y el dolor (EVA). Análisis estadístico SPSS 18.

Resultados: Se evaluó la salud sexual de 546 pacientes. El 79% eran mujeres y la media de edad fue 53 años (DE 10,46). Las características basales se reflejan en la tabla 1. Las comorbilidades más frecuentes fueron síndrome de Sjögren, dislipemia, hipertensión arterial, obesidad y problemas respiratorios. La media de puntuación global del Qualisex fue de 3,48 (DE 2,92). La media de puntuación en el cuestionario HAD fue de 7,85 (DE 4,46) para ansiedad y 5,49 (DE 4,31) para depresión. La media global de calidad de vida EQ-5D-EVA fue de 62,9 (DE 22,62) así como el EVA-dolor global 4,46 (DE 2,50). Las variables con mayor impacto negativo en la salud sexual de las mujeres fueron: EVA dolor, fatiga, estado general, escalas HAQ y HADS (en ansiedad y depresión). No hay diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres para las variables de edad, EVA del estado general reportado por el paciente, en la actividad de la enfermedad ni el estado general aplicando la escala EQ-5D. La mayor puntuación en la escala EQ-5D se relacionó con mejor salud sexual de los pacientes (tabla 2). Por último, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en el cuestionario Qualisex siendo superior en mujeres en todos los apartados. Entre los ítems adicionales que presentaron diferencias fue de nuevo superior en mujeres (tabla 3).

Tabla 1. Datos sociodemográficos y específicos de la enfermedad

Variables	Hombres n (%)	Mujeres n (%)	Total n (%)
Edad, media (DE)	54 (10,40)	52 (10,44)	53 (10,46)
Nivel educativo			
Sin estudios	4 (4)	3 (1)	7 (1)
Educación primaria	25 (22)	71 (16)	96 (18)
Educación secundaria	40 (35)	127 (29)	167 (31)
Educación superior	45 (39)	230 (53)	275 (50)
Estado civil			
Soltero	15 (13)	68 (16)	83 (15)
Casado/pareja	87 (76)	325 (75)	412 (75)
Separado	11 (10)	30 (7)	41 (8)
Viudo	1 (1)	9 (2)	10 (2)
Situación laboral			
Estudiante	1 (1)	5 (1)	6 (1)
Activo laboralmente	77 (68)	248 (57)	325 (60)
En paro	11 (10)	42 (10)	53 (10)
De baja	2 (2)	17 (4)	19 (3)
Jubilado	15 (13)	48 (11)	63 (12)
Jubilado por enfermedad	38 (7)	25 (6)	33 (6)
Ama/o de casa	0	47 (11)	47 (9)
IMC, media (DE)	26,7 (4,75)	25,3 (4,95)	25,5 (4,94)
Tabaco			
No fumador	45 (39)	260 (60)	305 (56)
Fumador	27 (24)	82 (19)	109 (20)
Exfumador	42 (37)	89 (21)	131 (24)
Alcohol			
Sí	21 (18)	36 (8)	57 (10)
No	93 (82)	395 (92)	488 (90)
Ejercicio físico			
Sí	63 (55)	239 (55)	302 (55)
No	51 (45)	193 (45)	244 (45)
Duración de la enfermedad, años, media [DE]	10 (8,47)	11 (9,13)	11 (9,01)
Comorbilidades			
0-1	53 (47)	183 (43)	236 (43)
2	31 (5)	72 (4)	103 (44)
Comorbilidades IMID	19 (17)	122 (28)	141 (26)
TB actual			
IV	6 (8)	31 (11)	37 (10)
Sbc	58 (73)	193 (66)	251 (67)
Oral	16 (20)	69 (24)	85 (23)
Biológicos anteriores			
0-1	31 (70)	117 (58)	168 (60)
2	13 (30)	86 (42)	99 (40)
Tto con FAMES			
Sí	80 (71)	290 (68)	370 (69)
No	33 (29)	135 (32)	168 (31)
Tto con corticoides			
Sí	57 (51)	207 (48)	264 (49)
No	55 (49)	223 (52)	278 (51)

IMC: Índice de masa corporal. TB: Terapia biológica. IV: endovenoso. Sbc: subcutáneo. FAMES: Fármacos sintéticos modificadores de la enfermedad.

Tabla 2: Dominios de disfunción sexual según Qualisex

Variable	Media mujeres	Media hombres	p < 0,05
Edad N = 545	52,4	54,0	NS
IMC N = 542	25,3	26,7	0,0043
EVA general N = 545	4,4	4,3	NS
EVA dolor N = 546	4,6	4,0	0,040
EVA fatiga N = 546	5,1	3,9	0,0001
Puntuación QUALISEX N = 546	3,7	2,7	0,0009
Puntuación HAQ N = 545	0,78	0,51	0,0001
Puntuación EVA EQ-5D N = 542	62,3	65,2	NS
HADS ansiedad N = 541	8,2	6,3	0,0000
HADS depresión N = 541	5,7	4,9	NS
EVA enfermería N = 545	3,7	3,2	0,0304
DAS28 ≥ 3,3 N = 545	18,1%	10,5%	NS

IMC: índice de masa corporal; EVA: escala visual analógica; Qualisex: impacto de la AR en la sexualidad; HAQ: Health Assessment Questionnaire; EQ-5D: European Quality Of Life; HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale; DAS28: Disease Activity Score on 28 joint counts.

Conclusiones: La AR presenta un impacto negativo en la salud sexual de los pacientes. Dolor, fatiga, y su estado general, así como una peor capacidad funcional y una baja calidad de vida son factores que influyen negativamente en la función sexual. Las mujeres presentan un mayor impacto negativo frente a los hombres, manifes-

Tabla 239
Tabla 3. Qualisex

Variables	Media mujeres	Media hombres	p < 0,05
¿Su vida sexual ha empeorado debido a su estado de salud? N = 546	3,7	2,5	0,0011
¿Su vida sexual ha empeorado debido a los medicamentos que toma para la artritis reumatoide (por sus efectos secundarios)? N = 542	2,8	2,3	NS
¿Su deseo sexual ha disminuido debido a su estado de salud? N = 546	4,1	2,7	0,0003
¿La frecuencia de sus relaciones sexuales ha disminuido debido a su estado de salud? N = 546	2,5	2,1	NS
¿La relación sentimental con su pareja ha empeorado debido a su estado de salud? N = 543	3,0	2,2	0,0162
¿Ha sentido una pérdida de autoestima que afecte a la relación con su pareja? N = 544	3,9	2,8	0,0054
¿Se ha sentido menos atractivo debido a su estado de salud? N = 546	3,5	2,8	NS
¿Ha empeorado su vida sexual debido a los dolores causados por su artritis? N = 546	3,7	2,4	0,0012
¿Ha empeorado su vida sexual por estar cansado? N = 545	4,3	2,6	0,0000
¿Ha tenido una vida sexual globalmente satisfactoria? N = 540	4,5	5,6	0,0005
Variables extras			
¿La calidad (satisfacción) de sus relaciones sexuales ha disminuido debido a su estado de salud? N = 543	3,8	2,5	0,0007
¿Ha empeorado su vida sexual por estar triste/deprimido debido a su estado de salud? N = 543	3,9	2,6	0,0007
¿Ha tenido dificultad para mantener relaciones sexuales? N = 544	3,8	2,7	0,0021
¿Ha tenido disminución del deseo sexual? N = 543	4,5	2,6	0,0000
¿Ha tenido disminución de la frecuencia en las relaciones sexuales? N = 546	4,4	2,9	0,0001

tando disminución de la libido y de la frecuencia en las relaciones sexuales. Estos datos ponen de manifiesto la necesidad de implantar medidas de educación sanitaria y de seguimiento para la salud sexual destinadas a mejorar la disfunción sexual en esta población de pacientes.

P240. INTERCAMBIO MÉDICO ENTRE ANTI-TNF α SUBCUTÁNEOS DE REFERENCIA Y SUS BIOSIMILARES: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Verónica García García¹, Teresa Gramage Caro², Patricia García Casado¹, Elizabeth Neyra Salvador¹, Lucía Quesada Muñoz², Boris Blanco Cáceres¹, Carlos A. Guillén Astete¹, Carlos de la Puente Bujidos¹, Iván del Bosque Granero¹, Jesús Loarce Martos¹, Javier Domínguez Barahona¹, Marina Hernández Calleja¹, Cristina Macía Villa¹, Jaime Arroyo Palomo¹, Alina Boteanu¹, Marta Valero Expósito¹, M^a Jesús García Villanueva¹, M^a Ángeles Blázquez Cañamero¹, Marcelino Revenga Martínez¹, Carmen Larena Grijalba¹, M^a Consuelo Díaz-Miguel Pérez¹, José Luis Morell Hita¹, Lourdes Villalobos Sánchez¹, Sandra Garrote Corral¹, Ana María Álvarez-Díaz², Javier Bachiller Corral¹ y Mónica Vázquez Díaz¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ²Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: Los fármacos modificadores de la enfermedad biológicos (FAMEb) biosimilares (BS) han demostrado su biosimilitud con los de referencia, también al realizar un intercambio entre el de referencia y uno de sus BS. Sin embargo, con el intercambio se ha descrito la aparición de efecto nocebo que puede conllevar a la suspensión del tratamiento. Se ha sugerido que realizar el intercambio a partir de una decisión compartida, puede ayudar a limitar este efecto, aumentando la tasa de retención de las prescripciones y evitando su desplazamiento a otras dianas.

Objetivos: Describir la actividad clínica, la satisfacción del paciente, la retención de los BS y los eventos adversos tras el intercambio médico de adalimumab (ADA) o etanercept (ETN) de referencia a sus BS con una estrategia de intercambio centrada en el paciente.

Métodos: Estudio prospectivo en pacientes mayores de 18 años con enfermedades reumatológicas, independientemente de la actividad de su enfermedad, en tratamiento con ADA o ETN de referencia que realizaron el intercambio médico entre el FAMEb de referencia y sus BS entre noviembre de 2022 y noviembre de 2023. Se desarrolló un proceso asistencial unicéntrico, entre los servicios de Reumatología y Farmacia, con una estrategia de comunicación estructurada y

basada en la toma de decisiones compartidas para la implementación del intercambio.

Resultados: Se incluyeron 147 pacientes, con una edad media de 55,2 años (DE = 16,5) y equilibrio por sexo (el 50,3% eran varones). Los diagnósticos reumatológicos fueron espondiloartritis (34,7%), artritis reumatoide (31,3%), artritis psoriásica (19,7%) y artritis idiopática juvenil (14,3%). 29 pacientes (19,7%) tenían también diagnóstico de psoriasis, 20 (13,6%), de uveítis y 6 (4,1%), de enfermedad inflamatoria intestinal. El 79,6% (117) de los pacientes recibían ADA o ETN como 1^a línea de FAMEb. El 53,1% lo recibían en monoterapia, siendo metotrexate el tratamiento concomitante más utilizado (32,7%). Antes del intercambio, el 85% de los pacientes presentaban remisión o baja actividad de la enfermedad (R/LDA). El HAQ fue 0,25 (RIQ = 0-0,9). A los 6 meses del intercambio (tabla), el 87,8% presentaban R/LDA. El HAQ fue 0,25 (RIQ = 0-1). El 23,2% refirió algún evento adverso con el BS, siendo el dolor en la zona de inyección (18,1%) y el eritema (2,4%) los más frecuentes. Se observó un número de infecciones similar al registrado previamente, predominando las respiratorias (21,7%). 53 pacientes respondieron una encuesta sobre satisfacción con el intercambio y con la forma de administración tras 6 meses del intercambio, siendo de 8/10 (DE = 2,41) y 7,75/10 (DE = 2,5), respectivamente. La media de tiempo en tratamiento con ADA o ETN de referencia fue de 11,5 años (DE = 4,5) y con BS de 6,7 meses (DE = 3,22). Se suspendió el BS en 7 pacientes, la mayoría (85,7%) antes de 3 meses. Se observó efecto nocebo en 6 pacientes (3 con cada fármaco), habiéndose reiniciado el FAMEb de referencia en 2 casos.

Tabla 240
Eficacia, seguridad y satisfacción tras el intercambio

	Antes del intercambio (n = 147)	3 meses tras intercambio (n = 115)	6 meses tras intercambio (n = 82)
FAMEb, n (%)			
Adalimumab	85 (57,8)	64 (55,7)	44 (53,7)
Etanercept	62 (42,2)	51 (44,3)	38 (46,3)
Valoración de actividad clínica, n (%)	140 (95,2)	109 (94,8)	82 (100)
Remisión/baja actividad, n (%)	119 (85)	93 (85,3)	72 (87,8)
HAQ, mediana (p25-p75)	0,25 (0-0,9)	-	0,25 (0-1)
Eventos adversos, n (%)			
Total	-	31 (27,8)	19 (23,2)
Graves	-	1 (0,9)	0 (0)
Encuestas completadas tras intercambio, n (%)	-	64 (55,6)	54 (63,6)
Satisfacción general, media (DE)	-	8,08 (2,03)	8 (2,41)
Satisfacción con forma de administración, media (DE)	-	8 (2,07)	7,85 (2,5)

Conclusiones: En nuestra cohorte, en el intercambio de anti-TNF α de referencia a sus BS, observamos una eficacia similar a la previa, aun realizando el intercambio con diferente actividad clínica. Sin

embargo, la retención de los BS fue superior a la descrita, mientras que el efecto nocebo fue menos frecuente; lo que podría deberse a la toma conjunta de la decisión y a la estrategia de comunicación individualizada realizada. Serían necesarios más estudios, con modelos multivariantes, para comprobar estos resultados.

P241. ESTUDIO DE ADHERENCIA A LA VACUNACIÓN CONTRA EL VIRUS HERPES ZOSTER EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS INMUNOMEDIADAS TRATADOS CON INHIBIDORES DE JAK - ¿QUÉ OPINAN NUESTROS PACIENTES?

Ana Valeria Acosta Alfaro¹, Ana Esteban-Vázquez^{1,2}, Elisabet Castaneda¹, Martina Steiner^{1,2} y Santiago Muñoz-Fernández^{1,2}

¹Hospital Universitario Infanta Sofía. Madrid. ²Universidad Europea de Madrid.

Introducción: Las terapias biológicas han supuesto un gran avance en el tratamiento y pronóstico de los pacientes con enfermedades reumáticas inmunomediadas (ERI), siendo su principal efecto adverso el aumento de infecciones graves. Se han desarrollado diferentes herramientas para la prevención de infección en este grupo de pacientes, entre las que destacan las vacunas. Sin embargo, se sabe que la adherencia a las mismas es subóptima.

Objetivos: Evaluar la adherencia a la vacuna recombinante contra el herpes zoster en pacientes con ERI en tratamiento con inhibidores de JAK (iJAK), las causas de no vacunación, y el grado de satisfacción obtenido por los pacientes tras la vacunación.

Métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo, aprobado por el Comité de Ética regional de la Comunidad de Madrid, que consta de una entrevista telefónica a todos los pacientes con iJAK a los que se les ofreció la vacunación en los últimos dos años. En la entrevista se investigó acerca de la vacunación contra herpes zoster y grado de satisfacción tras la misma, o las razones de no vacunación si no se vacunaron.

Resultados: 68 pacientes fueron incluidos, el 75% (50) fueron mujeres y nueve (13,2%) habían padecido herpes zoster (HZ) previamente. 63 (92,6%) pacientes se vacunaron de dos las dos dosis estipuladas, dos (2,9%) pacientes se vacunaron de una sola dosis y tres (4,4%) no se vacunaron, siendo la principal causa de no vacunación el no percibirse como paciente de riesgo. Los tres pacientes que rechazaron la vacunación tenían diagnóstico de artritis reumatoide y ninguno había padecido HZ. Tras la vacunación, 50 (78,1%) pacientes se sintieron más protegidos, mientras que el resto de opiniones variaron entre ninguna sensación y miedo a los efectos adversos. Ningún paciente se arrepintió de haberse vacunado.

Conclusiones: La adherencia a las dos dosis de la vacuna recombinante contra el herpes zoster en pacientes con enfermedades reumáticas inmunomediadas ha sido alta, percibiendo la mayoría de ellos un alto grado de satisfacción. La comunicación entre los profesionales sanitarios y los pacientes tiene un papel clave en la adherencia a la vacunación.

P242. CAUSAS DE SUSPENSIÓN SEGÚN EDAD DE LOS INHIBIDORES DE JAK EN UNA SERIE DE PACIENTES

Marina Soledad Moreno García, Yedra Uson Rodríguez¹, Erardo Ernesto Meriño Ibarra², Julia Uliier Bellmunt¹, Giuliano Boselli Oporto¹, Ángela Pecondón Español¹ y Francisco Javier Manero Ruíz¹

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

Introducción: Los fármacos inhibidores de Janus quinasa (JAKi) (baricitinib, filgotinib, tofacitinib y upadacitinib) están aprobados

para su uso artritis reumatoide (AR), artritis psoriásica (Apso) y espondiloartritis (Spa). Estos fármacos han supuesto una nueva vía de tratamiento en las enfermedades inmunomediadas, y también la aparición de efectos adversos. En enero 2023 la EMA (Agencia Europea del Medicamento) publicó recomendaciones sobre el uso de JAKi. Donde se recomendaron medidas para minimizar el riesgo de efectos secundarios graves abogando por un uso cauteloso en pacientes mayores de 65 años, fumadores actuales o pasados, con antecedentes de aterosclerosis, enfermedad cardiovascular u otros factores de riesgo cardiovascular, o aquellos con riesgo de malignidad. Si bien no es una contraindicación.

Objetivos: Describir la frecuencia de factores de riesgo cardiovascular presentes en nuestros pacientes con JAKi y evaluar las causas de suspensión de JAKi según edad (mayor o menor de 65 años).

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo realizado en el Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, en el que se han recogido datos de una serie de pacientes correspondientes al periodo comprendido entre enero del 2018 y abril del 2022. Los criterios de selección fueron: 1. Pacientes que tuvieran alguna de las enfermedades siguientes: AR, Apso o algún tipo de Spa. 2. que hubieran iniciado tratamiento durante ese periodo con un JAKi. Los datos recopilados fueron: edad, sexo, antecedentes de HTA, diabetes mellitus, dislipemia, tabaquismo, neoplasias, eventos cardiovasculares mayores (MACE), efectos adversos y motivo de retirada.

Resultados: La características demográficas y clínicas de la cohorte se detallan en la tabla 1. Se incluyeron 125 pacientes. La edad media fue de 60,8 años (DE 11,8) y un 76,6% eran mujeres. El diagnóstico más prevalente fue la AR en un 92%. Un 73,3% de los pacientes que iniciaron JAKi eran refractarios a 3 o más líneas de tratamiento previo. En el grupo de mayores de 65 años, 34 (75,6%) tenían alguna característica citada por la EMA, de los cuales: 7 (20,6%) tenían 1,19 (55,9%) tenían 2 y 8 (23,5%) tres. Por edad (> < 65 años) (tabla 2), no hubo diferencias en las características/comorbilidad excepto por una mayor presencia de HTA (p = 0,001) e historia previa de neoplasias (0,002) en los mayores de 65 años. La terapia JAKi fue suspendida en un 32,8% de los pacientes por diversas causas (tabla 3) y la media del tiempo hasta su suspensión fue 11 meses. La causa principal de la retirada de los JAKi fue la ineficacia en un 63,4% de los casos, seguida los AA en un 13%. Estos últimos fueron el motivo más frecuente en el grupo de pacientes mayores de 65 años (43,7 vs. 24%) y la ineficacia en los menores de 65 años (72 vs. 50%), pero sin significación estadística. No hubo tampoco diferencias (p = 0,651) entre los fármacos utilizados. Entre los AA, destacar la detección de neoplasia pulmonar incidente en 3 pacientes.

Tabla 1. Características de los pacientes en tratamiento con JAKi

Variable	N = 125
Mujer, n (%)	97 (77,6)
Edad (años), media ± DE	60,8 ± 11,8
IMC (kg/m ²), media ± DE	26 ± 5,4
Diagnóstico, n (%)	
AR	115 (92%)
APS	8 (6,4%)
SPA	2 (1,6%)
Tiempo de evolución (años), media ± DE	15,4 ± 7,74
Fármaco, n (%)	
Baricitinib	47 (37,6)
Filgotinib	13 (10,4)
Tofacitinib	36 (28,8)
Upadacitinib	29 (23,2)
Línea de tratamiento, n (%)	
1 ^a	7 (5,7)
2 ^a	26 (21,3)
3 ^a O más	89 (73,3)
Meses JAK, media ± DE	29,3 ± 21,6
Mayor de 65 años, n (%)	45 (36)
Comorbilidades, n (%)	
HTA	44 (35,2)
Dislipemia	53 (42,4)
Diabetes mellitus	20 (16)
Fumador	14 (11,2)
MACE previo	1 (0,8)
Neoplasia previa	11 (8,8)

Tabla 2. Prevalencia de comorbilidades señaladas en las recomendaciones EMA en mayores/menores de 65 años

Variable	iJAKs n = 125		p
	< 65 años 79 (63,2%)	≥ 65 años 46 (36,8%)	
Sexo femenino (n, %)	56 (70,9)	41 (89,1)	0,018
HTA (n, %)	19 (24,1)	24 (52,2)	0,001
DM (n, %)	9 (11,4)	11 (23,9)	0,065
DLP (n, %)	33 (41,8)	20 (43,5)	0,852
Fumador (n, %)	7 (8,9)	7 (15,2)	0,277
MACE (n, %)	1 (1,3)	0 (0)	0,448
Neoplasias (n, %)	2 (2,5)	9 (19,6)	0,002*

*Test exacto de Fisher.

Tabla 3. Características de la suspensión de JAKi.

Variable	Edad		p
	< 65 (N = 25)	≥ 65 (N = 16)	
Suspensión JAKi (pacientes)			
Fármaco, n (%)			
Baricitinib	6 (24)	5 (31,1)	0,570
Filgotinib	-	1 (6,3)	
Tofacitinib	15 (60)	8 (50)	
Upadacitinib	4 (16)	2 (12,5)	
Tiempo con JAKi hasta suspensión (meses), media ± DE	9,52 ± 11,2	13,8 ± 15,8	0,311
Motivo retirada, n (%)			
Decisión del paciente	1 (4)	1 (6,3)	
Efecto adverso	6 (24)	7 (43,7)	0,302
Ineficacia	18 (72)	8 (50)	0,194
Efecto adverso/neoplasia, n (%)			0,559
Intolerancia	-	2 (28,6)	
AA	1 (16,7)	2 (28,6)	
gastrointestinal			
AA cutáneo	1 (16,7)	1 (14,3)	
Tos	1 (16,7)	-	
NRL	1 (16,7)	-	
Infección (no TBC)	1 (16,7)	-	
TBC	-	-	
Neoplasia	1 (16,7)	2 (28,6)	

Conclusiones: En nuestra pequeña serie de casos tratados con JAKi, la suspensión por AA fue la causa más frecuente en el grupo > 65 años y la ineficacia en < 65 años, pero estas diferencias no alcanzaron significación estadística posiblemente debido al pequeño tamaño de la muestra. Por otra parte, aunque la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular fue elevada no se detectó ningún evento cardiovascular. Como AA grave destacar la detección de neoplasia pulmonar incidente en 3 pacientes.

Tabla P243

Características principales de los 26 pacientes diagnosticados de FRP y revisión bibliográfica

Características	Current series (n = 26)	Zampeli E, et al. Clin Exp Rheumatol. 2022 (n = 67)	Kermani TA, et al. Mayo Clin Proc. 2011 (n = 185)	Zhao J, et al. Scand J Rheumatol. 2019 (n = 155)	Liao S, et al. Scand J Rheumatol. 2018 (n = 142)
Sexo, mujeres/varones (% mujeres)	11/15 (42)	18/49 (27)	72/113 (39)	45/110 (29)	23/119 (16)
Edad (años), media ± DE	59,7 ± 12,4	56,0 ± 9,2	57,6 ± 11,8	58,1 ± 12,0	54,3 ± 11,8
FRP idiopática/secundaria (% idiopática)	17/9 (65)	67/0 (100)	185/0 (100)	155/0 (100)	142/0 (100)
Fumador o exfumador, n (%)	13 (50)	39 (58)	133 (72)	91 (59)	75 (53)
Fiebre, n (%)	3 (11)	5 (7)	17 (9)	22 (14)	16 (11)
Astenia, n (%)	10 (38)	ND	ND	ND	ND
Pérdida de peso, n (%)	9 (35)	3 (4)	50 (27)	43 (28)	38 (27)
Síndrome constitucional, n (%)	8 (31)	ND	ND	ND	ND
Dolor dorsal, n (%)	3 (11)	ND	ND	ND	ND
Dolor lumbar, n (%)	11 (42)	42 (63)	70 (38)	88 (57)	18 (13)
Dolor en flancos, n (%)	10 (38)	6 (9)	39 (21)	ND	95 (67)
Dolor abdominal, n (%)	17 (65)	21 (31)	74 (40)	60 (39)	77 (54)
PCR (mg/dL), mediana [RIC] o media ± DE	2,8 [0,8-4,1]	ND	2,1 ± 2,6	2,6 [0,8-23,1]	1,9 [0,9-4,5]
VSG (mm/1h), mediana [RIC] o media ± DE	34 [17,5-67]	ND	32,3 ± 29,1	45 [17-154]	34 [12-70,5]
Urea (mg/dL), mediana [RIC]	55 [35-96]	ND	ND	ND	ND
Creatinina (mg/dL), mediana [RIC]	1,2 [0,8-2,3]	ND	1,3 [1,1-2,1]	ND	ND
Tasa de filtrado glomerular (mL/min/1,73 m ²), mediana [RIC]	90 [20,5-90]	ND	ND	ND	ND
Hemoglobina (g/dL), media ± DE	12,5 ± 1,8	ND	12,6 ± 1,7	12,0 ± 2,1	12,3 ± 2,0

DE: desviación estándar; FRP: fibrosis retroperitoneal; ND: no datos; PCR: proteína C reactiva; VSG: velocidad de sedimentación globular; RIC: rango intercuartílico.

P243. FIBROSIS RETROPERITONEAL: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y TRATAMIENTO EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Javier Loricera García, Fernando López-Gutiérrez y Ricardo Blanco

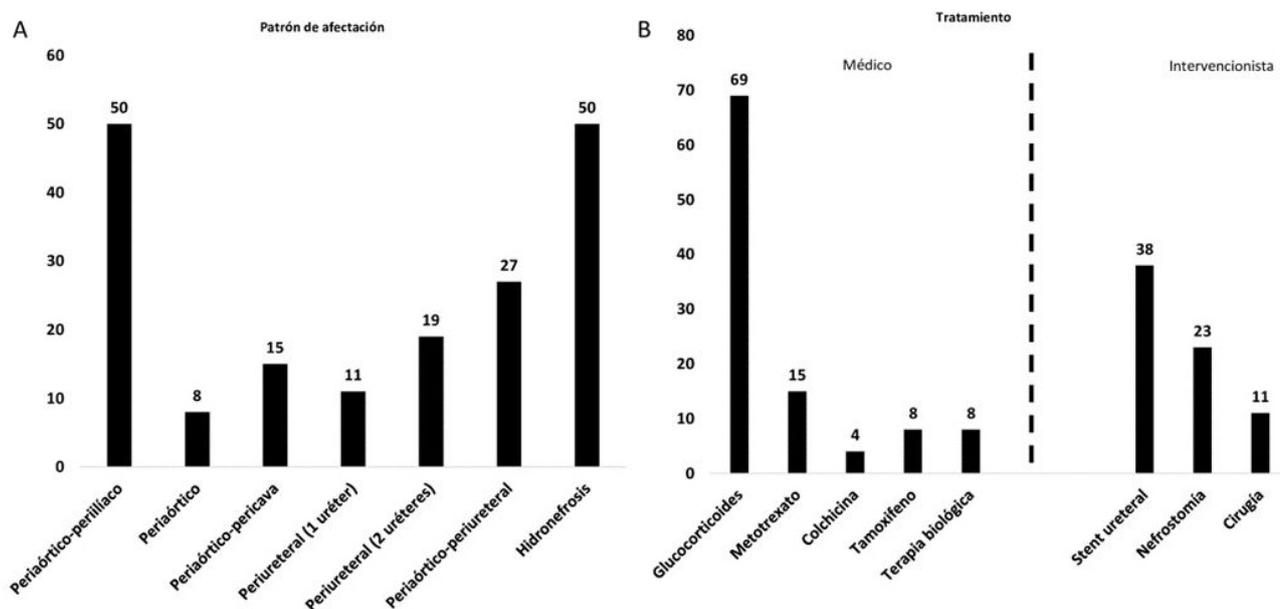
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Grupo de Inmunopatología. IDIVAL. Santander.

Objetivos: La fibrosis retroperitoneal (FRP) suele ser idiopática (FRPi), pero puede ser secundaria a fármacos, neoplasias, infecciones o formar parte de una enfermedad relacionada con la IgG4. Nuestro objetivo fue evaluar las características clínicas, las características analíticas, los hallazgos de imagen y las modalidades de tratamiento en pacientes con FRP.

Métodos: Pacientes diagnosticados de FRP en un hospital de referencia entre 2000 y 2023. Para la revisión bibliográfica se realizaron búsquedas en PubMed y en la biblioteca Cochrane desde su inicio hasta el 31 de diciembre de 2023, seleccionando aquellas series con mayor número de pacientes.

Resultados: Presentamos 26 pacientes (11 mujeres/15 varones) con FRP. La edad media ± DE de los pacientes en el momento del diagnóstico fue de 59,7 ± 12,4 años. Diecisiete pacientes presentaban una FRPi. En los 9 pacientes restantes, la FRP fue secundaria a: neoplasia (n = 5; 19%), radioterapia (n = 2; 8%), pancreatitis aguda (n = 1; 4%), enfermedad relacionada con IgG4 (n = 1; 4%). Las principales características de los pacientes figuran en la tabla. El 50% de los pacientes eran fumadores o exfumadores. Las manifestaciones más frecuentes fueron dolor abdominal (65%) y lumbalgia (42%). Se observó elevación de los reactantes de fase aguda en 15/20 (75%) pacientes y empeoramiento de la función renal en 10/25 (40%) pacientes. En la revisión bibliográfica se seleccionaron 4 series de más de 50 pacientes cada una. Los principales datos de las distintas series se recogen en la tabla. El diagnóstico de FRP se realizó mediante ecografía (n = 16; 61%), TC (n = 24; 92%), RM (n = 2; 8%), PET/TC (n = 6; 23%). El patrón de afectación más frecuente fue periaórtico-periilíaco (50%) e hidronefrosis (50%) (fig. A). Los glucocorticoides fueron el tratamiento médico más frecuente (69%). El procedimiento intervencionista más frecuente fue el stent ureteral (38%) (fig. B).

Conclusiones: La FRP es una entidad poco frecuente que puede ser idiopática o secundaria a otros procesos. El dolor abdominal y la lumbalgia son manifestaciones frecuentes. Los glucocorticoides son el tratamiento médico de elección y la colocación del stent ureteral es el procedimiento intervencionista más utilizado.



P243 Figura. Patrones de afectación y tratamiento de los 26 pacientes con FRP.

P244. INMUNOGENICIDAD HUMORAL TRAS LA VACUNACIÓN CON LA CUARTA DOSIS DE COVID-19 EN PACIENTES CON ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INMUNOMEDIADAS

Yedra Usón Rodríguez, Marta Medrano San Ildefonso, Carlos Vázquez-Galeano, Giuliano Boselli-Oporto, Julia Ulier Bellmunt, Marina Soledad Moreno García, Ángela Pecondon Español y Francisco Javier Manero Ruiz

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Introducción: En general, las vacunas contra el COVID-19 han mostrado un buen nivel de eficacia y seguridad, pero en los pacientes con enfermedades inflamatorias inmunomediadas (IMID) existen datos contradictorios respecto a la idoneidad de la respuesta inmune tras la administración de las mismas. Los tratamientos inmunosupresores y las terapias inmunomoduladoras dirigidas parecen influir en la respuesta inmune generada tras la vacunación. El objetivo de este estudio es conocer y determinar la inmunogenicidad generada tras la administración de la vacuna frente al COVID en pacientes con IMID y en tratamiento con terapias dirigidas, valorando el impacto de las diferentes IMID estudiadas en los niveles de anticuerpos (Ac) IgG producidos tras la vacunación.

Métodos: Estudio observacional transversal realizado en Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza (España) en el que, durante el periodo comprendido entre febrero y mayo del 2023, se recogieron datos correspondientes a una muestra de pacientes extraída de un total de 890 pacientes con alguna IMID incluidos en la base de datos del servicio de Reumatología (basada en el registro del servicio de Farmacia Hospitalaria) y que, a fecha de febrero del 2023, llevaban algún tipo de terapia dirigida. Los criterios de selección de la muestra fueron los siguientes: 1. Pacientes con IMID que tuvieran alguna de las enfermedades siguientes: AR, artritis psoriásica o algún tipo de espondiloartropatía, artritis idiopática juvenil o artritis indiferenciada. 2. Que llevaran algún tipo de terapia dirigida. 3. Que habiendo recibido 4ª dosis de la vacuna anti-COVID, se les hubiera realizado niveles de anticuerpos para determinar la respuesta generada. Se llevó a cabo un análisis estadístico mediante la realización de pruebas de Contraste de hipótesis y el test χ^2 de Pearson para evaluar la posible influencia de las variables estudiadas en los niveles de Ac generados tras la 4ª dosis de la vacuna. Se completó el estudio con dos modelos de regresión logística para estudiar las posibles asociaciones encontradas.

Tabla 1. Datos demográficos y características clínicas de los pacientes pertenecientes a la muestra seleccionada en este estudio

Variable	N = 243
Mujer, n (%)	146 (60,1)
Edad, media \pm DE	61 \pm 12,6
Comorbilidades, n (%)	
HTA	98 (50,3)
DLP	119 (48,9)
DM	30 (12,3)
ERC	12 (4,9)
Diagnóstico, n (%)	
AR +	89 (36,6)
AR -	21 (8,6)
EA HLAB27 +	54 (22,2)
EA HLAB27 -	18 (7,4)
APSO	47 (19,3)
AIJ	2 (0,8)
ARIND	12 (4,9)
Corticoides, n (%), media \pm DE	41 (16,9) 4,35 \pm 1,93
FAMEs, n (%)	
Metotrexato	64 (26,3)
Leflunomida	15 (6,2)
Terapia dirigida, n (%)	
Anti-TNF	
Adalimumab	54 (22,2)
Certolizumab	6 (2,5)
Infliximab	27 (11,1)
Golimumab	21 (8,6)
Etanercept	63 (25,9)
Anti-IL-6	
Tocilizumab	10 (4,1)
Sarilumab	3 (1,2)
Anti-IL-23	
Ustekinumab	1 (0,4)
Risankizumab	1 (0,4)
Guselkumab	2 (0,9)
Anti-IL-17	
Ixekinumab	6 (2,5)
Secukinumab	7 (2,9)
Abatacept	9 (3,7)
Anti-CD20	
Rituximab	1 (0,4)
iJAK	
Baricitinib	15 (6,2)
Filgotinib	3 (1,2)
Tofacitinib	7 (2,9)
Upacitinib	7 (2,9)
Línea de tratamiento, n (%)	
1ª	126 (51,9)
2ª	50 (20,6)
3ª o más	67 (27,6)

Resultados: Las características demográficas y clínicas de la muestra poblacional estudiada se encuentran reflejadas en la tabla 1. Se incluyeron un total de 243 pacientes, la media de edad fue de 61 años (DE 12,6) y un 60,1% eran mujeres. La patología más prevalente fue la AR + (36,6%) y la terapia dirigida más utilizada los anti-TNF (81,4%). Se encontraron asociaciones significativas entre la variable dependiente y el sexo (p 0,001), los niveles de IgG en sangre (p 0,048), IMID diagnosticada (p 0,001) y terapia dirigida

actual (p 0,001) (tabla 2). Se observó que los pacientes con AR + mostraban más riesgo de presentar niveles disminuidos de Ac IgG posvacuna frente a otras IMID como la EA HLA-B27 + (OR 0,039) o la APSO (OR 0,023). Los pacientes en tratamiento con fármacos ANTI-TNF presentaron un riesgo menor de generar niveles de Ac IgG posvacuna disminuidos en comparación a otras terapias dirigidas como el abatacept (OR 20,03) o los I-JAK (OR 4,12) (tabla 3). No se encontró asociación significativa al analizar la posible relación entre niveles adecuados o inadecuados de Ac y el resto de las variables.

Tabla 2. Resultados de las asociaciones significativas encontradas entre los niveles de IgG posvacuna y las variables estudiadas mediante la realización de Contraste de hipótesis y test χ^2

Variable	Niveles AC IgG posvacuna				p
	(0-259)	(260-1.000)	(1.001-2.000)	> 2.000	
Sexo					0,001
Mujer	5 (3,4%)	27 (18,5%)	43 (29,5%)	71 (48,6%)	
Hombre	3 (3,1%)	11 (11,3%)	12 (73,2%)	71 (73,2%)	
Niveles IgG					0,048
Disminuidos	1 (20%)	1 (20%)	2 (40%)	1 (20%)	
Normales	3 (16,8%)	27 (16,8%)	33 (60,9%)	98 (60,9%)	
Aumentados	1 (10%)	-	1 (10%)	8 (80%)	
Diagnóstico					0,001
AR +	4 (4,5%)	33 (37,1%)	36 (40,4%)	16 (18%)	
EA HLAB27 +	2 (3,7%)	-	6 (11,1%)	46 (85,2%)	
APSO	1 (2,1%)	1 (4,3%)	5 (19,4%)	41 (56-9%)	
Otra	1 (1,9%)	3 (5,7%)	8 (15,1%)	41 (77,4%)	
Terapia dirigida					0,001
Anti-TNF	4 (2,3%)	13 (7,6%)	41 (24%)	113 (66,1%)	
Anti-IL-6	-	7 (53,8%)	3 (23,1%)	3 (23,1%)	
Anti-IL-23	-	-	-	4 (100%)	
Anti-IL-17	1 (7,7%)	2 (15,4%)	-	10 (76,9%)	
Abatacept	2 (22,2%)	3 (33,3%)	1 (11,1%)	3 (33,3%)	
Anti-CD20	-	1 (100%)	-	-	
iJAK	1 (3,1%)	12 (37,5%)	10 (31,3%)	9 (28,1%)	

Conclusiones: El tipo de IMID y la terapia dirigida usada influyen en la respuesta inmune generada tras la vacunación frente al COVID-19. El diagnóstico de AR + y el uso determinadas terapias dirigidas como el abatacept o los I-JAK influyen de forma negativa en la formación de Ac IgG tras la vacunación.

P245. PENFIGOIDE OCULAR CICATRICIAL: IMPORTANCIA DE LA LABOR DE REUMATOLOGÍA EN EL DESPISTAJE DE ENFERMEDAD SISTÉMICA ASOCIADA Y MANEJO TRATAMIENTO INMUNOMODULADOR EN UNA UNIDAD DE PATOLOGÍA INFLAMATORIA DE SUPERFICIE EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO TERCIARIO

María Enjuanes Noguero¹, Xiana Elkoroaristizabal-Peleteiro², Elena Abad-Plou¹, Guillermo González-Mozo¹, David Martínez-López¹, Juan María Blanco Madrigal¹, Olaia Begoña Fernández Berrizbeitia¹, A.R. Inchaurre Pellejero¹, Rosa Expósito Molinero¹, M. Esther Ruiz Lucea¹, Eva Galíndez-Agirregoikoa¹, Eduardo Cuende Quintana¹, Silvia López-Plandolit², Marcelino Ferrer-Alcon³, M. Luz García Vivar¹ e Ignacio Torre-Salaberri¹

¹Reumatología. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. ²Oftalmología. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. ³Unidad de Investigación. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao.

Introducción: El penfigoide ocular cicatricial (POC) es una enfermedad ampollosa inflamatoria crónica de origen autoinmune que genera una conjuntivitis crónica de tipo cicatricial con daño de las estructuras adyacentes y que puede llevar a la ceguera.

Objetivos: Analizar las características epidemiológicas y clínicas, así como evaluar los tratamientos instaurados en pacientes con POC en un hospital terciario (Hospital Universitario de Basurto, Bilbao).

Tabla P244

Tabla 3. Resultados análisis estadístico

Variables	Niveles AC IGG posvacuna				OR univariante			OR multivariante		
	< 1.000	≥ 1.000	p	N	OR	IC95%	p	OR	IC95%	p
Edad			0,084	243						
≥ 60	31 (21,7%)	112 (78,3%)			ref	ref		ref	ref	
< 60	13 (13%)	87 (87%)			0,54	0,267-1,09	0,087	0,92	0,3-2,825	0,885
Sexo			0,225	243						
Mujer	30 (20,5%)	116 (79,5%)			ref	ref		ref	ref	
Hombre	14 (14,4%)	83 (85,6%)			0,652	0,326-1,3	0,228	1,78	0,49-6,46	0,379
Niveles IGG			0,199	176						
Disminuidos	2 (40%)	3 (60%)			ref	ref		ref	ref	
Normales/elevados	30 (17,5%)	141 (82,5%)			0,319	0,05-1,99	0,222	7,01	0,47-104,6	0,156
DX IMID			< 0,001	243						
AR +	36 (40,4%)	53 (59,6%)			ref	ref		ref	ref	
HLA B27 +	2 (3,7%)	52 (96,3%)			0,056	0,013-0,247	< 0,001	0,039	0,004-0,33	0,003
APSO	2 (4,3%)	45 (95,7%)			0,06	0,015-0,287	< 0,001	0,023	0,001-0,27	0,003
Otra	4 (7,5%)	49 (92,5%)			0,12	0,04-0,362	< 0,001	0,04	0,006-0,26	< 0,001
Corticoides			0,042	243						
Sí	12 (29,3%)	29 (70,7%)			ref	ref		ref	ref	
No	32 (15,8%)	170 (82,4%)			0,455	0,210-0,99	0,045	0,553	0,15-1,9	0,326
MTX			0,593	243						
Sí	13 (20,3%)	51 (79,7%)			ref	ref		ref	ref	
No	31 (17,3%)	148 (82,7%)			0,822	0,39-1,69	0,594	1,54	0,47-5,06	0,472
Leflunomida			0,85	243						
Sí	3 (20%)	12 (80%)			ref	ref		ref	ref	
No	41 (18,1%)	186 (81,9%)			0,188	0,238-3,26	0,851	3,52	0,42-29,19	0,242
Tto. previo			0,053	243						
Sí	27 (23,1%)	90 (76,9%)			ref	ref		ref	ref	
No	17 (13,5%)	109 (86,5%)			0,52	0,267-1,01	0,055	0,71	0,20-2,5	0,595
Tratamiento			< 0,001	243						
ANTI-TNF	17 (9,9%)	154 (90,1%)			ref	ref		ref	ref	
I-JAK	12 (37,5%)	20 (62,5%)			5,435	2,27-13,02	< 0,001	4,12	0,96-17,7	0,05
Abatacept	5 (55,6%)	4 (44,4%)			11,324	2,77-46,24	< 0,001	20,03	1,99-201,1	0,011
ANTI-IL6	7 (53,8%)	6 (46,2%)			10,569	3,18-35,09	< 0,001	1,22	0,12-11,65	0,863
Otro	3 (16,7%)	15 (83,3%)			1,812	0,476-6,9	0,384	12,3	12,29-1,55	0,017
COVID			0,048	243						
No	30 (22,6%)	103 (77,4%)			ref	ref		ref	ref	
Sí	14 (12,7%)	96 (87,3%)			0,5	0,25-1	0,05	0,22	0,066-0,74	0,015

Métodos: Se revisaron las historias clínicas de una cohorte de 12 pacientes (24 ojos) diagnosticados de POC y valorados por una unidad de superficie ocular de patología inflamatoria que integran los servicios de Reumatología y Oftalmología durante el periodo del 2019 al 2023. Se recogieron datos epidemiológicos, enfermedades asociadas, sintomatología ocular y datos de actividad clínica, estadios de severidad (escala Foster), así como los tratamientos empleados.

Resultados: Se incluyeron 12 pacientes, 10 mujeres (83%) y 2 hombres (17%). La media de edad fue de 64,5 años (mediana 61,5 años). 11 pacientes presentaban afectación ocular bilateral (91,6%). El único caso con afectación unilateral estaba motivado por evisceración. Ningún paciente presentó afectación de otras mucosas. Se realizó despiñaje dirigido de enfermedad autoinmune (tabla 1). Se realizó biopsia en 3/12 (25%). Siendo en los 3 casos resultado no concluyente. Se evaluaron 23 ojos dado que uno de ellos estaba eviscerado. Se valoró el grado de afectación ocular basándonos en los estadios de Foster. El criterio para pautar tratamiento inmunomodulador fue actividad inflamatoria ocular y severidad (tabla 2). En cuanto al tratamiento recibido, se usó prednisona oral en el 50% de los ptes siendo la dosis máxima de 40 mg en 1 caso y la dosis habitual ≤ 5 mg/día en el resto. En 2 casos fueron necesarios pulsos de corticoides (250 mg de MP iv durante 3 días consecutivos) debido a la importante inflamación ocular que presentaban. Los inmunomoduladores más utilizados, dosis máxima y cambios de tto se muestran en la tabla 3. Se realizó cirugía oftalmológica en 3/12 casos precisando en 2 de ellos tratamiento corticoideo periquirúrgico sin reactivación de la inflamación ocular en ningún caso.

Tabla 1

Enf. autoinmune asociada	Enf. Crohn	Polimialgia reumática	Sd. Sjögren	Total
N (%)	2 (16,6%)	1 (8,3%)	1 (8,3%)	4 (33%)

Estadio Foster al inicio de tratamiento inmunomodulador (I: conjuntivitis crónica con fibrosis subepitelial; II: acortamiento del fórnix inferior; III: formación de simplefaron y IV: Anquiblofaron, queratinización de la superficie ocular, vascularización y opacificación corneal)

	I	II	II/III	III	IV
Estadio por ojo, N° (%)	3 (15%)	3 (15%)	1 (5%)	11 (55%)	2 (10%)
Peor estadio por paciente, N° (%)	0	2 (20%)	1 (10%)	6 (60%)	1 (10%)

Tabla 3

Tratamiento	N°	Dosis máxima	Cambio tratamiento
MMF	5 (41,6%)	2 g/d	0
MTX	3 (25%)	20 mg/semana	2 (1 efecto adverso, 1 ineficacia)
AZA	3 (25%)	150 mg/d	1 (1 efecto adverso)

Conclusiones: La literatura revisada es escasa y heterogénea, pero concuerda con nuestros datos en cuanto a edad media (64,5 años), así como en el género con un predominio de sexo femenino (83%). Se encontró enfermedad autoinmune asociada en un 30%, mayor a la literatura revisada en los que se encuentra entre un 10-20%. La mayoría de nuestros ptes presentaban un estadio de Foster avanzado (III) lo que puede condicionar la respuesta terapéutica. En nuestra muestra el tto inmunosupresor más utilizado fue MMF a dosis de 2 g/d con buen perfil de seguridad y eficacia en todos ellos. La escasa sensibilidad de las biopsias en nuestro centro motivó el cese de su realización al ser fuente de exacerbación de la enfermedad y no descartar el POC pese a obtenerse un resultado negativo. Destacar la importancia de la colaboración entre Reumatología y Oftalmología en una patología inflamatoria ocular como es el POC a la hora de diagnóstico de enfermedades autoinmunes asociadas y manejo precoz de medicación inmunomoduladora aun basándose exclusivamente en un diagnóstico clínico. Se necesitan estudios más amplios para valorar la utilidad de los inmunosupresores en el control de la actividad inflamatoria en pacientes con penfigoide ocular.

P246. CLINICAL FEATURES AND MANAGEMENT OF RHEUMATOID ARTHRITIS IN SPAIN: A RETROSPECTIVE ANALYSIS USING ELECTRONIC HEALTH RECORDS AND NATURAL LANGUAGE PROCESSING

Pedro Zarco¹, Raquel Almodovar¹, Lucía Silva², María Teresa Navío³, Savana Research Group^{4,5}, Berta Biescas⁵, Nacho Salcedo⁵, Víctor Fanjul⁴ and Diego Benavent⁴

¹Hospital Fundación de Alcorcón. Madrid. ²Hospital Son Espases. Palma de Mallorca. ³Hospital Infanta Leonor. Madrid. ⁴Savana Research. Madrid. ⁵MedSavana. Madrid.

Introduction and objectives: Rheumatoid arthritis (RA) exhibits substantial heterogeneity in its clinical presentation, management, and treatment outcomes in real-world scenarios¹. In this context, Electronic Health Records (EHRs) in combination with Natural Language Processing (NLP) offer a valuable resource. Our study aimed to profile the demographic and clinical characteristics of RA patients and assess treatment regimens and healthcare resource utilization using NLP-based analytics of EHRs.

Methods: A multicentre, retrospective, and observational study was conducted utilizing secondary data included in EHR from adult patients with RA in three Spanish hospitals between January 1, 2014, and December 31, 2022. Clinical information from EHRs was obtained using EHRRead[®] technology, developed and validated by Medsavana, which uses NLP and ML to extract unstructured clinical information including free-text narratives, converting these into standardized SNOMED-CT terms. Free-text information was organized in an anonymized database and descriptive analyses were performed at inclusion and during follow-up.

RA patients' comorbidities at index

Comorbidity	Total (N = 4624)
Hypertension	2,017 (43.6)
Infections	1,759 (38)
Hyperlipidemia	946 (20.5)
Diabetes mellitus	945 (20.4)
Cardiovascular disease	943 (20.4)
Osteoporosis	815 (17.6)
Obesity	631 (13.6)
Asthma	610 (13.2)
Atrial Fibrillation	501 (10.8)
Depression	431 (9.3)
Psoriasis	413 (8.9)
Chronic obstructive pulmonary disease	404 (8.7)
Heart failure	403 (8.7)
Malignancy	360 (7.8)
Kidney failure	319 (6.9)
Hyperuricemia	280 (6.1)
Hypertransaminasemia	177 (3.8)
Bone fracture	144 (3.1)
Acute myocardial infarction	63 (1.4)

All results are expressed in N (%).

Results: Data from 83,094,103 EHRs were processed, identifying 4,624 patients with RA. The mean (standard deviation) age was 61 (16) years, with a female preponderance of 75.3%. The most frequent extra-articular manifestations were anaemia (8.4%), neuropathy (7.4%), and xerophthalmia (7.1%). The assessed comorbidities are shown in the table. Follow-up analysis focused on patient's complications, treatment, and health care resource utilization. Most common observed complications were laboratory abnormalities (32%), infections (20%), cardiovascular events (18.5%), and cancer (8.5%). Concerning RA treatment, tumoral necrosis factor inhibitors were the most utilized complex therapy (28.5%), including adalimumab (15.9%), certolizumab pegol (4.8%), etanercept (13.6%), golimumab (2.9%) and infliximab (4.5%). Other biological treatments included IL-6 inhibitors (9.5%), JAK inhibitors (4.6%) and other mechanisms of action (10.1%). Oral steroids (77.3%) and methotrexate (58.2%) were the most frequent non-complex therapies used. A total of 45.5% of patients registered at least one

hospitalization, being the median (Q1, Q3) number of hospitalizations per year 0.5 (0.2, 1.2). In addition, 96.7% and 60.8% patients underwent at least one outpatient or emergency visit per year, respectively.

Conclusions: NLP methodologies effectively characterized a cohort of RA patients, elucidating various aspects such as demographics and clinical characteristics. A high burden of comorbidity and high rates of hospitalization highlight the importance of considering a tailored approach in RA management. This study underscores the utility of NLP in extracting complex real-world data from EHRs, thus contributing to a more nuanced understanding of RA and its management.

Acknowledgments: This study has been funded by Galapágos.

REFERENCES

- Ranganath VK, et al. Comorbidities are associated with poorer outcomes in community patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)*. 2013;52(10):1809-17.
- Canales L, et al. Assessing the Performance of Clinical Natural Language Processing Systems: Development of an Evaluation Methodology. *JMIR Med Inform*. 2021;9:e20492.

P247. HERRAMIENTA DIGITAL PARA SEGUIMIENTO DE PATOLOGÍA INFLAMATORIA REUMÁTICA EN PRÁCTICA CLÍNICA

Dolores Mendoza Mendoza¹, Marta Cuaresma Giráldez², Inés Fernández-Maeztu Palacín¹, Carmen Domínguez Quesada¹, Alberto Moreno Conde² y José Javier Pérez Venegas¹

¹Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ²Instituto de Biomedicina de Sevilla. Hospital Universitario Virgen Macarena. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Universidad de Sevilla.

Introducción: La evaluación clínica en reumatología ha experimentado un gran cambio en las últimas décadas. La importancia de cuantificar la carga de enfermedad y de medir resultados en salud ha llevado a la elaboración y validación de índices para las diferentes patologías reumáticas. El cálculo es complejo y precisa una calculadora específica. El consumo de tiempo y la imposibilidad de hacer los cálculos directamente desde la historia del paciente, limita su uso en práctica clínica.

Objetivos: Crear una herramienta digital que realice el cálculo de los índices de forma integrada en la historia clínica y que permita ver la evolución del paciente y de poblaciones de pacientes.

Métodos: Se elaboró un equipo multidisciplinar formado por ingenieros, reumatólogos y enfermería de reumatología para determinar los parámetros a cuantificar y decidir los índices a calcular. Se seleccionaron índices validados para artritis reumatoide (AR) (DAS28, CDAI), artritis psoriásica (Aps) (DAPSA) y espondiloartritis axial (EsPax) (ASDAS). Se elaboró una herramienta de acceso directo desde la historia digital del paciente, en la que se recogen los parámetros para el cálculo de los índices. El índice queda registrado de forma numérica en una plataforma y añadido a la historia del paciente con la fecha de recogida. También se registra de forma automática la actividad de la enfermedad categorizada (remisión, baja actividad, actividad moderada o alta actividad) en función del valor del índice. Esta herramienta permite registrar visitas sucesivas del paciente.

Resultados: Se desarrolló la herramienta digital de forma conjunta entre el servicio de reumatología y la unidad de innovación del Hospital Virgen Macarena. Durante 2 meses se perfeccionó la forma de integración de los datos y la correcta realización de los cálculos comparándolos con los realizados por una aplicación móvil (App) diseñada para este fin (RheumaHelper[®]). Durante 8 meses se ha validado en práctica clínica habitual. Esta herramienta ha demostrado ser capaz de calcular los índices igual que la app, con el valor añadido de estar directamente integrada en la historia clínica digital del paciente, evitando errores de transcripción y consumo de tiempo innecesario (fig. 1). También se ha evaluado la explotabilidad de los datos recogidos. Es posible evaluar la evolución de un índice en un paciente a lo largo de un periodo de tiempo, así como la actividad clínica de la enfermedad de un grupo de pacientes (fig. 2), pudiendo analizar la evolución de cualquiera de los parámetros recogidos para el cálculo de los índices (NAD, NAT, PCR...). Toda la información recogida queda almacenada y se pueden exportar directamente en formato Excel y SPSS para su análisis detallado.

Conclusiones: El registro de índices es un estándar de calidad asistencial y está cada vez más integrado en la práctica clínica y es fun-

Índices propios de la enfermedad

Enfermedad Inflammatoria

ARTRITIS PSORIASICA

Fecha

12/04/2023

Número de articulaciones dolorosas: 2

Número de articulaciones inflamadas: 0

EVA de dolor: 8

EVA de actividad: 2

PCR: 6,8

VSG:

BSA:

DAPSA: 12.6

Valoración: BAJA ACTIVIDAD

Figura 1: Ejemplo de cálculo del índice DAPSA en un paciente

P247 Figura 1

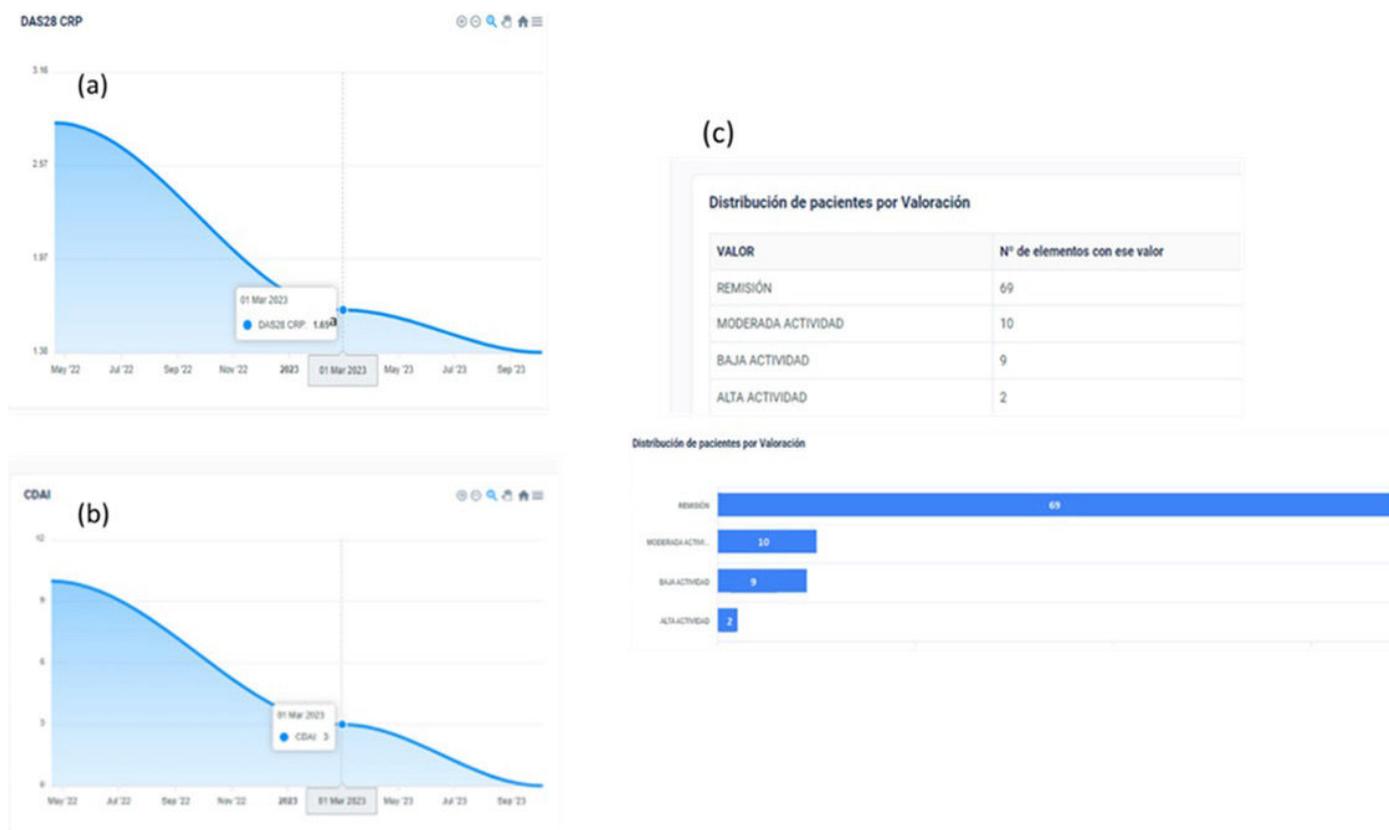


Figura 2: Explotabilidad de los datos recogidos. (a) evolución del DAS28 PCR de un paciente. (b) evolución del CDAI de un paciente individual. (c) actividad clínica de la enfermedad en el grupo de AR

P247 Figura 2

damental para la toma de decisiones de forma objetiva. La digitalización de este proceso y su integración en la historia clínica es un gran avance para aumentar su implementación en la práctica clínica. El uso de esta herramienta nos permite, más allá del cálculo del índice en un momento puntual: 1. Evaluar la progresión de un paciente; 2. Realizar análisis de resultados en salud en diferentes grupos de paciente; 3. Seleccionar subgrupos de pacientes para estudios de investigación estando integrados los datos directamente en una base de datos explotable.

P248. HIPOGAMMAGLOBULINEMIA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS TRATADOS CON INHIBIDORES DE LA INTERLEUCINA 6 O INHIBIDORES DE LA JANUS QUINASA

Elisabet Perea^{1,2}, Antonio Avilés^{1,2}, Cristina Rodríguez^{1,2}, M^a Carmen López³, Pablo Riesgo¹, José Domenech¹, Paloma Vela^{1,2,4}, Vega Jovaní^{1,2}, Agustín Martínez^{1,2}, Joaquim Esteve^{1,2}, Pilar Bernabéu^{1,2}, Irene Calabuig^{1,2}, Irene Notario^{1,2}, Silvia Gómez², Rocío Caño² y Mariano Andrés^{1,2,4}

¹Sección de Reumatología. Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante. ²Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante. ³Sección de Reumatología. Hospital Universitario de La Ribera. Valencia. ⁴Departamento de Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández. Elche.

Introducción: La interleucina 6 (IL-6) regula la respuesta inmune humoral promoviendo la diferenciación de linfocitos B a células plasmáticas y estimulando la producción de anticuerpos a través de la vía

JAK/STAT. Aunque en la práctica clínica hemos observado casos de hipogammaglobulinemia grave en pacientes tratados con inhibidores de IL-6, esta asociación no ha sido adecuadamente investigada. Nuestro objetivo es analizar la frecuencia de hipogammaglobulinemia en pacientes con artritis reumatoide (AR), arteritis de células gigantes (ACG) o espondiloartritis (EspA) tratados con inhibidores del receptor de IL-6 (IL6Ri) o inhibidores de la janus quinasa (JAKi).

Métodos: Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo. Incluimos pacientes adultos con diagnóstico clínico de AR, ACG o EspA tratados con tocilizumab, sarilumab o JAKi. Excluimos pacientes con una duración del tratamiento inferior a 3 meses, sin inmunoglobulinas postratamiento y aquellos con determinación de inmunoglobulinas en los primeros 3 meses o tras más de 3 años del inicio del tratamiento. La variable resultado principal fue la presencia de hipogammaglobulinemia (niveles de IgG inferiores a 750 mg/dL) con su intervalo de confianza (IC) del 95%. Además, se comparó la frecuencia de hipogammaglobulinemia entre IL-6Ri y JAKi. Como variables secundarias, se evaluó la frecuencia de hipogammaglobulinemia grave (IgG < 450 mg/dL) e infección grave (que implicase ingreso hospitalario o tratamiento intravenoso). Proyecto con dictamen favorable del CEIm.

Resultados: De los 237 pacientes seleccionados inicialmente, 181 fueron excluidos: 160 por ausencia de inmunoglobulinas postratamiento, 5 por duración corta del tratamiento, 8 por determinación de inmunoglobulinas antes de 3 meses y 8 por determinación de inmunoglobulinas tras más de 3 años del inicio del fármaco. Finalmente, incluimos 56 pacientes con una edad media de 62,3 años (DE \pm 12 años), siendo el 78,6% mujeres. La enfermedad más prevalente fue la AR (71,4%), seguida de la ACG (23,2%) y la EspA (5,4%). 31 pacientes

recibieron tratamiento con IL6Ri (25 tocilizumab y 6 sarilumab), y 25 pacientes con JAKi. La mediana de tiempo de determinación de inmunoglobulinas fue de 8,18 meses (RIC 4,5-14,8 meses). Se observó hipogammaglobulinemia en 20 de los 56 pacientes incluidos, con una frecuencia del 35,71% (IC95%: 24-49%). Hubo 13 casos de hipogammaglobulinemia en pacientes tratados con IL6Ri (42%, IC95% 26-59%), y 7 en pacientes tratados con JAKi (28%, IC95% 14-48%); sin diferencias entre ambos grupos. Entre los pacientes con hipogammaglobulinemia, 17 eran mujeres y 3 varones, con una edad media de 67,9 años (DE ± 10,6 años). Hubo 14 casos en AR, 6 en ACG y ninguno en EspA. 13 pacientes recibieron corticoides concomitantes y en 9 pacientes se asociaron otros fármacos antirreumáticos. Hubo 7 casos de hipogammaglobulinemia basal; 3 habían recibido tratamiento previo con rituximab. En 5 casos se observó hipogammaglobulinemia grave, uno de ellos precisó tratamiento sustitutivo con inmunoglobulinas. Además, se observaron 5 casos de infección grave. Hubo 8 casos de disminución de niveles de IgA y 6 casos de disminución de IgM. En ningún caso se observó linfopenia.

Conclusiones: La determinación de inmunoglobulinas en estos pacientes no está integrada en la práctica clínica. En nuestro estudio, la hipogammaglobulinemia fue frecuente. Nuestros datos apoyan la necesidad de nuevos estudios prospectivos que analicen esta asociación potencialmente perjudicial.

P249. INFECCIONES GRAVES EN PACIENTES CON RITUXIMAB Y BELIMUMAB DURANTE LA PANDEMIA: NO TODO FUE COVID-19

Beatriz Tejera Segura, Judith Hernández Sánchez, Doryan García Olivás, Luis Bausá Gimeno, Daniel Batista Perdomo, Sergio Machín García, Javier Nóvoa Medina, M. Ángeles Acosta Mérida, Diana Botello Corzo y José Ángel Hernández Beriain

Sección de Reumatología. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas.

Introducción: Las infecciones graves son una de las principales causas de morbimortalidad en los pacientes con enfermedades reumáticas autoinmunes sistémicas (ERAs). El tratamiento inmunosupresor (IS), entre otros factores, contribuye a aumentar este riesgo.

Objetivos: Describir las infecciones graves durante el periodo de pandemia y pospandemia de COVID-19 en pacientes con ERAs en tratamiento con rituximab y belimumab. Como objetivo secundario se estudiaron las diferencias entre pacientes infectados vs. no infectados.

Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo que incluyó 86 pacientes con ERAs (a excepción de la artritis reumatoide) en tratamiento con rituximab o belimumab que padecieron infección grave (infección que requiere hospitalización) en el periodo de 1 marzo de 2020 a 1 enero de 2024. Se utilizó la prueba de Kolmogórov-Smirnov para comprobar la normalidad de los datos. Para las variables cualitativas se calcularon la frecuencia y el porcentaje. 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. El programa estadístico utilizado fue STATA MP-Parallel Edition 17.0.

Resultados: Se incluyeron 86 pacientes con ERAs. Un 86% fueron mujeres (n = 74) y 14% hombres (n = 12). La edad media fue de 49,3 años (± 13,8). 24 pacientes en tratamiento con belimumab (28%) y 62 con rituximab (72,1%). Hubo 7 (29,2%) infecciones graves en el grupo de belimumab y 27 (43,5%) en el grupo de rituximab. Se incluyeron las siguientes ERAs: 39 lupus eritematoso sistémico (45,3%), 15 vasculitis ANCA (17,4%), 8 miopatías (9,3%) y 28% (n = 24) fueron otras conectivopatías. Más de la mitad (61,6%) padecían otras comorbilidades. Se registraron 47 (54,6%) infecciones por COVID-19 de las cuales 9 (19,1%) fueron graves. Un 10,6% (n = 5) presentó simultáneamente infección por otro germen. Un 35% (n = 30) de casos desarrolló una infección grave distinta al COVID-19. Un 79% de los pacientes recibió la vacunación frente al COVID-19 (82,6%, 2 dosis; 44,2% 3 dosis y 11,6% más de 3 dosis). Un tercio de pacientes (n = 16) tuvo la infección antes de la vacunación vs. el 64,6% (n = 31) que la presentó después. Todas las infecciones graves por COVID-19 salvo un caso (no vacunado) fueron después de la vacunación. Un 7,2% de los pacientes desarrolló brote leve de su enfermedad en los 12 meses posteriores a la vacuna sin requerir hospitalización en ningún caso. Fallecieron 4 pacientes (4,6%) por infección: 2 con infección por COVID-19 y 2 por otro tipo de infección grave. Las diferencias demográficas, clínicas y de laboratorio en pacientes con infección grave (COVID-19 o distinta) vs. no infección se describen en la tabla. En el análisis univariante se observaron diferencias estadísticamente significativas en el tipo de ERA, la presencia o no de comorbilidades y el uso de determinados inmunosupresores. Más del 90% de pacientes que sufrieron infección grave tomaron a lo largo de la evolución de la enfermedad prednisona vs. 75% de los no infectados (tabla).

Conclusiones: En esta serie de pacientes con terapias dirigidas frente al linfocito B fue más prevalente la infección grave no COVID-19 en el periodo pospandemia. Entre otros factores ya conocidos, el tipo de ERAs se asoció a infección grave así como las comorbilidades y determinado tratamiento IS.

P250. ESTUDIO MULTICÉNTRICO SOBRE LAS MANIFESTACIONES REUMATOLÓGICAS EN PACIENTES CON CÁNCER TRATADOS CON INMUNOTERAPIA

M. Garijo Bufort¹, M. Aguilar Zamora¹, K. Arévalo Ruales¹, C. Molina², MC. López González³, M. Andrés³, N. Martínez-Banaclocha⁴ y R. González-Mazarío²

¹Servicio de Reumatología. Hospital de Sagunto. Valencia. ²Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Valencia. ³Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante ⁴Servicio de Oncología. Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante.

Introducción: La inmunoterapia en el cáncer es una estrategia terapéutica basada en estimular al sistema inmune para que sea éste quien reconozca y destruya las células tumorales. Dentro de la

Tabla P249

Diferencias demográficas y clínicas entre pacientes con infección vs. no infección grave

	No infección grave N (%) 52 (60,1)	Infección grave N (%) 34(39,5)	p
Edad media (DE)	48 (13,8)	52 (14,3)	0,162
Sexo	44 mujeres (84,6)	30 mujeres (88,2)	0,636
Tipo de ERAs	24 (46,1) LES 11 (21,1) Vasculitis ANCA 16 (30,8) Otras conectivopatías** 1 (1,9) Miopatías	15 (44,1) LES 4 (11,8) Vasculitis ANCA 8 (23,5) Otras conectivopatías** 7 (20,6) Miositis	0,027
Comorbilidades	27 (52)	26 (76,4)	0,022
Vacunación frente al COVID-19	49 (94,2)	30 (88,2)	0,32
Tratamiento con belimumab	17 (32,7)	7 (20,6)	0,221
Tratamiento con rituximab	35 (67,3)	27 (79,4)	0,221

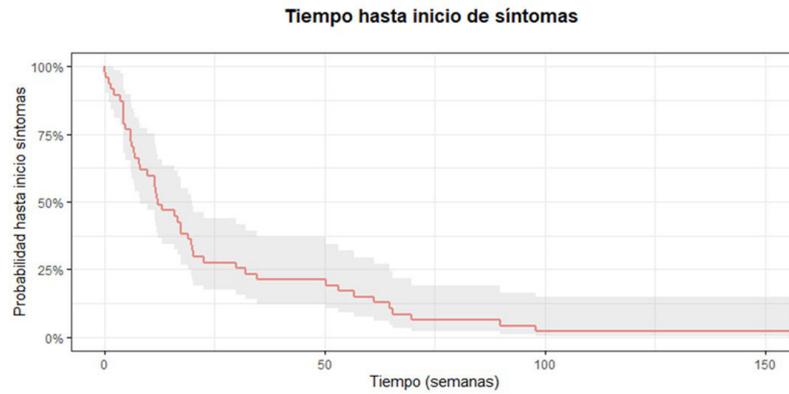


Fig. 1. Tiempo entre el inicio del tratamiento y la aparición de los síntomas

P250 Figura

inmunoterapia, destacan las terapias dirigidas hacia procesos moleculares que acontecen en las células tumorales. Aunque estas terapias han supuesto un gran avance en la lucha contra el cáncer, también pueden desencadenar diferentes efectos adversos inmuno-mediados, algunos de ellos de naturaleza reumatológica.

Objetivos: Describir las manifestaciones reumatológicas en pacientes con cáncer que reciben tratamiento con terapias dirigidas.

Métodos: Estudio multicéntrico, retrospectivo y descriptivo, en el que se incluyeron las interconsultas desde oncología relativas a inmunoterapia entre enero 2020 y diciembre 2023. Se recogieron variables demográficas y clínicas. Se consideró como efecto inmuno-mediado grave si ponía en peligro la vida del paciente y/o daba lugar a hospitalización, discapacidad o muerte. El análisis estadístico se realizó con R4.3.2.

Resultados: Se incluyeron 56 pacientes. La mayoría eran hombres (60,7%), con una media de edad $65,56 \pm 12,56$ años. Las comorbilidades más frecuentes fueron HTA (47,4%), dislipemia (44,7%) y DM 2 (28,9%). Los tratamientos de inmunoterapia que estaban recibiendo fueron inhibidores del PD1: pembrolizumab (48,2%) y nivolumab (41,1%) e inhibidores del PDL-1: atezolizumab (7,1%) y durvalizumab (3,6%). Los tipos de neoplasia más frecuentes fueron de pulmón (51,8%), seguido de melanoma (16,1%), renal (10,7%) y tubo digestivo (7,14%). Otros tipos de tumores con una frecuencia menor fueron neo vesical (3,6%), área ORL (3,6%), hematológicos (3,6%), mesotelioma (1,79%) y cérvix y pulmón (1,79%). Los motivos de derivación más frecuentes fueron artralgias (77,8%), artritis (55,6%) y sospecha de enfermedad autoinmune (37%). Tras el seguimiento en consultas, el diagnóstico más frecuente fue el de "artralgias inflamatorias/poliartritis" en un 51,2% de los pacientes. Otras patologías de nuevo diagnóstico fueron: Sjögren ($n = 4$), AR ($n = 4$), APs ($n = 2$), lupus like ($n = 2$), PMR ($n = 1$), miositis ($n = 1$), síndrome antisintetasa ($n = 1$), gota ($n = 1$), esclerodermia ($n = 1$) y Behçet ($n = 1$). Hubo 3 pacientes con diagnóstico previo de AR y 2 con LES que tuvieron un brote, uno de ellos grave, tras el inicio de la inmunoterapia. En el 96,2% de los casos, los diagnósticos se atribuyeron al tratamiento con terapias dirigidas. El tiempo medio entre el diagnóstico del tumor y la aparición de los síntomas fue de $114,45 \pm 147,72$ semanas, mientras que el tiempo entre el inicio del tratamiento y la aparición de los síntomas fue de $25,35 \pm 31,32$ semanas (fig.). En cuanto al tratamiento recibido, el 65,5% recibió corticoides por indicación de Reumatología, con una dosis media de prednisona en los últimos 6 meses de $5,86 \pm 7,18$ mg. El 27,3% recibieron infiltraciones, el 34,5% FAMEsc (23,6% metotrexato y 10,9% hidroxicloroquina) y biológico solo 2 pacientes (3,6%). En 7 pacientes (12,7%), hubo que retirar la inmunoterapia y un 48% fallecieron con una media de tiempo desde el inicio de la inmunoterapia y el *exitus* de $153,14 \pm 96,61$ semanas.

Conclusiones: La mayoría de las manifestaciones reumatológicas derivan del tratamiento con inhibidores del PD-1, apareciendo los síntomas de forma temprana tras el inicio del tratamiento. Un alto porcentaje de pacientes responden a corticoides, aunque algunos requieren FAMEsc, biológicos o incluso de la suspensión de la inmunoterapia por manifestaciones graves.

P251. COMPLICATIONS OF ADULT-ONSET STILL'S DISEASE: DATA ANALYSIS OF THE SPANISH STILL'S REGISTRY

Francisco Javier Narváez García¹, María Jesús García de Yébenes², Susana Holgado³, Alejandro Olive³, Yvette Casafont³, Santos Castañeda⁴, Cristina Valero Martínez⁴, María Martín López⁵, Patricia Carreira⁵, Maribel Mora Limiñana¹, Laura Nuño⁶, Ángel Robles Marhuenda⁶, Pilar Bernabeu González⁷, José Campos⁸, Jenaro Graña⁹, Vera Ortiz¹⁰, Marisol Camacho¹¹, Carmen Vargas¹², Judith Sánchez-Manubens¹³ and Jordi Anton¹⁴

¹Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. ²Instituto de Salud Musculosquelética. Madrid. ³Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. ⁴Hospital Universitario de la Princesa. IIS Princesa. Madrid. ⁵Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ⁶Hospital Universitario La Paz. Madrid. ⁷Hospital General Universitario Dr. Balmis. ISABIAL. Alicante. ⁸Hospital Puerta de Hierro. Madrid. ⁹Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. ¹⁰Hospital General de Granollers. ¹¹Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ¹²Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ¹³Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell. ¹⁴Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.

Introduction: Adult-onset Still's disease (AOSD) is a rare systemic disorder typically characterized by fever, arthritis, skin rash, leukocytosis, and hyperferritinemia, which are the hallmarks of the disease. Other frequent manifestations include odynophagia, myalgias, hepatic involvement, lymphadenopathy and splenomegaly. However, its clinical picture may be burdened by the occurrence of atypical or non-classical complications, which can be severe and potentially life-threatening.

Objectives: To investigate the prevalence and clinical spectrum of complications in AOSD beyond macrophage activation syndrome (MAS), and to identify factors linked to their occurrence

Methods: Hospital-based registry with national coverage of patients with a diagnosis or suspected diagnosis of sJIA or AOSD according to the responsible physician and at least one year of follow-up. Descriptive variables (classification criteria, clinical manifestations, complications, family and personal history) were collected at the onset of the disease and during follow-up.

Results: The cohort included 107 patients (67% women) from 14 centers in various autonomous communities in Spain. Table 1 summarizes their general characteristics and main clinical and laboratory data. Among them, 64 (59.8%) patients had one or more of the following complications, retrospectively recorded in the electronic Data Collection Form: MAS in 10 out of 105 patients (Prevalence: 9.5%, 95%CI 14.2 to 34.3). Atypical skin manifestations in 38 out of 98 patients (38.8%, 95%CI 27.4 to 53.2) The most common lesions were persistent pruritic papules and plaques with a linear configuration resembling flagellate erythema, and urticaria-like eruptions. Cardiac involvement in 22 out of 97 patients (22.7%, 95%CI 14.2 to 34.3), comprising 18 cases of pericardial disease, 4 cases of myocarditis, 6 cases of suspected pulmonary arterial hypertension (PAH) by imaging, and 1 case of inflammatory valvular involvement. Pleural disease in 28 out of 97 and transient pulmonary infiltrates in 4 out of 100 patients, with prevalences of 28.9% (19.2 to 41.7) and 4% (1.1 to 10.2), respectively. Secondary amyloidosis in 1 out of 104 patients (0.96%, 95%CI 0.2 to 5.3). Significant headache as a presenting symptom in 13 out of 92 patients (14.1%, 95%CI 7.5 to 24.2),

Table 1. Main characteristics of the 107 patients with AOSD

	N=107
Demographic characteristics	
Number of patients	
Women/Men	71 (67%) / 36 (33%)
Age of onset, P ₅₀ (P ₂₅ -P ₇₅)	40.7 (28.4 - 56.3)
Age at diagnosis, P ₅₀ (P ₂₅ -P ₇₅)	40.6 (30.2 - 53.8)
Start-diagnosis years, P ₅₀ (P ₂₅ -P ₇₅)	0.13 (0.06 - 0.44)
Family history	16 (30.2%)
Fullfiment of Criteria Diagnosis	
Yamaguchi	91 (85%)
Fautrel	58 (54.2%)
Cush	63 (58.9%)
Baseline characteristics	
Fever	98 (100%)
Typical exanthema	81 (82.6%)
Constitutional syndrome	44 (44.4%)
Arthralgia	101 (99%)
Arthritis	71 (68.9%)
Persistent arthritis	34 (43%)
Odynophagia	80 (78.4%)
Splenomegaly	27 (28.4%)
Hepatic involvement	28 (29.5%)
Lymphadenopathy	43 (43.4%)
Serositis	30 (32.3%)
Laboratory data	
ESR ≥ 30 mm/h (n=302)	90 (92.8%)
Ferritin ≥ 1,500 (ng/dl)	52 (56.5%)
Ferritin values (mean ± SD), ng/dl	6053±9779
Haemoglobin <12 g/dl	39 (37.1%)
Leukocytes ≥15,000 /mm ³	45 (43.7%)
Platelets ≥400,000/mm ³	26 (29.5%)
ALT ≥40 U/L	52 (57.8%)
AST ≥40 U/L	52 (57.8%)
GGT ≥40 U/L	61 (73.5%)
Treatments	
Need of glucocorticoids	63 (63.6%)
Need of biologics	57 (58.8%)
Type of evolution	
Mono-episodic	29 (27.4%)
Poly-episodic	29 (27.4%)
Persistent	48 (45.3%)

Data represent n (%), except where other statistics are specified.

The results (percentages) in each variable were calculated considering only the number of patients in which the data have been documented.

Figure 1.

Table 2.- Results of the comparative study

	Without complications (N=43)	With complications (N=64)	P value
Fever	34 (100%)	64 (100%)	-
Typical exanthema	22 (64.7%)	32 (50.0%)	0.164
Splenomegaly	8 (25.8%)	19 (29.7%)	0.694
Hepatomegaly	7 (22.6%)	21 (32.8%)	0.305
Odynophagia	27 (71.0%)	53 (82.8%)	0.163
Lymphadenopathy	10 (27.8%)	33 (52.4%)	0.018
Arthritis	27 (69.2%)	44 (68.7%)	0.959
Shoulder involvement	-	2 (22.2%)	1.000
Type of evolution			0.112
Mono-episodic	11 (26.2%)	18 (28.1%)	
Poly-episodic	16 (38.1%)	13 (20.3%)	
Persistent	15 (35.7%)	33 (51.6%)	
Need for high doses of GC	30 (55.6%)	43 (68.2%)	0.206
Need of biologics	30 (55.6%)	37 (60.7%)	0.622
Age at onset	39.4 ± 16.6	44.2 ± 17.8	0.256
ESR (mm/h)	80.4 ± 26.4	73.9 ± 30.8	0.281
CRP (mg/dl)	25.4 ± 36.9	34.1 ± 61.3	0.776
Ferritin values (ng/dl)	4879 ± 6797	6741 ± 11164	0.955
Hemoglobin (g/dl)	11.1 ± 1.6	11.5 ± 1.7	0.212
Leucocytes /mm ³	14118 ± 6177	14286 ± 5905	0.836
ALT	69.1 ± 89.6	84.9 ± 122.7	0.942
AST	77 ± 65.7	83.3 ± 121.9	0.440
GGT	103.7 ± 87.2	163 ± 195.7	0.428
SSC index	5.3 ± 1.5	6.6 ± 1.7	0.0002

Results are presented as mean ± standard deviation (SD) or number of cases with frequencies

*The percentages in each variable were calculated considering only the number of patients in which the data have been documented.

SSC= Systemic Score System

Figure 2.

with some cases objectively confirmed as aseptic meningitis. Peritonitis confirmed by peritoneal effusion on imaging in 9 out of 107 patients (8.4%, 95%CI 3.8 to 16). In the comparative study (Table 2), patients with complications exhibited a higher incidence of lymphadenopathy (52.4 vs. 27.8%; p = 0.018) and, as expected due to its composition, higher values in the Systemic Score System index (6.6 vs. 5.3; p = 0.0002). They also more frequently exhibited a chronic clinical course, higher ferritin levels, alterations in liver function tests, a higher frequency of hepatomegaly, and a greater need for high-dose steroids and biological therapy, although these differences did not reach statistical significance.

Conclusions: In addition to typical clinical manifestations and MAS, a significant proportion of patients with AOSD develop uncommon or exceptional complications. These should be considered in the evaluation and follow-up of patients, particularly those with chronic or persistent disease progression. Early recognition and prompt management are crucial to significantly reduce morbidity and mortality.

P252. PLEUROPARENCHYMAL FIBROELASTOSIS IN SYSTEMIC AUTOIMMUNE RHEUMATIC DISEASES: A CASE SERIES AND SYSTEMATIC REVIEW OF THE LITERATURE

Montserrat Roig Kim¹, Javier Narváez¹, Guadalupe Bermudo², Vanesa Vicens², Santiago Bolívar³, Belén del Río³, Martí Aguilar¹, Judith Palacios¹, Pol Maymó¹, Laia de Daniel¹, Joan Miquel Nolla¹ and María Molina Molina²

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. ²Servicio de Neumología. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. ³Servicio de Radiología. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona.

Introduction: Pleuroparenchymal fibroelastosis (PPFE) is a rare form of interstitial pneumonia characterised by fibrosis of the visceral pleura and subpleural pulmonary parenchyma, predominantly in the upper lobes. It can be idiopathic or secondary to multiple processes, including Systemic Autoimmune Rheumatic Diseases

Table 1. Main characteristics of the SARD-PPFE cases identified in our centre.

	Case 1	Case 2	Case 3	Case 4	Case 5
Age, years	45	43	67	66	55
Sex	Female	Female	Male	Male	Female
Smoking history	No	No	Yes	Yes	No
BMI, kg/m ²	16	24	22	24	22
SARD	SLE	SS	ASS	AAV	SSc
Year of diagnosis, SARD PPFE	2017 2017	2022 2016	2022 2022	2022 2018	2000 2021
PPFE diagnosis HRCT Pulmonary biopsy	Yes Yes	Yes No	Yes Yes	Yes Yes	Yes No
Immunology RF ACPA ANA Specific antibodies	Negative Negative 1/160 Anti-dsDNA	Negative Negative Negative Ro52	Negative Negative Negative PL7	Negative Negative Negative ANCA MPO	NA NA NA NA
PFT, first/last pFVC, % pDLCO, %	58/64 63/65	111/130 83/73	65/62 73/42	91/82 66/46	113/116 61/64
PFT response	Stable	Stable	Worsening	Worsening	Stable
6MWT, first/last Distance, metres	480/583	NA/536	368/363	465/516	532/437
Treatment Immunosuppressive Antifibrotic	No Nintedanib	No No	MPA + RTX Nintedanib, Pirfenidone	MPA + RTX Nintedanib	RTX No
Oxygen therapy	No	No	No	No	No
Lung trasplant	No	No	Waitlist	Rejected	No
Exitus	No	No	No	No	No
Total follow-up, years	6,3	1,75	1,25	7,6	6,6

NA: not available; BMI: body mass index; SLE: systemic lupus erythematosus; SS: Sjögren's syndrome; ASS: antisynthetase syndrome; AAV: ANCA-associated vasculitis; SSc: systemic sclerosis; RF: rheumatoid factor; ACPA: anti-citrullinated peptide antibodies; PFT: pulmonary function test; FVC: forced vital capacity; DLCO: diffusing capacity for carbon monoxide; 6MWT: 6 minute walk test; MPA: mycophenolic acid; RTX: rituximab.

(SARDs). PPFE presents with a highly variable prognosis, sometimes evolving into an extremely severe condition. To date, no specific treatment has been established for this entity.

Objectives: To investigate the association of PPFE with SARDs and to assess the clinical characteristics and prognosis in these cases.

Methods: We retrospectively reviewed all patients diagnosed with PPFE associated with SARDs at a Pulmonary Interstitial Functional Unit from 2013 (when this entity was included in the ATS/ERS classification of idiopathic interstitial pneumonias) to 2023. A systematic review of the literature (PubMed from inception to 31 December 2023) was also conducted to determine the relevance, prognosis, and the most appropriate treatment strategy for this complication.

Results: We identified 5 cases of PPFE-SARDs. Their main characteristics are summarised in Table 1. The literature review revealed an additional 235 cases, totalling 240 patients for the present analysis. The most common PPFE-associated disease (Table 2) was Systemic Sclerosis (54.5%; being most frequent in diffuse cutaneous forms), followed by Rheumatoid Arthritis (18.3%). Approximately 10% of published cases had autoimmune features potentially stemming from an underlying systemic autoimmune condition, but did not meet current rheumatological criteria for a defined connective tissue disease. A majority of the patients (71.9%) were women, with an average age of 60.6 ± 8.5 years. In most cases, the PPFE diagnosis was made simultaneously or after the SARDs diagnosis. Diagnosis was based on findings in High-Resolution Computed Tomography (HRCT); histopathological confirmation was obtained in 49 cases through biopsy or autopsy. Dyspnoea was the most frequently reported symptom (in over three-quarters of cases), followed by cough and respiratory failure. All cases exhibited pulmonary func-

tional involvement characterised by a restrictive pattern with a decline in %pDLCO. During follow-up, 40.6% of patients (72/177) worsened, with a mortality rate of 34.9% (59/169). Complications recorded included pneumothorax/pneumomediastinum in 13 and pulmonary arterial hypertension in 2. Use of antifibrotic therapy was documented in only 5 cases, including 3 of ours, with promising results. In our 3 patients, this treatment achieved functional stabilisation in all cases (Slope pre-antifibrotic: -4.7%/Slope post-antifibrotic: +6.6%; $p = 0.279$).

Table 2. Frequency of Systemic Autoimmune Rheumatic Diseases associated PPFE.

Rheumatic diagnosis	N= 240
Systemic sclerosis	131 (54.5%)
Rheumatoid arthritis	44 (18.3%)
Primary Sjögren's Syndrome	13 (5.4%)
ANCA associated vasculitis (GPA and MPA)	11 (4.6%)
Systemic lupus erythematosus	2 (0.8%)
Giant cell arteritis	2 (0.8%)
Inflammatory idiopathic myopathies	8 (3.3%)
Overlap syndrome	5 (2%)
IgG4 related disease	1 (0.4%)
Undifferentiated connective tissue disease	24 (10%)

Conclusions: PPFE may be present in rheumatic autoimmune diseases, especially systemic sclerosis. Rheumatologists should be aware of this new radiological pattern that implies a poor prognosis (mortality 34.9%). Based on the limited experience available, anti-fibrotic therapy could be a therapeutic option.

P253. FACTORES DE RIESGO DE HOSPITALIZACIÓN, MUERTE Y NEUMONÍA RECURRENTE POR COVID-19 EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS EN TRATAMIENTO CON RITUXIMAB

Tania Rodrigues Cabral, Clara Méndez Perles, Susana Vázquez Guerra, Ángel M^a García Aparicio, Beltrán Escribano Jañez y Rebeca Belmonte Gómez

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Toledo.

Introducción: Es conocido el riesgo de complicaciones asociadas a la COVID-19 en pacientes con rituximab (RTX); no obstante, se desconocen los factores de riesgo de gravedad en las enfermedades reumáticas autoinmunes sistémicas. Por otro lado, se han documentado casos de neumonía organizada (NO) posterior a la COVID-19 en pacientes oncohematológicos con rituximab. Hasta la fecha no se ha descrito dicha entidad en ERAS.

Objetivos: Principal: identificar factores de riesgo de desarrollo de infección grave por COVID-19 (hospitalización, muerte y neumonía recurrente (NR)/NO). Secundario: describir características clínicas y analíticas de pacientes con NR que han recibido RTX.

Métodos: Estudio caso y control en pacientes adultos con ERAS que recibieron RTX desde enero de 2020 y septiembre de 2023 con PCR positiva en exudado nasofaríngeo. Identificamos la NR en pacientes que tras superar una infección por COVID-19, presentaron en menos de 60 días infiltrados migratorios que requirieron hospitalización. En las variables cualitativas se realizó análisis descriptivo con frecuencias absolutas y porcentajes, se compararon con tablas de contingencia y prueba de χ^2 . En las variables cuantitativas se utilizaron medias, medianas y desviaciones estándar. Se compararon con test U Mann-Whitney. Se utilizó IC95% tanto para medidas de tendencia central como proporciones se consideró estadísticamente significativa una $p < 0,05$.

Resultados: 81 pacientes con rituximab presentaron infección por COVID-19, la edad media fue 62 años, siendo un 64% mujeres. La indicación de tratamiento fue principalmente la artritis reumatoide (48 pacientes), seguida de la esclerosis sistémica (8), LES (6), síndrome antisintetasa (5), vasculitis (4), enfermedad por IgG4 (3), enfermedad mixta del tejido conectivo (3), dermatomiositis (2) y síndrome de Sjögren (2). El 80% se encontraban en asociación con FAMES, 44% con glucocorticoides (dosis media 3 mg prednisona/día). El número de ciclos de RTX promedio previo a la infección fue 7. El 34,6% presentaban enfermedad pulmonar previa (30% EPID). Antes de la primoinfección, el 67,9% recibió al menos 2 dosis de vacuna y el 6,2% tixagemimab + cilgamimab sc en los 6 meses previos. Un 43,2% requirió hospitalización, 39,5% presentó síntomas leves sin ingreso y 11,1% fueron asintomáticos. El principal factor que se asoció a hospitalización fueron los niveles bajos de IgM ($p = 0,007$) con tendencia a la significación estadística el uso de corticoides ($p = 0,193$) y vacunación previa ($p = 0,145$). La mortalidad fue del 9,9% y se asoció a la edad ($p = 0,13$), los FAMES ($p = 0,008$), antecedente de enfermedad pulmonar previa ($p = 0,011$) y niveles de IgG ($p = 0,027$). Se documentó NR en 5 pacientes, todas mujeres, con una edad media de 52 años. Las cuales estaban vacunadas y previamente fueron ingresadas por COVID grave. El patrón radiológico predominante fue la NO. La reaparición de los síntomas respiratorios fue a los 44 días de media tras la negativización de la última PCR. Solo fue posible confirmar la recurrencia con PCR de exudado nasofaríngeo positivo en 3 pacientes (60%), las dos restantes fue preciso confirmar la determinación de PCR por COVID en lavado broncoalveolar.

Conclusiones: En pacientes con ERAS con rituximab los niveles de IgM son el principal factor de ingreso y recurrencia. La neumonía COVID recurrente es una entidad clínica poco frecuente, no descrita en paciente con enfermedades reumáticas; donde la determinación de PCR en lavado broncoalveolar puede ser imprescindible.

P254. SERVICIO DE LABORATORIO COMO NEXO EN LA MEJORA DE LA DERIVACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA A REUMATOLOGÍA MEDIANTE SISTEMAS ELECTRÓNICOS DE DECISIÓN

I. de la Morena Barrio¹, I. Vinyals Bellido², A. Pozo Giráldez, R. Murria Estal², J. Sanmartín Martínez¹, L. Charcha Benavent¹, D. Fernández Lozano¹, N. Costas Torrijo¹, P. Trenor Larraz¹ y E. Rodríguez²

¹Unidad de Reumatología Hospital Clínico de Valencia. ²Servicio de Laboratorio Hospital Clínico de Valencia.

Introducción: La implantación de una ruta asistencial compleja entre atención primaria (AP) y especializada (AE) puede verse lastrada si no se disponen de las herramientas informáticas que aporten información, rapidez y operatividad a los procesos. El no cumplimiento de las mismas por parte de los profesionales suele conducir a exploraciones y/o procedimientos innecesarios o incompletos y a una continuidad asistencial deficiente. Con frecuencia la patología reumatológica inflamatoria (PRI) registra un importante retraso diagnóstico que produce un impacto en la calidad de vida del paciente, dificulta la instauración de tratamientos efectivos e incrementa los costes en el sistema. El diagnóstico de la PRI es eminentemente clínico, ayudándose de alteraciones analíticas. Ha sido demostrado que, en PRI, hay dos factores pronósticos relevantes: la intervención terapéutica precoz especializada, y alteraciones analíticas. La participación del servicio del Laboratorio Clínico puede ser un elemento disruptor en estos casos.

Objetivos: Adaptar la ruta asistencial desde AP al Servicio de Reumatología (SR) al sistema de petición electrónica (SPE) del Laboratorio mediante perfiles clínicos e informes interpretativos y estudiar su eficacia.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo longitudinal, de evaluación del rendimiento de una nueva herramienta de ayuda en las decisiones de derivación de AP al SR. En octubre de 2021, en el formulario del SPE de AP se habilitaron 6 perfiles de pruebas basados en sospechas diagnósticas tipificadas en los motivos subsidiarios de derivación al SR. Al seleccionarlos, el SPE realizaba unas preguntas clínicas relacionadas con la sospecha. Dos facultativos de laboratorio revisaron diariamente estas peticiones y en función de los hallazgos, la información aportada y la secuenciación de pruebas basadas en algoritmos internos, elaboraban un informe en la petición recomendando o no la derivación al SR. Se contabilizó el número de estudios realizados de enero a marzo de 2022, si fueron sugestivos o no de derivación según el informe de Laboratorio, su tipología, si fueron derivados finalmente por AP y la respuesta definitiva por parte del SR. Se evaluó la eficacia de la herramienta, la demora entre la petición al laboratorio y se hizo un seguimiento de todos los casos mediante la historia clínica hasta mayo-2023.

Resultados: Se solicitaron 428 AS por AP. 351 fueron no sugestivos de derivación, pero 58 de ellos se derivaron igualmente encontrándose 17 casos con PRI. 77 casos fueron sugestivos de derivación y en 43 se detectó PRI. La tabla muestra el rendimiento de la nueva herramienta. La demora media entre la petición analítica y el diagnóstico definitivo fue de 3 meses y 22 días.

Conclusiones: ·AP sabe que el Laboratorio realizará aquellas pruebas secuenciales que considere conveniente y elaborará una sugerencia de derivación en función de los resultados facilitando su interpretación. ·El SR tiene la confianza de que el paciente derivado cumple los requisitos clínicos y bioquímicos para ser estudiado por su parte. ·La implantación de esta herramienta, ayuda a la decisión de la derivación por parte de AP y a la priorización de pacientes por parte del SR,

por su destacado alto valor predictivo negativo de PRI. En el momento actual, con altos niveles de saturación, adquieren gran importancia acciones que, implicando herramientas de Clínica Decision Support, faciliten actos clínicos sin detrimento de la calidad asistencial.

Rendimiento herramienta laboratorio

		IC95%
Sensibilidad	71,7%	59,2-81,5
Especificidad	90,8%	87,4-93,3
Valor predictivo positivo	55,8%	44,7-66,4
Valor predictivo negativo	95,2%	92,4-97,0
Proporción falso positivos	9,2%	6,7-12,6
Proporción de falsos negativos	28,3%	18,5-40,8
Exactitud	88,1%	84,7-90,8
Odds ratio diagnóstica	24,85	12,8-48,23
Índice J de Youden	0,6	
CPP o LR (+)	7,76	5,42-11
CPN o LR (-)	0,31	0,21-0,47
Probabilidad per-prueba (prevalencia)	14,0%	

P255. FACTORES ASOCIADOS A LA NECESIDAD DE TERAPIAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA EN UNA COHORTE MADRILEÑA DE PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS

Antía A. García Fernández¹, Fernando Rengifo García¹, Raquel Senosiain Echarte², Miguel Álvaro Navidad², Miguel A González Gay¹ y Juan Antonio Martínez López¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid. ²Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

Objetivos: Las pacientes con enfermedades reumáticas (ER) tienen una menor tasa de embarazo, siendo la infertilidad una de las prin-

cipales causas. La tasa de terapias de reproducción asistida (ART) y los factores asociados con la necesidad de ART en pacientes con ER no están completamente identificados. El objetivo fue analizar la tasa de necesidad de ART en pacientes con ER y los factores asociados.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con ER en seguimiento en una consulta monográfica de embarazo en Madrid. Se incluyeron pacientes con ER valoradas entre 12/2012 y 01/2023. Tras un año intentando concebir fueron referidas a ART. Cada episodio de consejo concepcional se incluyó como un caso. Pacientes portadoras de autoanticuerpos, anticuerpos antifosfolípido (aPL) y/o anti-Ro, sin una enfermedad asociada, fueron excluidas. Se compararon las pacientes que precisaron ART (grupo ART) con aquellas que no lo necesitaron (grupo noART) y se evaluaron los factores asociados. Las variables categóricas fueron descritas como proporción y/o porcentajes, mientras que las variables continuas se presentaron como media y desviación estándar (DS). Para comparar datos se utilizaron los test de χ^2 , t-Student o U Mann-Whitney. Se realizó una regresión logística multivariable para identificar los factores asociados a necesitar ART.

Resultados: Se incluyeron 259 casos en 202 pacientes. Se excluyeron 52 casos, en 39 pacientes, portadores de autoanticuerpos. 61 casos de 259 (23,6%) necesitaron ART. Las características principales y el análisis univariable se encuentran en la tabla 1. El diagnóstico más frecuente fue el grupo combinado AR-AIJ (28,6%). Hubo una baja frecuencia de comorbilidades, incluyendo la nefritis, y el 62,7% de los casos nunca habían estado embarazadas. Las pacientes que precisaron ART eran mayores y con mayor frecuencia dislipémicas. Hubo una mayor ratio de pacientes del grupo no-ART con un embarazo a término previo, pero no hubo diferencias en cuanto a la tasa de abortos previos. No hubo diferencias en cuanto al tratamiento inmunosupresor, pero si una mayor prescripción de hidroxiclоро-

Tabla P255

Características principales

	ART	no-ART	Total	p
Casos, n (%)	61/259 (23,6)	198/259 (76,4)	259/259 (100)	-
Edad en la 1ª visita, años, media (DE)	37,9 (4,1)	35,2 (4,5)	35,6 (4,6)	< 0,0001*
IMC, media (DE)	23,6 (4,1)	23,6 (4,6)	23,6 (4,5)	0,919
Fumadora, n (%)				0,913
Nunca	49 (80,3)	154 (77,8)	203 (78,4)	
Activa	4 (6,6)	15 (7,6)	19 (7,3)	
Exfumadora	8 (13,1)	29 (14,6)	37 (14,3)	
Hipertensión, n (%)	3 (4,9)	5 (2,5)	8 (3,1)	0,345
Diabetes, n (%)	0 (0)	1 (0,5)	1 (0,4)	0,578
Dislipemia, n (%)	3 (4,9)	1 (0,5)	4 (1,5)	0,015*
ER, n (%)				0,718
AR+AIJ	18 (29,5)	56 (28,3)	74 (28,6)	
Espondiloartropatías	10 (16,4)	44 (22,2)	54 (20,8)	
LES	13 (21,3)	41 (20,7)	54 (20,8)	
SAF	6 (9,8)	11 (5,6)	17 (6,6)	
Otras enfermedades autoinmunes*	14 (23)	46 (23,2)	60 (23,2)	
Nefritis previa, n (%)	4 (6,6)	8 (4)	12 (4,6)	0,414
Duración de la ER, días, media (DE)	3.577,8 (5.483,7)	2.880,6 (4.107,6)	3048 (4.474,9)	0,29
Tiempo desde el último brote, días, media (DE)	1.111,8 (1296,5)	704,6 (1093,8)	802 (1155)	0,064
Anti-Ro positivo n (%)	11 (18)	28 (14,1)	39 (15,1)	0,454
APL positivo, n (%)	19 (31,1)	40 (20,1)	59 (22,8)	0,094
Nulípara, n (%)	34 (55,7)	98 (49,5)	174 (67,2)	0,394
Embarazo a término previo, n (%)	5 (8,2)	80 (40)	85 (32,8)	< 0,0001*
Aborto previo, n (%)	25 (40,9)	58 (29,3)	83 (32)	0,087
Riesgo embarazo, n (%)				0,612
Bajo	4 (6,6)	15 (7,6)	19 (7,3)	
Medio	14 (23)	57 (28,8)	71 (27,4)	
Alto	43 (70,5)	126 (63,6)	169 (65,3)	
Corticoides en la 1ª visita, n (%)	19 (31,1)	45 (22,7)	64 (24,7)	0,182
FAME en la 1ª visita, n (%)	18 (29,5)	51 (25,8)	69 (26,6)	0,562
TB en la 1ª visita, n (%)	7 (11,5)	27 (13,6)	34 (13,1)	0,829
Hidroxiclороquina en la 1ª visita, n (%)	26 (42,6)	42 (21,2)	68 (26,3)	0,001*
Aspirina en la 1ª visita, n (%)	17 (27,9)	28 (14,1)	45 (17,4)	0,013*
Heparina en la 1ª visita, n (%)	7 (11,5)	9 (4,5)	16 (6,2)	0,049*

*Otras enfermedades autoinmunes: esclerosis sistémica, enfermedad mixta del tejido conectivo, enfermedad indiferenciada del tejido conectivo, síndrome de Sjögren, miopatías inflamatorias, vasculitis, sarcoidosis, otros. AIJ: artritis idiopática juvenil; aPL: anticuerpos antifosfolípido; AR: artritis reumatoide; FAME: fármaco modificador de la enfermedad; IMC: índice de masa corporal; LES: lupus eritematoso sistémico; SAF: síndrome antifosfolípido; TB: Terapia biológica.

quina, aspirina y heparina en el grupo ART. En el análisis multivariable, una mayor edad materna se asoció a necesitar ART [OR 1,14 IC95% (1,058-1,230), $p = 0,001$], mientras que un embarazo a término previo fue el principal factor protector para no precisar ART [OR 0,12, IC95% (0,042-0,319), $p \leq 0,001$]. La dislipemia, el uso de hidroxycloquina, aspirina o heparina no mostraron influencia en la necesidad de ART. Hubo 198 (76,4%) embarazos. La tasa de embarazo fue menor en el grupo ART (39/61, 63,9%) comparado con el grupo no-ART (159/198, 80,3%), $p = 0,008$. Entre los casos en los que no se consiguió un embarazo, la principal razón en el grupo-ART fue el fallo de ART (9/21, 42,9%) y en el grupo no-ART fue el cese del deseo genésico (17/39, 43,6%), $p = 0,03$.

Conclusiones: En nuestra cohorte, la tasa de ART fue del 23,6%. La edad materna fue el principal factor asociado a necesitar ART, mientras que el presentar un embarazo a término previo se asoció a un menor riesgo de necesitar ART.

P256. CLINICAL PATTERNS AND LONG TERM OUTCOMES OF ARTHRITIS TRIGGERED BY IMMUNE CHECKPOINT INHIBITORS. A MULTICENTER STUDY

Francisco Javier Narváez García¹, Arturo Llobell², Andrés Ponce³, Antonio Gómez Centeno², Ana Milena Millán⁴, Héctor Corominas⁴, Joan Miquel Nolla and José A Gómez Puerta³

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Parc Taulí. Sabadell. ³Servicio de Reumatología. Hospital Clínic. Barcelona. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introduction: Immune-related adverse events (irAEs), including inflammatory arthritis (IA), have become a subject of increasing interest within the rheumatology community. Unraveling the prognosis and treatment needs for individuals experiencing ICI-induced arthritis remains a complex task, as outcomes can vary widely among patients.

Objectives: To analyse the clinical presentation, treatment response, and outcomes of IA induced by immune checkpoint inhibitors (ICIs) in patients with cancer.

Methods: Retrospective observational study conducted from January 2015 to December 2023 at four tertiary university hospitals.

Results: We included 119 patients (63% male) with a mean age at diagnosis of 66 ± 11 years. The most frequent primary underlying cancers were lung (41%), melanoma (18.5%) and renal-urothelial (12.6%). ICIs comprised monotherapy (91%) and combined regimens (9%). In the monotherapy group, most patients received PD-1/PD-L1 inhibitors, with only one case involving a CTLA-4 inhibitor. Thirteen patients (11%) underwent additional oncologic treatments. Nine patients (7.5%) developed other rheumatic immune-related adverse events (irAEs), including sicca syndrome (9 cases), myositis (1 case), and sarcoidosis (1 case), while 41 (34.4%) experienced one or more non-rheumatic irAEs, usually before or simultaneously with rheumatic syndromes. Of the 119 patients, 83 (70%) developed peripheral arthritis, and 36 (30%) exhibited a polymyalgia rheumatica (PMR)-like syndrome. Among patients with peripheral arthritis, the median time from cancer diagnosis to ICI initiation was 6 months (IQR 25th-75th percentile: 1.8-14 months), and from ICI initiation to joint involvement was 127 days (IQR 51-242 days). Patients receiving combined therapy tended to develop symptoms earlier than those on monotherapy. Arthritis manifestations included polyarthritis (53 cases), oligoarthritis (24 cases), and monoarthritis (6 cases). The final diagnoses were undifferentiated arthritis in 53 (44.5%) patients, rheumatoid arthritis (RA)-like in 19 (16%), psoriatic arthritis-like in 8 (7%) and reactive arthritis-like in 3 (2.5%). Immunological markers showed positive ANA in 23.7% (14/59) and posi-

tive RF and ACPA in 3.3% (3/59). Arthritis treatments included the use of NSAIDs in 58% (48/83) of cases, GCs in 96% (80/83), HCQ in 44.5% (37/83), MTX in 12% (10/83), SSZ in 1.2% (1/83) and anti-TNF in 1.2% (1/83). The median follow-up time for patients with arthritis was 9 months (IQR 3.4-16). At the last visit, ICIs had been discontinued in 55.4% (46/83) of patients. Thirty-six percent (30/83) achieved sustained drug-free remission (SDFR), while the rest (64%, 53/83) continued treatment. Among the 36 patients with PMR-like syndrome, the median time from cancer diagnosis to ICI initiation was 2 months (IQR 0.5-5.5 months), and from ICI initiation to PMR onset was 118 days (IQR 59-219 days). Besides GCs, 17% (6/36) were on steroid-sparing agents (MTX, leflunomide, or HCQ). The median follow-up was 12.4 months (IQR 5.2-21). ICIs were discontinued in 33.3% (12/36) of these patients, with 35% (11/36) achieving SDFR, while 69.5% (25/36) remained on treatment.

Conclusions: The most frequent patterns of arthritis triggered by ICIs are undifferentiated arthritis (44.5%), PMR-like syndrome (30%), and RA-like (16%). Forty-five percent of patients required a csDMARD/bDMARD. At the last follow-up, 65% of cases remained with active arthritis, either persistent or presenting intermittent flares.

P257. ESTUDIO COMPARATIVO DE LA PREVALENCIA Y GRAVEDAD CLÍNICA DEL CRIOFIBRINÓGENO POSITIVO EN LA ERA PRECOVID-19 Y EN LA ERA COVID-19

Carmen Lasa Teja¹, Amparo Sánchez-López², María Enriqueta Peiró-Callizo¹, Mónica Renuncio-García³, Adrián Martín-Gutiérrez¹, Carmen Secada-Gómez¹, Juan Irure-Ventura³, Marcos López-Hoyos³ y Ricardo Blanco¹

¹División de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Grupo Inmunopatología. Santander. ²División de Dermatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. ³División de Inmunología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Grupo de Inmunopatología. Santander.

Introducción: La criofibrinogenemia (CF) es la presencia de criofibrinógeno en el plasma. La presencia de CF puede ser asintomática o desarrollar un síndrome de CF. Las primeras manifestaciones clínicas son principalmente cutáneas y trombóticas. Se han descritos dos subtipos de síndrome de CF: primario (esencial) o secundario a otros trastornos, como conectivopatías, vasculitis, infecciones o tumores.

Objetivos: Comparar en la era COVID-19 frente a la era preCOVID-19 la a) prevalencia de CF y b) gravedad de las manifestaciones clínicas del síndrome de CF.

Métodos: Estudio unicéntrico, observacional, retrospectivo de 129 pacientes con al menos una determinación positiva de criofibrinógeno durante 31 meses desde julio de 2017 hasta marzo de 2020 (era preCOVID-19) y desde marzo de 2020 hasta octubre de 2022 (era COVID-19) en un hospital del norte de España. El síndrome de CF se diagnosticó de acuerdo con criterios previamente definidos (dos pruebas positivas más manifestaciones cutáneas o eventos trombóticos). Se obtuvieron parámetros clínicos y de laboratorio, incluidas pruebas inmunológicas. Las muestras de sangre se recogieron en tubos citratados para la detección de la CF, manteniéndose a 37 °C para evitar la autoabsorción del criofibrinógeno por los hematíes. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS. Las variables cualitativas se compararon mediante la prueba de chi-cuadrado. Las variables cuantitativas se compararon mediante la prueba t de Student.

Resultados: Se obtuvieron test de CF positivos en 129 pacientes de un total de 266 realizadas (13/49 (36,1%) en la era preCOVID-19 frente a 116/230 (50,4%) en la era COVID-19) (fig.). Los pacientes de la era COVID fueron más habitualmente hombres (53,4 vs. 46,2%),

más jóvenes (mediana de edad; 39,7 vs. 54,2 años) y, con menores Factores de Riesgo Cardiovascular (FRCV) (40,5 vs. 69,2%) comparativamente con los de la era preCOVID. En la era COVID existió un mayor diagnóstico de síndrome de CF (29,3 vs. 15,4%), sobre todo secundaria, pero de gravedad menor (16,4 vs. 30,8%) (tabla). La

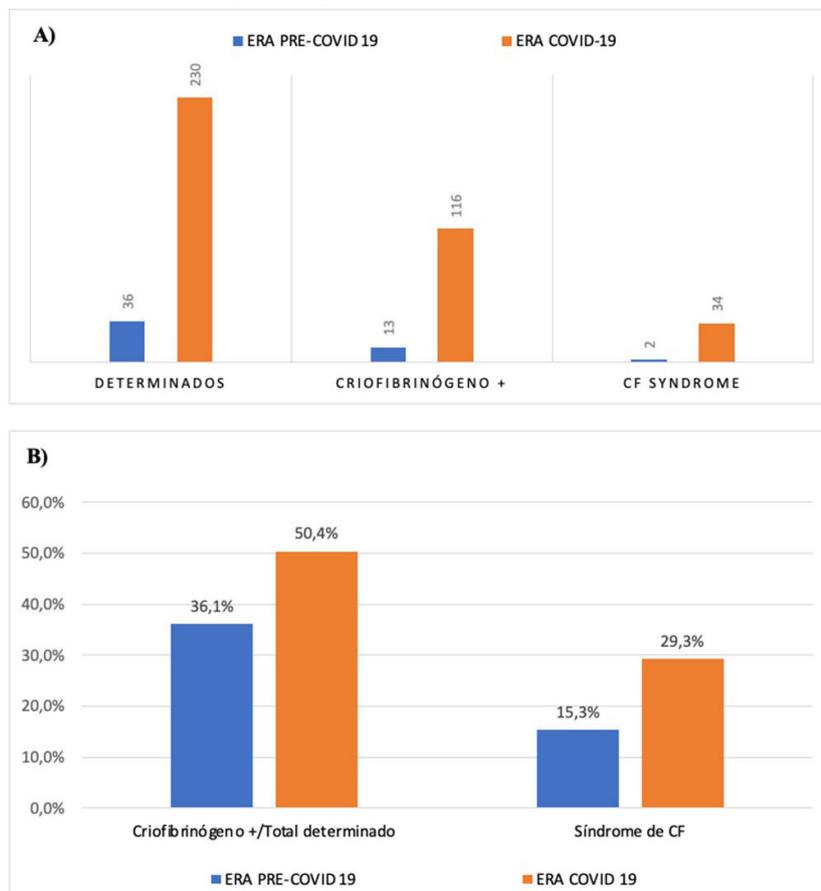
mayoría de estas complicaciones graves estaban relacionadas con el tromboembolismo venoso (TEV) y otros tipos de manifestaciones tromboticas como: Infarto agudo de miocardio (IAM), Accidentes Cerebrovasculares (ACVA), Oclusión de la vena central de la retina (OVCR) y síndrome de Leriche (tabla y fig.).

Tabla. Características generales de pacientes con Criofibrinógeno (CF) test positivo.

	Total (n=129)	PRECOVID-19 (n=13)	COVID-19 (n=116)	p
Sexo				
Mujer, n (%)	61 (47.3)	7 (53.8)	54 (46.6)	0.617
Varón, n (%)	68 (52.7)	6 (46.2)	62 (53.4)	
Edad, años, mediana [RIQ]	41.1 [1-92.4]	54.2 [14-83.6]	39.7 (1-92.3)	0.060
FRCV	56 (43.4)	9 (69.2)	47 (40.5)	0.048
Diagnóstico de syndrome de CG.	36 (27.9)	2 (15.4)	34 (29.3)	0.085
CF Esencial, n (%)	15 (41.7)	2 (100)	13 (38.2)	
CF Secundaria, n (%)	21 (58.3)	0	21 (61.8)	
Severidad clínica	23 (17.8)	4 (30.8)	19 (16.4)	0.166
ETEVEV (TEP, TVP)	17 (13.2)	2 (15.4)	15 (12.9)	0.062
Otras trombosis (IAM, OVCR, Sd. Leriche)	4 (3.1)	2 (15.4)	3 (2.6)	0.007
Necrosis isquémica	2 (1.6)	0	1 (0.9)	0.113

Diagnóstico de síndrome de FQ (considerando dos pruebas positivas más eventos tromboticos o manifestaciones cutáneas). **FRCV**: Factores de riesgo cardiovascular. **ETEVEV** (Enfermedad tromboembólica venosa), **TEP** (Tromboembolismo Pulmonar), **TVP** (Trombosis Venosa Profunda). **IAM** (Infarto agudo de miocardio), **OVCR** (Oclusión de la Vena Central de la Retina).

Figura. En la era PreCOVID-19 y en la era COVID-19. **A)** Número absoluto de pacientes con prueba de criofibrinógeno positiva en relación con el número total de determinaciones. **B)** Prevalencia de la prueba del criofibrinógeno positiva y del síndrome de criofibrinogenemia (CF).



Conclusiones: El test de CF positivo y el síndrome de CF (principalmente secundario) aumentaron en la era COVID-19. Sin embargo, este síndrome de CF fue menos grave en la mayor parte de los pacientes estudiados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grada A, Falanga V. Cryofibrinogenemia-Induced Cutaneous Ulcers: A Review and Diagnostic Criteria. *Am J Clin Dermatol.* 2017;18(1):97-104.
2. Santiago MB, Melo BS. Cryofibrinogenemia: What Rheumatologists Should Know. *Curr Rheumatol Rev.* 2022;18(3):186-94.

P258. CHECKLISTS CLÍNICOS EN LA SOLICITUD DE ANÁLISIS POR PERFILES DE SOSPECHA COMO MEJORA DE UNA HERRAMIENTA DE DERIVACIÓN A REUMATOLOGÍA

I. de la Morena Barrio¹, J. Sanmartín Martínez¹, N. Costas Torrijo¹, L. Charca Benavent¹, D. Fernández Lozano¹, P. Trenor Larraz¹, I. Vinyals Bellido², A. Pozo Giráldez, R. Murria Estal² y E. Rodríguez²

¹Unidad de Reumatología. Hospital Clínico de Valencia. ²Servicio de Laboratorio. Hospital Clínico de Valencia.

Introducción: En octubre 2021 se implementó una herramienta (HRR) de ayuda en la decisión de derivación al Servicio de reumatología (SR) mediante el empleo de 6 perfiles analíticos de sospecha clínica habilitados en el sistema de petición electrónica (SPE) por atención primaria (AP), calculándose una sensibilidad del 71,7%, una especificidad del 90,8% y un valor predictivo negativo del 95,2%. El diagnóstico de la patología reumatológica inflamatoria es eminentemente clínico, ayudándose de alteraciones analíticas, existiendo casos que no padecen estas alteraciones. En marzo de 2023, al formulario del SPE de AP se incorporaron a cada perfil, unas preguntas clínicas tipo *Checklist* (ChL) de obligada selección, que sirvieran como apoyo “en tiempo real” y permitieran detectar pacientes seronegativos que no elevan reactantes.

Objetivos: Evaluar los cambios en el rendimiento de la HRR tras incorporar unos ChL clínicos asociados a cada perfil analítico.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo longitudinal de la revisión de las AS con ChL solicitadas por AP en abril y mayo 2023, con seguimiento hasta diciembre 2023.

Las preguntas ChL se provienen de la GUIPCAR-17 para el perfil de artritis inflamatoria (AI), del PURE-4 para el de artritis psoriásica (APs), las preguntas para espondiloartritis (EspA) de las pactadas con AP para el proyecto ESPANDE de nuestro departamento, procedentes de los criterios ASAS, de los criterios de clasificación ACR/EULAR2017 para la polimialgia reumática, y para el fenómeno de Raynaud dos preguntas diferenciales de eritema pernicio: presencia de fase blanca y presencia de lesiones pruriginosas en dedos. El perfil de conectivopatía, se dejó con texto libre. Dos facultativos de laboratorio (SL) revisaban las peticiones y en función de los hallazgos y la información aportada, elaboraban un informe interpretativo recomendando o no la derivación al SR, y considerando un nuevo escenario: caso sin alteraciones analíticas, con cumplimentación sospechosa del ChL, candidato a derivar. Se analizaron los perfiles: EspA, APs, y AI, se contabilizó los estudios fueron sugestivos de derivación según el informe del SL, las derivaciones al SR y el diagnóstico final. Se evaluó la eficacia de la HRR, la demora entre la petición de laboratorio.

Resultados: Se solicitaron 274 AS: 213 de AI, 35 de EspA y 26 de APs. Fueron no sugestivos de derivación: 152, 25 y 14 respectivamente, derivándose 78 casos: 64 de AI, 7 de EspA y 7 de APs. Se encontraron 8 casos sugestivos de derivación por ChL pero no analíticos: 4 en AI (se derivaron 2: 1 con diagnóstico final de cervicalgia y otro de epicondilitis); 1 en EspA (derivada y diagnosticada de dorsalgia crónica); y 3 en APs (se derivaron 2: ambas diagnosticadas de Psoriasis sin APs). Los tiempos de demora desde la solicitud analítica hasta la visita en SR fueron $3,1 \pm 3,07$ meses para AI, $6,13 \pm 4,1$ para EspA y $5,1 \pm 2,4$ para APs. El porcentaje de acierto diagnóstico fue: 28,9%, 6,5% y 12,5% respectivamente.

Conclusiones: La incorporación de los ChL a la HRR es accesible y facilita al médico de AP la decisión de derivación al SR. Se detectaron 8 casos sugestivos de derivar por perfil clínico sin alteraciones analíticas de 274 AS solicitadas, sin una posterior confirmación de patología inflamatoria, confirmando una mayor credibilidad al resultado analítico que a la cumplimentación clínica. El porcentaje de acierto ha sido bajo, atribuible a la novedad de la HRR y a inadecuaciones detectadas en las solicitudes.

P259. USO DE TERAPIAS BIOLÓGICAS DURANTE EL EMBARAZO TRAS VALORACIÓN PRECONCEPCIONAL EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS

Antía A. García Fernández¹, Fernando Rengifo García¹, Raquel Senosiain Echarte², Miguel Álvaro Navidad², Miguel A. González Gay¹ y Juan Antonio Martínez López¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid. ²Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

Introducción: Las recomendaciones actuales abogan por mantener durante el embarazo las terapias biológicas (TB) compatibles con la gestación y por monitorizar la actividad de la enfermedad reumática (ER) antes de la concepción para mejorar el control de la ER y los *outcomes* del embarazo. Recientemente, los datos de BIOBADASER han mostrado una baja tasa de uso de TB durante la gestación, pero no contamos con datos de pacientes valoradas en consultas monográficas de gestación.

Objetivos: Describir el uso actual de TB durante la gestación en una consulta monográfica de embarazo y el impacto la valoración preconcepcional (VP) en la actividad de la enfermedad y el *outcome* del embarazo.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con ER en seguimiento en una consulta monográfica de embarazo en Madrid. Se incluyeron pacientes con ER en tratamiento con TB, antes o durante el embarazo, gestantes entre marzo de 2015 y junio 2023. SE compararon las gestantes que mantuvieron la TB (grupo TB) tras el test de embarazo positivo con las que suspendieron la TB (grupo no TB). Las variables categóricas fueron descritas como proporción y/o porcentajes, mientras que las variables continuas se presentaron como media y desviación estándar (DE). Para comparar datos se utilizaron los test de χ^2 o t-Student.

Resultados: Se incluyeron 41 embarazos en 30 pacientes. Cinco (12,2%) embarazos sufrieron un aborto y 1 (2,4%) terminó con la interrupción voluntaria de la gestación. Los restantes 35 embarazos en 28 pacientes fueron analizados. Las características principales se encuentran en la tabla 1. El 71,4% de las pacientes mantuvieron la TB durante el embarazo, 9 (36%) iniciaron la TB tras la VP. No hubo diferencias en la edad concepcional, diagnóstico de ER y duración, comorbilidades e historia obstétrica. Ocho (22,9%) pacientes concibieron mediante técnicas de reproducción asistida, todas en el grupo TB. La VP fue más frecuente en el grupo TB (88%), ya que el 60% del grupo que suspende el tratamiento estaban embarazadas en la 1ª visita. El tratamiento antes y durante el embarazo se encuentra en la tabla 2. Tras los ajustes terapéuticos el 76% del grupo TB se consideró apto para concebir comparado con el 10% del grupo no TB ($p = 0,0001$). Hubo 17 brotes (37,8%), 13 (76,5%) articulares, 2 (11,8%) brotes de vasculitis, 1 (5,9%) uveítis y 1 (5,9%) empeoramiento de trombopenia. El 90% (9/10) del grupo no TB tubo un brote durante el embarazo comparado con el 32% (8/25) del grupo TB ($p = 0,003$), con una media de 17,4 (8,1) semanas de gestación (SG). Dos (11,8%) embarazos precisaron reintroducir la TB y aumentar la dosis de corticoides el 88,2%. Hay dos (2/35, 5,7%) embarazos en curso. Los datos sobre las 33 gestaciones a término están en la tabla 3. El grupo no TB tuvieron, no estadísticamente significativo, embarazos más cortos, con un mayor porcentaje de parto pretérmino y neonatos más pequeños. En gene-

Tabla 1 Características principales

	Grupo TB	Grupo no TB	Cohorte	p
Pacientes, n (%)	25/35 (71,4)	10/35 (28,6)	35/35 (100)	-
Edad en la concepción, años, media (DE)	34,1 (4,2)	32,5 (4,7)	33,7 (4,4)	0,336
Hipertensión, n (%)	0 (0)	2 (20)	2 (5,7)	0,076
ER, n (%)				0,371
AR + AIJ	12 (48)	4 (40)	16 (45,7)	
Espondiloartropatías	9 (36)	2 (20)	11 (31,4)	
LES	2 (8)	1 (10)	3 (8,6)	
Otras enfermedades autoinmunes*	2 (8)	3 (30)	5 (14,3)	
Duración de la ER, años, media (DE)	9,25 (6,7)	10 (7,7)	9,5 (6,9)	0,774
Tiempo desde el último brote, meses, media (DE)	22,4 (15,8)	10,6 (19,5)	19 (17,5)	0,075
Anti-Ro positivo, n (%)	1 (4)	0 (0)	1 (2,9)	0,521
APL positivo, n (%)	3 (12)	1 (10)	4 (11,4)	0,773
Nulípara, n (%)	13 (52)	4 (40)	17 (48,6)	0,711
Embarazo a término previo, n (%)	9 (36)	6 (60)	15 (42,9)	0,266
Aborto previo, n (%)	5 (20)	3 (30)	8 (22,9)	0,524
ART, n (%)	8 (32)	0 (0)	8 (22,9)	0,073
Embarazada en 1ª visita, n (%)	3 (12)	6 (60)	9 (25,7)	0,003*
VP, n (%)				0,029*
Apta para concepción	9/22 (40,9)	1/4 (25)	10/26 (38,5)	
Apta tras ajuste terapéutico	12/22 (54,6)	3/4 (75)	15/26 (57,7)	
Gestación desaconsejada	1/22 (4,5)	0/4 (0)	1/26 (3,8)	
Apta para concepción tras VP y ajuste terapéutico, n (%)	19 (76)	1 (10)	20 (57,1)	0,001*
Enfermedad activa en la concepción, n (%)	6 (24)	7 (70)	13 (37,1)	0,02*

*Otras enfermedades autoinmunes: esclerosis sistémica, enfermedad mixta e indiferenciada del tejido Síndrome de Sjögren, Miopatías inflamatorias, vasculitis, sarcoidosis: otros. AIJ: artritis idiopática juvenil; aPL: anticuerpos antifosfolípido; AR: artritis reumatoide; ART: terapias de reproducción asistida; ER: enfermedad reumática; LES: lupus eritematoso sistémico; TB: Terapia biológica; VP: valoración preconcepcional.

Tabla 2. Tratamiento

	Grupo TB	Grupo no TB	Cohorte	p
Pacientes, n (%)	25/35 (71,4)	10/35 (28,6)	35/35 (100)	-
Tratamiento preconcepcional				
CCs preconcepcional, n (%)	9 (36)	7 (70)	16 (45,7)	0,132
FAME preconcepcional, n (%)	10 (40)	5 (50)	15 (42,9)	0,589
Hidroxicloroquina preconcepcional, n (%)	7 (28)	1 (10)	8 (22,9)	0,39
TB preconcepcional, n (%)				-
0	9 (36)	0 (0)	9 (25,7)	
Anti-TNF	13 (52)	4 (40)	17 (44,7)	
Anakinra	1 (4)	1 (10)	2 (5,3)	
Baricitinib	0 (0)	1 (10)	1 (2,9)	
Rituximab	2 (8)	1 (10)	3 (8,6)	
Tocilizumab	0 (0)	2 (20)	2 (5,3)	
Secukinumab	0 (0)	1 (10)	1 (2,9)	
Tratamiento durante la gestación				
CCs durante la gestación, n (%)	8 (32)	8 (80)	16 (45,7)	0,022*
FAME durante la gestación, n (%)	6 (24)	2 (20)	8 (22,9)	0,914
Hidroxicloroquina durante la gestación, n (%)	5 (20)	1 (10)	6 (17,1)	0,594
TB iniciado tras VP, n (%)	9 (36)	0 (0)	9 (25,7)	0,036*
TB durante la gestación, n (%)				-
0	0 (0)	10 (100)	10 (28,6)	
Anti-TNF	22 (88)	0 (0)	22 (62,9)	
Anakinra	1 (4)	0 (0)	1 (2,9)	
Baricitinib	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Rituximab	2 (8)	0 (0)	2 (5,3)	
Tocilizumab	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Secukinumab	0 (0)	0 (0)	0 (0)	

CCs: corticoides; FAME: fármaco modificador de la enfermedad; TB: Terapia biológica; VP: valoración preconcepcional.

Tabla 3. Outcomes

	Grupo TB	Grupo no TB	Cohorte	p
Embarazos a término, n (%)	24/33 (72,7)	9/33 (27,3)	33/33 (100)	-
SG de parto, semanas, media (DS)	39 (1,8)	37,6 (1,9)	38,7 (1,9)	0,063
Tipo de parto, n (%)				0,084
Eutócico	12 (50)	5 (55,6)	17 (51,5)	
Cesárea	8 (33,3)	2 (22,2)	10 (30,3)	
Inducido	0 (0)	2 (22,2)	2 (6,1)	
Ventosa	4 (16,7)	0 (0)	4 (12,1)	
Parto pretérmino (< 37 SG), n (%)	1 (4,2)	2 (22,2)	3 (9,1)	0,108
Peso neonato, gramos, media (DE)	3.118,3 (491,3)	2.895 (530,8)	3.049 (505,3)	0,279
Bajo peso neonatal (< 2.500 g), n (%)	3 (12,5)	3 (33,3)	6 (18,2)	0,26
Complicaciones gestación, n (%)	4 (16,7)	8 (88,9)	12 (36,4)	< 0,0001*
Brote posparto, n (%)	11 (45,8)	6 (66,7)	17 (51,5)	0,444

DS: desviación estándar; SG: semana gestacional; TB: terapia biológica.

ral, tuvieron más complicaciones durante la gestación, 88,9% comparado con 16,7%, sobre todo diabetes gestacional (37,5%) y parto pretérmino (37,5%). Hubo un caso de preeclampsia y otro de retraso del crecimiento intrauterino, ambos en el grupo sin TB.

Conclusiones: El 71,4% mantuvieron la TB durante la gestación, principalmente anti TNF. El mantener el tratamiento fue más frecuente tras la VP en una consulta específica de embarazo, mejorando el control de la ER y los *outcomes* del embarazo.

P260. DOCTOR-PATIENT COMMUNICATION IN SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS: THE LUPUSVOICE STUDY

María Galindo Izquierdo¹, Joaquín Borrás Blasco², Silvia Pérez Ortega³, Tarek Carlos Salman Monte⁴, Jaime Calvo-Alén⁵, José María Álvaro-Gracia Álvaro⁶, Julia Barbado Ajo⁷, Pilar Bernabéu⁸, Natalia Molina⁹, Raúl Rubio Renau¹⁰, Marta Gálvez-Fernández¹¹, Noemí Bahamontes Rosa¹¹, Joaquín Sánchez-Covisa Hernández¹¹ and Carlota Solà Marsiñach¹⁰

¹Rheumatology Department. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ²Hospital Pharmacy. Hospital de Sagunto. ³Spanish Lupus Federation (FELUPUS). ⁴Rheumatology Department. Hospital del Mar. Barcelona. ⁵Rheumatology Department. Hospital Universitario Araba. Álava. ⁶Rheumatology Department. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ⁷Internal Medicine Department. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. ⁸Hospital General Universitario Dr. Balmis. ISABIAL. Rheumatology Department. Alicante. ⁹Rheumatology Department. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ¹⁰A Piece of Pie. Evidence Generation Department. ¹¹Medical Department AstraZeneca Farmacéutica Spain S.A.

Introduction: Studies suggest that the quality of physician-patient communication is related to patient outcomes. Poor doctor-patient communication is associated with worse health, higher disease activity, organ damage and medication side-effects. Good quality doctor-patient interactions foster patient involvement, and increase trust, treatment satisfaction and adherence. Nevertheless, what optimal doctor-patient communication in systemic lupus erythematosus (SLE) looks like is unclear. The objective of this study was to identify gaps in the communication between clinicians and SLE patients.

Methods: The Lupus Voice Study was a qualitative, descriptive, observational, multicenter, and cross-sectional study that aimed to describe the experiences of patients and caregivers dealing with SLE, and the perceptions of SLE specialized clinicians. For this analysis 40 SLE patients and 9 SLE physicians from six different hospitals in Spain were interviewed. Participants partook in 2-hour long remote semi-structured interviews. Interviews were recorded and data were coded and analyzed thematically by two anthropologists. Themes were identified by topics emerging directly from the data and by applying prior knowledge. Only themes that reached empirical saturation were selected for analysis. Due to the large number of themes that emerged from the study, this communication only focuses on those related to doctor-patient communication.

Results: This study identified gaps in doctor-patient communication in four areas: diagnosis, pharmacological treatment, non-pharmacological alternatives, and pregnancy. Patients were not satisfied with the communication of the diagnosis, as they wanted to receive more information about SLE and the impact it may have on quality of life in a realistic and tactful manner. Regarding pharmacological treatment, most patients wanted to receive more information about side-effects. Patients also wanted to receive more information on non-pharmacological alternatives, such as diet and psychological support. Regarding pregnancy, doctors recommended women with high disease activity and on certain medications not to become pregnant. However, patients reported that they would have preferred to receive family planning counselling much earlier and, indeed, several patients had already conceived under these conditions. To explain suboptimal diagnostic communication, clinicians claimed lack of time was to blame. Doctors argued that they did not explain side-effects in more detail due to time constraints and fear of non-adherence. Regarding non-pharmacological treatment, doctors did not provide information about diet due to skepticism about its benefits and did not address psychological problems unless they were very severe due to time constraints. Finally, with respect to pregnancy, doctors only offered family planning counselling once

patients manifested their desire to conceive, reflecting miscommunication and misalignment of patient and doctor agendas.

Conclusions: The main gaps identified in the doctor-patient communication were related to diagnosis, treatment and pregnancy. These were explained by lack of time, resources, communication skills, and awareness of patients' future plans. Effective strategies to improve doctor-patient communication should bear these factors in mind and target both the individual and systemic levels to bridge the gap.

P261. EVOLUCIÓN DEL PERFIL DE PACIENTE TRATADO CON BELIMUMAB EN ESPAÑA DURANTE LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS

Tarek Carlos Salman Monte¹, Gerard Espinosa², María Galindo³, Enrique Morales⁴, Lucio Pallarés⁵, José María Pego⁶, Covadonga López⁷, Carmen San Román⁷ e Íñigo Rúa-Figueroa⁸

¹Servicio de Reumatología. Hospital del Mar-IMIM. Barcelona. ²Servicio de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. Hospital Clínic. Barcelona. ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ⁴Servicio de Nefrología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ⁵Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca. ⁶Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. ⁷Departamento Médico GSK. ⁸Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

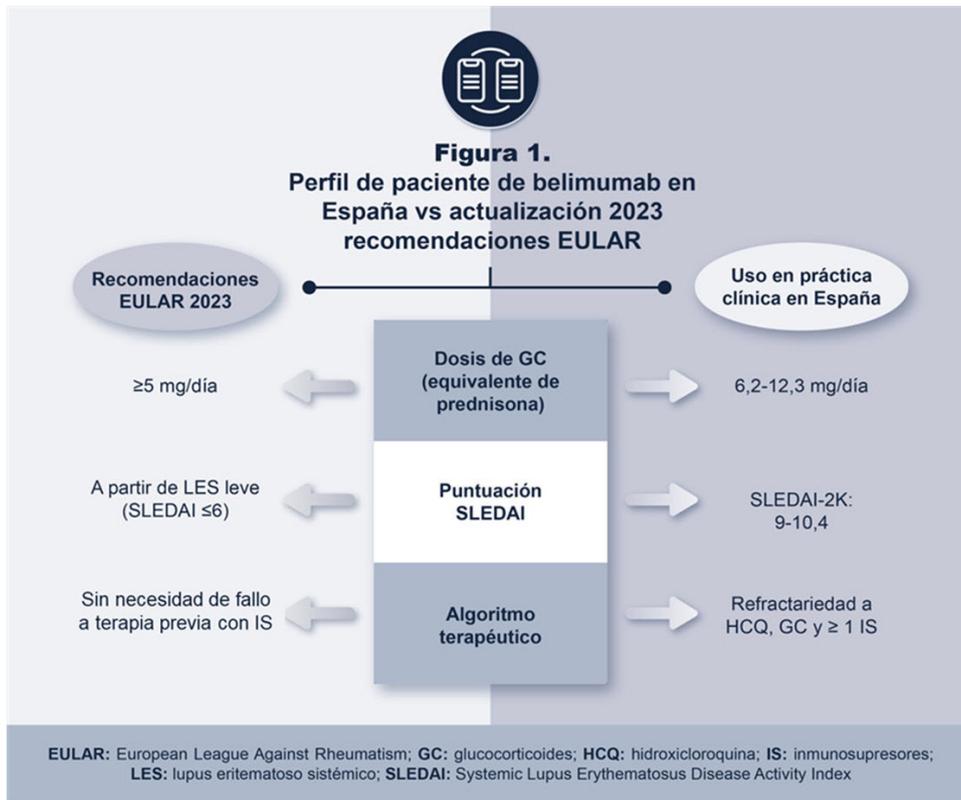
Introducción: Belimumab (BEL), anticuerpo monoclonal dirigido a BlyS, es el único biológico aprobado para el lupus eritematoso sistémico (LES) y la nefritis lúpica (NL) en España.

Objetivos: Reunir evidencia de la evolución en el tiempo del perfil de paciente de BEL en España.

Métodos: Búsqueda en PubMed, Science Direct, MEDES, SciELO y abstracts de congresos [SER, European League Against Rheumatism (EULAR)] con el criterio con "belimumab"[Supplementary Concept] OR "belimumab"[All Fields] AND (spanish[Filter]) desde 2013.

Resultados: Se identificaron 38 estudios observacionales en España. En publicaciones previas a 2020, BEL se usaba principalmente en manifestaciones articulares y cutáneas en pacientes no respondedores a hidrocicloroquina (HCQ), glucocorticoides (GC) e inmunosupresores (IS) con una duración media de la enfermedad de 9 años, dosis media de GC 13,75 ± 10 mg/día, y una actividad de la enfermedad según la escala SELENA-SLEDAI de 9,1-13 puntos¹⁻³. En muchos casos se introducía tras ≥ 2 IS e incluso rituximab. En 2019, las recomendaciones EULAR posicionaron BEL en LES extrarrenal no controlado con HCQ y GC ± IS⁴. Tras su publicación, se observa una evolución en el uso en España, empleándose en pacientes con dosis medias de GC (6,2-12,3 mg/día) y valores del SLEDAI-2K menores (9-10,4) respecto a datos previos a 2020^{5,6}, pero se sigue usando tras ≥ 1 IS. Además, el perfil se amplía a manifestaciones hematológicas y cardiopulmonares, aunque continúan predominando la afectación cutánea y articular^{7,8}, con un buen perfil de tolerancia, sin muertes notificadas por infección ni casos de COVID grave⁹. Por otro lado, se incrementa el uso de BEL en NL tras su aprobación en 2021, reflejándose en diferentes cohortes españolas^{5,10-11} en las que BEL redujo la proteinuria y la dosis de GC, preservando la tasa de filtración glomerular con bajas tasas de brotes. En 2023 se han actualizado las recomendaciones EULAR, posicionando BEL en pacientes con LES con dosis de GC ≥ 5 mg/día, sin considerarse mandatorio el fallo a IS, así como en 1ª línea como terapia combinada en NL¹². Sin embargo, el perfil de paciente actual para BEL difiere de estas recomendaciones [fig.], aunque futuros estudios observacionales contribuirán a entender su impacto en el uso de BEL en España.

Conclusiones: El posicionamiento de BEL en España ha evolucionado durante la última década hacia un uso en fases más tempranas en una amplia variedad de manifestaciones. No obstante, sigue siendo tardío en comparación con las recomendaciones EULAR,



Perfil de paciente de belimumab en España vs. actualización 2023 recomendaciones EULAR (creación propia).

subrayando la necesidad de nuevos datos de ensayos clínicos y en vida real que reflejen el impacto de estas recomendaciones en el empleo de BEL en España y en el mundo.

Financiación: GSK. Los autores declaran no haber recibido ninguna retribución.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brito Zeron. Ann Rheum Dis. 2014.
2. Rodríguez-Escalera. Clin Rheumatol. 2022.
3. Sánchez Herrera. XXXVII Congreso SEMI.
4. Fanouriakis. Ann Rheum Dis. 2019.
5. Laíño. Ann Rheum Dis. 2023.
6. Altabás-González. Ann Rheum Dis. 2023.
7. Salman-Monte. Med Clin (Barc). 2021.
8. Riancho-Zarrabeitia. Reumatol Clin (Engl Ed). 2020.
9. Rúa-Figueroa. Reumatol Clin (Engl Ed). 2023.
10. de la Rubia Navarro. Med Clin (Barc). 2022.
11. Marqués-Ortega. Nephrol Dial Transplant. 2023.
12. Fanourakis. Ann Rheum Dis. 2023.

P262. NUEVAS DIANAS TERAPÉUTICAS EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: INHIBIDORES JAK. REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METANÁLISIS

Raquel Dos Santos Sobrín¹, Carla Porto², Eva Pérez-Pampín^{1,2}, José Ramón Maneiro^{1,2}, Pablo Castro-Santamaría¹, María Sánchez-Wonenburger¹, José Luis Puga Guzmán¹, Alba Mata¹, Irene Álvarez¹, Elisa Campos¹ y Antonio Mera^{1,2}

¹Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. ²Universidad de Santiago de Compostela.

Introducción y objetivos: El tratamiento del lupus eritematoso sistémico (LES) está enfocado en el control de la actividad de la enfermedad y la mejora de la calidad de vida de los pacientes que lo

padecen¹. En los últimos años se han aprobado varios fármacos, biológicos e inmunosupresores clásicos, para el tratamiento del LES. A pesar de ello, el tratamiento por objetivos es complicado de llevar a cabo dadas las escasas dianas terapéuticas, dificultando la remisión de la enfermedad y el tratamiento libre de corticoides.² Recientemente se han desarrollado los nuevos fármacos sintéticos dirigidos para el tratamiento de algunas enfermedades autoinmunes, como los inhibidores de las janus quinasas (iJAK), que han demostrado eficacia en patologías como la artritis reumatoide o la enfermedad inflamatoria intestinal. Debido a su mecanismo de acción, se postula que podrían ser útiles también en el tratamiento del LES³. El objetivo principal de este estudio es evaluar la eficacia y seguridad de los iJAK en el tratamiento del LES.

Métodos: Se ha llevado a cabo una revisión sistemática hasta noviembre de 2023 de la literatura publicada sobre el uso de iJAK en LES por parte de 2 revisores independientes. Un tercer revisor ha seleccionado los artículos discordantes. Posteriormente se han metanalizado los resultados cuando al menos se han encontrado 2 medidas comparables entre estudios.

Resultados: La búsqueda arrojó 1080 artículos, que tras selección por título y abstract se obtuvieron 117 artículos para lectura completa. Finalmente 8 estudios fueron incluidos. A pesar de que se reportaron un mayor número de casos de efectos adversos graves en el grupo tratado con Baricitinib en comparación con el placebo (fig. 1), la mayoría de efectos adversos fueron leves/moderados. Se reportó una diferencia estadísticamente significativa en pacientes con LES tratados con Baricitinib en 3 ensayos clínicos en la reducción del FACIT-F (SMD -0,50; IC95% -0,62, -0,37; p = 0,000), SLEDAI-2K (SMD -2,41, IC95% -4,31, -0,51; p = 0,013), PGA (SMD -3,13; IC95% -4,18, -2,07; p = 0,000), SJC (SMD -1,85; IC95% -2,66, -1,04; p = 0,000), TJC (SMD -2,52; IC95% -3,8, -1,23; p = 0,000) y WJP/WP, y en la mejoría en el SRI-4 (OR 1,37; IC95% 1,05, 1,79; p = 0,020) (figs. 2 y 3).

Conclusiones: Los datos de nuestro estudio muestran un beneficio del uso de iJAK en los pacientes con LES, tanto en la actividad global

Figura 1: efectos adversos graves en 3 ECAs (Petri et al, Morand et al, Wallace et al).

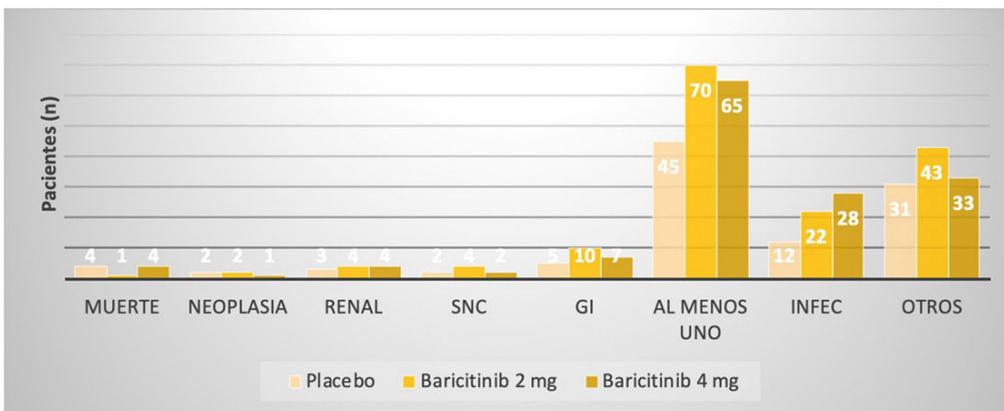


Figura 2: metanálisis de los ECAs analizados de Baricitinib para FACIT-F y PGA.

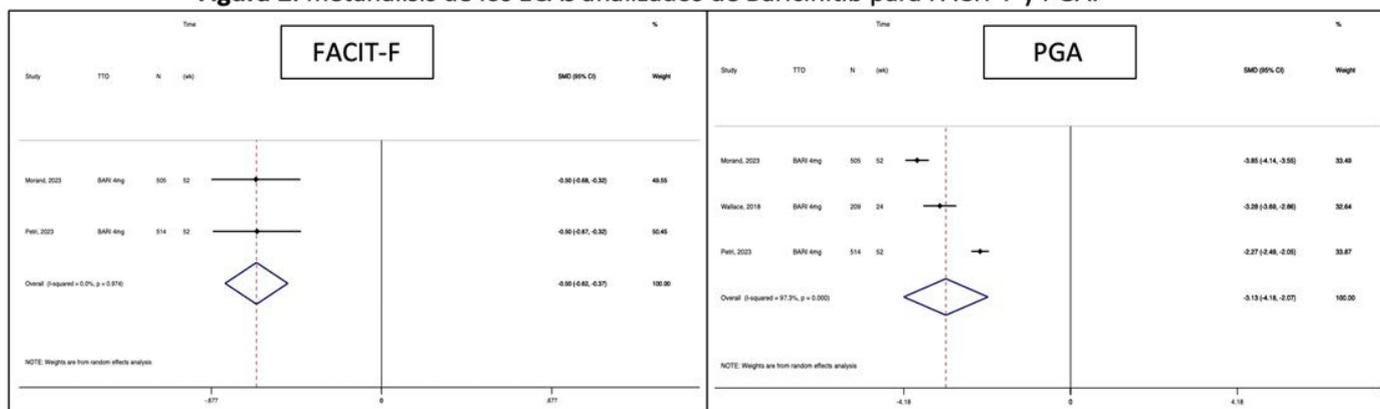
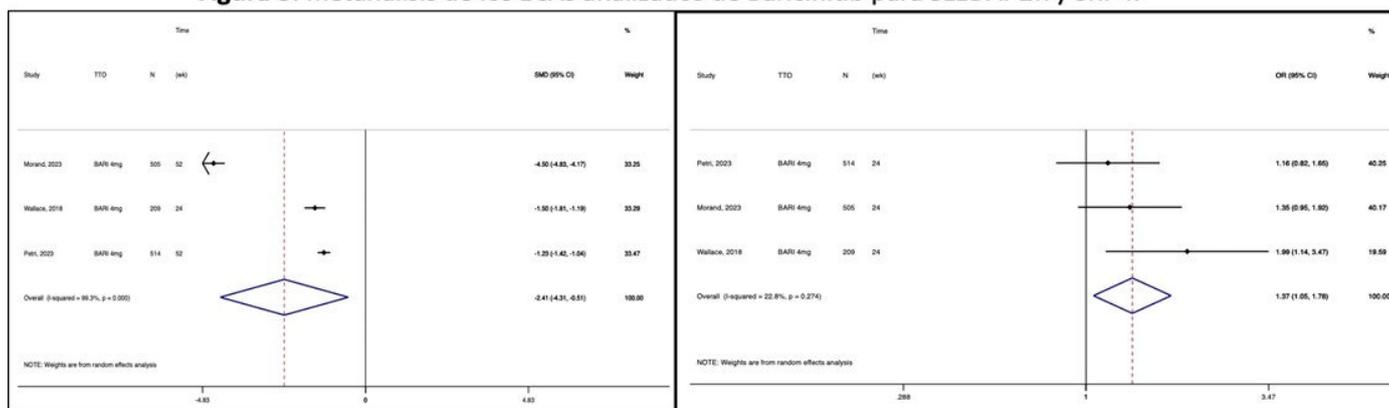


Figura 3: metanálisis de los ECAs analizados de Baricitinib para SLEDAI-2K y SRI-4.



como en los PROs y la actividad articular de la enfermedad. Son necesarios más estudios para poder hacer una recomendación en firme.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fortuna G, Brennan MT. Systemic Lupus Erythematosus Epidemiology, Pathophysiology, Manifestations, and Management. Dent Clin North Am. 2013;57(4):631-55.

2. Fanouriakis A, Kostopoulou M, Alunno A, et al. 2019 update of the EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus. Ann Rheum Dis. 2019;78(6):736-45.

3. Jamilloux Y, El Jammal T, Vuitton L, Gerfaud-Valentin M, Kerever S, Sève P. JAK inhibitors for the treatment of autoimmune and inflammatory diseases. Autoimmun Rev. 2019;18(11):102390.

P263. SERUM ADVANCED GLYCATION END-PRODUCTS AND THEIR SOLUBLE RECEPTOR AS POTENTIAL NEW BIOMARKERS IN SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

Irene Carrión-Barberà¹, Laura Triginer², Carolina Pérez-García¹, Anna Ribes², Andrea Toloba³, Victoria Abad¹, Luciano Polino¹, Ana Pros¹, Tarek Carlos Salman-Monte¹, Jordi Monfort¹ and Laura Tío²

¹Rheumatology Department. Hospital del Mar. Barcelona. ²Hospital del Mar Research Institute. ³Department of Statistics and Operations Research. Autonomous University of Barcelona.

Introduction: It has been postulated that advanced glycation end-products (AGEs) and their soluble receptor (sRAGE) could play a relevant role as inducers in the chronic inflammatory pathway in various conditions; among them, in immune-mediated diseases such as systemic lupus erythematosus (SLE). However, previous studies show conflicting results about their association with SLE characteristics and their usefulness as disease biomarkers.

Objectives: To quantify serum AGEs and sRAGE levels and study their association with various disease parameters to clarify their potential as new biomarkers in SLE.

Methods: Multiple demographic and clinical characteristics of the 122 SLE patients who signed the informed consent were recorded. AGEs and sRAGE were measured through ELISA according to the manufacturer instructions. Associations of pentosidine with demographic and clinical data, indexes of activity, accrual damage, and patient reported outcomes were analyzed through multiple linear regression models, while associations of the rest of AGEs and sRAGE (non-normal) were analyzed using both an OLS regression model and a GML. All were adjusted for confounders based on previous analyses or previously reported factors.

Results: Figures 1 and 2 show the associations between the different serum AGEs and sRAGE with SLE characteristics. We have found several associations that have never been described previously. Pentosidine (Fig1a) was strongly associated with pulmonary manifestations (shrinking lung syndrome and lupus pneumonitis), while CEL (fig. 1b-e) and CML (fig. 2a-d) were associated with several indexes

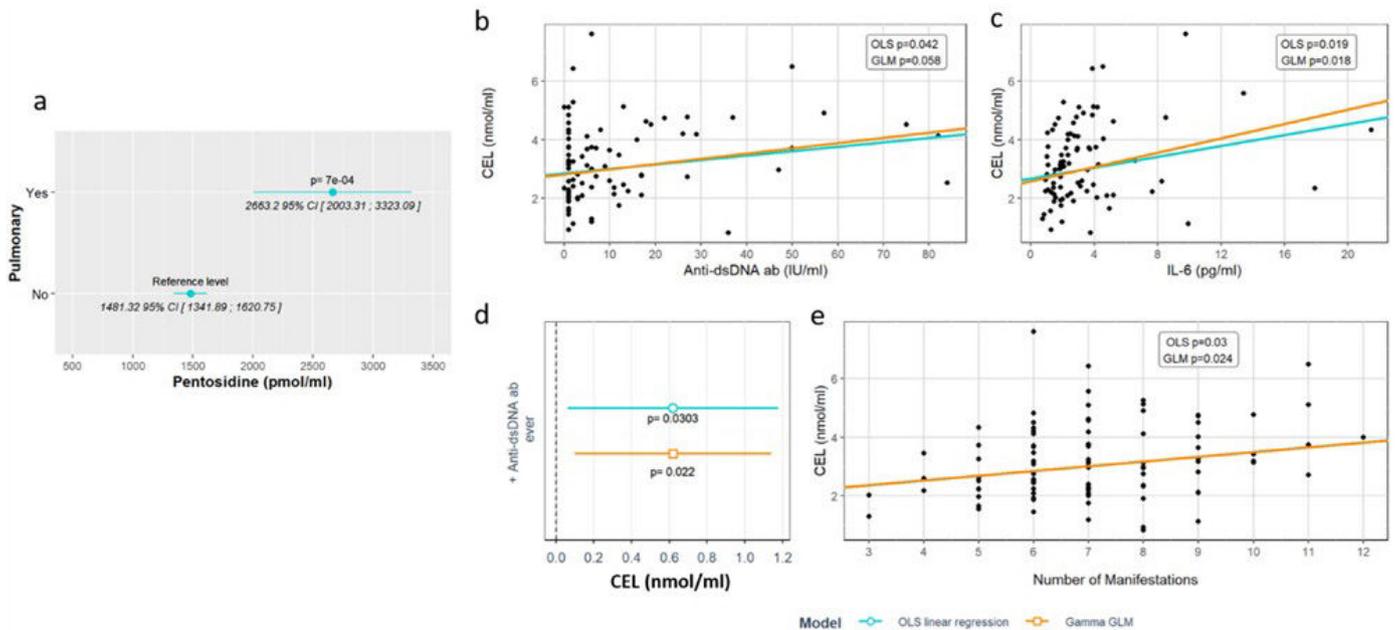


Figure 1. Pentosidine and CEL statistically significant associations with SLE.

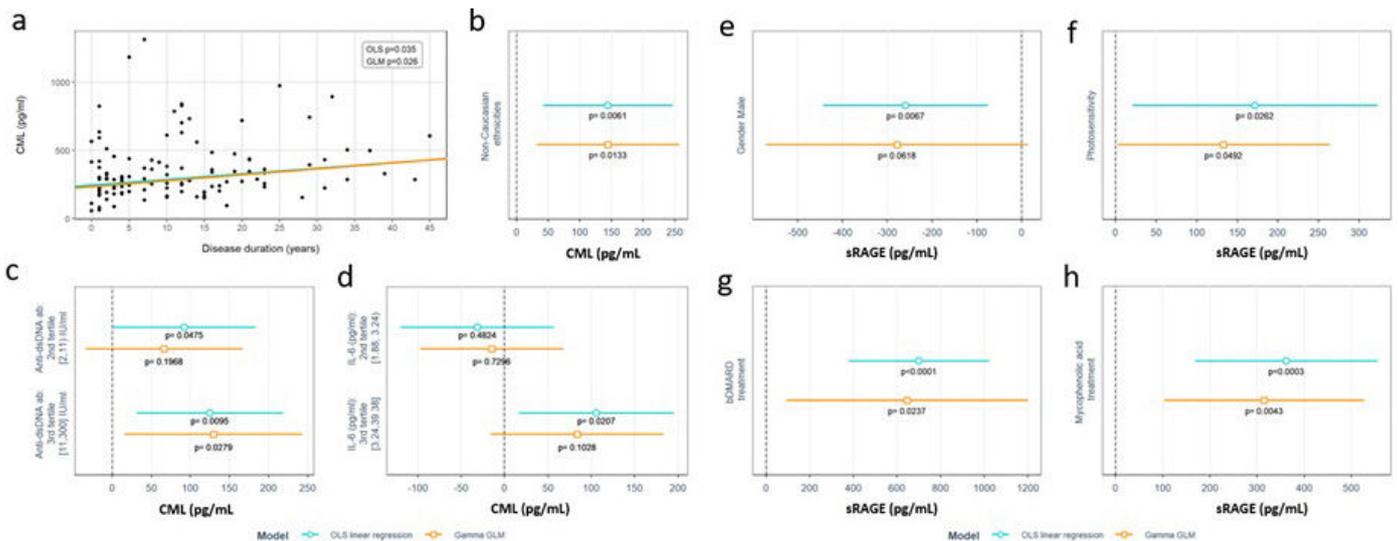


Figure 2. CML and sRAGE statistically significant associations with SLE.

or characteristics related to activity or prognosis like anti-dsDNA antibodies, IL-6 levels, longer disease duration, non-Caucasian ethnicities or the accumulated number of manifestations throughout the disease. Concerning sRAGE (fig. 2e-h), there is some previously published evidence that has found lower levels in cases of more severe disease, especially in lupus nephritis. We found that lower levels were associated with male gender (known factor for more severe disease), while higher levels were with photosensitivity. Treatment with bDMARDs or mycophenolic acid were also related to higher sRAGE levels, maybe traducing the impact of treatments on modulating inflammation, which is a topic that has not been studied up to now.

Conclusions: The correlation observed between serum AGEs and sRAGE with SLE markers indicate that the AGEs-sRAGE axis seem to have a role as a new biomarker in this disease related to management and prognosis, which would have enormous implications in a field currently uncovered in SLE. The association with specific disease manifestations may indicate a particular clinical phenotype related to specific AGEs and/or sRAGE levels, unveiling another potential clinical use of these products.

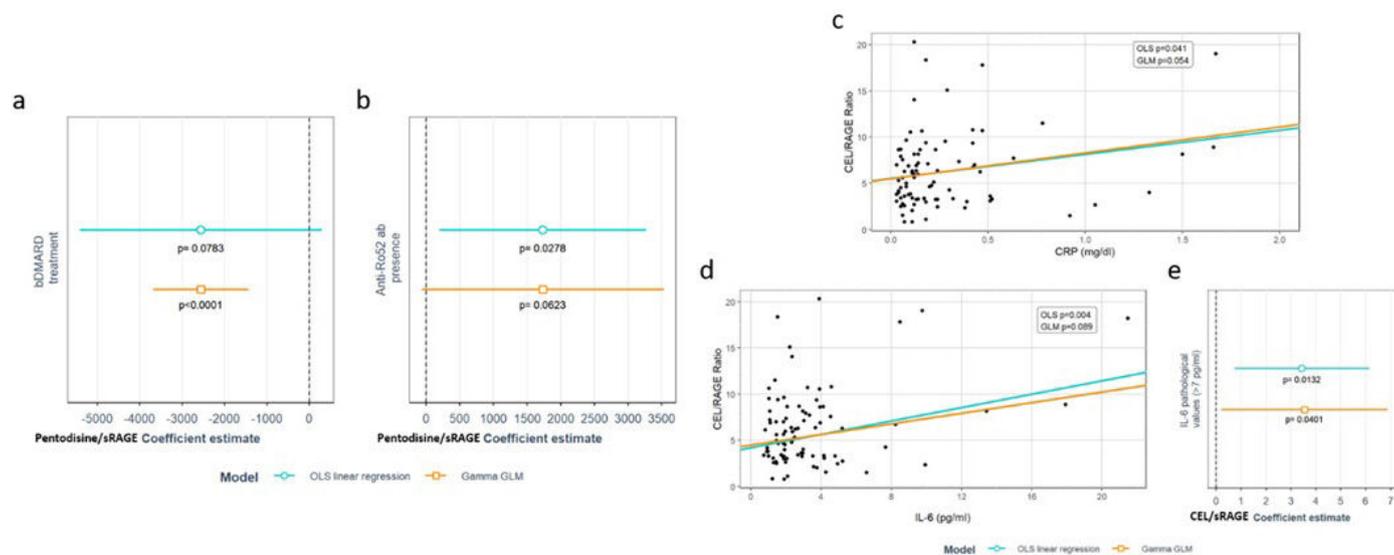
P264. PRELIMINARY ANALYSIS OF THE RATIOS BETWEEN ADVANCED-GLYCATION END PRODUCTS (AGES) AND THEIR SOLUBLE RECEPTOR (SRAGE) AS BIOMARKERS IN SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

Irene Carrión-Barberà¹, Laura Tío², Carolina Pérez-García¹, Anna Ribes², Andrea Toloba³, Victoria Abad¹, Luciano Polino¹, Ana Pros¹, Tarek Carlos Salman-Monte¹, Jordi Monfort¹ and Laura Trigerin²

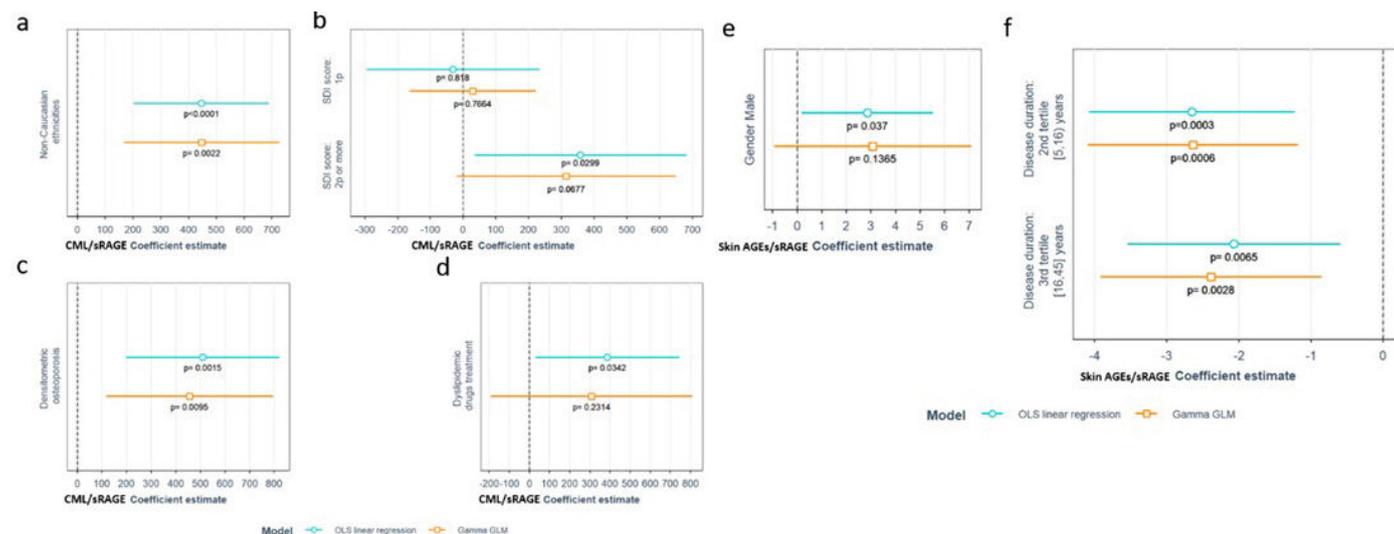
¹Rheumatology Department. Hospital del Mar. Barcelona. ²Hospital del Mar Research Institute. ³Department of Statistics and Operations Research. Autonomous University of Barcelona.

Introduction: It has been postulated that the axis of advanced glycation end-products (AGEs) and their soluble receptor (sRAGE) could play a relevant role as inducers in the chronic inflammatory pathway in various conditions; among them, in systemic lupus erythematosus (SLE). However, some authors¹ defend that the ratio AGEs to RAGE could be a better and universal biomarker than them individually.

Objectives: As the ratios between AGEs and sRAGE have not been studied in SLE, the aim of this project is to perform an exploratory analysis of their associations with SLE characteristics.



P264 Figure 1. Pentosidine/sRAGE (a-b) and CEL/sRAGE (c-e) statistically significant associations with SLE.



P264 Figure 2. CML/sRAGE (a-d) and skin AGEs/sRAGE (e-f) statistically significant associations with SLE.

Methods: Multiple demographic and clinical characteristics of the 122 SLE patients who signed the informed consent were recorded. Skin AGE concentrations were measured by skin autofluorescence and serum AGEs and sRAGE were measured through ELISA according to the manufacturer instructions. The relationship between the different serum AGEs (pentosidine, CML and CEL) and sRAGE was analyzed using both an OLS regression model and a GML as all the ratios followed a non-normal distribution. All were adjusted for confounders based on previous bivariate analysis.

Results: Figures 1 and 2 show the statistically significant associations between each of the ratios and SLE characteristics. We found a lower pentosidine/sRAGE ratio in patients on bDMARDs (fig. 1a) and a higher one in anti-Ro52+ patients (fig. 1b). Higher ratios of CEL/sRAGE (fig. 1c-e) and CML/sRAGE (fig. 2a-d) were associated with higher markers of activity and damage, while higher skin AGEs/sRAGE ratio were associated with male sex (fig. 2d) and lower one with shorter disease duration (fig. 2e).

Conclusions: Most of these associations, although preliminary and not intended for drawing conclusions, support our hypothesis that the different ratios between AGEs and sRAGE could also have implications, and maybe used as biomarkers, related to patients phenotypes, response to treatment, activity and prognosis. However, these observations should be further explored.

REFERENCES

1. Prasad K, Dhar I, Caspar-Bell G. Role of advanced glycation end products and its receptors in the pathogenesis of cigarette smoke-induced cardiovascular disease. *Int J Angiol.* 2014;24(2):75-80.

P265. FLARE PREVENTION IN SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS PATIENTS TREATED WITH BELIMUMAB VERSUS STANDARD OF CARE: A PROPENSITY SCORE-MATCHED COMPARATIVE, CASE-CONTROL STUDY

Íñigo Rúa-Figueroa¹, Irene Altabás González^{2,3}, Karen Roberts⁴, Ivette Casafont-Solé⁵, Andrea Hernández⁶, Marta de la Rubia Navarro⁷, María Galindo⁸, Tarek Carlos Salman-Monte⁹, Paola Vidal Montal^{10,11}, Sandra Garrote-Corral¹², M. Ángeles Blázquez¹³, María Mercedes Piqueras García¹⁴, Marina Sánchez Lucas¹⁵, Josefina Cortés-Hernández¹⁶, Juan Ramón de Dios¹⁷, Eva Tomero Muriel¹⁸, Paloma Vela Casasempere¹⁹, Myriam Gandía Martínez²⁰, Beatriz Frade-Sosa^{21,22}, Consuelo Ramos Giráldez²³, Clara Moriano²⁴, Alejandro Muñoz Jiménez²⁵, Jaime Calvo Alén²⁶, Raúl Menor-Almagro²⁰, Antonio Fernández Nebro²⁷ and José María Pego Reigosa²⁸

¹Rheumatology. Doctor Negrín University Hospital of Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria. ²Rheumatology. Hospital Meixoeiro. Vigo. ³Galicía Sur Health Research Institute. Vigo. ⁴External Statistical Advisor. Galicia Sur Health Research Institute. Vigo. ⁵Rheumatology. Germans Trias i Pujol University Hospital. Badalona. ⁶Rheumatology. Doctor Negrín University Hospital of Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria. ⁷Rheumatology. La Fe University Hospital. Valencia. ⁸Rheumatology. Doce de Octubre Hospital. Madrid. ⁹Rheumatology. del Mar University Hospital. Barcelona.

¹⁰Rheumatology. Bellvitge University Hospital. Barcelona. ¹¹Bellvitge Biomedical Research Institute (IDIBELL). Barcelona. ¹²Rheumatology. Ramón y Cajal University Hospital. Madrid. ¹³Rheumatology. Severo Ochoa Hospital. Madrid. ¹⁴Rheumatology. Virgen de Arrixaca University Hospital. Murcia. ¹⁵Rheumatology. Gregorio Marañón General University Hospital. Madrid. ¹⁶Rheumatology. Vall d'Hebron Hospital. Barcelona.

¹⁷Rheumatology. Araba University Hospital. Vitoria. ¹⁸Rheumatology. La Princesa Hospital. Madrid. ¹⁹Rheumatology. Alicante Hospital. Alicante.

²⁰Rheumatology. University Hospital of Jerez. ²¹IDIBAPS. Barcelona.

²²Rheumatology. Hospital Clínic. Barcelona. ²³Rheumatology. Virgen Valme Hospital. Sevilla. ²⁴Rheumatology. University Hospital Complex of León.

²⁵Rheumatology. Virgen del Rocío Hospital. Sevilla. ²⁶Rheumatology. Araba Hospital. Vitoria. ²⁷Rheumatology. Regional University Hospital of Málaga. Málaga. ²⁸Rheumatology. Meixoeiro Hospital. Vigo.

Introduction: Belimumab (BLM) is a monoclonal antibody targeting BAFF cytokine, which has shown efficacy and safety in the treatment of systemic lupus erythematosus (SLE). A pooled post-hoc analysis from randomized controlled trials BLISS-52 and BLISS-76 suggested that belimumab is effective reducing the risk of severe flare in patients with SLE (1). However, data on flare prevention from controlled trials on the subject is lacking.

Objectives: We aim to analyse the risk of flare in a multicentre SLE cohort treated with BLM as compared with a control cohort from RELESSER register, under standard of care (SoC).

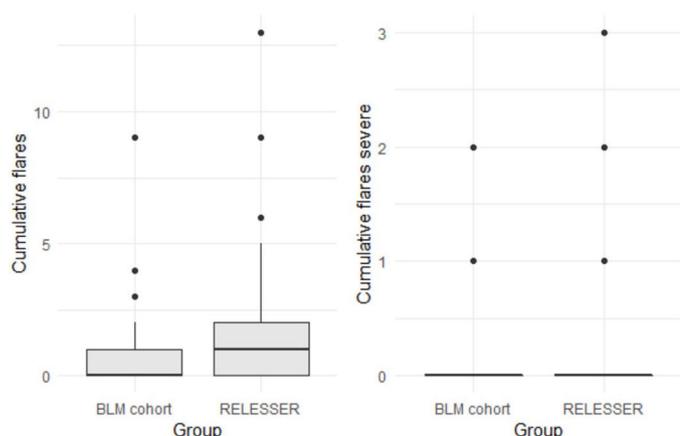
Methods: A longitudinal retrospective study, comparing a multicentre cohort of patients treated with BLM (BLMc) versus a control group of patients treated with standard of care from RELESSER-PROS cohort. We adjusted for a flare risk propensity score (PS) to properly balance covariates (i.e., age, sex, race, disease duration, previous flare, nephritis, serologic activity, baseline SLEDAI, damage index (SLICC/ACR/DI) (SDI) and concomitant treatments: glucocorticoids and antimalarials). Once homogeneous groups were achieved, the distribution of cumulative flares was compared using the Wilcoxon test. The significance level was set at 0.05.

Results: Of a total of 1.137 SLE Caucasian patients (ACR-97 criteria) (BLMc n = 274; RELESSER n = 853), 102 from BLMc and 134 from RELESSER were PS matched (overall, 236 patients). Differences between BLMc and RELESSER control group, both for covariates and for flares rates are displayed in table 1. Only the follow-up duration turned out to be greater in BLMc than RELESSER group [4.67 (2.57) vs. 3.11 (0.339) years, respectively, p < 0.001]. Up to 75/134 (56%) patients in RELESSER group underwent ≥ 1 SLE flare during observation period, vs. 32/102 (33.3%) in BLMc. Regarding severe flares, 18/134 (13.4%) in RELESSER vs. 9/102 (8.8%) in BLMc were registered. The mean number of cumulative flares was significantly lower in BLMc (fig.); however, not statistically significant differences were found for severe flares comparisons.

Belimumab cohort (BLMc) vs. RELESSER control group differences

	BLMc (N = 102)	RELESSER (N = 134)	p	Overall (N = 236)
Sex				
Female	91 (89.2%)	123 (91.8%)	0.644	214 (90.7%)
Age at baseline				
Mean (SD)	46.4 (13.2)	47.2 (12.3)	0.649	46.9 (12.7)
Disease duration (years)				
Mean (SD)	15.9 (9.86)	14.7 (7.94)	0.588	15.2 (8.82)
SLEDAI				
Mean (SD)	4.99 (3.72)	4.50 (4.48)	0.118	4.71 (4.17)
C3 or C4 low				
N (%)	50 (49.0%)	71 (53.0%)	0.046	121 (51.3%)
Positive anti-DNA				
N (%)	63 (61.8%)	76 (56.7%)	0.517	139 (58.9%)
Previous severe flare				
N (%)	23 (22.5%)	32 (23.9%)	0.933	55 (23.3%)
Proteinuria (any time)				
N (%)	27 (26.5%)	24 (17.9%)	0.155	51 (21.6%)
Hydroxychloroquine				
N (%)	86 (84.3%)	115 (85.8%)	0.890	201 (85.2%)
GC dose at baseline				
≤ 5 mg	50 (49.0%)	46 (34.3%)	0.0857	96 (40.7%)
> 5 y < 10 mg	13 (12.7%)	20 (14.9%)		33 (14.0%)
≥ 10 y < 30 mg	16 (15.7%)	19 (14.2%)		35 (14.8%)
≥ 30 mg	1 (0.980%)	1 (0.746%)		2 (0.847%)
Without GC	22 (21.6%)	48 (35.8%)		70 (29.7%)
Follow up duration (years)				
Mean (SD)	4.67 (2.57)	3.11 (0.339)	< 0.001	3.78 (1.87)
Cumulative flare (Global)				
Mean (SD)	0.647 (1.26)	1.32 (1.87)	< 0.001	1.03 (1.67)
Median [Q1,Q3]	0 [0.1,00]	1.00 [0.2,00]		0 [0.1,25]
Severe cumulative flare				
Mean (SD)	0.108 (0.370)	0.172 (0.499)	0.276	0.144 (0.448)
Median [Q1,Q3]	0 [0.0]	0 [0.0]		0 [0.0]

BLMc: Belimumab cohort; SLEDAI: Systemic lupus erythematosus disease activity index; GC: glucocorticoids (prednisone or equivalent).



Flare differences BLM cohort versus RELESSER.

Conclusions: According to risk factor of SLE-flare adjusted analysis, patients under BLM treatment in real world setting have a decreased risk of flare when comparing with standard of care.

P266. INCREMENTO DE IL10 E INF2 ASOCIADO A ACTIVIDAD CLÍNICA EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

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

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

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune que se caracteriza por una desregulación en la producción de citoquinas, entre ellas el interferón (IFN), considerado como una molécula clave en la etiopatogénesis del LES, siendo además responsables de la diferenciación de las células dendríticas a monocitos e indirectamente de la desregulación de IL10.

Objetivos: Analizar la asociación entre los niveles de las citoquinas inflamatorias IFN-α2, IFN-β, IFN-γ e IL10, con la actividad de la enfermedad durante un seguimiento de 12 meses en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES).

Métodos: Estudio longitudinal, observacional prospectivo de pacientes con diagnóstico de LES y controles sanos. En los pacientes se realiza una evaluación cada 3 meses durante un año de seguimiento, con analítica completa y evaluación clínica. Los niveles de citoquinas se obtuvieron mediante métodos colorimétricos, estableciéndose el valor de corte para los niveles altos en dos veces la desviación típica del valor medio de la población control.

Resultados: Se incluyeron 45 pacientes (86,7% mujeres) con una media de edad al diagnóstico de 33 (16) años y un tiempo medio de

evolución de la enfermedad de 18 (11) años. El 28,9% presentaban actividad clínica elevada (SLEDAI > 6) en la visita basal. El 66,7% de los pacientes estaban en tratamiento corticoideo, el 44,4% con inmunosupresores y el 66,7% con antimaláricos. Se observa una asociación entre los valores de SLEDAI y los niveles de IL10 (p = 0,014) y de IFNα2 (p = 0,009), así como una tendencia con los niveles de IFN-beta (p = 0,057), independientemente del tiempo de evolución. Los niveles elevados de anti-dsDNA se asocian al incremento de IFN-beta (p = 0,005) e IFN-gamma (p = 0,038), y los niveles bajos de C3 se asocian al incremento de IL10 (p = 0,006). Los pacientes en tratamiento con antimaláricos durante el seguimiento presentaron niveles más bajos de IL10 (p = 0,012). No se observa influencia de la edad al diagnóstico, el tiempo de evolución de la enfermedad, niveles de vitamina D, corticoterapia o hábito tabáquico en los niveles séricos de las citoquinas analizadas. Los pacientes se categorizaron en función de los niveles normales o elevados de las citoquinas estudiadas. A pesar de no observar asociación de la actividad clínica con un perfil de citoquinas concreto, aquellos pacientes con valores elevados de SLEDAI a su vez estaban categorizados como IL10 elevado.

Conclusiones: Se observa una asociación entre la actividad clínica y los niveles elevados de IFNα2 e IL10, independientemente del tiempo de seguimiento. Los niveles séricos de IL10 están influenciados por el tratamiento antimalárico.

P267. AVANCES EN EL DIAGNÓSTICO DE LA RIGIDEZ Y VASCULARIZACIÓN DE LA SINOVITIS EN MUÑECAS Y MANOS CON EL USO DE LA ELASTOGRAFÍA “SHEAR WAVE” Y ECOGRAFÍA DOPPLER EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Salvatore Marsico Marsico¹, Irene Carrión-Barberà², Patricia Corzo³, Laura Tío⁴, José María Maiques Llácer¹, Albert Solano¹, Tarek Carlos Salman-Monte² y Jordi Monfort Faure²

¹Radiología. Hospital del Mar. Barcelona. ²Reumatología. Hospital del Mar. Barcelona. ³Reumatología. Hospital Clínic. Barcelona. ⁴Hospital del Mar Research Institute. Barcelona.

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) muestra una amplia gama de síntomas y signos, a menudo incluyendo manifestaciones articulares. La afectación musculoesquelética inflamatoria subclínica se pasa por alto con frecuencia, y su impacto en los pacientes con LES sigue sin estar claro.

Objetivos: Comparar la rigidez del derrame sinovial articular detectado por elastografía “Shear Wave” (ESW), medido en kilopascales (kPa), en 3 grupos de pacientes con LES de diferente intensidad de manifestaciones articulares y un grupo de controles sanos. Explorar las asociaciones entre la rigidez del derrame sinovial articular y las características del paciente, tanto en todos los grupos articulares como en cada articulación por separado. Investigar las correlaciones entre la presencia de sinovitis detectada por ecografía Doppler (EDC) y las características del paciente.

Métodos: Se reclutaron pacientes con LES que cumplían los criterios SLICC 2012 y EULAR/ACR 2019 y se clasificaron en: artritis de mano/muñeca (G1), artrosis de mano/muñeca (G2) y sin síntomas de mano/muñeca (G3). Los criterios de exclusión incluyeron condiciones como la artropatía de Jaccoud y cirugías previas. Se reclutaron sujetos sanos (SS) como grupo de control (G4). Se realizaron ESW y EDC en la mano/

Tabla P266

	Controles sanos (N = 65)	LES V0 (N = 45)	LES V3 (N = 45)	LES V6 (N = 45)	LES V9 (N = 45)	LES V12 (N = 45)
Variables	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)
SLEDAI score	-	6,09 (5,38)	3,53 (3,41)	5,09 (4,06)	3,71 (2,87)	3,64 (2,61)
IFN-α2 (pg/mL)	85,53 (104,72)	202,59 (608,11)	115,24 (219,33)	170,6 (634,44)	103,21 (194,39)	157,22 (523,12)
IFN-β (pg/mL)	38,49 (35,43)	74,61 (91,24)	72,65 (114,59)	76,2 (101,37)	77,23 (114,21)	74,55 (97,51)
IFN-γ (pg/mL)	150,95 (133,14)	257,18 (413,65)	293,62 (395,65)	334,26 (485,59)	289,19 (354,71)	370,53 (794,94)
IL-10 (pg/mL)	5,66 (5,45)	14,35 (21,07)	15,48 (16,92)	11,79 (15,23)	11,02 (11,14)	11,86 (11,76)

muñeca no dominante. La sinovitis se definió según los criterios de ecografía EULAR-OMERACT para EDC, y para ESW, como rigidez del tejido articular sinovial mayor de 30 kPa. Se recogieron retrospectivamente datos sociodemográficos, clínicos, serológicos y tratamientos. Diversos resultados reportados por los pacientes (PROs) se recogieron a través de cuestionarios: escala numérica de dolor (ENP) (0-10), ENP de fatiga (0-3), el Cuestionario de Evaluación de la Salud (HAQ) y la Escala de Severidad de Fatiga (FSS-9). Los datos recogidos se analizaron estadísticamente junto con los hallazgos de ESW y EDC. **Resultados:** Se reclutaron un total de 80 sujetos (G1:20, G2:20, G3:20, G4:20). Teniendo en cuenta todas las articulaciones juntas, los casos mostraron valores de kPa significativamente más altos en comparación con los controles (diferencia media: 24,06530 kPa, IC95%: 19,76655-28,36405, $p < 0,001$). No se observaron diferencias significativas en los valores de kPa entre los diferentes grupos de casos (G1, G2, G3). Articulaciones específicas mostraron diferencias significativas en los valores de kPa entre casos y controles, incluyendo las articulaciones radiocarpiana, cúbitocarpiana (fig.) y metacarpofalángica. Valores más bajos de kPa en la articulación intercarpiana se asociaron con una historia de haber presentado más manifestaciones de LES a lo largo de la enfermedad ($p = 0,016$). En la articulación interfalángica proximal del segundo dedo, valores más bajos de kPa se correlacionaron positivamente con la presencia de manifestaciones sistémicas (MS) ($p = 0,019$). Se observó una correlación positiva significativa entre el número de articulaciones con una señal positiva de EDC y valores SLICC más altos ($p = 0,000$).



Imagen de elastografía "Shear Wave" (ESW) de la articulación cúbitocarpiana dorsal de la muñeca en el plano sagital.

Conclusiones: El estudio indica que los pacientes con LES tienen valores de kPa significativamente más altos que los sujetos sanos, incluso aquellos sin manifestaciones articulares, probablemente indicando sinovitis subclínica. Valores más altos de kPa o señal de EDC en localizaciones específicas se asociaron con síntomas específicos o menos manifestaciones articulares, lo que podría indicar diferentes patrones de afectación articular que aún deben definirse.

P268. IMPLICACIONES CLÍNICAS DEL PERFIL DE ANTICUERPOS ANTI-RO EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y EL SÍNDROME DE SJÖGREN

Paula Pérez Jiménez¹, Laura Tío Barrera², José Luis Andréu Sánchez³, Tarek Carlos Salman-Monte^{4,5} e Irene Carrión-Barberà^{4,5}

¹Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid. ²Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas. IMIM. Barcelona.

³Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda. ⁴Departamento de Reumatología. Hospital del Mar. Barcelona. ⁵Unidad especializada en enfermedades autoinmunes sistémicas y vasculitis. Hospital del Mar. Barcelona.

Introducción: El anticuerpo (ac) anti-Ro se asocia a lupus eritematoso sistémico (LES), síndrome de Sjögren primario (SS), lupus cutáneo subagudo y bloqueo cardíaco congénito. Existen dos subunidades de este ac, anti-Ro52 y anti-Ro60, más propias del SS y LES, respectivamente. Datos recientes en la literatura indican que los fenotipos de distintas enfermedades del tejido conectivo y sus implicaciones clínicas pueden variar significativamente en pacientes según el perfil de ac anti-Ro expresado (52+, 60+ o ambos), indicando el potencial valor diagnóstico y pronóstico del ac anti-Ro en la práctica clínica.

Objetivos: Valorar posibles diferencias clínicas, analíticas, terapéuticas y pronósticas atribuibles al perfil serológico de ac anti-Ro expresado en pacientes con LES y SS.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en el que hemos revisado las historias clínicas de pacientes con LES y SS o con solapamiento de ambas entidades, divididos en tres grupos según las subunidades expresadas de anti-Ro: anti-Ro 52+, anti-Ro 60+ o ambas. Se incluyeron 80 variables, que involucraron datos demográficos, clínicos, analíticos, terapéuticos y pronósticos. Los resultados se analizaron mediante la prueba de χ^2 . El análisis *post hoc* para comparar grupos por pares se realizó mediante la prueba Z. Solo se presentan los resultados estadísticamente significativos ($p < 0,05$).

Resultados: El estudio incluye 106 pacientes. En la tabla se muestran las diferencias clínicas y analíticas estadísticamente significativas encontradas entre grupos, siendo la mayoría de ellas entre el grupo anti-Ro 60+ y el grupo con ambas subunidades. Los pacientes con anti-Ro 60+ aislado y aquellos que expresan ambas subunidades mostraron frecuencias opuestas estadísticamente significativas en todas las características representadas en la tabla. La leucopenia, el ac anti-La, el factor reumatoide y el fenómeno de Raynaud fueron menos frecuentes en los pacientes anti-Ro60+, mientras que el resto de las variables fueron menos frecuentes en el grupo con ambas subunidades. Los pacientes anti-Ro52+ aislados mostraron un comportamiento intermedio entre los anti-Ro 60+ y los pacientes con ambas subunidades en todas las características, excepto por una menor expresión de anti-La, al igual que los anti-Ro60+. Llama la atención la ausencia de pacientes con anti-La o anticuerpos antifosfolípidos en el grupo anti-Ro52+.

Diferencias clínicas y analíticas encontradas según el perfil de ac anti-Ro expresado

	Anti-Ro 60+	Anti-Ro 52+	Anti-Ro 52+ & 60+	p
Leucopenia < 4000/mm ³	35,5%	75%	61,9%	0,04
Anti-La	19,4%	0%	73%	0,00
Factor reumatoide	26,7%	50%	71%	0,00
Anti β 2-glicoproteína 1 IgM	15,4%	0%	1,8%	0,05
Anticoagulante lúpico	26,9%	0%	7,3%	0,04
Anticuerpos antifosfolípidos (cualquiera de ellos)	29,6%	0%	9,3%	0,04
Fenómeno de Raynaud	6,5%	50%	33,3%	0,01

Solo se incluyen los resultados estadísticamente significativos ($p < 0,05$).

Conclusiones: Los diferentes perfiles de anti-Ro confieren características clínicas y analíticas específicas en pacientes con LES y SS, confirmando su trascendencia en la práctica clínica. Conocer estas diferencias es fundamental para mejorar el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Yang HT, Hong XP, Guo JW, Zhong XL, Liao R, Liu CL, Liu LX, Li K, Chen YL, Liu DZ. Clinical Significance of Different Profiles of anti-Ro Antibodies in Connective Tissue Diseases. *J Immunol Res.* 2023;2023:9195157.

P269. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS ASOCIADAS AL ANTICUERPO ANTI-RO52

Laura Álvarez Ortiz, María Camacho Halcón, María Lisbona Muñoz y Piedad León Rubio

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: Las enfermedades autoinmunes se caracterizan por presentar multitud de manifestaciones clínicas, encontrándonos en la práctica clínica un reto en el diagnóstico diferencial. Es por ello que nos resulta de vital importancia seguir investigando en diferentes pruebas complementarias; entre ellas, el papel de los anticuerpos (ac.) y su relación con las diferentes patologías, pudiendo ayudarnos tanto al diagnóstico como al pronóstico de las mismas. Entre los ac. destaca el anti-Ro/SSA, conocido por su papel en el Lupus Eritematoso Sistémico (LES) y Miopatías Inflamatorias (MI), entre otros. Se han descubierto dos proteínas diferentes, anti-Ro52 y anti-Ro60, teniendo cada una de ellas asociaciones diferentes en las enfermedades autoinmunes.

Objetivos: Analizar las manifestaciones clínicas de una cohorte de pacientes con el ac. anti-Ro52 positivo en el Hospital Universitario Virgen del Rocío (HUVR).

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes atendidos en el HUVR de Sevilla, España. Los datos se obtuvieron mediante la revisión de historias clínicas.

Resultados: Las características generales de nuestros pacientes se exponen en la tabla 1. En relación a las manifestaciones clínicas, el 35% mostraron fotosensibilidad (FS), el 30% tenía algún tipo de lesión cutánea, el 61% tenían artritis; un 39% tenían afectación a nivel glandular, 4 de ellos (17%) presentaron afectación pulmonar y el 17% afectación digestiva. De los 4 pacientes con afectación pulmonar, 1 fue un hombre (H) con enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC) y 3 mujeres (M) con MI que además presentaban de manera asociada ac. anti-Jo 1. En cuanto a la afectación radiológica, 2 pacientes presentaron patrón en vidrio deslustrado, 1 panalización y 1 fibrosis pulmonar. Dado que los datos pertenecen en su mayoría a M, no fue posible inferir un patrón de enfermedad en función del sexo. No obstante, aunque con carácter preliminar, los 3 H analizados mostraron LES (2/3), EMTC (2/3) y artritis reumatoide. No se apreciaron diferencias entre H y M respecto a la FS y la presencia de lesiones cutáneas. Por el contrario, las M mostraron un 45% más de afectación glandular que los H. Por su parte, los H mostraron un 45% más de incidencia de artritis y un 57% más de afectaciones digestivas que las M. Como tratamiento se utilizó principalmente hidroxicloroquina (HCQ), bien como único tratamiento (10 casos, 43%) o una combinación de esta con leflunomida (1 caso) o micofenolato (1 caso). En el resto de los casos, se usó micofenolato en monoterapia (1 caso) o combinado con anakinra (1 caso) o metotrexato (1 caso). Un caso usó azatioprina. En 4 casos no se aplicó ningún tratamiento. Sobre la selección del tratamiento dependiendo del tipo de afectación la HCQ se empleó en 10/12 casos de LES, 7/8 casos que presentaban FS y en 5/7 casos que presentaban lesiones cutáneas y en más de la mitad (8/14) de los casos con artritis. El micofenolato se utilizó para pacientes afectados por MI (2), síndrome de Sjögren (2) y LES (1). Anakinra se usó para un paciente con afectación pulmonar y artritis.

Características generales

Género n (%)	
Mujer	20 (86,96%)
Hombre	3 (13,04%)
Edad media (± DE)	56 ± 3
Evolución media enfermedad en años (± DE)	16 ± 2
Máxima	35
Mínima	3
Enfermedades (%)	
LES	52%
Síndrome de Sjögren	39%
Miopatía inflamatoria	17%
Artritis reumatoide	13%
EMTC	13%
SAF	4%
Solapamiento de dos enfermedades	39%*

*Los porcentajes suman más del 100% porque en 9 casos (39%) se manifestaron dos enfermedades.

Conclusiones: Los resultados obtenidos concuerdan con lo recogido en la literatura. La mayoría de los pacientes con anti-Ro52 tenían

diagnóstico de LES y síndrome de Sjögren, siendo los síntomas mayoritarios la artritis y la afectación glandular. El tratamiento más utilizado fue la HCQ. Sin embargo, son necesarios estudios con mayor tamaño muestral y mayor potencia para establecer conclusiones más concluyentes.

P270. PAPEL DE LOS ANTICUERPOS ANTI-RO EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Paula Pérez Jiménez¹, Laura Tío Barrera², José Luis Andréu Sánchez³, Tarek Carlos Salman-Monte^{4,5} e Irene Carrión-Barberà^{4,5}

¹Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid. ²Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas. IMIM. Barcelona. ³Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda. ⁴Departamento de Reumatología. Hospital del Mar. Barcelona. ⁵Unidad especializada en enfermedades autoinmunes sistémicas y vasculitis. Hospital del Mar. Barcelona.

Introducción: Los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) y anti-Ro (Ro) positivo pueden suponer un reto diagnóstico y terapéutico para el especialista, ya que muchas veces presentan síntomas de superposición con el síndrome de Sjögren (SS). Hasta la fecha, la variabilidad clínica y pronóstica que estos anticuerpos confieren a los pacientes con LES no está bien caracterizada.

Objetivos: Estudiar las posibles implicaciones demográficas, clínicas, analíticas, terapéuticas y pronósticas de Ro en el LES.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en el que hemos revisado las historias clínicas de pacientes con LES y SS, divididos en cuatro grupos según la enfermedad y presencia de anticuerpos Ro: 1. LES dsDNA+ Ro-; 2. LES dsDNA- Ro+; 3. Solapamiento LES-SS (dsDNA+ Ro+, que cumplen criterios para ambas entidades); 4. SS primario. Los grupos 1 y 4 se han incluido como control de los grupos 2 y 3, que son los de interés. Se recogieron 80 variables, que involucraron datos demográficos, clínicos, analíticos, terapéuticos y pronósticos. Los resultados se analizaron mediante la prueba de χ^2 y ANOVA. El análisis *post hoc* para comparar grupos por pares se realizó mediante la prueba Z y la prueba HSD de Tukey. Solo se presentan los resultados estadísticamente significativos.

Resultados: Se incluyeron 144 pacientes. Las tablas 1 y 2 describen las diferencias clínicas y analíticas estadísticamente significativas encontradas entre los grupos. Clínicamente, el LES Ro+ tuvo una frecuencia similar al LES Ro- en la mayoría de las manifestaciones, excepto por menor artritis -igual que el solapamiento y mayor que el SS- y menor necesidad de bolos de corticoides -similar a los otros 2 grupos-. La xeroftalmia y la xerostomía fueron las únicas variables que tuvieron una frecuencia diferente al resto de grupos -mayor que el LES Ro- y menor que el solapamiento y SS-. El grupo de solapamiento se comportó como los otros grupos de LES para la artritis, lupus cutáneo, alopecia y úlceras orales/nasales, y como el SS para la xeroftalmia, xerostomía, fatiga y parotidomegalia. Este grupo no mostró ninguna característica diferencial con respecto a los otros grupos. Aparte del síndrome seco, los grupos 2 y 3 solo se diferenciaron en la mayor frecuencia de parotidomegalia y fatiga en el solapamiento. Analíticamente, los grupos 2 y 3 fueron similares en todo. Todos los pacientes con LES mostraron una frecuencia similar y mayor que el SS de C3 y CH50 bajos, mientras que el C4 bajo solo fue mayor en el LES Ro-. El SS fue el único con menor historia significativa de complemento bajo. El LES Ro+ mostró la misma frecuencia de anticuerpos, hipergammaglobulinemia policlonal, factor reumatoide (FR) y β 2-microglobulina (β 2m) que el solapamiento y, excepto por el mayor anti-La, que el LES Ro-; mientras que el anti-La, anti-Sm, RF y β 2m fueron significativamente menores que en el SS. Excepto por el complemento, el solapamiento fue similar al SS, pero mostró menos FR y β 2m.

Tabla 1. Diferencias clínicas estadísticamente significativas (p < 0,05) encontradas entre grupos

	LES anti-Ro-	LES anti-Ro+	Solapamiento	SS	p
Artritis ≥ 2 articulaciones	84,2%	61,3%	72,8%	35,7%	0,00
Lupus cutáneo agudo o crónico	60,5%	51,6%	72,7%	9,5%	0,00
Alopecia no cicatricial	31,6%	25,8%	24,2%	0	0,00
Úlceras orales o nasales	52,6%	35,5%	57,6%	9,5%	0,00
Xeroftalmia	2,6%	38,7%	81,8%	90,5%	0,00
Xerostomía	0%	29%	78,8%	88,1%	0,00
Fatiga	21,1%	32,3%	57,6%	52,4%	0,00
Parotidomegalia	0%	0%	15,2%	16,7%	0,01
Bolus de corticosteroides alguna vez	18,4%	3,2%	2	4,8%	0,03

Tabla 2. Diferencias analíticas estadísticamente significativas (p < 0,05) encontradas entre grupos

	LES anti-Ro-	LES anti-Ro+	Solapamiento	SS	p
C3 bajo	59,5%	51,6%	36,4%	4,8%	0,00
C4 bajo	43,2%	12,9%	18,2%	4,8%	0,00
CH50 bajo	32,4%	16,1%	15,2%	2,4%	0,01
Complemento bajo alguna vez	73,7%	58,1%	39,4%	11,9%	0,00
Anti-La	0%	38,7%	45,5%	61,9%	0,00
Anti-RNP	28,9%	16,1%	15,2%	5%	0,04
Anti-Sm	15,8%	16,1%	6,1%	0%	0,04
Factor reumatoide	18,9%	37,9%	54,5%	71,4%	0,00
Hipergammaglobulinemia policlonal	8,6%	26,1%	34,4%	34,1%	0,04
β2-microglobulina	33,3%	14,3%	29,2%	59,5%	0,00
anti β2-glicoproteína 1 IgG	22,2%	6,5%	6,1%	3,8%	0,05

Conclusiones: La presencia de Ro en pacientes con LES proporciona diferencias clínicas y serológicas respecto a pacientes con LES Ro- y con SS, debiendo considerarse por ello por los clínicos como un fenotipo diferente e independiente de la enfermedad. Se necesitan más estudios para lograr una mejor caracterización de estos pacientes.

P271. LUPUS NEPHRITIS WITH LOW-LEVEL PROTEINURIA

Francisco Javier Narváez García¹, Paola Vidal Montal¹, Olga Capdevila², Joan Torra³, Xesca Mitjavila², Xavier Fulladosa³, Pol Maymó¹, Judith Palacios¹, Montserrat Roig¹, Martí Aguilar¹, Laia de Daniel¹ and Joan Miquel Nolla¹

Servicios de ¹Reumatología; ²Medicina Interna; ³Nefrología. Unidad Funcional de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas (UFMAS). Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona.

Introduction: In patients with systemic lupus erythematosus who do not present concurrent active urinary sediment or unexplained acute renal failure, current guidelines advise performing a renal biopsy (BR) for those exhibiting at least 500 mg/24-hour or a spot urine protein-to-creatinine ratio (UPCR) greater than 500 mg/g (EULAR/ERA-EDTA), or 1,000 mg/24-hour (ACR).

Objectives: To review the histopathologic findings on RB and prognosis of patients with lupus nephritis (LN) and proteinuria below these specified cutoffs.

Methods: Out of 160 patients with proven LN, we selected those with < 1,000 mg/24-hour proteinuria (UPCR < 1,000 mg/g) at their first RB. We divided the patients into two groups: those with proteinuria ≤ 500 mg and those with proteinuria between 500 mg and 1 g/24 hours. Patients were monitored from the date of LN diagnosis until the development of end-stage renal disease (ESRD), death, or the last follow-up.

Table 1. Clinical, laboratory and renal outcomes of LN patients with low-level proteinuria

	≤ 500 mg N=11	> 500 - ≤ 1000 N = 29	Total N=40
Mean duration al SLE at renal biopsy, months	56 ± 86	65 ± 84	62 ± 83
Class I	3 (27.3%)	0 (0%)	3 (7.5%)
Class II	4 (36.4%)	8 (27.6%)	12 (30%)
Class III	1 (9.1%)	11 (37.9%)	12 (30%)
Class IV	3 (27.3%)	6 (20.7%)	9 (22.5%)
Class V	0 (0%)	4 (13.8%)	4 (10%)
Microhematuria	1 (9.1%)	21 (72.4%)	31 (77.5%)
Cylindruria	2 (18.1%)	7 (24.1%)	9 (22.5%)
Pyuria	4 (36.4%)	13 (44.8%)	17 (42.5%)
Serum creatinine, μmol/L (Ref value 45 -84)	78 ± 22	83 ± 38	81 ± 34
Thrombotic microangiopathy	1 (9.1%)	1 (3.4%)	2 (5%)
Activity index	3.78 ± 3.8	5.24 ± 3.73	4.85 ± 3.7
Chronicity index	0.22 ± 0.6	1.24 ± 1.6	0.97 ± 1.5
Interstitial fibrosis	3 (27.3%)	12 (41.4%)	15 (37.5%)
Tubular atrophy	2 (18.2%)	11 (37.9%)	13 (32.5%)
Renal Response			
Complete	11 (100%)	27 (93.1%)	38 (95%)
Partial	0 (0%)	2 (6.9%)	2 (5%)
No response	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Remission (DORIS) 2021 during follow-up	2 (18.1%)	7 (24.1%)	9 (22.5%)
Lupus low disease activity state (LLDAS) during follow-up	3 (27.3%)	9 (31%)	12 (30%)
Withdrawal of IS therapy	4 (36.4%)	17 (58.6%)	21 (52.5%)
Renal relapse	3 (27.3%)	14 (48.3%)	17 (42.5%)
End-stage renal disease (ESRD)	0 (100%)	1 (3.4%)	1 (2.5%)
Death	0 (0%)	1 (3.4%)	1 (3.4%)

Table 2. Comparative study between low-level and high-level proteinuria groups

	Low level proteinuria N=40	High level Proteinuria N= 120	p
Mean duration al SLE at renal biopsy, months	62 ± 83	46 ± 78	0.282
Class I	7.5%	2.5%	0.205
Class II	30%	6.6%	0.001
Class III	30%	13.3%	0.058
Class IV	22.5%	45%	0.002
Class V	10%	25%	0.046
Activity index	4.85 ± 3.7	8.15 ± 4.9	0.001
Chronicity index	0.97 ± 1.5	1.39 ± 1.7	0.210
Interstitial fibrosis	37.5%	37.7%	0.979
Tubular atrophy	32.5%	27.3%	0.540
Thrombotic microangiopathy	5%	3.7%	0.739
Microhematuria	77.5%	76.4%	0.890
Cylindruria	22.5%	26.4%	0.628
Pyuria	42.5%	35.8%	0.459
Serum creatinine, μmol/L (Ref value 45 -84)	81.6 ± 34	106.3 ± 93	0.006
Arterial hypertension	10%	28.3%	0.020
Cyclophosphamide usage	7.5%	29.2%	0.006
Rituximab usage	7.5%	6.6%	0.848
Renal Response			
Complete	95%	85.6%	0.273
Partial	5%	8.7%	
No response	0%	5.7%	
Successful glucocorticoid withdrawal during follow-up	10%	16%	0.511
End-stage renal disease (ESRD)	2.5%	4.8%	0.547

Results are presented as mean ± standard deviation (SD) or percentages.

The percentages in each variable were calculated considering only the number of patients in which the data have been documented

Results: We identified 40 patients (36 women) with a mean age of 33 ± 12 years at LN diagnosis. Their clinical, laboratory, and renal outcomes are summarised in Table 1. None of the patients experienced acute renal failure. In 11 patients, RB was performed with proteinuria less than 500 mg/24-hour. In this subset, 27.3% exhibited class I, 36.4% class II, 9.1% class III, and 27.3% class IV LN. In the 29 patients who underwent RB with proteinuria levels between 500 mg and 1 g, 27.6% were diagnosed with class II, 37.9% with class III, 20.7% with class IV, and 17.2% with class V LN. The comparative study results between low-level proteinuria (LLP) and high-level proteinuria (> 1,000 mg/24-hour) (HLP) groups are detailed in Table 2. The occurrence of class II was substantially more prevalent in the

LLP group, while the frequency of classes IV and V was significantly lower. Compared to patients with HLP, those with LLP exhibited significantly improved renal function at the time of RB ($p = 0.006$), a higher prevalence of hypertension ($p = 0.02$), and a lower activity index ($p = 0.001$). The chronicity index was also numerically lower in the LLP group, though this difference did not achieve statistical significance. Cyclophosphamide usage was less frequent in LLP patients (29.2 vs. 7.5%; $p = 0.006$), and a numerically lower incidence of ESRD (2.5 vs. 4.8%) was observed over the total observation period (median, 214 months; IQR 25th-75th: 116-352 months).

Conclusions: More than half of the patients with LLP (62.5%) displayed advanced forms of LN (classes III, IV, or V). As these patients can have substantial active pathological lesions, low-grade proteinuria may warrant early RB for prompt diagnosis and treatment, potentially improving prognosis. Overall, patients with LN and low-level proteinuria had favourable long-term renal and life outcome.

P272. RENAL OUTCOMES IN EARLY- VERSUS DELAYED-ONSET LUPUS NEPHRITIS

Francisco Javier Narváez García¹, Paola Vidal Montal¹, Xesca Mitjavila², Xavier Fulladosa³, Olga Capdevila², Joan Torra³, Judith Palacios¹, Pol Maymó¹, Martí Aguilar¹, Montserrat Roig¹, Laia de Daniel¹ and Joan Miquel Nolla¹

Servicios de ¹Reumatología; ²Medicina Interna; ³Nefrología. Unidad Funcional de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas (UFMAS). Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona.

Introduction: The timing of nephritis onset following a Systemic Lupus Erythematosus (SLE) diagnosis varies among patients. In some cases, nephritis and SLE are diagnosed simultaneously, while in others lupus nephritis (LN) develops after the initial SLE diagnosis. Controversy exists regarding the impact of LN onset timing on renal outcomes.

Objectives: To compare the renal outcomes between patients with early-onset lupus nephritis (EOLN) and those with delayed-onset LN (DOLN).

Methods: Retrospective study of 160 adult patients with biopsy-confirmed LN attended at a tertiary university hospital. We divided patients into two groups: the EOLN group (with LN onset within 12 months of SLE diagnoses) and the DOLN group (LN onset more than 12 months post-SLE diagnosis). Patients were observed from the date of LN diagnosis to the development of end-stage renal disease (ESRD) or the last follow-up.

Results: Of the 160 patients (133 women), 90 (56%) had EOLN while 70 (44%) had DOLN. The median time to LN development in the DOLN group was 85.5 months (IQR 25th-75th: 41-157 months). In 49 (70%) of the EOLN cases, nephritis appeared at SLE onset. Results of the comparative study are shown in Table 1. EOLN patients showed a lower chronicity index (0.9 ± 1.4 versus 1.6 ± 1.7 ; $p = 0.015$) but similar activity index and frequency of higher grades of nephritis (classes III, IV, V, or mixed) compared to DOLN patients. At the time of renal biopsy, no significant differences were observed in serum creatinine values or in the percentage of cases with nephrotic range proteinuria. Both groups had comparable renal responses. Four patients (4.4%) in the EOLN group developed ESRD during a median observation period of 240 months (IQR 25th-75th: 125-368), compared with 1 patient (1.4%) in the DOLN group during a median observation period of 214 months (IQR: 105-321). The estimated median intervals from LN diagnosis to ESRD progression were 100 months in the EOLN group (IQR 62.5-145) and 247 months in the patient with DOLN, a difference not statistically significant in Kaplan-Meier analysis (log-rank test 2.193; $p = 0.139$). After adjustment for confounding factors, EOLN was not a significant risk factor for ESRD (Hazard ratio: 3.14, 95%CI 0.693 to 23.089; $p = 0.179$).

Table 1. Comparative study of renal outcomes between EOLN and DOLN.

	EOLN N=90	DOLN N=70	p
Higher grade of nephritis (classes III, IV, or V and mixed III/IV + V)	72 (80%)	53 (76%)	0.217
Activity index	7.3 ± 4.8	7.2 ± 5	0.825
Chronicity index	0.9 ± 1.4	1.6 ± 1.7	0.015
Serum creatinine, µmol/L in the first episode of nephritis (Ref value 45 -84)	97 ± 89.2	101 ± 69	0.514
24-h urine protein	2643 ± 2672	2881 ± 2187	0.208
Nephrotic range proteinuria	41 (45.5%)	23 (33%)	0.104
Renal response			
Complete	78 (86.7%)	62 (88.5%)	0.952
Partial	8 (8.9%)	5 (7.2%)	
No response	4 (4.4%)	3 (4.3%)	
Renal relapses	37 (41.1%)	27 (38.5%)	0.569
End-stage renal disease (ESRD)	4 (4.4%)	1 (1.4%)	0.232

Results are presented as a number with percentages or mean ± standard deviation

Conclusions: Our study suggests that the risk of ESRD progression in EOLN is similar to DOLN, despite slight numerical differences.

P273. REGISTRO DE LA COMUNIDAD VALENCIANA DE ANIFROLUMAB EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

M. Garijo Bufort¹, M. Aguilar Zamora¹, K. Arévalo Ruales¹, C. Valera², J. Rosas³, I. de la Morena⁴, L. Charca⁴, M. Fernández Matilla⁵, L. García Armario⁶ y G. Albert Espí⁶

¹Servicio de Reumatología. Hospital de Sagunto. ²Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. ³Hospital Marina Baixa. Vila Joiosa. ⁴Hospital Clínico Universitario de Valencia. ⁵Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. ⁶Hospital Lluís Alcanyis. Xàtiva.

Introducción: Anifrolumab es un anticuerpo monoclonal humano de tipo inmunoglobulina G1 kappa aprobado recientemente para el tratamiento del LES. Se disponen de pocos datos en vida real.

Objetivos: Describir las características demográficas, la eficacia y la seguridad de anifrolumab en pacientes con LES en vida real.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, multicéntrico que analiza pacientes con LES en tratamiento con anifrolumab. Se recogieron variables demográficas y clínicas de forma basal, a los 3 y 6 meses de seguimiento. Así mismo, se recogió la aparición de reacciones infusionales y la causa de discontinuación del tratamiento. El análisis estadístico se realizó con RStudio 4.3.2.

Resultados: Se recogieron un total de 14 pacientes, siendo uno excluido del análisis posterior al no tener datos de seguimiento. La gran mayoría fueron mujeres (85,71%) con una edad media de 49,71 ± 12,52 años. A nivel serológico, 5 pacientes tenían AcAFA+, de los cuales, 2 desarrollaron SAF. 71,43% presentaban ENAS + con distinta especificidad. A nivel clínico, 92,86% tenían afectación mucocutánea y 50% hematológica. 3 pacientes tenían afectación renal, 2 de ellos confirmada con biopsia (clase III y IV respectivamente). Todos los pacientes habían llevado FAMEs previos, con una media de 3,21 ± 0,97 (13 hidroxicloroquina, 7MTX, 10 azatioprina, 7 micofenolato, 4 tacrolimus, 2 leflunomida, 1 ciclosporina, 1 cloroquina). La media de biológicos previo al inicio de anifrolumab fue de 1,36 ± 0,63 (11 belimumab, 7 rituximab, 1 tocilizumab). Solo el 21,43% requirió bolos de corticoides y ninguno ciclofosfamida. Anifrolumab se pautó de forma concomitante a hidroxicloroquina en 57,14% pacientes, micofenolato 28,57%, metotrexato 14,29%, azatioprina 14,29%, tacrolimus 7,14% y mepacrina 7,14%. A los 3 meses de tratamiento con anifrolumab, el 61,54% de los pacientes tuvo una reducción en la dosis de prednisona (IC 32,28-84,87). La media en la reducción de los mg de prednisona fue de -4,23 (DE 4,13, $p = 0,0031$). El porcentaje de pacientes que disminuyó los niveles de PCR a los 3 meses de tratamiento fue del 15,38% (IC 2,71-46,34) con una media en la

reducción de estos niveles de 9,06 (DE 13,56, $p = 0,033$). La proporción de pacientes que disminuyó los valores del SLEDAI fue del 83,33% (IC 50,88-97,06). La media en la reducción del SLEDAI a los 3 meses respecto al basal fue de -4,08 (DE 2,75, $p = 0,001$). El porcentaje de pacientes sin afectación cutánea pasó del 38,46 al 86,62% a los 3 meses ($p = 0,0438$). Los cambios en las variables analíticas y clínicas se encuentran recogidas en las tablas 1, 2 y 3. Cabe destacar que ningún paciente presentó reacciones infusionales ni tuvo que suspender tratamiento.

	Basal	3 meses	6 meses
Prednisona (mg)	9,81±7,10	5,58±5,42	6,25±6,29
VSG (mm/h)	12,15±14,64	14,00±13,17	9±6,83
PCR (mg/L)	4,94±7,53	4,85±6,92	20,35±35,12
DNA	n=5 38,46%	n=2 15,38%	n=1 7,69%
C3	n=1 7,69%	n=1 7,69%	
C4	n=1 7,69%	n=1 7,69%	
SLEDAI	6±2,70	1,92±2,68	2,50±3,79
Citopenias	n=5 38,46%	n=1 7,69%	n=0
Proteinuria	n=1 7,69%	n=1 7,69%	n=0
Articular	n=7 53,85%	n=4 30,77%	n=6 46,13%
Serositis	n=1 7,69%	n=1 7,69%	n=1 7,69%
Cutáneo	n=8 61,54%	n=2 15,38%	n=2 15,38%
Alopecia	n=5 38,46%	n=0	n=0
Aftas	n=5 38,46%	n=2 15,38%	n=2 15,38%
Manifestaciones neuropsiquiátricas	n=2 15,38%	n=1 7,69%	NA

Tabla 1. Variables analíticas y clínicas con Anifrolumab de forma basal y a los 3 y 6 meses de seguimiento.

Proporción pacientes con reducción prednisona 3 meses	61,54% (IC 32,28-84,87%)	Media en la reducción de prednisona a los 3 meses	-4,24 (DE 4,13, $p=0,031$)
Proporción pacientes con reducción VSG 3 meses	38,46% (IC 15,13-67,72)	Media en la reducción de VSG a los 3 meses	1,85 (DE 7,99, $p=0,421$)
Proporción pacientes con reducción PCR 3 meses	15,38% (IC 2,71-46,34)	Media en la reducción de PCR a los 3 meses	9,06 (DE 13,56, $p=0,033$)
Proporción pacientes con reducción DNA 3 meses	66,67% (IC 12,53-98,23)	Media en la reducción de DNA a los 3 meses	-48,47 (DE 46,85, $p=0,215$)
Proporción pacientes con reducción SLEDAI 3 meses	83,33% (IC 50,88-97,06)	Media en la reducción de SLEDAI a los 3 meses	-4,08 (DE 2,75, $p=0,001$)

Tabla 2. Diferencia entre los valores de prednisona, VSG, PCR, DNA y SLEDAI en t_0 y a los 3 meses.

Proporción de pacientes sin citopenias de forma basal y a los 3 meses	61,54%, 92,31% ($p=1,626$)
Proporción de pacientes sin afectación articular de forma basal y a los 3 meses	46,15%, 69,23% ($p=0,4272$)
Proporción de pacientes sin afectación cutánea de forma basal y a los 3 meses	38,46%, 84,62% ($p=0,0438$)
Proporción de pacientes sin alopecia de forma basal y a los 3 meses	69,23%, 100% ($p=0,103$)
Proporción de pacientes sin aftas de forma basal y a los 3 meses	61,54%, 76,92% ($p=0,6709$)

Tabla 3. Porcentaje de pacientes que pasan de indicar *Si* en las respectivas variables, a indicar *No*.

Conclusiones: Desde el tercer mes de tratamiento con anifrolumab se objetiva una reducción significativa de la dosis de prednisona y una disminución de los niveles de PCR, así como de la puntuación SLEDAI. Los dominios en los que se objetiva una mayor mejoría son el hematológico, articular y mucocutáneo, siendo la diferencia estadísticamente significativa para la afectación cutánea. Por tanto, anifrolumab parece ser un tratamiento seguro y eficaz en este perfil de pacientes. Disponemos de pocos datos para conocer la eficacia y seguridad a más largo plazo.

P274. NOVEL ENDOTHELIAL PROGENITOR CELLS POPULATIONS AS BIOMARKERS OF DAMAGE AND REMISSION IN SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

Samuel García¹, Carlos Rafael-Vidal¹, Sara Martínez-Ramos¹, Beatriz Malvar-Fernández¹, Irene Altabás-González^{1,2}, Coral Mouriño^{1,2} and José María Pego Reigosa^{1,2}

¹Rheumatology and Immune-mediated Diseases Group (IRIDIS). Galicia Sur Health Research Institute (IIS Galicia Sur). Vigo. ²Rheumatology Department. University Hospital Complex of Vigo.

Objectives: Endothelial progenitor cells (EPCs) are essential for maintenance of vascular homeostasis and stability, which are key processes in the pathogenesis of systemic lupus erythematosus (SLE). The frequency and function of EPCs in SLE pathogenesis is controversial, since several works reported an increase in EPCs populations in patients with SLE compared to healthy controls (HC)¹, while others showed no differences² or even a decrease³. Given the contradictory results, in this study we have used novel flow cytometry tools for the identification of EPCs specific subpopulations in patients with SLE and we have explored their association with the clinical characteristics. The objective of this work was to identify EPCs specific subpopulations in patients with SLE using a novel flow cytometry tool.

Methods: Peripheral blood mononuclear cells (PBMCs) were isolated from patients with SLE and healthy controls (HC). mRNA and surface protein expression were determined by quantitative PCR (qPCR) and flow cytometry. Clusters identification and characterization were performed using tSNE-CUDA dimensionality reduction algorithms.

Results: tSNE-CUDA analysis identified eight different clusters in PBMCs from HC and patients with SLE. Three of these clusters had EPCs-like phenotype and the expression was elevated in patients with SLE. Among these clusters, only cluster 6 was significantly elevated in patients with SLE (fig. 1A-C). Moreover, four SLE-associated subclusters were found mainly expressed in patients with SLE, being only present in patients in remission with SLE and significantly associated with the 2021 Definition of Remission in SLE (fig. 1D-F). Importantly, we also identified specific clusters in SLE patients with organ damage, according to the Systemic Lupus International Collaborating Clinics (SLICC)/American College of Rheumatology damage index (SDI). These clusters showed an EPCs-like phenotype, but the expression of angiogenic markers was lower compared to HC or patients without organ damage, suggesting an impaired angiogenic function (fig. 2).

FIGURE 1

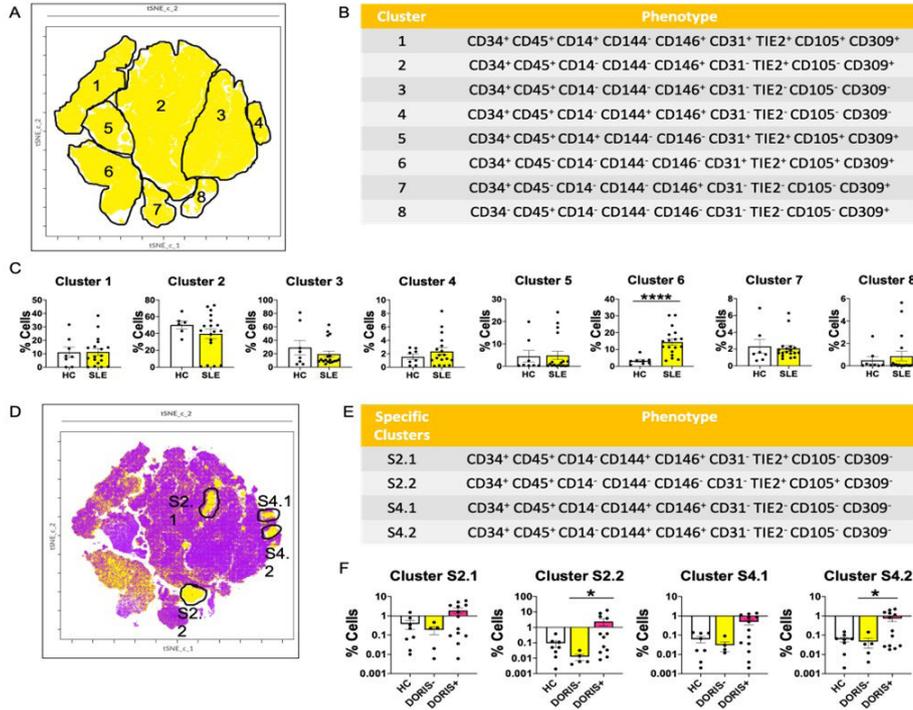


Figure 1. Patients with SLE present EPC clusters and subclusters that are involved in disease. (A) High dimensional characterization of EPC clusters in healthy controls (HC) and patients with systemic lupus erythematosus (SLE) using tSNE-CUDA dimensionality reduction algorithm. (B) Characterization of EPC clusters identified in (A) according to the expression of surface protein markers. (C) Percentage of cluster expression in HC and patients with SLE. (D) High dimensional characterization of EPC subclusters in patients with SLE (yellow) and HC (purple) using tSNE-CUDA dimensionality reduction algorithm. (E) Characterization of EPC subclusters identified in (D) according to the expression of surface protein markers. (F) Percentage of subcluster expression for HC and patients with SLE patients stratified according to the 2021 Definition of Remission in SLE (DORIS) index. Data are shown as percentage of cells. Bars show the mean \pm SEM. **** = $p < 0.0001$, using Mann-Whitney test.

FIGURE 2

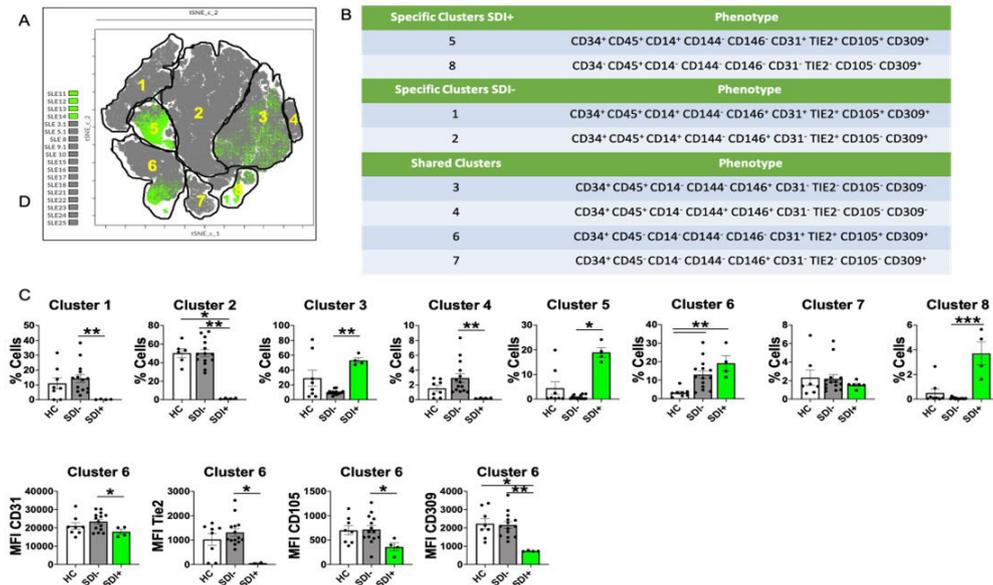


Figure 2. Specific EPC populations in SLE patients with organ damage. (A) High dimensional characterization of EPC clusters in SLE patients positive (SDI+, green) or negative (SDI-, grey) for the Systemic Lupus International Collaborating Clinics Damage (SLICC) Index, using tSNE-CUDA dimensionality reduction algorithm. (B, C) Phenotypic characteristics (B) and percentage of expression (C) of specific clusters for SDI+ patients (5 and 8), SDI- patients (1 and 2) and shared clusters (3,4,6,7). (D) CD31, Tie2, CD105, CD309 protein expression cluster 6 in HC, SDI- and SDI+ patients. Data are shown as percentage of cells and Median Fluorescence Intensity (MFI). Bars show the mean \pm SEM. * = $p < 0.05$; ** = $p < 0.01$; *** = $p < 0.001$, using Kruskal-Wallis test.

Conclusions: Our novel approach identified clusters of EPCs in patients with SLE that are associated with remission and damage. Therefore, these clusters might be useful biomarkers to predict disease progression and severity in SLE pathogenesis.

REFERENCES

- Rodríguez-Carrio J, et al. Circulating endothelial cells and their progenitors in systemic lupus erythematosus and early rheumatoid arthritis patients. *Rheumatology (United Kingdom)*. 2012;51:1775-84.
- Grisar J, et al. Systemic lupus erythematosus patients exhibit functional deficiencies of endothelial progenitor cells. *Rheumatology*. 2008;47:1476-83.
- Lee PY, et al. Type I interferon as a novel risk factor for endothelial progenitor cell depletion and endothelial dysfunction in systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum*. 2007;56:3759-69.

P275. SUSTAINED DRUG-FREE REMISSION IN GIANT CELL ARTERITIS: RESULTS FROM THE SPANISH ARTESER REGISTRY

Francisco Javier Narváez García¹, Marta Domínguez², Eva Galíndez Agirregoikoa³, Javier Mendizábal⁴, Lydia Abasolo⁵, Javier Loricera⁶, Noemí Garrido⁷, Santos Castañeda⁸, Patricia Moya Alvarado⁹, Carmen Larena¹⁰, Paula Estrada¹¹, Carlos Galisteo¹², Anne Riveros Frutos¹³, Francisco Ortiz Sanjuán¹⁴, Tarek Salman⁵, Margarida Vasques Rocha¹⁶, Carlota L. Iñiguez¹⁷, María García González¹⁸, Francisco Javier Prado-Galbarro¹⁹ and Ricardo Blanco⁶ on behalf of the ARTESER Project Collaborative Group

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. ²Unidad de Investigación. Sociedad Española de Reumatología. Madrid. ³Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. ⁴Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. ⁵Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ⁶Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ⁷Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ⁸Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. ⁹Hospital Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ¹⁰Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ¹¹Hospital Moisès Broggi. Sant Joan Despí. ¹²Hospital Universitario Parc Taulí. Sabadell. ¹³Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. ¹⁴Hospital Universitario La Fe. Valencia. ¹⁵Hospital del Mar. Barcelona. ¹⁶Hospital Universitario Araba. Vitoria-Gasteiz. ¹⁷Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo. ¹⁸Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. ¹⁹Hospital Infantil de México Federico Gómez. Ciudad de México. México.

Introduction and objectives: The duration of glucocorticoid (GC) therapy in giant cell arteritis (GCA) varies significantly. It is commonly assumed that GC treatment in GCA lasts about 2 to 3 years, with only a minority of patients requiring long-term treatment with low doses of GC. However, the average duration of GC treatment in real-life practice remains unclear. Identifying predictors of long-term remission without GC treatment could help optimize therapeutic strategies, reducing exposure to GC and thus minimizing GC-related side effects.

Methods: We conducted a retrospective review of all patients included in the large Spanish multicenter registry for GCA (ARTESER) from June 1st, 2013, to March 29th, 2019. Sustained drug-free remission (SDFR), or healing, was defined as the absence of typical signs, symptoms, or other features of active GCA for at least one year after discontinuing treatment. A generalized estimating equation (GEE) logistic regression model was used to identify risk factors for SDFR.

Results: We included 1284 patients who underwent at least 1 year of follow-up. Fifty-two percent had received concomitant treatment with tocilizumab and/or immunosuppressants, mainly methotrex-

ate. The pooled proportions of healed patients at 2, 3, and 4 years were 6.3%, 20.5%, and 25.3%, respectively. Disease flares were observed less frequently in patients with SDFR compared to those without ($p = 0.002$). Patients who achieved SDFR were able to reduce their prednisone dosage to 10 mg/day and 5 mg/day more quickly than those who did not ($p = 0.02$ and $p < 0.0001$, respectively). In the multivariate analysis, the presence of relapses (OR: 0.234, 95%CI 0.128 to 0.428; $p < 0.01$), and the need for intravenous methylprednisolone boluses (OR: 0.017, 95%CI 0.001 to 0.201; $p < 0.01$) or methotrexate (MTX) during follow-up (OR: 0.483, 95%CI 0.278 to 0.838; $p < 0.01$) were associated with a reduced probability of achieving SDFR. There was also a negative trend for extracranial involvement at diagnosis (OR: 0.709, 95% CI 0.478 to 1.052; $p < 0.01$). The median follow-up time for patients who achieved SDFR was 551 days (IQR 25th-75th: 381-799 days). Only 2 patients experienced a recurrence (at 576- and 655 days post-healing, respectively).

Conclusions: Within 2-3 years of diagnosis, only one-quarter of patients with GCA successfully reach SDFR. Once SDFR is achieved, the likelihood of experiencing recurrences is notably low. Relapses, the requirement for GC boluses or MTX, and extracranial involvement appear to predict long-term GC need.

P276. IDENTIFICACIÓN DE FENOTIPOS CLÍNICOS EN LA ENFERMEDAD DE BEHÇET EN UNA COHORTE DEL NORTE DE ESPAÑA MEDIANTE ANÁLISIS DE CLÚSTERES

José Luis Martín Varillas^{1,4}, Raúl Fernández Ramón^{2,4}, Lara Sánchez Bilbao^{2,4}, Carmen Álvarez Reguera^{2,4}, Ana Serrano-Combarro^{2,4}, Elena Aurrecoechea^{3,4} y Ricardo Blanco^{2,4}

¹Reumatología. Hospital de Laredo. ²Reumatología y Oftalmología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ³Reumatología. Hospital Sierrallana. Torrelavega. ⁴Grupo de Inmunopatología-IDIVAL.

Introducción: La enfermedad de Behçet (EB) se caracteriza por la heterogeneidad de las manifestaciones clínicas debido a la afectación de arterias y venas de cualquier calibre.

Objetivos: Identificar fenotipos clínicos en la EB mediante análisis de clústeres.

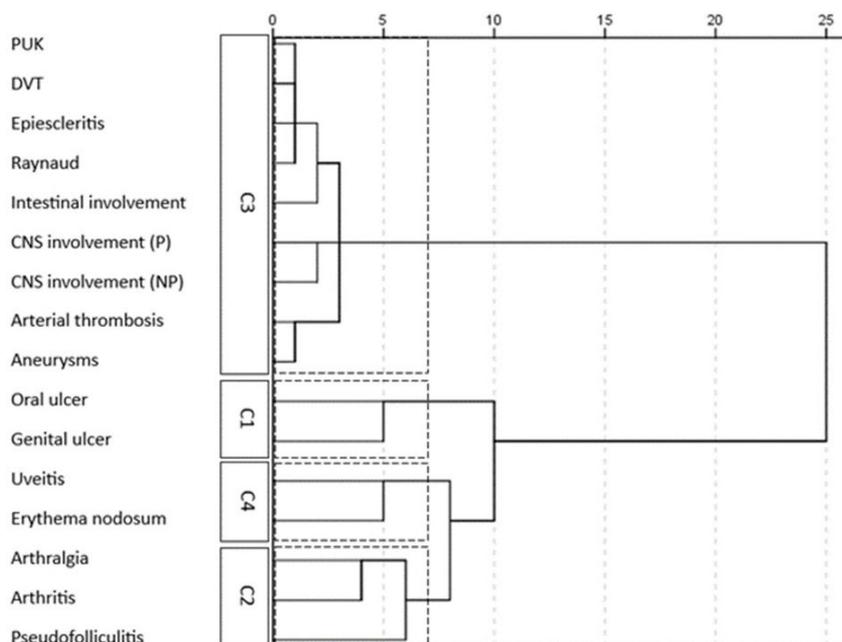
Métodos: Estudio observacional de una cohorte de 120 pacientes con EB diagnosticados y seguidos desde 1980 hasta 2020 en 3 hospitales del norte de España (Cantabria). Se realizó un análisis taxonómico basado en 16 variables clínicas en todos los pacientes. Se utilizó la prueba de chi-cuadrado y ANOVA para comparar variables categóricas y continuas entre los grupos.

Resultados: Se identificaron 4 grupos o fenotipos: C1 (n = 47; 39,2%), C2 (n = 33; 27,5%), C3 (n = 33; 27,5%) y C4 (n = 7; 5,8%). Los *clusters* se definieron de la siguiente manera: C1 como afectación mucosa, C2 como afectación articular y pseudofoliculitis, C3 como afectación neurológica y vascular y C4 como uveítis y eritema nodoso. No se observaron diferencias demográficas basales entre grupos ni diferencias en la aplicación de los criterios de clasificación (tabla). Las úlceras orales predominaron en todos los fenotipos, variando entre el 85,7% (C4) y el 95-97% (C1-C2), sin diferencias significativas. Sin embargo, se observó una mayor frecuencia de úlceras genitales en el grupo C1 en comparación con los otros grupos. Del mismo modo, se observó una frecuencia significativamente mayor de eritema nodoso en C4 (85,7%) y de pseudofoliculitis en C2 (93,9%) ($p < 0,001$). Además, la afectación arterial fue más prevalente en C4 (100%, $p < 0,001$) pero no hubo diferencias en la afectación trombotica venosa. Los aneurismas solo se observaron en el clúster C4 (fig.).

Conclusiones: en nuestro estudio se definen 4 fenotipos clínicos de EB. Este enfoque por *clusters* puede ser útil para un mejor manejo de los pacientes debido a la identificación temprana de los patrones clínicos.

Características de los pacientes con síndrome de Behçet después del agrupamiento de las manifestaciones clínicas

	Cohorte completa (N = 120)	C1 (n = 47)	C2 (n = 33)	C3 (n = 33)	C4 (n = 7)	p
Demografía						
Edad en el momento del diagnóstico, años ± DE	37,6 ± 13,8	37,0 ± 16,0	36,6 ± 11,0	39,2 ± 13,6	38,9 ± 12,3	0,9
Sexo, mujeres (%)	58 (48,3)	19 (40,4)	15 (45,5)	20 (60,6)	4 (57,1)	0,3
Criterios de clasificación						
ISG (%)	59 (49,2)	25 (53,2)	18 (54,5)	13 (39,4)	3 (42,9)	0,6
ITR-ICBD (%)	96 (80,0)	39 (83,0)	22 (66,7)	28 (84,8)	7 (100)	0,1
Puntuación ITR-ICBD, media ± DE	4,8 ± 1,6	4,8 ± 1,6	4,7 ± 1,6	4,9 ± 1,6	5,6 ± 1,3	0,6
HLA-B51 (%)	43 (35,8)	19 (40,4)	13 (39,4)	10 (30,3)	1 (14,3)	0,5
Manifestación clínica						
Úlcera oral (%)	113 (94,2)	45 (95,7)	32 (97,0)	30 (90,9)	6 (85,7)	0,5
Úlcera genital (%)	71 (59,2)	32 (68,1)	14 (42,4)	22 (66,7)	3 (42,9)	0,08
Afectación ocular (%)	54 (45,0)	18 (38,3)	17 (51,5)	15 (45,5)	4 (57,1)	0,6
Epiescleritis (%)	4 (3,3)	2 (4,3)	1 (3,0)	1 (3,0)	0	0,9
PUK (%)	1 (0,8)	0	1 (3,0)	0	0	0,4
Uveítis (%)	47 (39,2)	16 (34,0)	13 (39,4)	14 (42,4)	4 (57,1)	0,7
Anterior	17 (35,4)	4 (25,0)	7 (53,8)	5 (33,3)	1 (25,0)	
Intermedio	3 (6,3)	1 (6,3)	0	2 (13,3)	0	
Posterior	15 (31,3)	4 (25,0)	4 (30,8)	6 (40,0)	1 (25,0)	
Panuveítis	13 (27,1)	7 (43,8)	2 (15,4)	2 (13,3)	2 (50,0)	
Lesiones cutáneas (%)	76 (63,3)	27 (57,4)	32 (97,0)	11 (33,3)	6 (85,7)	< 0,001
Eritema nodoso	32 (26,7)	6 (12,8)	12 (36,4)	8 (24,2)	6 (85,7)	< 0,001
Pseudofoliculitis	57 (47,5)	22 (46,8)	31 (93,9)	3 (9,1)	1 (14,3)	< 0,001
Raynaud	3 (2,5)	3 (6,4)	0	0	0	0,2
Participación conjunta (%)	79 (65,8)	10 (21,3)	33 (100)	32 (97,2)	4 (57,1)	< 0,001
Artralgia	73 (60,8)	4 (8,5)	33 (100)	32 (97,0)	4 (57,1)	< 0,001
Artritis	46 (38,3)	7 (14,9)	21 (63,6)	14 (42,4)	4 (57,1)	< 0,001
Afectación neurológica (%)	23 (19,2)	6 (12,8)	2 (6,1)	14 (42,4)	1 (14,3)	0,001
Parenquimatoso	13 (10,8)	3 (6,4)	2 (6,2)	8 (24,2)	0	0,03
No parénquima	13 (10,8)	3 (6,4)	0	9 (27,3)	1 (14,3)	0,03
Afectación vascular (%)	12 (10,0)	3 (6,4)	0	8 (24,2)	1 (14,3)	0,08
Trombosis arterial	14 (11,7)	2 (4,3)	2 (6,1)	3 (9,1)	7 (100)	< 0,001
TVP	1 (0,8)	0	0	1 (3,0)	0	0,4
Aneurismas	7 (5,8)	0	0	0	7 (100)	< 0,001
Afectación intestinal (%)	8 (6,7)	2 (4,3)	2 (6,1)	4 (12,1)	0	0,5



PUK: peripheral ulcerative keratitis; DVT: deep venous thrombosis; CNS: central nervous system; NP: non-parenchymal; P: parenchymal

Dendrograma del agrupamiento jerárquico para la asociación por clústeres.

P277. NON-CLASSICAL ORGAN INVOLVEMENT IN GIANT CELL ARTERITIS

Francisco Javier Narváez García, Paola Vidal Montal, Pol Maymó, Judith Palacios, Martí Aguilar, Montserrat Roig, Laia de Daniel and Joan Miquel Nolla

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona.

Introduction and objectives: The increasing use of imaging techniques, particularly 18F-FDG PET-CT, has significantly expanded our understanding of giant cell arteritis (GCA). Our aim was to examine the frequency and types of non-classical organ involvement in patients with GCA.

Methods: This retrospective study analyzed a consecutive cohort of 148 patients with proven GCA diagnosed between 2005 and 2023. 18F-FDG PET-CT was performed in 142 cases. A causal link to GCA was established when manifestations were identified at diagnosis or within six weeks after initiating glucocorticoid treatment.

Results: Among the studied group, 31.1% (46/148) exhibited one or more non-classical complications previously described in the literature. The findings included: - Cardiac involvement in 8.1% (12/148), with 1 case of ischemic heart disease and 11 (7.4%) of pericardial disease. Clinical pericarditis was diagnosed in 5 patients (3.3%), with 2 having pure pericarditis and 3 with pleuropericarditis. Aortitis was concurrently detected on PET-CT in these 5 patients, with 2 having thoracic aortic aneurysm. Pericardial effusion was observed in another 6 patients, 4 of whom also had pleural effusion. These findings, confirmed by echocardiograms, were not linked to conditions like cardiac insufficiency or hypoalbuminemia. Respiratory symptoms in 14.8% (22/148), including 5 patients with odynophagia (3.3%), dry cough in 3 (2%), pleural disease in 11 (7.4%), and ILD in 2 (1.3%). Four patients (2.7%) presented with pulmonary nodules at diagnosis. These nodules completely resolved following corticosteroid therapy, suggesting an inflammatory origin. PET-CT scans showed pulmonary artery involvement in 2 patients (1.3%), both with concurrent PMR findings. Neurological involvement, excluding strokes, was present in 2.7% of cases (4/148). These included 2 cases of peripheral neuropathy (sural nerve biopsy showing demyelinating neuropathy and axonal degeneration), 1 case of epilepsy, and 1 case of acute spinal cord infarction (with negative anti-phospholipid antibodies). Renal involvement: vasculitis of the renal arteries on PET-CT was observed in 3.4% of patients (5/148). Secondary amyloidosis in 1.3% (2/148). Gastrointestinal involvement in 6.1% (9/148), including 7 cases of vasculitis of the mesenteric artery and/or celiac trunk on PET-CT, 1 case of mesenteric panniculitis, and 1 case of severe cholestatic hepatitis. Salivary gland involvement (parotid and/or submandibular) was detected via PET-CT in 5.4% (8/148). Other uncommon manifestations include scalp, tongue, or lip involvement/necrosis in 2.7% (4/148) and non-PMR osteoarticular manifestations in 4% (6/148), including 3 cases of seronegative polyarthritis and 3 cases of remitting distal extremity swelling with pitting edema. Diffuse hypermetabolism of the axial and proximal appendicular skeleton of mild to moderate degree was observed in 17.6% of patients (26/148) on 18F-FDG PET-CT. Polyautoimmunity was identified in 12.1% of cases (18/148).

Conclusions: GCA typically presents with classic cranial ischemic manifestations, fever, constitutional symptoms, and clinical features related to extracranial large-vessel involvement. However, there is an increasing awareness of the occurrence of uncommon or exceptional complications in a significant proportion of patients, which could be the presenting symptoms of GCA. These should be considered in the evaluation and follow-up of patients.

P278. EL PAPEL DEL INFLAMASOMA NLRP1 EN LA PATOGÉNESIS DE LA ACG

J. Loricera García^{1,2}, R. López-Mejías^{1,2}, M. Sebastián-Mora Gil¹, J.C. Batista-Liz¹, D. Prieto-Peña^{1,2}, A. Muñoz Jiménez³, F. Ortiz-Sanjuán⁴, S. Romero-Yuste⁵, C. Moriano⁶, E. Galíndez-Agirregoikoa⁷, N. Ortego-Centeno⁸, N. Álvarez-Rivas⁹, S. Castañeda¹⁰, V. Pulito-Cueto^{1,2} y R. Blanco^{1,2}

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²Grupo de Immunopatología. IDIVAL. Santander. ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ⁵Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario Pontevedra. ⁶Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de León. ⁷Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. ⁸Servicio de Medicina Interna. Universidad de Granada. ⁹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario San Agustín. Avilés. ¹⁰Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de la Princesa. IIS-Princesa. Madrid.

Objetivos: La arteritis de células gigantes (ACG) es la vasculitis más frecuente en mayores de 50 años en los países occidentales¹. Actualmente, podemos identificar dos fenotipos diferentes de la enfermedad en función de la presencia de manifestaciones craneales o extracraneales predominantes¹. Sin embargo, no se conocen bien los mecanismos subyacentes a estos dos fenotipos. Los inflamasomas son complejos proteicos citoplasmáticos que desempeñan un papel crucial en la protección del huésped frente a factores estresantes patógenos y estériles mediante la iniciación de la inflamación². Así, los inflamasomas se han visto implicados en varias enfermedades autoinmunes. En particular, cada vez se presta más atención a los polimorfismos genéticos que intervienen en los componentes de los inflamasomas³, por lo que es plausible pensar que la NLRP1 tenga un papel relevante en la ACG. Nuestro objetivo fue determinar el papel potencial del NLRP1 en la patogénesis de la ACG y evaluar si este gen puede explicar las diferencias que existen entre los fenotipos de ACG craneal y extracraneal.

Métodos: En el presente estudio se incluyeron 135 pacientes diagnosticados de ACG, 105 con ACG extracraneal sin manifestaciones isquémicas craneales y 30 con ACG craneal con biopsia positiva que presentaban manifestaciones craneales típicas de la enfermedad. Además, se reclutaron 192 controles no afectados emparejados étnicamente. Se determinó el genotipo de cinco polimorfismos de un solo nucleótido del gen NLRP1 (rs4790797, rs8182352, rs878329, rs2670660 y rs12150220), previamente asociados a distintas enfermedades inmunomediadas, en todos los pacientes con ACG y controles sanos mediante sondas TaqMan.

Resultados: No encontramos diferencias estadísticamente significativas en las frecuencias genotípicas y alélicas de los seis polimorfismos del NLRP1 evaluados cuando se comparó toda la cohorte de pacientes con ACG y los controles sanos (tabla). Lo mismo ocurrió cuando se compararon los fenotipos extracraneales y craneales entre ellos o cuando se relacionó cada uno de estos subgrupos con los controles sanos (tabla). Además, no se descubrieron diferencias de haplotipos estadísticamente significativas cuando comparamos todos los grupos antes mencionados (datos no mostrados).

Conclusiones: Nuestros resultados muestran que el polimorfismo NLRP1 no influye en la expresión fenotípica de la ACG.

Financiación: VP-C cuenta con el apoyo de los fondos NVAL23/02 de IDIVAL; RL-M es beneficiario de una beca del programa Miguel Servet tipo II del ISCIII, cofinanciada por el FSE ("Invirtiendo en tu futuro") (CPII21/00004); MSM-G cuenta con el apoyo de fondos del "Fondo de Investigaciones Sanitarias" del ISCIII (PII21/00042) y JCB-L es beneficiario de una beca del programa PFIS del ISCIII, cofinanciada por el Fondo Social Europeo ("Invirtiendo en tu futuro"), (FI22/00020). La investigación también ha sido posible gracias a las Ayudas a proyectos de investigación sin financiación pública para investigadores emergentes (Fundación Española de Reumatología 2023).

Distribución genética de NLRP1 en pacientes con ACG y controles sanos

	Todos los pacientes con ACG, % (n)	ACG extracraneal, % (n)	ACG craneal, % (n)	Controles sanos, % (n)
rs4790797				
GG	27,61 (37)	29,52 (31)	20,69 (6)	29,28 (53)
GA	52,99 (71)	51,43 (54)	58,62 (17)	46,96 (85)
AA	19,40 (26)	19,05 (20)	20,69 (6)	23,76 (43)
G	54,10 (145)	55,24 (116)	50,00 (29)	52,76 (191)
A	45,90 (123)	44,76 (94)	50,00 (29)	47,24 (171)
rs8182352				
TT	26,12 (35)	28,57 (30)	17,24 (5)	29,84 (57)
TC	53,73 (72)	51,43 (54)	62,07 (18)	45,03 (86)
CC	20,15 (27)	20,00 (21)	20,69 (6)	25,13 (48)
T	52,99 (142)	54,29 (114)	48,28 (28)	52,36 (200)
C	47,01 (126)	45,71 (96)	51,72 (30)	47,64 (182)
rs878329				
GG	26,87 (36)	29,52 (31)	17,24 (5)	30,53 (58)
GC	53,73 (72)	51,43 (54)	62,07 (18)	43,68 (83)
CC	19,40 (26)	19,05 (20)	20,69 (6)	25,79 (49)
G	53,73 (144)	55,24 (116)	48,28 (28)	52,37 (199)
C	46,27 (124)	44,76 (94)	51,72 (30)	47,63 (181)
rs2670660				
AA	30,60 (41)	32,38 (34)	24,14 (7)	31,25 (60)
AG	48,51 (65)	46,67 (49)	55,17 (16)	43,75 (84)
GG	20,90 (28)	20,95 (22)	20,69 (6)	25,00 (48)
A	54,85 (147)	55,71 (117)	51,72 (30)	53,13 (204)
G	45,15 (121)	44,29 (93)	48,28 (28)	46,88 (180)
rs12150220				
AA	29,85 (40)	32,38 (34)	20,69 (6)	31,58 (60)
AT	51,49 (69)	50,48 (53)	55,17 (16)	44,74 (85)
TT	18,66 (25)	17,14 (18)	24,14 (7)	23,68 (45)
A	55,60 (149)	57,62 (121)	48,28 (28)	53,95 (205)
T	44,40 (119)	42,38 (89)	51,72 (30)	46,05 (175)

BIBLIOGRAFÍA

1. Rheumatology (Oxford). 2017;56(4):506-15.
2. MedComm. 2023;4(5):e391.
3. J Autoimmun. 2015;61:1-8.

P279. ESTUDIO COMPARATIVO DE DOS CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL EN LA ENFERMEDAD DE BEHÇET

Rafael Gálvez Sánchez¹, José Luis Martín-Varillas², Lara Sánchez-Bilbao¹, Iván Ferraz-Amaro³, Carmen Lasa Teja¹, Elena Aurrecochea⁴ y Ricardo Blanco¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²Servicio de Reumatología. Hospital de Laredo. ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital de Sierrallana. Torrelavega.

Introducción: La enfermedad de Behçet es una enfermedad sistémica inflamatoria con afectación vascular de vaso variable. Se caracteriza por lesiones mucocutáneas recurrentes y afectación de órganos importantes, como manifestaciones oculares, neurológicas, vasculares y gastrointestinales. Tradicionalmente su diagnóstico se realizaba según los criterios del Grupo Internacional para el estudio (ISG)¹. Actualmente, los criterios de clasificación ICBD revisados, del International Team For The Revision of The International Criteria (ITR- ICBD) ha demostrado tener una mayor sensibilidad a la hora del diagnóstico².

Objetivos: Evaluar a) la concordancia y diferencias entre los criterios ISG e ICBD y b) la sensibilidad en el diagnóstico de manifestaciones graves (oculares, vasculares y neurológicas).

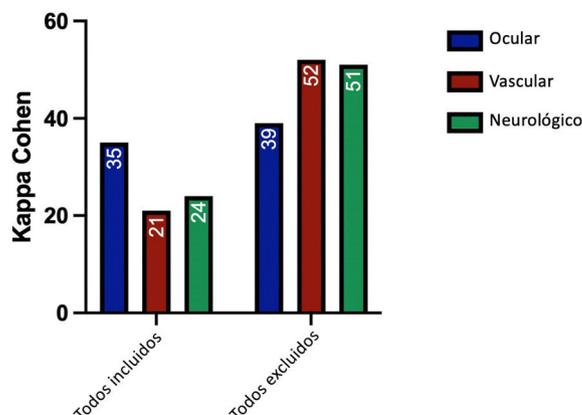
Métodos: El estudio incluyó a 142 pacientes diagnosticados con enfermedad de Behçet definitiva o probable por reumatólogos expertos. Fueron diagnosticados en una población bien definida en el norte de España entre enero de 1980 y noviembre de 2023. Tanto los criterios ISG como los ICBD fueron aplicados a todos los pacientes y comparado su grado de concordancia entre sí. Para evaluar como

el grado de concordancia se comportaba entre ambos criterios diagnósticos (kappa), uno de los criterios que conforman tanto el diagnóstico mediante ISG como ICBD fue añadido a todos los pacientes, reevaluando a aquellos que cumplían con los criterios ISG e ICBD para recalcular kappa una vez más. Lo mismo se hizo eliminando uno de los criterios para todos los sujetos.

Resultados: 142 pacientes (73 hombres/69 mujeres) fueron estudiados. La edad media al diagnóstico fue 36,4+13,9 años. 80 (56,3%) pacientes cumplieron los criterios ISG y 117 (82,4%) pacientes los de ICBD (tabla). La concordancia entre ambos criterios fue moderada (Kappa 0,43 IC95% 0,29-0,57) con un 74% de sujetos clasificados consistentemente. El mayor coeficiente de kappa se encontró al excluir la afectación vascular de todos los pacientes (kappa 0,52 IC95% 0,38-0,67), y la kappa de menor tamaño se observó cuando se incluyó la afectación vascular en todos los pacientes (kappa 0,21, IC95% 0,07-0,34) (fig.).

	Diagnóstico por expertos (N=142)	ISG (N=80)	ICBD (N=117)
Edad, media (SD)	36.4 (13.9)	35 (12.8)	37 (13.2)
Sexo			
- Masculino	73 (51.4)	39 (48.7)	58 (49.6)
- Femenino	69 (48.6)	41 (51.2)	59 (50.4)
Aftas orales	135 (95.1)	80 (100)	115 (98.2)
- Recurrentes (3 veces/año)	115 (80.1)	72 (90)	102 (87.2)
Aftas genitales	88 (62)	64 (80)	88 (75.2)
Manifestaciones cutáneas	91 (64.1)	72 (90)	79 (67.5)
- Pseudofoliculitis	36 (25.3)	27 (33.7)	33 (28.2)
- Eritema nodoso	66 (46.5)	53 (66.2)	56 (47.86)
Manifestaciones oculares	60 (42.3)	46 (57.5)	55 (47)
- Anterior/posterior	35 (24.6)	31 (38.7)	34 (29.1)
- Panuveítis	14 (9.9)	10 (12.5)	12 (10.3)
Manifestaciones Articulares	87 (61.3)	52 (65)	71 (60.7)
- Artralgias	83 (58.4)	48 (60)	67 (57.3)
- Artritis	50 (35.2)	31 (38.7)	41 (35)
Manifestaciones neurológicas	29 (20.4)	13 (16.25)	27 (23.1)
- Central	14 (9.85)	5 (6.2)	13 (11.1)
- Periférico	15 (10.6)	8 (10)	14 (12)
Manifestaciones vasculares	19 (13.4)	9 (11.2)	19 (16.2)
- Trombosis arterial	1 (0.1)	0 (0)	1 (0.9)
- Trombosis venosa	11 (7.8)	7 (8.7)	11 (9.4)
- Aneurisma	3 (2.1)	1 (1.2)	3 (2.6)
Patergia positivo	7 (5)	6 (7.5)	6 (5.1)
HLA 51 Positivo	51 (36)	25 (31.2)	38 (32.5)

Principales características clínicas según diferentes criterios diagnósticos. Características de los pacientes, los datos están en n (%).



Este gráfico ilustra la relación dinámica entre los valores Kappa y la inclusión/exclusión de un criterio diagnóstico en la evaluación de la enfermedad de Behçet. Los datos están en (%).

Conclusiones: Los criterios ICBD tienen más probabilidades de diagnosticar Behçet y clasificar a más pacientes con manifestaciones graves de la enfermedad. Los mayores cambios de concordancia entre ambos criterios diagnósticos de la enfermedad se encontraron al modificar la variable de afectación vascular.

P280. CORRELACIÓN ENTRE LOS CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN ACR/EULAR 2022 PARA LAS VASCULITIS ANCA CON LOS CRITERIOS ACR 1990 Y EL ALGORITMO EMA 2007

Fabricio Benavides Villanueva, Diana Prieto-Peña, Vanesa Calvo-Río y Ricardo Blanco

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Reumatología. IDIVAL grupo de investigación en Inmunopatología. Santander.

Introducción: Las vasculitis asociadas a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA) son un grupo de vasculitis que afectan a vasos de pequeño calibre. Generalmente se asocian con ANCA específicos como a mieloperoxidasa (MPO) o Proteínasa-3 (PR3). Incluye tres entidades clínicas: granulomatosis con poliangeítis (GPA), granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (GEPA), poliangeítis microscópica (PAM). Sus similitudes en las manifestaciones clínicas hacen que el diagnóstico diferencial sea, en algunos casos, muy complejo, por lo que se han creado diferentes métodos de clasificación. En 1990 el Colegio Americano de Reumatología (ACR) ha desarrollado unos criterios tanto para la GPA como para la GEPA, excluyendo a la PAM. En 2007 la Agencia Europea de Medicina (EMA) ha desarrollado un algoritmo diagnóstico y en 2022 ACR junto con la Alianza Europea de Asociaciones de reumatología (EULAR) han desarrollado criterios (ACR/EULAR 2022) para GPA, PAM y GEPA.

Objetivos: Comparar los tres métodos de clasificación de las vasculitis ANCA (VAA).

Métodos: Estudio en pacientes diagnosticados de una VAA en base a la opinión de un experto en reumatología entre enero de 2000 y diciembre de 2023 en una región del norte de España. Los pacientes han sido reclasificados utilizando los diferentes criterios: ACR 1990, EMA 2007 y ACR/EULAR 2022. Los pacientes que no cumplían los criterios necesarios para el diagnóstico han sido considerados como vasculitis indeterminada.

Resultados: Se han incluido 176 pacientes (92 hombres/84 mujeres) con una edad media al diagnóstico de $69,5 \pm 13,6$ años. En base a la opinión de un reumatólogo experto se han encontrado 44 (25%) pacientes con PAM, 53 (30%) con GPA, 23 (13%) pacientes con GEPA y 56 (32%) vasculitis indeterminadas. Con los Criterios ACR 1990, 31(18%) pacientes han sido clasificados de GPA, 14 (8%) pacientes con GEPA y 131 (74,4%) han sido clasificados como Indeterminados. Con el algoritmo EMA 2007: 49 pacientes como GPA (28%) 16 (9%) como GEPA, 50 (28,4%) como PAM y 61(35%) como indeterminados. Con los criterios ACR/EULAR 2022, 67 (38%) pacientes fueron clasificados como PAM, 64 (36%) GPA, 24 (14%) GEPA y 21 (12%) como vasculitis indeterminada. Se han comparado los Criterios ACR 1990, EMA 2007 y ACR/EULAR 2022 encontrando que los criterios ACR/EULAR 2022 eran mejores para reclasificar las Vasculitis Indeterminadas en las otras entidades clínicas (fig.).

Conclusiones: Los Criterios ACR/EULAR 2022 han mostrado una mejor correlación con la opinión clínica de un Reumatólogo experto a la hora de clasificar las vasculitis ANCA.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pyo JY, et al. Comparison of the 2022 ACR/EULAR Classification Criteria for Antineutrophil Cytoplasmic Antibody-Associated Vasculitis with Previous Criteria. *Yonsei Medical Journal*. 2023;64(1):11-7.

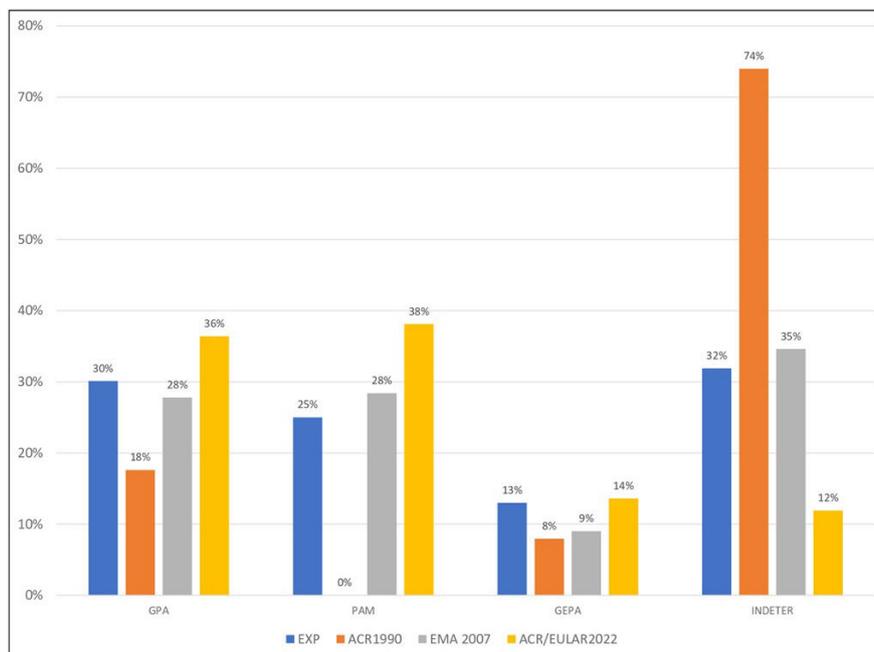
P281. ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL ASOCIADA A VASCULITIS ANCA. ESTUDIO EN UN ÚNICO CENTRO HOSPITALARIO

Fabricio Benavides Villanueva¹, Belén Atienza-Mateo², Alba Herrero-Morant², Salma Al Fazazi⁵, Vanesa Calvo-Río², Adrián Martín-Gutiérrez², María del Amparo Sánchez-López³, Claudia Poo-Fernández⁴ y Ricardo Blanco²

¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, IDIVAL. Grupo de Inmunopatología. Santander. ²Reumatología. ³Dermatología.

⁴Neumología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. ⁵Reumatología. Hospital Universitario Vigen de la Victoria. Málaga.

Introducción: Las vasculitis asociadas a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA vasculitis) son un grupo de vasculitis de



P280 Figura. Diferencias entre la opinión del Experto (EXP) y los criterios de: ACR 1990, EMA 2007 y ACR/EULAR 2022.

Tabla P281

Características clínicas entre los pacientes diagnosticados de una Vasculitis ANCA (VAA) que han desarrollado una EPID (EPID-VAA) y aquellos que no (NO EPI-VAA)

Características generales	General (n = 146)	EPI-VAA (n = 20)	No EPI-VAA (n = 126)	p*
Edad al diagnóstico, media ± DE	63,5 ± 14,9	67,1 ± 9,3	62,9 ± 15,5	0,765
Hombre/mujeres, n (%hombres)	74/72 (50,7)	12/8 (60)	62/64(49,2)	0,472
Diagnóstico de ANCA vasculitis (VAA), n (%)				
GPA	57 (39)	6 (30)	51 (40,5)	0,463
PAM	51 (34,9)	10 (50)	41 (32,5)	0,138
GEPA	19 (13)	0	19 (15)	--
Indeterminado	19 (13)	4 (20)	15 (12)	0,298
Manifestaciones clínicas al diagnóstico				
Pulmonar, n (%)	97 (66,4)	17 (85)	80 (63,5)	0,074
Sint constitucionales, n (%)	89 (61)	11 (55)	78 (61,9)	0,624
Renal, n (%)	88 (60,3)	8 (40)	80 (63,5)	0,052
Articular, n (%)	51 (34,9)	7 (35)	44 (34,9)	> 0,99
ORL, n (%)	47 (32,2)	4 (20)	43 (34,1)	0,303
SNP, n (%)	23 (15,8)	1 (5)	22 (17,5)	0,201
Abdominal, n (%)	26 (17,8)	4 (20)	22 (17,5)	0,757
Cutáneo, n (%)	17 (11,6)	0	17 (100)	--
Ocular, n (%)	14 (9,6)	1 (5)	13 (10,3)	> 0,99
SNC, n (%)	11 (7,5)	0	11 (8,7)	--
Hallazgos analíticos				
PCR (mg/dL), mediana [RIQ]	3,7 [0,6-13,7]	6,1 [2,1-15,5]	2,9 [0,5-13,3]	0,243
VSG mm/1ª hora, mediana [RIQ]	57 [29,7-90,2]	52 [29,2-83,5]	57,5 [29,7-91,2]	0,434
ANCA Positivo, n (%)	114 (78,1)	19 (95)	95 (75,4)	0,076
PR3-ANCA, n (%)	37 (25,3)	7 (35)	30 (23,6)	0,789
MPO-ANCA, n (%)	74 (50,7)	11 (55)	63 (66,3)	0,599
Ambos, n (%)	3 (2,1)	1 (5)	2 (2,1)	0,424
Eventos adversos en el seguimiento				
Muerte, n (%)	53 (36,3)	12 (60)	41 (32,5)	0,0241*
Disnea residual, n (%)	29 (20)	4 (20)	9 (7,2)	0,081
Admisiones en UCI n, (%)	13 (9)	12 (60)	7 (5,5)	< 0,001*
Trasplante pulmonar, n (%)	4 (2,7)	3 (15)	1 (0,8)	0,008*

ANCA: anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo; DE: desviación estándar; EPI: enfermedad pulmonar intersticial; GPA: granulomatosis con poliangeítis; mg: miligramo; mm: milímetro; MPO-ANCA: ANCA específico para mieloperoxidasa; n: número; ORL: otorrinolaringología; PAM: poliangeítis microscópica; PCR: proteína C-reactiva; PR3-ANCA: ANCA específico para proteinasa 3; RIQ: rango intercuartilico; SNC: sistema nervioso central; SNP: sistema nervioso periférico; UCI: Unidad de Cuidados Intensivos; VAA: vasculitis asociada a ANCA; VSG: velocidad de eritrosedimentación globular. *p valor con significancia estadística (p < 0,05) según la prueba de Fisher para variables cualitativas y según la correlación de Pearson para variable cuantitativas.

pequeño vaso que incluyen enfermedades como la granulomatosis con poliangeítis (GPA), la granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (GEPA) y la poliangeítis microscópica (PAM). Todas estas pueden generar múltiples complicaciones como la enfermedad pulmonar intersticial (EPI). Puede llegar a provocar una gran morbilidad por lo que la caracterización de esta es muy importante, sin embargo, no está muy descrita en la literatura.

Objetivos: Describir: a) la frecuencia y las principales características clínicas de la EPI asociada a las vasculitis ANCA, b) comparar las características clínicas y los hallazgos de laboratorio encontrados en el momento del diagnóstico con pacientes diagnosticados de vasculitis ANCA que no han desarrollado una EPI.

Métodos: Estudio observacional con pacientes diagnosticados de una vasculitis ANCA en un único centro Universitario en el norte de España. Entre estos se han identificado a los pacientes que han desarrollado una EPI secundaria a dicha patología. El diagnóstico de vasculitis ANCA fue de acuerdo con los criterios ACR/EULAR 2022. El diagnóstico de EPI fue realizado por un neumólogo experto y un radiólogo basados en las pruebas de imagen y pruebas funcionales. Se ha utilizado la prueba exacta de Fisher para comparar las variables cualitativas y la correlación de Pearson para las variables cuantitativas.

Resultados: De una cohorte de 146 pacientes con vasculitis ANCA un total de 20 (13,7%) han desarrollado una EPI. La PAM fue la vasculitis más frecuente en estos pacientes (n = 10), seguido de GPA (n = 6), no se han encontrado pacientes diagnosticados de GEPA que hayan desarrollado una EPI. La mediana de tiempo en desarrollar dicha complicación fue de 1 [RIQ: 0-2,8] años. Los pacientes que han desarrollado una EPI presentaban un compromiso a nivel pulmonar en el momento de diagnóstico, ANCA positivos, niveles de proteína C-reactiva (PCR) más elevados frente al grupo de paciente que no la han desarrollado sin una significación estadística. Los principales hallazgos clínicos están descritos en la tabla. La mayoría de los pacientes con EPI tienen una prueba ANCA positiva al diagnóstico (19 de 20 pacientes); (11 MPO; 7 PR3 y 1 ambos). La EPI relacionada

con vasculitis ANCA ha mostrado mayor número de complicaciones adversas como disnea residual, ingresos en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), trasplante pulmonar y muerte. Algunos estadísticamente significativos.

Conclusiones: Se ha encontrado EPI relacionada con vasculitis ANCA en un 13% de los pacientes diagnosticados, especialmente con PAM. Su desarrollo puede estar relacionado con niveles de ANCA+ y una afectación pulmonar previa. Los pacientes con EPI secundaria han mostrado un mayor número de complicaciones algunos estadísticamente significativos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chalkia A, Jones D, Sivasothy P, Jayne D. Long-term Observational Study of Interstitial Lung Disease in ANCA-associated Vasculitis [abstract]. *Arthritis Rheumatol.* 2023;75(suppl 9).

P282. TOCILIZUMAB EN ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES EXTRACRANEAL Y EN ARTERITIS DE TAKAYASU. ESTUDIO MULTICÉNTRICO COMPARATIVO

Carmen Lasa Teja¹, Javier Loricera¹, Diana Prieto-Peña¹, Fernando López-Gutiérrez², Pilar Bernabéu³, Mercedes Freire González⁴, Beatriz González-Álvarez⁵, Roser Solans-Laqué⁶, Mauricio Minguez⁷, Iván Ferraz-Amaro⁸, Santos Castañeda⁹ y Ricardo Blanco¹

¹Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Grupo de Inmunopatología. IDIVAL. Santander. ²Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ³Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante. ⁴Reumatología. Hospital Universitario de A Coruña. ⁵Reumatología. Hospital Nuestra Señora de Candelaria. Canarias. ⁶Reumatología. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. ⁷Reumatología. Hospital San Juan de Alicante. ⁸Reumatología. Hospital Universitario San Juan de Canarias. ⁹Reumatología. Hospital Universitario La Princesa. Madrid.

Introducción: La arteritis de células gigantes (ACG) y la arteritis de Takayasu (ATK) son dos vasculitis granulomatosas sistémicas incluidas en el grupo de las vasculitis de grandes vasos (LVV). El fenotipo extracraneal se caracteriza por la afectación de grandes vasos (GV-ACG), principalmente la aorta o sus ramas principales. El fenotipo extracraneal GV-ACG aislado comparte características con la enfermedad de TAK. El tocilizumab (TCZ) parece ser un tratamiento eficaz para ambas enfermedades (1). Sin embargo, no se han realizado estudios comparativos sobre la efectividad y la seguridad del TCZ en la ACG y la ATK.

Objetivos: Comparar la eficacia y la seguridad de TCZ en GV-ACG y ATK.

Métodos: Estudio observacional comparativo nacional, abierto y multicéntrico en pacientes diagnosticados de GV-ACG (n = 70) y pacientes con ATK (n = 57) que habían recibido tratamiento con TCZ. El diagnóstico de ACG se realizó según los criterios de 1990 del Colegio Americano de Reumatología (ACR). Los pacientes con ATK fueron diagnosticados según los criterios ACR de 1990 y/o los criterios de Ishikawa modificados. Se realizó un seguimiento de la mayoría de los pacientes durante al menos 1 año desde el inicio del TCZ. Se organizaron visitas de seguimiento a 1, 3, 6 y 12 meses del inicio del TCZ y las variables incluyeron: a) remisión clínica y mejora de los marcadores de laboratorio; b) mejora de la imagen; c) efecto economizador de glucocorticoides (GC); y d) análisis de seguridad.

Resultados: Al inicio del TCZ, los pacientes con ATK eran más jóvenes, de sexo mayoritariamente femenino, con una mayor duración de la enfermedad, exposición previa a más biológicos y dosis más

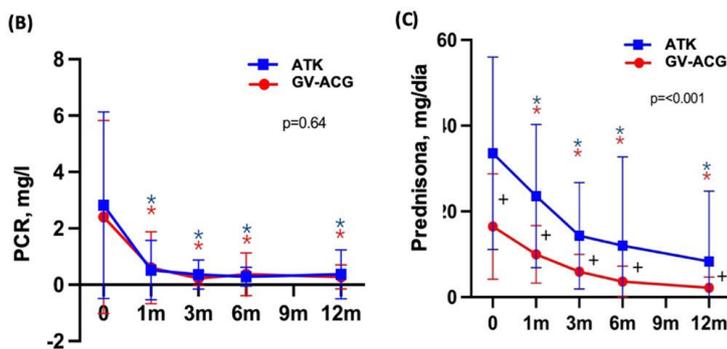
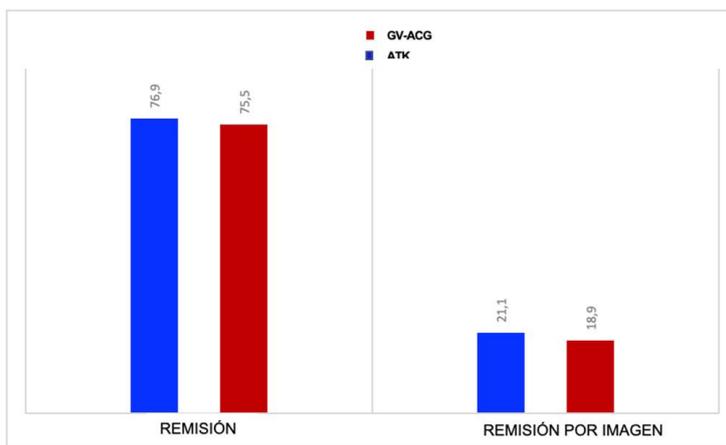
Tabla. Principales características clínicas de los pacientes con GV-ACG extracraneal refractaria y ATK al inicio de TCZ.

	Extracraneal GV-ACG (n=70)	ATK (n=57)	p
Edad (años), media±DE	67.2±10.5	40.5±16.3	<0.01
Sexo (Mujer), n (%)	51 (72.9)	49 (86)	0.07
Tiempo desde el diagnóstico de la vasculitis hasta el inicio de TCZ (meses), media [RIQ]	5 [2-15]	12 [3-37]	<0.01
Hipertensión arterial, n (%)	37 (52.9)	2 (3.5)	<0.01
Dislipemia, n (%)	38 (54.3)	0	<0.01
Diabetes, n (%)	5 (7.1)	0	0.040
Astenia, n (%)	44 (62.9)	34 (59.6)	0.712
Síndrome constitucional, n (%)	29 (41.4)	1 (1.8)	<0.01
Fiebre, n (%)	11 (15.7)	7 (12.2)	0,741
PMR, n (%)	51 (72.9)	2 (3.5)	<0.01
Segmentos de la aorta y sus principales ramas			
Aorta torácica, n (%)	60 (85.7)	19 (33.3)	<0.01
Aorta abdominal, n (%)	30 (42.8)	15 (26.3)	<0.01
Vasos supraaórticos, n (%)	52 (74.3)	21 (36.8)	<0.01
Arterias ilíacas, n (%)	13 (18.6)	6 (10.5)	<0.01
PCR basal (mg/dL), mediana [RIQ]	1.4 [0.5-2.4]	1.4 [0.5-3.5]	0.410
Dosis basal de prednisona (mg/día), mediana [RIQ]	15 [10-20]	30 [15-50]	<0.01
cDMARDs previos n (%) / bDMARDs, n (%)	45 (64.3)/ 0(0)	44 (77.2)/ 15 (26.3)	0.510/ 0.32
TCZ intravenoso/subcutáneo, n/n (% intravenoso) / TCZ mono/TCZ combo, n/n (% TCZ mono)	34/70 (48.6)/ 36/34 (51.4)	46/57 (80.7)/ 33/24 (57.9)	<0.01/ < 0.01

Polimialgia Reumática (PMR); Proteína C reactiva (PCR); Fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME); Velocidad de sedimentación globular (VSG); Arteritis de células gigantes (ACG); Rango intercuartílico (RIQ); Gran vaso (GV); Metotrexato (MTX); n: número de pacientes; N: número total de pacientes; Tocilizumab (TCZ); Arteritis de Takayasu (ATK)

Figura 1. (A) Remisión (clínica y analítica) y remisión por técnicas de imagen a los 12 meses de seguimiento. **(B)** Evolución de la PCR (mg/dl) en pacientes con GV-ACG extracraneal y ATK a los 1, 3, 6 y 12 meses tras el inicio de Tocilizumab y **(C)** dosis de prednisona (mg/día).

*p<0,001 frente a los valores basales. Las diferencias significativas entre ambos grupos se expresaron como +.



altas de prednisona (tabla). Aunque se observó una remisión clínica inicial más lenta en los pacientes con ATK, se observaron tasas similares para ambos grupos a los 12 meses. Se observó remisión en 35 (75,5%) y 30 (76,9%) GV-ACG y ATK, respectivamente, mientras que la remisión completa por imagen se alcanzó en el 18,9% y el 21,1% (fig. 1A). Del mismo modo, la proteína C reactiva (PCR) disminuyó significativamente durante el seguimiento (fig. 1B). En esta línea, no se encontraron diferencias en la velocidad de sedimentación globular (VSG) y la PCR entre ambos grupos en cada visita y al final del seguimiento. La dosis de prednisona en cada visita fue diferente entre ambas enfermedades (fig. 1C). En este sentido, los pacientes con ATK recibieron dosis más altas de GC en cada visita y al final del seguimiento. En el análisis de modelos mixtos, la dosis de prednisona durante el seguimiento fue significativamente diferente entre ambas enfermedades ($p < 0,001$). Los datos de seguridad fueron similares en ambos grupos. La interrupción del TCZ debido a infecciones graves se produjo en 4 pacientes con GV-ACG y 3 con ATK.

Conclusiones: En un entorno real, el TCZ mostró una eficacia similar en cuanto a remisión y efecto ahorrador de GC en la GV-ACG y TAK. En ambos grupos se observó una discordancia entre la mejora de la actividad clínica y la de imagen.

BIBLIOGRAFÍA

1. Loricera J, Blanco R, Hernández JL, Castañeda S, Mera A, Pérez-Pampín E, et al. Tocilizumab en arteritis de células gigantes: Estudio multicéntrico abierto en 22 pacientes. *Semin Arthritis Rheum.* 2015;44(6).

P283. MONITORIZACIÓN Y VALOR PREDICTIVO DE LA ECOGRAFÍA EN LA AFECTACIÓN DE VASOS GRANDES DE LA ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES

Eugenio de Miguel Mendieta, Noelia Cabaleiro-Raña, Elisa Fernández-Fernández e Irene Monjo-Henry

Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción: El signo del halo ecográfico se incluye en los criterios de clasificación de la arteritis de células gigantes (ACG). Con el tratamiento, el signo del halo en las arterias craneales desaparece en un tiempo medio de 6-8 semanas. Sin embargo, según nuestra experiencia, en la ACG de vasos grandes (VG) esta respuesta se produce tardíamente, no se produce, o se incrementa, creando una discrepancia entre la respuesta clínica y de imagen.

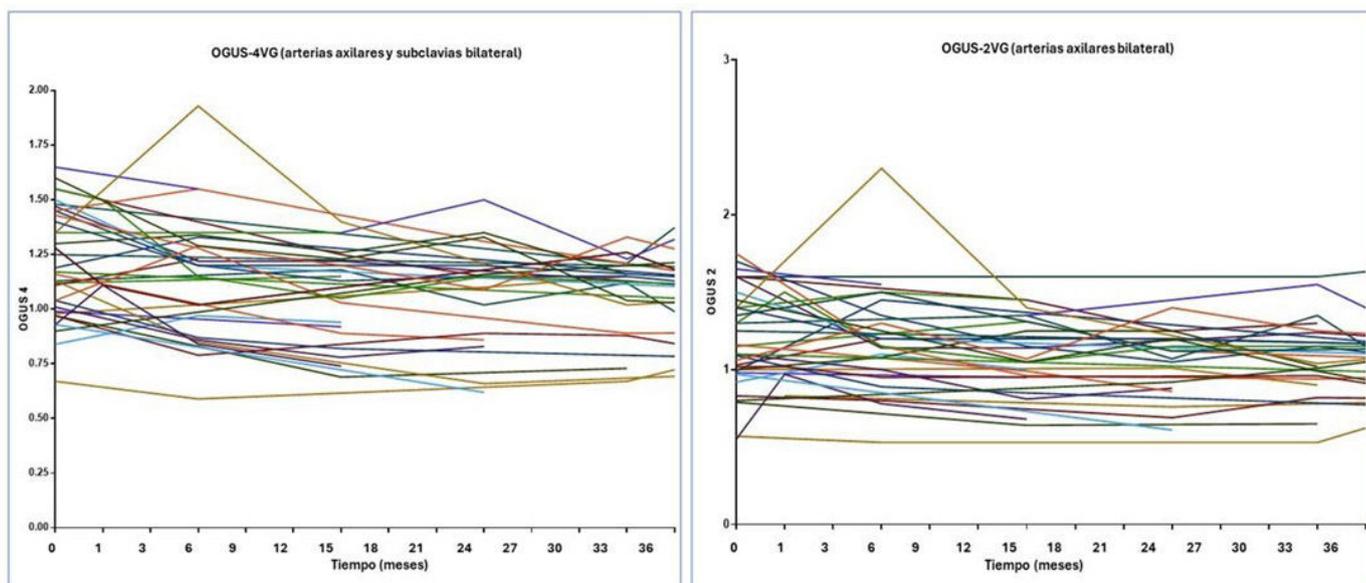
Objetivos: Estudiar la evolución longitudinal y el valor predictivo de la ecografía de VG en la monitorización de la ACG en práctica clínica.

Métodos: Estudio longitudinal, observacional y retrospectivo de pacientes con ACG-VG. El patrón oro de diagnóstico fue el criterio del médico, confirmado durante el seguimiento. Se revisaron, a través de la historia clínica electrónica, las imágenes de las ecografías basales y de las realizadas durante el seguimiento de todos los pacientes, y se calcularon el OMERACT GCA Ultrasonography Score (OGUS)¹ y el recuento de halos, ambos modificados para incluir solo VG, con el objetivo de evitar el sesgo de la rápida respuesta de los vasos craneales. Así, se calculó un OGUS modificado que incluía solo

Tabla 1. Evolución en el tiempo de los índices ecográficos de los pacientes

	n	OGUS-4VG (media±DS)	OGUS-2VG (media±DS)	OGUS-4VG<1	OGUS-2VG <1	Halo-4VG (media±DS)	Halo-2VG (media±DS)	Pacientes sin halo 4VG	Pacientes sin halo 2VG
Basal	39	1.22±0.24	1.19±0.30	9 (23.1%)	10 (25.6%)	2.79±1.07	1.46±0.68	0 (0.00%)	4 (10.3%)
3 meses	23	1.18±0.31	1.21±0.36	7 (30.4%)	5 (21.7%)	2.45±1.50	1.39±0.78	4 (17.4%)	4 (17.4%)
6 meses	21	1.08±0.21*	1.10±0.24	7 (33.3%)	7 (33.3%)	2.29±1.45	1.29±0.78	4 (19.0%)	4(19.0%)
9 meses	16	1.06±0.28*	1.02±0.22	5 (31.2%)	5 (31.3%)	2.37±1.54	1.12±0.81	3 (18.7%)	3(18.8%)
12 meses	17	1.08±0.20	1.07±0.29	4 (23.5%)	4 (23.5%)	2.18±1.29	1.06±0.75	2 (11.8%)	2(11.8%)
18 meses	12	1.02±0.19**	1.03±0.23	5 (41.7%)	5(41.7%)	2.08±1.38	1.08±0.79	2 (16.7%)	3(25.0%)
24 meses	11	0.99±0.22**	1.02±0.25	5 (45.5%)	5(45.5%)	1.45±1.44**	0.82±0.87*	4 (36.4%)	5(45.5%)
30 meses	7	0.97± 0.19**	0.89±0.18**	5 (71.4%)	6(85.7%)	1.43±1.62*	0.71±0.76*	3 (42.9%)	3(42.9%)
36 meses	11	0.89±0.15**	0.92±0.21**	10 (90.9%)	9(81.8%)	0.55±1.21**	0.27±0.65**	8 (72.7%)	9(81.8%)

P283 Figura 1



P283 Figura 2. Evolución de OGUS-4VG y OGUS-2VG durante el seguimiento en cada paciente.

arterias axilares (OGUS-2VG) y otro que incluía arterias axilares y subclavias (OGUS-4VG), buscando analizar cuál es el valor de añadir también las arterias subclavias. Asimismo, calculamos el recuento de halos de VG, definido como el número de arterias que presentan signo de halo o grosor íntima-media (IMT) ≥ 1 mm incluyendo solo arterias axilares (Halo-2VG) y axilares y subclavias (Halo-4VG). En el análisis descriptivo se utilizaron frecuencias y porcentajes para variables cualitativas y la media y desviación estándar para variables continuas. Para la comparación de medias se utilizó la U de Mann-Whitney. Se analizó la concordancia interlector mediante el cálculo del coeficiente de correlación intraclase (ICC).

Resultados: Se incluyeron 39 pacientes que tenían ecografía basal y controles durante el seguimiento. 18 eran mujeres (46%), con una edad media de $75,5 \pm 7,3$ años. La tabla 1 muestra cómo la ecografía de VG refleja la respuesta al tratamiento y cómo esta respuesta se produce de forma retardada. Al comparar las puntuaciones de OGUS-4VG, OGUS-2VG, Halo-2VG y Halo-4VG, el OGUS-4VG es el más sensible al cambio, mostrando respuestas medias significativas a partir del sexto mes de tratamiento, mientras que el recuento de halos no logra diferencias significativas respecto a la basal hasta los 2 años de seguimiento. La inclusión de las arterias subclavias en la evaluación ecográfica aumentó el diagnóstico de ACG-VG en un 10%, así como la sensibilidad al cambio. La normalización del GIM por debajo del corte de 1 mm se produce lentamente, con cifras que dependen de los índices utilizados y varían del 45,5 al 36,4% a los 2 años o del 91 al 73% a los 3 años (tabla 1). El recuento de halos = 0 y OGUS inferior a 0,8 son predictivos de ausencia de recaída en el medio-largo plazo y probablemente abren el concepto de remisión por imagen. La concordancia interlector fue excelente con un ICC de 0,972 (IC95%: 0,960-0,980). Las figuras 1 y 2 muestran el comportamiento de OGUS de VG en el seguimiento de cada paciente.

Conclusiones: Los índices ecográficos utilizados, y especialmente el OGUS-4VG, tienen sensibilidad al cambio. Además, OGUS y el recuento de halos tienen valor predictivo sobre la recaída, por lo que demuestran utilidad en práctica clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. De Jaco C, et al. *ARD*. 2023;82:556-64.

P284. AFECTACIÓN PULMONAR EN LAS VASCULITIS ANCA. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE 173 PACIENTES EN UN CENTRO DE REFERENCIA

Belén Atienza Mateo¹, Claudia Poo Fernández²,
Fabricio Benavides-Villanueva¹, Adrián Martín Gutiérrez¹,
Amparo Sánchez López³, Ana Serrano-Combarro¹, José M. Cifrián²
y Ricardo Blanco¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Grupo de Inmunopatología. IDIVAL. Santander. ²Servicio de Neumología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ³Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción: La afectación pulmonar en la vasculitis es relativamente común, con prevalencias que oscilan entre el 30 y el 95% según el tipo de vasculitis. Las vasculitis asociadas a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA) (VAA) son el grupo de vasculitis de pequeño vaso que presentan con mayor frecuencia manifestaciones respiratorias, especialmente la granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (GPEA). El espectro clínico es amplio, siendo lo más representativo la afectación de la vía aérea, la aparición de nódulos parenquimatosos, la capilaritis (manifestada como hemorragia alveolar) y la enfermedad pulmonar intersticial (EPI).

Objetivos: Determinar la prevalencia y los tipos de afectación pulmonar en una cohorte de pacientes con VAA.

Métodos: Se recogieron datos demográficos y clínicos de pacientes con VAA seguidos en consultas de Reumatología, Neumología y/o Nefrología en un hospital de tercer nivel. La presencia de afectación pulmonar fue constatada por pruebas de imagen (radiografía y/o tomografía computarizada de alta resolución (TACAR) de tórax) y/o histológicas.

Resultados: Se incluyeron un total de 173 pacientes con VAA (89 hombres, mediana de edad 66 [53-75] años). La tabla 1 muestra las características clínicas y demográficas basales de todos los pacientes. Al diagnóstico, además de síntomas constitucionales, la afectación respiratoria fue la más frecuente (67,1%), seguida de la renal (60,5%) y la articular (35,3%). 116 pacientes presentaron síntomas respiratorios, como se especifica en la tabla 2. El 84,5% presentó alteraciones en la TCAR de tórax al diagnóstico. Los patrones radiológicos de afectación pulmonar también se presentan en la tabla 2, siendo el patrón alveolar bilateral el más frecuente (26,9%), seguido de la EPI (20,2%). Entre los pacientes con EPI, el patrón de neumonía intersticial usual fue el más frecuente.

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de 173 pacientes con VAA

Edad al diagnóstico (años), mediana [RIC]	66 [53-75]
Sexo (hombres/mujeres), n (%)	89/84 (51,4/48,6)
Tipo de vasculitis ANCA, n (%)	
Poliangeítis microscópica (PAM)	66 (38,2)
Granulomatosis con poliangeítis (GPA)	63 (36,4)
Granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (GPEA)	23 (13,3)
Indeterminada	21 (12,1)
Subtipo ANCA, n (%)	
MPO/PR3/Ambos positivos	93 (66,9)/43 (30,9)/3 (2,2)
Manifestaciones clínicas, n (%)	
Respiratorias	116 (67,1)
Síndrome constitucional	109 (63)
Renales	104 (60,5)
Articulares	61 (35,3)
ORL	56 (32,4)
Otras: SNP, digestivas, cutáneas, oculares, SNC	29 (16,8), 27 (15,6), 20 (11,6), 16 (9,2), 12 (6,9)
Biopsia, n (%)	133 (77,3)
Renal	62
Pulmonar	39
Otras muestras*	32

*Otras muestras: ORL (17), piel (13), muscular (4), digestiva (2), tracto urinario (2), vascular (1), nervio (1). MPO: mieloperoxidasa; ORL: otorrinolaríngea; PR3: proteínaasa 3; RIC: rango intercuartílico; SNC: sistema nervioso central; SNP: sistema nervioso periférico; VAA: vasculitis asociada a ANCA.

Tabla 2. Manifestaciones pulmonares en 116 pacientes con VAA

Síntomas respiratorios, n (%)	
Hemoptisis	21 (30,9)
Disnea	15 (22,1)
Expectoración	12 (17,7)
Asma	10 (14,7)
Insuficiencia respiratoria	6 (8,8)
Tos	2 (2,9)
Infección respiratoria	2 (2,9)
Alteración Rx/TC tórax, n (%)	90 (52)/93 (84,5)
Hallazgos radiológicos, n (%)	
Condensaciones bilaterales/únicas	24 (25,8)/14 (15,1)
EPI/NIU/NINE/Otros patrones	18 (19,4)/7 (38,9)/3 (16,7)/8 (44,4)
Nódulos	12 (12,8)
Patrón en alas de mariposa	7 (7,5)
Derrame pleural	4 (4,3)
Otros hallazgos*	14 (15,1)
Patrones histológicos, n (%)	
Vasculitis de pequeño vaso granulomatosa necrotizante	7 (17,9)
Vasculitis de pequeño vaso granulomatosa con eosinofilia	7 (17,9)
Otros patrones**	21 (54,1)

*Otros hallazgos radiológicos: atrapamiento aéreo (4), aumento trama broncovascular (3), cavitaciones (3), masas (2), linfadenopatías (1), engrosamiento pleural (1). **Otros patrones histológicos: vasculitis de pequeño vaso no granulomatosa (4), hemorragia alveolar (4), neumonía eosinofílica (3), neumonitis necrotizante (2), inespecífico (1), normal (1), NINE (2), granulomas no necrotizantes (1), daño alveolar difuso (1), células malignas (1). EPI: enfermedad pulmonar intersticial; NINE: neumonía intersticial no específica; NIU: neumonía intersticial usual; VAA: vasculitis asociada a ANCA.

Conclusiones: Este estudio aporta datos sobre la prevalencia y clínica de la afectación pulmonar en pacientes con VAA de un centro de referencia del norte de España. Aproximadamente 7 de cada 10 pacientes presentó clínica respiratoria y más de un 80% mostró afectación pulmonar en prueba de imagen. La identificación y manejo adecuado de cada una de las complicaciones pulmonares en pacientes con VAA debe ser considerada de forma rutinaria, ya que puede condicionar su pronóstico.

P285. VASCULITIS ASOCIADA A ANCA, ¿REALMENTE AUMENTARON LOS CASOS DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19?

Ligia Gabriela Rodríguez¹, Fabricio Benavides-Villanueva^{1,2}, Héctor Ulloa³, Mónica Renuncio-García^{2,4}, Diana Prieto-Peña^{1,2}, Vanesa Calvo-Río^{1,2} y Ricardo Blanco^{1,2}

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²Grupo de Inmunopatología. IDIVAL. Santander. ³Servicio Cántabro de Salud. Gerencia de Atención Primaria. Santander. ⁴Servicio de Inmunología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción: La vasculitis asociada (VAA) a anticuerpos anticito-plasma de neutrófilos (ANCA), afecta a vasos de pequeño y mediano calibre. Los mecanismos exactos que conducen a una producción excesiva de ANCA no están claros. En individuos sanos, se detectan en circulación ANCA específicos contra la proteinasa 3 (PR3-ANCA) y contra mieloperoxidasa (MPO-ANCA). Estos hallazgos sugieren que la presencia de ANCA no es suficiente para desarrollar VAA y que son necesarios otros factores para la aparición de la autoinmunidad¹. Se ha demostrado que tanto la infección como la vacunación contra la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) pueden desencadenar VAA².

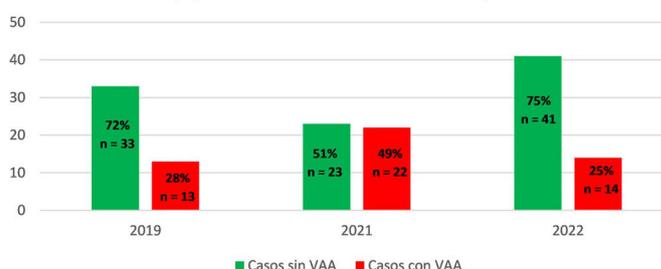
Objetivos: Comparar la presencia de VAA en pacientes con ANCA positivos de nueva aparición (ANCA+) en 2019 (prepandemia COVID-19) versus 2021 y 2022 (pandemia de COVID-19).

Métodos: Se revisaron todas las pruebas ANCA realizadas en 2019, 2021 y 2022 en un hospital de referencia. Los pacientes con ANCA+ de nueva aparición durante cada año fueron estudiados y divididos en dos grupos: ANCA+ con VAA y ANCA+ sin VAA. El diagnóstico de VAA subyacente se basó en los criterios ACR/EULAR 2022. La activi-

dad de la enfermedad y el pronóstico en el momento del diagnóstico se evaluaron con la puntuación de actividad de vasculitis de Birmingham (BVAS) y la puntuación de cinco factores (FFS). La prueba de ANCA se realizó mediante ensayo de quimioluminiscencia utilizando IO-FLASH (Inova, San Diego, CA).

Resultados: Encontramos nuevos ANCA+ en 46 de 1.290 (3,6%), 45 de 1.434 (3,1%) y 55 de 1.687 (3,3%) pacientes a quienes se solicitaron pruebas de ANCA en 2019, 2021 y 2022 respectivamente, de los cuales fueron diagnosticados con VAA 13 (28%), 22 (49%) y 14 (25%) casos en 2019, 2021 y 2022, correspondientemente (fig.). La proporción fue significativamente mayor en 2021 (p = 0,031, prueba de chi-cuadrado de Pearson). Las características principales de los casos de VAA se resumen en la tabla. La edad media y el sexo fueron similares en los años anteriores a la COVID-19 (2019) y durante la COVID-19 (2021 y 2022). Aunque la gravedad de la VAA (BVAS y FFS) también fue similar, los niveles de ANCA, la proporción de PR3-ANCA y la granulomatosis con poliangeítis (GPA) fueron mayores en los pacientes con VAA de nueva aparición en los años de COVID-19 (p = 0,524, p = 0,417 y p = 0,480). En 2021 y 2022, 75 casos tuvieron ANCA+ después de la vacunación o infección documentada por COVID-19, con una mediana de 70 días [IQR IC95%: 28-168] y 134 días [IQR IC95%: 74-202] hasta la prueba ANCA+ en los casos con VAA y en casos sin VAA respectivamente (p = 0,012, prueba U de Mann-Whitney).

FIGURA. Pacientes con prueba ANCA+ nuevos y presencia de vasculitis por año.



Valor de p según prueba de Pearson Chi-Cuadrado = 0,031. VAA = vasculitis asociada a anticuerpos anticito-plasma de neutrófilos (ANCA). ANCA = anticuerpos anticito-plasma de neutrófilos. n = número.

TABLA. Características de los pacientes con VAA nuevos diagnosticados en 2019, 2021 y 2022.

DEMOGRAPHIC FEATURES	2019 n=13	2021 n=22	2022 n=14	p
Edad (años), media±DE	67±17	67±13	61±17	0.467*
Hombre/mujer, n (% hombres)	6/7 (46)	11/11 (50)	7/7 (50)	0.972**
Título de ANCA (mg/dl) mediana (IQR)	207 (162-718)	159 (48-664)	475.5 (91.9-739.8)	0.524†
Especificidad de ANCA, n (%)				0.417**
MPO-ANCA	12 (92)	14 (63)	10 (71)	
PR3-ANCA	1 (8)	7 (32)	3 (21)	
Ambos	0	1 (5)	1 (7)	
Tipo de VAA, n (%)				0.480**
EGPA	1 (8)	1 (5)	2 (14)	
GPA	2 (15)	9 (41)	4 (29)	
MPA	10 (77)	12 (54)	8 (57)	
PCR (mg/dL), mediana [IQR]	6.9 (0.4-13)	5.2 (0.9-10.8)	4.8 (1.2-15.6)	0.594†
BVAS mediana (IQR)	12 (6.5-15.5)	12.5 (6-16.5)	12.5 (11.3-16)	0.922†
FFS mediana (IQR)	3 (0.5-3)	2 (1-2.3)	2 (1-3)	0.791†

*Valores de p según prueba ANOVA. **Valores de p según prueba de Pearson Chi-Cuadrado. †Valores de p según prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes. Abreviaturas (en orden alfabético): ANCA = Anticuerpo anticito-plasma de neutrófilo; BVAS = Puntuación de Actividad de Vasculitis de Birmingham; DE = Desviación Estándar; EGPA = granulomatosis eosinofílica con poliangeítis; FFS = Puntuación de cinco factores; GPA = granulomatosis con poliangeítis; IQR=rango intercuartílico; mg=miligramo; MPA= poliangeítis microscópica; MPO-ANCA= ANCA específico para mieloperoxidasa; n = número; PR3-ANCA= ANCA específico para proteinasa 3; VAA = vasculitis asociada a anticuerpos anticito-plasma de neutrófilo (ANCA).

Conclusiones: Observamos tasas similares de pruebas ANCA+ de nueva aparición en los años anteriores a la COVID-19 (2019) y durante los años de la pandemia (2021-2022). Hubo un aumento de nuevos casos de VAA en 2021 que probablemente coincidió, además de con la pandemia de COVID-19, con la vacunación masiva contra la enfermedad. No se observó un aumento de la actividad de la enfermedad (BVAS) ni un peor pronóstico (FFS). Además, puede haber una relación temporal de la enfermedad COVID-19 y la vacunación con los casos de VAA durante la pandemia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kronbichler A, et al. *Int J Mol Sci.* 2020.
2. Irure-Ventura J, et al. *iScience.* 2022.

P286. RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE LOS CRITERIOS CLASIFICATORIOS IGG4 EN UNA COHORTE DE UN ÚNICO CENTRO HOSPITALARIO TERCIARIO EN VIDA REAL

Marta López Gómez¹, Patricia Moya², Hye Sang Park², Laura Martínez-Martínez³, Berta Paula Magallares López², Ivan Castellví² y Héctor Corominas²

¹Reumatología. Hospital Universitario de Araba. Vitoria. ²Reumatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ³Inmunología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción: Para diagnosticar la enfermedad relacionada con la inmunoglobulina IgG4 (ER-IgG4) no existe un *gold standard*, pero los criterios de diagnóstico más utilizados hasta la fecha son los propuestos por Umehara¹ y Okazaki². En 2019, el ACR y EULAR³ introdujeron nuevos criterios clasificatorios que requieren una aplicación secuencial de criterios de exclusión e inclusión, seguido de un conteo de puntos.

Objetivos: Calcular la sensibilidad y especificidad de los criterios de clasificación de Okazaki, Umehara y ACR/EULAR 2019 para la ER-IgG4 en una cohorte de pacientes y compararlas con el diagnóstico definitivo según criterio médico.

Métodos: Estudio retrospectivo realizado en un centro universitario terciario de referencia nacional. Los pacientes elegibles fueron aquellos que presentaban una elevación sérica de IgG4 en alguna determinación analítica, revisándose un total de 719 historias clínicas entre enero 2000 y diciembre 2023. De estos, el criterio de inclusión fueron pacientes que presentaban una alta sospecha clínica de ER-IgG4 por afectación de órgano compatible o elevación de IgG4. Se recogen datos demográficos, clínicos, serológicos, histológicos, así como variables relacionadas con los criterios clasificatorios. El criterio de referencia utilizado como diagnóstico definitivo fue el criterio médico en base a los criterios de la tabla. Se calculó la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo, así como la curva ROC.

Resultados: Se incluyeron un total de 39 pacientes con muy alta sospecha de ER-IgG4. Las características clínicas de los pacientes se muestran en la Figura 1. De los 39 pacientes con sospecha, 26 (66,6%) cumplían el diagnóstico definitivo por criterio médico. De los 26 pacientes con ER-IgG4, 24 (92,3%) cumplían los criterios de Umehara; 16 (66,66%) posible, 2 (8,33%) probable, 6 (25%) definitivo. Diecisiete (65,4%) cumplían los criterios Okazaki y 18 (69,2%) cumplían el criterio ACR/EULAR 2020. La sensibilidad de los criterios de Umehara fue 69,2% si se categorizaba la enfermedad como probable o definitiva (VPN 61,9%, VPP 100% y *accuracy* 79,5%). La sensibilidad para el criterio de Okazaki fue del 65,4% (VPN 59,1%, VPP 100% y *accuracy* 76,9%) y del 69,2% para los nuevos criterios ACR/EULAR 2020 (VPN 61,9%, VPP 100% y *accuracy* 79,5%). Para los tres criterios la especificidad fue del 100%. El área bajo la curva fue de 0,962, 0,827 y de 0,901 para los criterios de Umehara, Okazaki y ACR/EULAR 2019 respectivamente ($p < 0,000$) (fig. 2). Aproximadamente un 8% de los pacientes no son clasificados para ninguno de los 3 criterios, pero sí con el criterio médico.

	Fulfilling Medical Criteria (n=26)	Not Fulfilling Medical Criteria (n=13)
Gender (male)	22 (84,6%)	6 (46,2%)
Mean Age at Diagnosis (years)	62,82 (SD 15,25)	58,88 (SD 16,56)
Non-hematologic Neoplasm	1 (3,8%)	0 (0%)
Glandular Involvement	2 (8,7%)	0 (0%)
Pulmonary Involvement	4 (16,7%)	1 (7,7%)
Pancreatic Involvement	10 (38,46%)	3 (23,07%)
Renal Involvement	12 (46,15%)	1 (7,69)
Retroperitoneal Involvement	12 (46,15%)	4 (30,76%)
Fever	2 (7,69%)	0 (0%)
Constitutional Syndrome	2 (7,69%)	0 (0%)
Lumbalgia	5 (19,23%)	0 (0%)
Hydronephrosis	1 (3,8%)	0 (0%)
Aneurysm	8 (30,76%)	3 (23,07%)
Hypophysitis	1 (3,8%)	2 (15,4%)
Pachymeningitis	0 (0%)	0 (0%)
Orbital Pseudotumor	0 (0%)	1 (7,7%)
Uvea Involvement	0 (0%)	1 (7,7%)
Sclera Involvement	1 (3,8%)	0 (0%)
Ro positive	0 (0%)	1 (7,7%)
Positive Histology	8 (30,76%)	1 (7,7%)

Características clínicas basales.

Medical Criteria for IgG4-RD
<ul style="list-style-type: none"> → Two or more clinical criteria → One clinical criterion and one serological criterion → One clinical or serological criterion plus one histological criterion → Exclusion of other diagnostic criteria
Clinical criterion <ul style="list-style-type: none"> • Retroperitoneal fibrosis • Inflammatory aortic aneurysm • Autoimmune pancreatitis • Thickening of the renal pelvis or renal soft tissues and areas of low density in bilateral renal cortex • Pachymeningitis • Peribronchovascular and septal thickening or soft tissue resembling a paravertebral band in the chest
Serological <ul style="list-style-type: none"> • Serological elevation of IgG4 in two determinations or separated by 3 months
Histological <ul style="list-style-type: none"> • Dense infiltration • Dense infiltration and obliterative phlebitis • Dense infiltration and glandular fibrosis

Figura 1. Criterios médicos para clasificar la enfermedad como ER-IgG4.

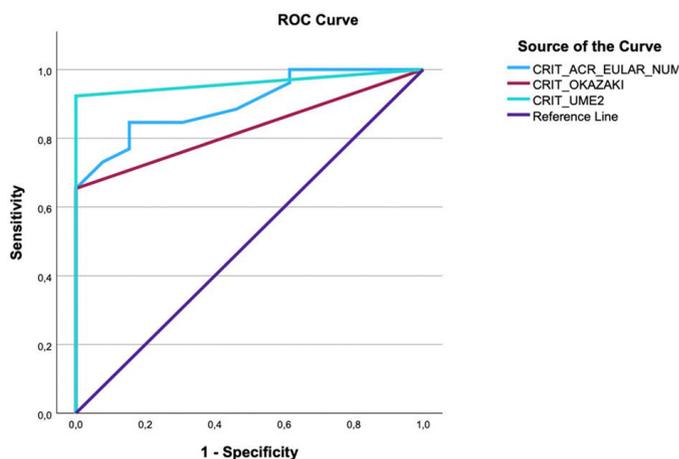


Figura 2. Área bajo la curva para los criterios de Umehara, Okazaki, and ACR/EULAR 2019.

Conclusiones: La sensibilidad y una área bajo la curva, fue superior para los criterios de Umehara y ACR/EULAR 2019. El 8% de los pacientes no fueron clasificados por ninguno de ellos, destacando la importancia de considerar el criterio médico.

BIBLIOGRAFÍA

- Umehara O, et al. A novel clinical entity, IgG4-related disease (IgG4RD): general concept and details. *Mod Rheumatol.* 2012;22(1): 1-14.
- Umehara O. Are Classification Criteria for IgG4-RD Now Possible? The Concept of IgG4-Related Disease and Proposal of Comprehensive Diagnostic Criteria in Japan. *Int J Rheumatol.* 2012;2012:357071.
- Wallace N, et al. The 2019 American College of Rheumatology/ European League Against Rheumatism Classification Criteria for IgG4-Related Disease. *Arthritis Rheumatol.* 2020;72(1):7-19.

P287. EFICACIA Y COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO DE INDUCCIÓN DE REMISIÓN EN ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

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

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

Introducción: La arteritis de células gigantes (ACG) es una vasculitis sistémica que afecta a los vasos de gran calibre y que produce una gran morbilidad en los pacientes desde el comienzo de la enfermedad. Existen, según las guías actuales, dos pautas de corticoides utilizadas para el inicio del tratamiento: los pulsos de metilprednisolona (pMP) o la terapia con prednisona oral (PRDo), que se deciden según la clínica y las características del paciente. En este estudio se pretende valorar la eficacia del tratamiento de ambas terapias, así como su impacto en el desarrollo de nuevas comorbilidades o complicaciones en nuestros pacientes¹.

Métodos: Se realiza un estudio observacional retrospectivo de los pacientes dados de alta en Reumatología entre junio de 2017 y junio de 2022 con el diagnóstico de ACG. Se analiza la eficacia del tratamiento con pMP y de PRDo, a los 6 meses y al año; así como los eventos adversos que aparecieron posteriormente al tratamiento.

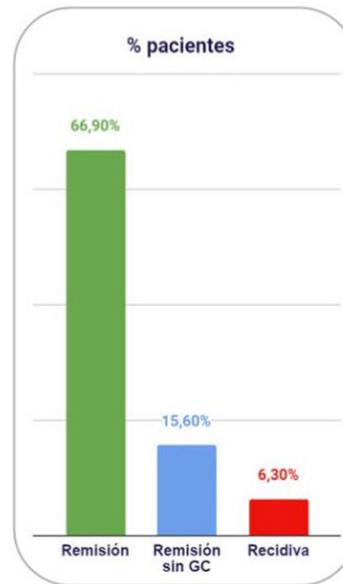
Resultados: Se han estudiado 30 pacientes (70% mujeres). Los datos demográficos de la población se describen en la tabla 1. 15 (50%) pacientes han recibido tratamiento con pMP, mientras que 15 han recibido terapia con PRo. 12 (40%) recibieron tratamiento concomitante con metotrexato y en 1 (3,3%) caso se utilizó tocilizumab intravenoso. La evolución clínica de los pacientes se describe en la figura. No existieron diferencias significativas en la evolución de los reactantes de fase aguda (VSG y PCR) entre los pacientes que recibieron terapia inicial con PRo o pMP (p > 0,05) a los 6 y 12 meses; tampoco se encontraron en el número de pacientes que alcanzaron la remisión (p = 0,7), remisión libre de corticoide al año de tratamiento (p = 0,1) o número de recaídas (p = 0,9). Las comorbilidades previas y posteriores al tratamiento se exponen en la tabla 2. Al comparar entre los pacientes que recibieron terapia con pMP y los que recibieron terapia con PRo, no encontramos diferencias significativas en el número de nuevos diabéticos (p = 0,299), de nuevos hipertensos (p = 0,05), de nuevas fracturas por fragilidad (p = 0,241), infecciones que requiriesen ingreso (p = 0,659) ni en mortalidad (p = 0,50).

Tabla 1. Características demográficas de la muestra

Sexo	
Hombre	9 (30%)
Mujer	21 (70%)
Edad al diagnóstico (media, desviación típica)	80,86 (5,21)
Motivo de consulta	
Alteración visual	17 (56,7%)
Cefalea	7 (23,3%)
Síndrome general	3 (10%)
Síndrome polimialgico	2 (6,7%)
Diagnóstico incidental	1 (3,3%)
Hábitos tóxicos	
Consumo perjudicial de alcohol	1 (3,3%)
Tabaquismo	4 (13,3%)

Tabla 2. Comorbilidades anteriores y previas al tratamiento

Comorbilidades	Previas	Posteriores al tratamiento (incluye anteriores y casos nuevos)	p
Diabetes mellitus	7 (23,3%)	11 (36,6%)	0,04
Hipertensión arterial	21 (70%)	25 (13,3%)	0,326
Dislipemia	17 (56,7%)	17 (56,7%)	N/A
Fractura por fragilidad	1 (3,6%)	2 (7,2%)	0,32



Evolución clínica al año de tratamiento.

Conclusiones: Los resultados de este estudio son similares a lo descrito actualmente en la literatura científica acerca de la eficacia de ambas terapias de inducción en ACG.

Según lo expuesto anteriormente, no existen tampoco diferencias aparentes en los eventos adversos y comorbilidades tras el tratamiento entre los dos grupos estudiados.

BIBLIOGRAFÍA

- Hellmich B, et al. 2018 Update of the EULAR recommendations for the management of large vessel vasculitis. *Ann Rheum. Dis.* 2020;79(1):19-30.

P288. EXPERIENCIA CLÍNICA CON MEPOLIZUMAB COMO TRATAMIENTO DE INDUCCIÓN EN LA GRANULOMATOSIS EOSINOFÍLICA CON POLIANGEÍTIS SEVERA CON AFECTACIÓN CARDÍACA Y GASTROINTESTINAL

H. Codes-Méndez¹, P. Moya^{1,2}, A. Corral³, L. Matas⁴, H.S. Park^{1,2}, B. Magallares^{1,2}, J. Tandaipan^{1,2}, C. Díaz-Torné^{1,2}, L. Sainz¹, J. Bernárdez¹, A. García-Alija¹, A. Casals¹, A. Laiz^{1,2}, I. Castellví^{1,2} y H. Corominas^{1,2}

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitari de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ²Universitat Autònoma de Barcelona. ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción: La granulomatosis con poliangeítis eosinofílica (GPEA), o síndrome de Churg-Strauss, es una vasculitis sistémica poco común caracterizada por la infiltración tisular eosinofílica y vasculitis concomitante de pequeño vaso. El mepolizumab, un anticuerpo monoclonal antiinterleucina (IL)-5 que reduce el número total de eosinófilos en sangre, ha mostrado eficacia en la GPEA. Las guías ACR 2021 y EULAR 2022 recomiendan su uso para los casos

Características clínicas, analíticas e histopatológicas de los pacientes

	Paciente 1	Paciente 2
Edad al diagnóstico	29 años	64 años
Antecedentes	Rinosinusitis crónica Poliposis nasal Asma bronquial	Rinitis alérgica grave Asma persistente
Síntomas sistémicos	Febrícula diaria Artromialgias Pérdida de peso (8 Kg en 2 semanas)	Febrícula diaria Artromialgias Pérdida de peso (7 Kg en 2 semanas)
Síntomas cutáneos	Púrpura palpable en tobillos	Púrpura palpable en tobillos
Afectación orgánica	Dolor abdominal Diarrea Vómitos con intolerancia a vía oral	Tonos cardíacos apagados Hipofonesis basal pulmonar izquierda Signos de congestión
Análisis de laboratorio	PCR 156 mg/L Eosinófilos: 5.090 cél/μL (44%) Positividad anti-MPO: 5.669,4 IU/mL Sedimento urinario: normal Troponina-I: en rango de normalidad ProBNP: en rango de normalidad	PCR 180 mg/L Eosinófilos: 6.430c cél/μL (56%) ANCA MPO and PR3: negativos Orina: microhematuria dismórfica Troponina-I 823 ng/L ProBNP 5.036 pg/mL
Pruebas de imagen	Colonoscopia: colitis con características isquémicas	RMN cardíaca: miopericarditis aguda con leve disminución FEVI 47%
Biopsias	Intestinal: exocitosis eosinofílica en epitelio glandular Piel: vasculitis eosinofílica con inflamación perivasculare y necrosis de pared capilar	Piel: vasculitis leucocitoclástica
Tratamiento	MPDN 500mg ev × 3 días + Mepolizumab 300 mg sc/4 semanas	MPDN 500mg ev × 3 días + Mepolizumab 300 mg sc/4 semanas

refractarios o recurrentes. La evidencia existente en la literatura sobre el uso de mepolizumab en casos con afectación severa es muy limitada.

Objetivos: Evaluar la efectividad de mepolizumab como tratamiento de inducción en casos de GEPA grave con manifestaciones de riesgo vital u orgánico.

Métodos: Reporte descriptivo de casos con un análisis exhaustivo de la evaluación diagnóstica y evolución clínica tras inicio de mepolizumab como terapia de inducción en dos pacientes con GEPA y manifestaciones graves atípicas con afectación de los sistemas gastrointestinal y cardíaco.

Resultados: La tabla detalla las características clínicas y analíticas de los pacientes, ambos de sexo masculino. Los dos pacientes presentaban sintomatología sistémica al debut y purpura cutánea. El primer paciente presentaba además clínica gastrointestinal con intolerancia a la vía oral. La colonoscopia (fig. 1) mostró un patrón muy distintivo de colitis desde el margen anal hasta una profundidad de 40 cm, con una afectación parcheada con áreas de mucosa pálida y edematosa intercaladas con úlceras de 4-5 mm rodeadas de mucosa violácea y pérdida del patrón vascular típico; sugiriendo un origen patogénico isquémico. El segundo paciente mostraba signos de congestión a la exploración física con hepatomegalia, distensión venosa yugular y reflujo hepatoyugular. La RMN cardíaca (fig. 2) confirmó la presencia de miopericarditis aguda con ligera disminución de la FEVI 47%. Los

estudios de laboratorio revelaron eosinofilia e inflamación sistémica aguda en ambos pacientes. El primero mostró positividad para anticuerpos antimieloperoxidasa (MPO), mientras que el segundo tuvo resultados negativos para anticuerpos ANCA MPO y PR3. El diagnóstico fue confirmado en ambos casos mediante biopsia cutánea (fig. 3). En el primer paciente, los pulsos de corticosteroides no generaron una respuesta adecuada y fue necesario recurrir a la nutrición enteral. Tras inicio de mepolizumab presentó una importante mejoría clínica y analíticas en 24 horas. En el segundo paciente se inició como tratamiento de inducción pulsos de corticosteroides y mepolizumab, resultando en una notoria mejoría clínica y analítica rápidas. Tras 18 meses, ambos pacientes permanecen asintomáticos con mepolizumab en monoterapia, sin dependencia de corticosteroides i sin complicaciones relacionadas con su administración.

Conclusiones: La experiencia descrita en este trabajo proporciona evidencia sobre la eficacia y seguridad del mepolizumab como tratamiento de inducción en dos casos de GEPA grave. Cuando consideramos alternativas terapéuticas de tratamiento inmunosupresor para la GEPA grave, como la ciclofosfamida o el rituximab, es esencial sopesar su eficacia, bien establecida, frente a posibles efectos adversos graves, sobre todo infecciones y complicaciones relacionadas con su administración. El mepolizumab emerge como un enfoque terapéutico prometedor para la GEPA, siendo efectivo para el tratamiento tanto de manifestaciones leves como graves de la enfermedad.

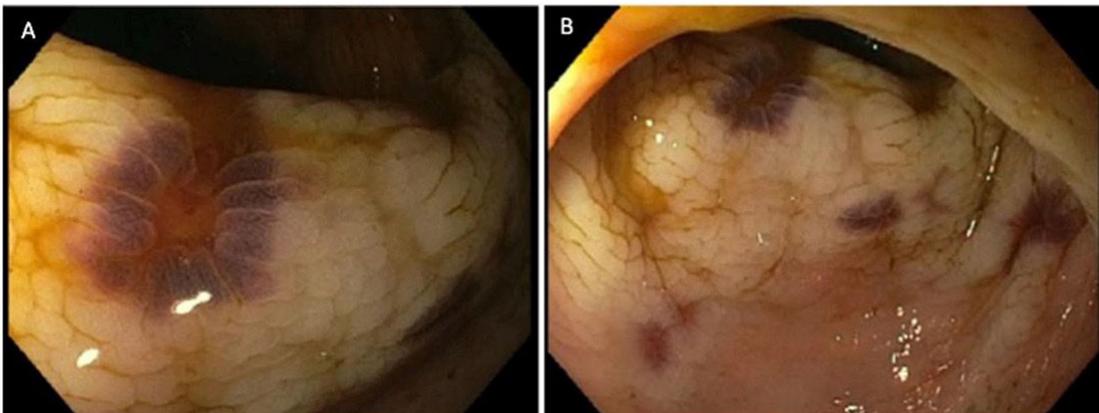
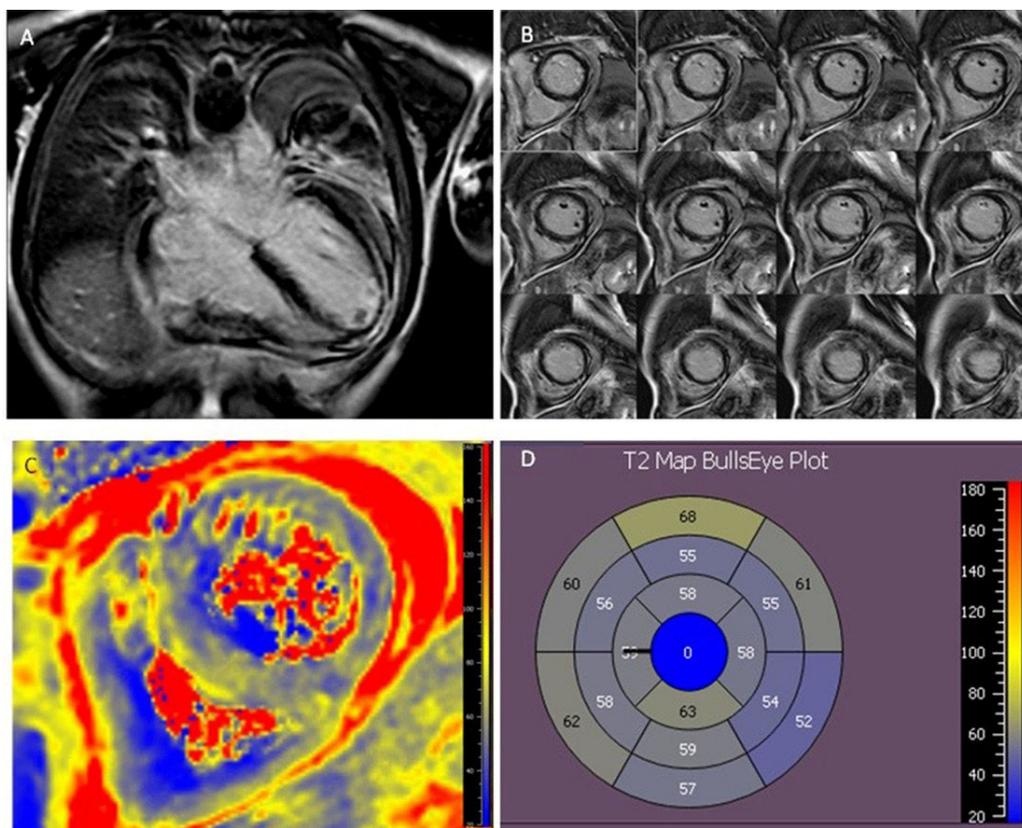
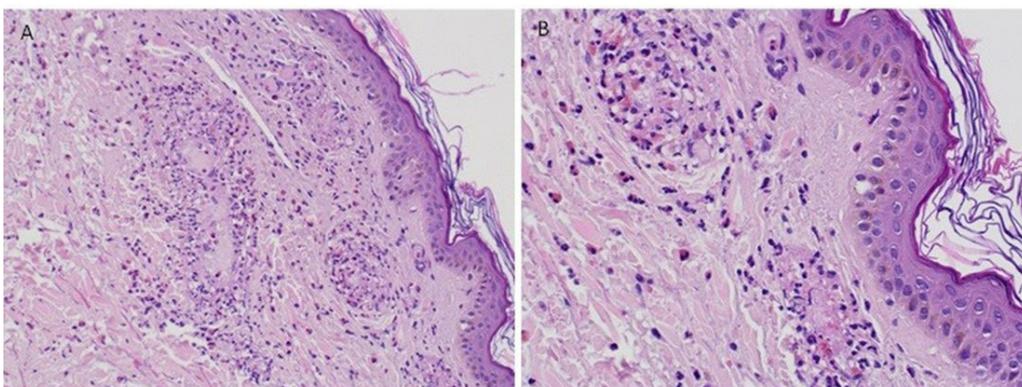


Figura 1. A-B. Colonoscopia. Afectación mucosa de origen isquémico. Se observa de forma parcheada áreas de mucosa pálida y edematosa alternadas con úlceras de 4-5 mm rodeadas de una mucosa violácea, con pérdida del patrón vascular típico.



P288 Figura 2. A-B. Resonancia magnética nuclear (RMN) cardíaca con contraste. Engrosamiento pericárdico en presencia de inflamación tisular, e hipocinesia lateral. C-D. RMN cardíaca con contraste –secuencia T2–. Edema miocárdico, sin fibrosis.



P288 Figura 3. A-B. Biopsia cutánea (2º paciente). Vasculitis leucocitoclástica. Infiltrado inflamatorio perivascular, polimorfonucleares y signos de cariorexis, abundantes eosinófilos, necrosis fibrinoide de la pared capilar y extravasación focal de hematies.

P289. EFECTIVIDAD DEL TOCILIZUMAB EN AORTITIS Y ANEURISMAS ASOCIADOS CON ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES. UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO ABIERTO

Adrián Martín Gutiérrez¹, Javier Loricera¹, Carmen Secada-Gómez¹, Íñigo Hernández², Susana Romero-Yuste³, Eugenio de Miguel⁴, Eva Galíndez-Agirregoikoa⁵, Iván Ferraz-Amaro⁶, Julio Sánchez-Martín¹, Patricia Moya⁷, Cristina Campos⁸, Fernando López-Gutiérrez¹, Santos Castañeda⁹ y Ricardo Blanco¹ en nombre del Grupo Colaborador Español de Tocilizumab en la Arteritis de Células Gigantes⁹

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

²Departamento de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario

de Vigo. ³Departamento de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. ⁴Departamento de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ⁵Departamento de Reumatología. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. ⁶Departamento de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Tenerife. ⁷Departamento de Reumatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ⁸Departamento de Reumatología. Hospital General Universitario de Valencia. ⁹Departamento de Reumatología. Hospital Universitario de La Princesa. IIS-Princesa. Cátedra EPID-Future. UAM. Madrid.

Introducción: La arteritis de células gigantes (ACG) fue descrita inicialmente como afectación de las ramas extracraneales de las arterias carótidas. Sin embargo, la ACG puede también afectar a la aorta (ACG-aortitis) y a sus principales ramas, causando complicaciones

Figura 1. Principales características de 196 pacientes con aortitis por ACG.

	Global n=196	ACG-aortitis con aneurisma (n=10)	ACG-aortitis sin aneurisma con prueba de imagen de seguimiento (n=95)	p
General				
Edad (media±DE) al inicio del TCZ	71.3±9.5	68.2±8.9	67.7±9.3	0.7593
Mujer/Hombre (% de mujer), n	148/ 48 (75.5)	7/3(70)	71/24(74.7)	0.7147
Tiempo desde el diagnóstico de ACG hasta el inicio de TCZ (meses), mediana [RIC]	7 [2-18.7]	2 [3-15]	8[3-18]	0.8525
Biopsia de la arteria temporal positiva, n (%)	56 (50)	2 (40)	26 (53.6)	0.9999
Fenotipo clínico de ACG				
Extracraneal, n (%)	70 (36)	6 (60)	39(41.1)	0.3202
Mixto, n (%)	126 (64)	4(40)	56 (58.9)	0.3202
Factores de riesgo cardiovascular				
Hipertensión arterial, n (%)	112 (57)	8 (80)	54 (58.1)	0.3083
Dislipemia, n (%)	103 (53)	7 (70)	52 (55.9)	0.5103
Diabetes, n (%)	26 (13)	1 (10)	12 (12.9)	0.9999
Historia de fumador, n (%)	20 (10)	2 (20)	13 (14)	0.6367
Manifestaciones isquémicas				
Afectación visual, n (%)	16 (8)	2(20)	5 (5.3)	0.1763
Cefalea, n (%)	74 (38)	2(20)	33 (34.7)	0.3292
Claudicación mandibular, n (%)	27 (14)	0 (0)	9 (9.9)	0.9999
Manifestaciones sistémicas				
Fiebre, n (%)	24 (12)	2 (20)	7 (7.4)	0.2655
Síndrome constitucional, n (%)	87 (44)	5 (50)	38 (40)	0.7370
PmR, n (%)	131 (67)	4 (40)	59 (62.1)	0.1934
Reactantes de fase aguda				
VSG, mm/1º hora, mediana [RIC]	32 [14-54]	30 [8.75-83]	27 [14-48]	0.7227
PCR (mg/dL), mediana [RIC]	1.5 [0.6-3.4]	3.2 [1.1-10.4]	1.4 [0.6-2.3]	0.1462
Dosis de prednisona, mg/día, mediana [RIC]	15 [10-30]	15 [10-40]	10 [7.5-20]	0.2315
TCZ mono/TCZ combo, n (% TCZ mono)	136/60 (69)	8/2 (80)	57/38 (60)	0.3115

Abreviaturas: ACG: arteritis de células gigantes, DE: desviación estándar, PCR: proteína C-reactiva; PmR: polimialgia reumática; RIC: rango intercuartílico, TCZcombo: tocilizumab en combinación con inmunosupresores sintéticos, TCZmono: tocilizumab en monoterapia, VSG: velocidad de sedimentación glomerular.

severas como aneurismas de aorta, con alto riesgo de mortalidad. Tocilizumab (TCZ) ha sido aprobado en ACG, pero la eficacia en ACG-aortitis y aneurismas no ha sido analizada de forma específica.

Objetivos: Comprobar la efectividad y la seguridad del TCZ en una amplia serie de ACG-aortitis y aneurismas.

Métodos: Se trata de un estudio multicéntrico observacional de ACG-aortitis tratadas con TCZ. ACG fue diagnosticada por: a) criterios ACR, b) biopsia de la arteria temporal, y/o c) técnicas de imagen. La aortitis fue diagnosticada principalmente por PET/TAC. Los principales objetivos fueron: 1) la efectividad del TCZ en ACG-aortitis, 2) la prevención del crecimiento de aneurismas de ACG-aortitis y 3) el desarrollo de nuevas aneurismas. La remisión EULAR se describió como la ausencia de síntomas clínicos e inflamación sistémica. La remisión por imagen fue considerada cuando la captación vascular de FDG era menor que la del hígado en PET/TAC.

Resultados: 471 pacientes con ACG tratados con TCZ fueron revisados. 196 de ellos tenían aortitis, pero solo 95 pacientes tenían tanto una prueba de imagen inicial como de seguimiento (fig. 1). Después

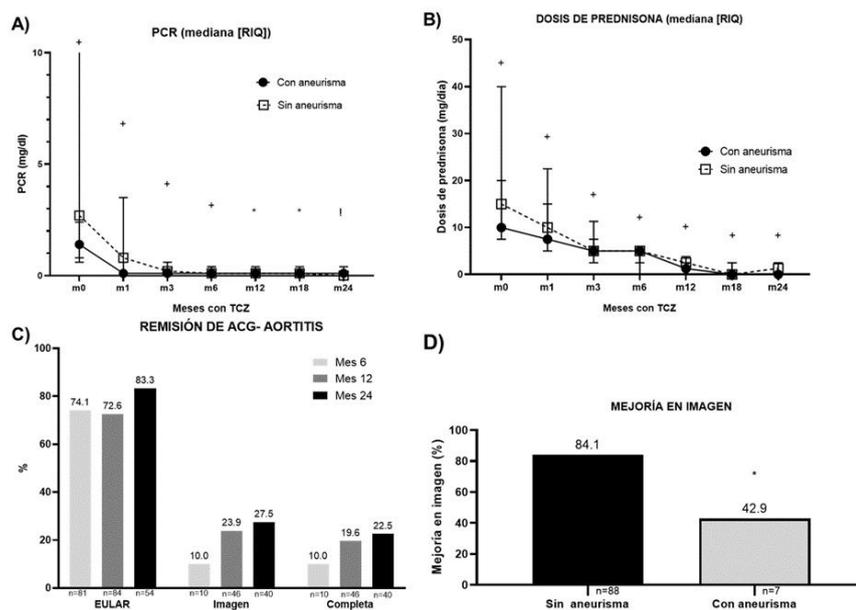
de 6 meses, 60 (74,1%) consiguieron una remisión EULAR, pero, solo 1 (10%) remisión por imagen; aumentando progresivamente hasta 83,3% y 27,5%, respectivamente, a los 24 meses¹ (fig. 2). Se observaron aneurismas en 10 de los 196 (5,1%) pacientes. De los pacientes restantes sin aneurismas, ningún paciente tratado con TCZ desarrolló nuevas aneurismas durante el seguimiento.

Conclusiones: En pacientes con ACG-aortitis tratados con TCZ, se observó una rápida y mantenida remisión clínica y analítica. Sin embargo, hubo un desacoplamiento entre la remisión clínico-analítica y la remisión por imagen. Además, TCZ no parece que pueda prevenir el crecimiento de aneurismas en aquellos en el que daño estructural ya está presente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Prieto Peña D, Martínez-Rodríguez I, Atienza-Mateo B, Calderón-Goercke M, Banzo I, González-Vela MC, et al. Evidence for uncoupling of clinical and 18-FDG activity of PET/CT scan improvement in tocilizumab-treated patients with large-vessel giant cell arteritis. Clin Exp Rheumatol. 2021;39:69-75.

Figura 2. Evolución de los principales resultados de pacientes con ACG-aortitis tratada con TCZ. Una comparación entre pacientes con y sin aneurismas por ACG-aortitis.



A) Proteína C-reactiva (PCR) (mg/dl); **B)** Dosis de prednisona (mg/día); **C)** Remisión EULAR, por imagen y completa en pacientes con ACG-aortitis; y **D)** mejoría por imagen en la última prueba de imagen.

P289 Figura 2

P290. DESREGULACIÓN DE LA VÍA DEL NAD⁺ EN ENFERMEDADES REUMÁTICAS INFLAMATORIAS CRÓNICAS COMO NUEVA DIANA TERAPÉUTICA

Beatriz Vellón García¹, Miguel Pérez-Rodríguez¹, María Llamas López¹, Álvaro Alfonso Puerto-Núñez¹, Luz Marina Sánchez Mendoza¹, José Antonio González-Reyes¹, Juan Antonio Moreno¹, María Isabel Burón¹, Adrián Llamas Urbano^{2,3}, Julio M. Martínez-Moreno³, Yas Hanaee^{2,3}, Iván Arias-de la Rosa², Clementina López-Medina², Eduardo Collantes-Estevez², Nuria Barbarroja^{2,3}, Alejandro Escudero-Contreras², Chary López-Pedraza², José Manuel Villalba¹ y Carlos Pérez-Sánchez^{1,2,3}

¹Departamento de Biología Celular, Inmunología y Fisiología. Campus de excelencia internacional Agroalimentario (ceiA3). Universidad de Córdoba. ²Hospital Universitario Reina Sofía/Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC)/Universidad de Córdoba. ³Cobiomic Bioscience. EBT UCO/IMIBIC. Córdoba.

Introducción: Estudios recientes sugieren que la vía del NAD⁺ pueden desempeñar un papel crucial en los procesos patogénicos asociados con las enfermedades reumáticas inflamatorias crónicas (ERIC). Por lo tanto, explorar los elementos involucrados en el metabolismo del NAD⁺ podría desvelar nuevas dianas terapéuticas para estas patologías.

Objetivos: Analizar la expresión de mediadores clave de la vía del NAD⁺ en ERIC mediante herramientas computacionales y análisis transcriptómicos para identificar alteraciones comunes y distintivas.

Métodos: Se analizaron ocho conjuntos de datos transcriptómicos públicos procedentes de las plataformas "Gene Expression Omnibus" (GEO) y "ArrayExpress" en células mononucleares de sangre periférica (PBMCs) y sangre completa de donantes sanos (DS) en cuatro ERIC diferentes: artritis reumatoide (AR), espondiloartritis (EspA), lupus eritematoso sistémico (LES) y esclerosis sistémica (ES),

abarcando un total de 460 pacientes. Utilizando el software R, se obtuvo la expresión diferencial de un panel seleccionado de 50 genes principalmente involucrados en la síntesis, transporte y degradación del NAD⁺ a partir de conjuntos de datos de *microarrays* y RNAseq. Los análisis estadísticos comparativos identificaron genes alterados compartidos y distintivos en la vía del NAD⁺ entre las diferentes ERIC.

Resultados: El análisis bioinformático reveló una alteración significativa de genes relacionados con la vía del NAD⁺, especialmente en AR (24) y ES (22), en comparación con LES (10) y EspA (13). Particularmente, se identificó un aumento en la expresión de genes consumidores de NAD⁺, como las poli (ADP-ribosa) polimerasas (PARPs) y las sirtuinas (SIRT5), tanto en AR como en ES, siendo estas enfermedades las que compartieron el mayor número de genes alterados (17). Estos hallazgos sugieren un potencial descenso en los niveles de NAD⁺, fenómeno previamente asociado con diversas condiciones patológicas. Además, se observó la alteración simultánea de tres genes -PARP1, SIRT5 y NAD⁺ kinasa (NADK)- en las cuatro ERIC analizadas en comparación con los DS, destacando su posible papel significativo en la patogénesis de estos trastornos.

Conclusiones: AR y ES mostraron alteraciones significativas en genes relacionados con el metabolismo del NAD⁺, potencialmente afectando las funciones cruciales de esta vía biológica canónica y conduciendo a fenotipos patológicos. Un análisis más detallado de estos mecanismos moleculares podría contribuir a identificar nuevas dianas terapéuticas en estas y otras ERIC.

Financiado por: PI21/0591 & CD21/00187 financiado por Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) y cofinanciado por la Unión Europea. RD21/0002/0033 financiado por ISCIII y financiado por "NextGeneration EU", vía Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia (PRTR) y MINECO (RYC2021-033828-I, y PID2022-1415000A-I00). JMV: RTI2018-100695-B-I00, PID2021-1262800B-I00, JA, P18-RT-4264, 1263735-R y BIO-276, PRE2019-08743, P18-RT-4264, BIO-276 y PID2021-1262800B-I00.

P291. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON DERMATOMIOSITIS JUVENIL EN SEGUIMIENTO EN LA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA DE ADULTOS

C. Riesco Bárcena¹, J. Ivorra Cortés¹, J. Oller Rodríguez¹, E. Grau García¹, P. Muñoz Martínez¹, S. Leal Rodríguez¹, L. González Puig¹, A.V. Huaylla Quispe¹, A.M. Torrat Noves¹, D. Ramos Castro¹, L. Mas Sánchez¹, I. Cánovas Olmos¹, H. Charia¹, I. Martínez¹, C. Nájera Herranz¹, R. Negueroles Albuixech¹, M. de la Rubia Navarro¹, E. Tovar Sugrañes¹, E. Vicens Bernabéu¹, I. Alcántara Álvarez¹, B. Villanueva Mañes¹, L. Lacruz Pérez², I. Calvo Penades² y J.A. Román Ivorra¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital La Fe. Valencia. ²Servicio de Pediatría-Reumatología infantil. Hospital La Fe. Valencia.

Introducción: La dermatomiositis juvenil (DMJ) es una interferonopatía autoinmune poligénica con afectación predominante del sistema adaptativo. Es la miopatía inflamatoria más frecuente en la infancia. Se caracteriza por debilidad muscular, elevación de enzimas musculares y lesiones cutáneas patognomónicas como el eritema heliotropo o pápulas de Gottron. El debut suele situarse entre los 5 y 14 años. A diferencia de los adultos, los pacientes pediátricos tienen más calcinosis, lipodistrofia y lesiones cutáneas; además, no suele asociarse con procesos neoplásicos. En el 60% de los casos, encontramos anticuerpos específicos de miositis. Los anti-TIF1 son los más frecuentes en raza blanca, con una prevalencia entre un 17 y un 35%. Los anti-MDA5 son más frecuentes en japoneses y los anti-Mi2 se detectan en entre un 4 y un 10% de los casos. Clásicamente la mortalidad se situaba en un tercio de los pacientes, sin embargo, en las últimas décadas, la introducción de nuevos tratamientos asociado a un diagnóstico más precoz ha permitido disminuir de forma drástica la mortalidad consiguiendo mejorar el pronóstico funcional de los pacientes. Sin embargo, se han comunicado resultados diferentes tanto en la distribución de los anticuerpos específicos como en la evolución clínica de los pacientes. El objetivo de nuestro estudio es revisar la distribución de los anticuerpos específicos de miositis y las características clínico-analíticas de los pacientes remitidos a la consulta de transición de un hospital terciario español y valorar su evolución.

Métodos: Estudio transversal, unicéntrico, con adquisición retrospectiva de variables. Se recogieron datos demográficos y clínicos en pacientes con DMJ a través de la revisión de la historia clínica. Se recogen datos de la visita basal, considerada esta en la que se realiza el diagnóstico, de la visita de transición y de la última visita en Reumatología de adultos.

Resultados: Se incluyeron un total de 14 pacientes (50% varones) con una edad media (desviación estándar) de 6,53 (3,59) años al debut de la enfermedad y 6,92 (3,81) años al diagnóstico. La mediana (Q1;Q3) de seguimiento de los pacientes es de 18,68 (3,95;13,92) años. La edad media del último brote fue de 14,42 (4,65) años. Todos los pacientes son españoles, salvo uno que es marroquí. La edad media de los pacientes en la consulta de transición fue de 19,7 (2,9) años. La mediana de seguimiento desde la consulta de transición es de 2,14 (1,52;4,44) años. 9 (64%) pacientes presentaron ANA positivos, todos tenían un patrón nuclear moteado. En cuanto a los anticuerpos específicos, tres anti-Mi2, dos anti-TIF1, dos anti-MDA5, un anti-RO52 y un anti-SAE2. Ocho pacientes cumplieron criterios definitivos de la enfermedad según Bohan y Peter. En los seis restantes el diagnóstico fue probable. Al diagnóstico, 15 pacientes presentaron niveles de CK por encima del valor superior de referencia. En la actualidad, cinco pacientes presentan niveles de CKs elevados. Actualmente, nueve pacientes continúan en tratamiento activo, aunque han experimentado una desescalada desde la consulta de transición.

Conclusiones: En nuestra serie, el AntiMi2, anti TIF1 y antiMDA5 tienen una prevalencia similar. La mayoría de los pacientes se han

tratado con una combinación de fármacos inmunosupresores; el tacrolimus y el metotrexato son los inmunosupresores más utilizados con una instauración más precoz en comparación con otras series publicadas en la literatura. En la última visita el 85% de los pacientes están en remisión y el 35,8% sin tratamiento.

Tabla 1. Manifestaciones clínicas a lo largo del curso evolutivo de la enfermedad

		Debut de la enfermedad (N = 14)	Consulta de transición (N = 14)	Última visita (N = 14)
		N (%)	N (%)	N (%)
Síndrome constitucional	Malestar general	6 (42,85)		
	Fatiga	8 (57,14)		
	Pérdida de peso	2 (14,28)		
Debilidad muscular	Fiebre	1 (7,14)		
		8 (57,14)	1 (7,14)	
Afectación cutánea	Pápulas de Gottron	8 (57,14)	3 (21,42)	1 (7,14)
	Rash en heliotropo	6 (42,85)	1 (7,14)	1 (7,14)
	Afectación ungueal	1 (7,14)		
	Signo del chal	2 (14,28)		
	Rash malar	3 (21,42)	1 (7,14)	1 (7,14)
	Calcinosis	3 (21,42)		
	Disfagia	4 (28,57)		
Afectación gastrointestinal				
Afectación pulmonar	Descenso DLCO	1 (7,14)		
	Patrón restrictivo	1 (7,14)		
Afectación musculoesquelética	Artralgias	5 (35,71)	2 (14,28)	2 (14,28)
	Artritis	2 (14,28)		1 (7,14)

DLCO: prueba de difusión del monóxido de carbono.

Tabla 2. Evolutivo de los parámetros analíticos de mayor interés a lo largo del seguimiento de los pacientes

Parámetro analítico (rango normal)	Visita basal	Visita de transición	Última visita
	Media (valor min; valor máx.)	Media (valor min; valor máx.)	Media (valor min; valor máx.)
CK (29-168 U/L)	4.256,07 (136;37.261)	204,46 (39;878)	203,33 (44;568)
Aldolasa (0-8 U/L)	36,61 (7;226)	8,11 (4;10)	6,33 (4;9)
GOT (5-34 U/L)	150,35 (25;870)	28,14 (15;58)	27,36 (17;42)
GPT (0-55 u/L)	79,14 (14;324)	33,35 (9;98)	25,75 (12;59)
PCR (0-5 mg/L)	2,25 (0;2)	1,28 (0;5)	1 (0;3)
VSG (0-30 mm/h)	21 (5;54)	8,5 (2;20)	8,88 (2;17)

Min: mínimo; Máx: máximo. CK: creatinina quinasa; GOT: glutámico oxalacético transaminasa; GPT: transaminasa glutámico pirúvica; PCR: proteína C reactiva; VSG: velocidad de sedimentación globular.

Tabla 3. Tratamientos recibidos por los pacientes a lo largo del curso evolutivo de su enfermedad

Fármaco	Durante el primer año del diagnóstico de la enfermedad (N = 14)	Consulta de transición (N = 14)	Última visita (N = 14)
	N (%)	N (%)	N (%)
Bolos de corticoides	4 (28,57)		
Ciclos de gammaglobulinas	9 (64,28)		
Monoterapia	0	2 (14,28)	3 (21,42)
Metotrexato (MTX)			
Hidroxicloroquina (HCQ)		1 (7,14)	1 (7,14)
Tacrolimus		1 (7,14)	2 (14,28)
Ciclosporina (CsA)			
Micofenolato mofetilo (MFM)			
Tratamientos combinados	13 (92,85)	7 (50)	6 (42,85)
HCQ+MTX+Tacrolimus + MFM	1 (7,14)		
HCQ+MTX+Tacrolimus	5 (35,71)	2 (14,28)	
HCQ+MTX+Tacrolimus+CsA	1 (7,14)		
HCQ+MTX+MFM		1 (7,14)	1 (7,14)
HCQ+MTX	2 (14,28)	3 (21,42)	4 (28,57)
HCQ+Tacrolimus	1 (7,14)	1 (7,14)	1 (7,14)
MTX+Tacrolimus	3 (21,42)		

P292. SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO: RENDIMIENTO DE LOS NUEVOS CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN ACR/EULAR 2023 EN UNA COHORTE DE PACIENTES

Elena María Oliver García¹, Elena Cañadillas Sánchez¹, Eddy Eduardo Tapia Cabrera¹, Alicia Viñas Barros¹, Tamia Gil Ramos¹, Cilia Amparo Peralta Ginés¹, Pilar Susana del Río Martínez¹, María Camila Osorio Sanjuán¹, Eva Palero Díaz¹, Emilia Aznar Villacampa¹, Jacobo Yáñez Merino¹ y Arantxa Torres Roselló²

¹Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. ²Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

Introducción: El síndrome antifosfolípido (SAF) es una enfermedad autoinmune sistémica caracterizada por el desarrollo de trombosis venosa o arterial y/o morbilidad durante el embarazo, asociadas a la presencia confirmada de anticuerpos antifosfolípidos (AAF). En 2023, se aprobaron los nuevos criterios de clasificación ACR/EULAR de SAF, que en la cohorte de validación mostraron, frente a los criterios de Sídney de 2006, una mayor especificidad (99% frente al 86%) y una menor sensibilidad (84% frente al 99%).

Objetivos: Describir las características clínicas de los pacientes diagnosticados de SAF en nuestro centro y comparar el rendimiento de los nuevos criterios validados de clasificación de SAF (ACR/EULAR 2023) con los previos (Sídney 2006).

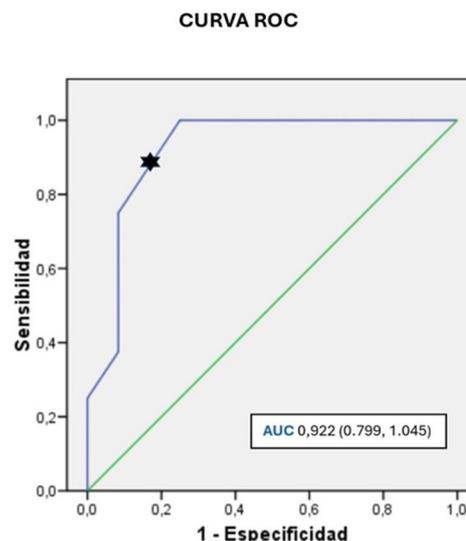
Métodos: Estudio transversal retrospectivo unicéntrico en el que se describen las características clínicas de los pacientes diagnosticados de SAF entre febrero de 2020 y febrero de 2023. Además, se comparan los nuevos criterios de clasificación (ACR/EULAR 2023) con los previos (Sídney 2006). Para ello, se han calculado la sensibilidad y especificidad de ambos criterios, así como, su grado de concordancia.

Descripción clínica de la muestra. Los resultados se expresan en n (%)

	Alta sospecha diagnóstica SAF (n = 20)	Criterios Sídney 2006 (n = 7)	Criterios EULAR/ACR 2023 (n = 9)
Sexo femenino	14 (70%)	5 (71,4%)	8 (88,9%)
Edad (años)	50,1 ± 18,1	46,3 ± 11,6	43 ± 17,3
Casos sospechosos de SAF	12 (60%)		
Casos diagnosticados de SAF	8 (40%)		
SAF primario	5 (62,5%)	4 (57,4%)	4 (44,4%)
SAF secundario	3 (37,5%)	3 (42,8%)	5 (55,5%)
Características clínicas			
LES	10 (50%)	3 (42,8%)	5 (55,5%)
Miositis autoinmune	1 (5%)	0	0
Eventos trombóticos	5 (25%)	5 (71,4%)	5 (55,55%)
TVP	4 (20%)	4 (57,1%)	4 (44,4%)
TEP bilateral	1	1	1
Eventos obstétricos	2 (10%)	2 (28,6%)	2 (22,2%)
Miocardiopatía	1 (5%)	0	1 (11,1%)
Trombopenia	2 (10%)	0	2 (22,2%)
Características serológicas			
AL	8 (40%)	4 (57,4%)	6 (66,6%)
aβ2GPI	14 (70%)	4 (57,4%)	6 (66,6%)
aCL	11 (55%)	4 (57,4%)	6 (66,6%)
Triple positividad	3 (15%)	2 (28,6%)	3 (33,3%)
Tratamiento			
AAS	4 (20%)	3 (42,8%)	4
Acenocumarol	4 (20%)	4 (57,4%)	3
Mortalidad	1 (5%)	1 (14,3%)	1 (14,3%)

Resultados: Se incluyeron 20 pacientes, 12 (60%) con alta sospecha de SAF y 8 (40%) con diagnóstico clínico establecido. La tabla muestra sus características clínicas y analíticas. Los criterios de Sídney clasificaron como SAF a 7 pacientes (35%) y los nuevos criterios ACR/EULAR 2023 a 9 (45%). En este último grupo el 88,7% eran mujeres con una edad media al diagnóstico de 43 ± 17,3 años. El 55,55% de casos eran secundarios a una enfermedad autoinmune, que en todos los casos fue el lupus eritematoso sistémico. Se detectaron eventos trombóticos en 5 pacientes, de los cuales 4 sufrieron trombosis

venosa profunda y 1 tromboembolismo pulmonar. Otras manifestaciones fueron: eventos obstétricos (22,2%), trombopenia (22,2%) y enfermedad miocárdica (11,1%). A nivel serológico, todos los pacientes presentaban positividad para uno o varios anticuerpos antifosfolípidos. Cada uno de los anticuerpos fue positivo en el 66,6% de pacientes y la triple positividad se detectó en el 33,3%. Uno de los pacientes murió de causa no atribuible a la enfermedad estudiada (14,3%). Los nuevos criterios ACR/EULAR 2023 y los previos de Sídney de 2006 presentaron una moderada correlación medida por kappa de Cohen (kappa 0,588; p 0,007). La sensibilidad y especificidad fue de 90% y 84,6% respectivamente para los nuevos criterios y de 85,7% y 100% para los de Sídney. En la figura podemos ver la curva ROC para los nuevos criterios, cuya área bajo la curva es de 0,922 (0,799, 1,045).



Conclusiones: En nuestra cohorte, los nuevos criterios de clasificación de SAF ACR/EULAR 2023 son más sensibles y menos específicos que los criterios de Sídney 2006, lo cual discrepa de lo descrito en la cohorte de validación. Creemos que, si bien el nuevo sistema ponderado favorece una mayor especificidad, la consideración de un mayor número de manifestaciones como criterios clínicos puede disminuirla, pues existe una subjetividad no controlada a la hora de considerar un evento clínico secundario a SAF y no a otras situaciones clínicas más probables. La aplicación de estos criterios requiere de una alta experiencia clínica para conseguir una especificidad elevada, que es lo ideal para el objetivo que persiguen unos criterios de clasificación: conseguir cohortes homogéneas para una mejor comparabilidad en estudios de investigación.

P293. AVANCES EN LA DETECCIÓN TEMPRANA DE RETINOPATÍA POR HIDROXICLOROQUINA MEDIANTE LA PUESTA EN MARCHA DE UNA AGENDA PROTOCOLIZADA

Paula Valentina Estrada Alarcón¹, Sara Jordán Cumplido², Oscar Camacho¹, Dacia Cerdà¹, Silvia García-Díaz¹, Sergi Heredia¹, Vanessa Navarro¹, Daniel Roig-Vilaseca¹, Marian Tormo¹ y Delia Reina¹

¹Servicio de Reumatología. Complex Hospitalari Universitari Moisès Broggi-CSI. Sant Joan Despí. ²Servicio de Oftalmología. Hospital General de L'Hospitalet-CSI. L'Hospitalet de Llobregat.

Introducción: La hidroxycloquina (HCQ) es efectiva en enfermedades autoinmunes como la artritis reumatoide (AR), el lupus (LES) y el síndrome de Sjögren (SS), pero su uso conlleva el riesgo de retinopatía tóxica (RT), una afección irreversible. La RT es rara, con una

incidencia de 1 en 1.000 pacientes-año, y un riesgo de toxicidad retiniana menor al 2% en 10 años con dosis menores a 5 mg/kg/día. Las guías americanas sugieren monitorización regular usando técnicas como la tomografía de coherencia óptica (OCT) y campimetría visual automática (CV-24) para la detección temprana de la RT, especialmente en pacientes con factores de riesgo. Se presentan los resultados descriptivos de nuestra agenda específica protocolizada para la detección temprana de la RT que inició en enero, 2021. Se analizan los resultados para conocer la incidencia de la RT. Se describen las características de nuestros pacientes: patología reumática, concomitancia con otros fármacos para su enfermedad y factores de riesgo clásicos para desarrollar RT, como lo son, una dosis > 5 mg/kg/día, la insuficiencia renal, el uso de tamoxifeno. Finalmente, se recoge el número de pacientes a los que se les ha podido suspender preventivamente la HCQ.

Métodos: Estudio transversal y retrospectivo en un centro hospitalario que atiende una población de 400.000 habitantes. Incluye pacientes visitados en Reumatología tratados con HCQ por patologías autoinmunes, con al menos dos visitas realizadas y dos años de tratamiento. Se registraron datos clínicos del curso estructurado: peso, fecha de inicio del tratamiento, dosis, insuficiencia renal, uso de tamoxifeno. Evaluaciones realizadas: OCT, CV-24, fondo de ojo, medición de agudeza visual y valoración de resultados por oftalmología.

Resultados: Entre enero de 2021 y diciembre de 2023, Servicio de Oftalmología visitó a 212 pacientes, de los cuales, 10 no se analizaron por falta de datos. Trece pacientes (6,4%) recibían más de 5 mg/kg/día de HCQ, y de estos 2 de ellos desarrollaron RT (tabla 1). La incidencia de RT en nuestra cohorte fue de 11,7 casos por cada 1.000 pacientes-año, equivalente a un 11,7% acumulado en 10 años, sin ajustar por cambios en el grupo de riesgo o la severidad de la exposición a HCQ (tabla 2).

Tabla 1. Características generales de nuestra cohorte (n=202)

Características demográficas	
• Mujeres, n (%)	165 (81,7)
• Edad; años, media (DE)	61 (16,6)
• Artritis reumatoide, n(%)	97 (45,8)
• Lupus eritematoso sistémico, n (%)	58 (27,4)
• Síndrome de Sjögren, n (%)	32 (15,1)
• Otros, n (%)	15 (7,1)
Discontinuación de HCQ, n (%)	
• Retinopatía tóxica	19 (9,4)
• Contraindicación por retinopatía previa*	10 (4,6)
• Otros motivos**	16 (7,9)

*por ejemplo: degeneración macular por edad avanzada. **decisión del paciente, decisión del médico

Tabla 2. Comparativa de factores de riesgo para RT

	Total	Pacientes sin RT- HCQ	Pacientes con RT
Años de tratamiento con HCQ, mediana [Q1-Q3]	8,19 (5,4)	6,0 [3,0-8,4]	7,0 [4,5-9,8]
Presencia de insuficiencia renal, n (%)	42 (20,8)	34 (20,2)	8 (42,1)
Filtrado renal, ml/min/m ³	76,5 (19,1)	70,6 (21,9)	78,9 (18,4)
Dosis acumulada de HCQ, mg/kg/día, media (DE)	3,30 (1,06)	3,30 (1,07)	3,37 (1,11)
Uso de tamoxifeno	2 (0,99)	2 (0,99)	0

Conclusiones: 1. No existe una diferencia significativa en los años de uso de HCQ en aquellos pacientes que desarrollaron RT. Otros factores de riesgo tales como la dosis acumulada, la insuficiencia renal o el uso de tamoxifeno no mostraron una prevalencia significativa en nuestra cohorte. 2. La incidencia de RT está infraestimada.

Los factores de riesgo clásicos no fueron suficientes para discriminar a los pacientes que desarrollan RT. 3. Es fundamental contar con una agenda protocolizada para la prevención y detección temprana de la RT en este grupo de pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- Almeida-Brasil CC, et al. Retinal toxicity in a multinational inception cohort of patients with systemic lupus on hydroxychloroquine. *Lupus Sci Med.* 2022;9(1):e000789.
- Cramarossa G, Liu HY, Turk MA, Pope JE. Guidelines on prescribing and monitoring antimalarials in rheumatic diseases: a systematic review. *Clin Exp Rheumatol.* 2021;39(2):407-12.

P294. EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN EN UNA COHORTE MULTICÉNTRICA DE PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA (ES) MEDIANTE LOS CUESTIONARIOS PHQ-9 Y GAD-7

Sergi Heredia¹, Ivette Casafont-Sole², Silvia García-Cirera³, Daniel Roig¹, Paula Estrada¹, Dacia Cerdà¹, Vanessa Navarro¹, Óscar Camacho¹, Marian Tormo¹, Silvia García-Díaz¹, Carlos Galisteo³, Judit Font², Maria Iglesias González⁴ y Delia Reina¹

¹Servicio de Reumatología. Complex Hospitalari Universitari Moisès Broggi-CSL. Sant Joan Despí. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell. ⁴Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.

Introducción: La esclerosis sistémica (ES) es una patología autoinmune sistémica de la cual disponemos de pocos datos sobre la afectación psiquiátrica. El Cuestionario sobre la salud del paciente-9 (PHQ-9) es una escala de *screening* y diagnóstica utilizada para evaluar la presencia de un trastorno depresivo mayor según los criterios DSM-IV. La escala para el trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7) es un instrumento que se utiliza para el diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada según criterios DSM-IV. Ambos test cuentan con una traducción validada al castellano. Ambas escalas se comportan de manera similar en diferentes poblaciones en cuanto a sexo, edad, grupo étnico o morbilidades médicas, considerándose un punto de corte adecuado para el diagnóstico respectivo ≥ 10 .

Objetivos: Evaluar la prevalencia de trastorno de ansiedad y depresión en los pacientes con ES mediante los test PHQ-9 y GAD-7. Buscar correlaciones entre los resultados de los test PHQ-9 y GAD-7 con parámetros demográficos, clínicos, inmunológicos y terapéuticos. Valorar el infradiagnóstico de la sintomatología ansioso-depresiva en los pacientes con ES.

Métodos: Estudio observacional, transversal y multicéntrico de una cohorte de pacientes diagnosticados de ES (criterios de clasificación ACR/EULAR 2013) en los servicios de Reumatología de 3 hospitales universitarios de la provincia de Barcelona. De manera consecutiva (junio de 2023-enero de 2024) se les realizó los cuestionarios PHQ-9 y GAD-7 así como la recogida de las variables (demográficas, clínicas, de autoinmunidad y tratamientos recibidos) en el momento de la visita. Se realizó un análisis estadístico descriptivo, así como un estudio comparativo entre grupos mediante las pruebas correspondientes.

Resultados: Se incluyen 79 pacientes, el 91% (72) mujeres, con una edad media de 61 ± 12 años. El tiempo medio de evolución de la enfermedad fue de 73 meses (rango 4-330). El 68% (54) presentaba afectación cutánea limitada, el 25% (20) difusa y el 7% (5) no presentaba afectación cutánea. En la tabla 1 se especifican las manifestaciones clínicas, inmunológicas y los tratamientos recibidos. En la tabla 2 se muestran los resultados de los test PHQ-9 y GAD-7. El 40,5% (32) de los pacientes presentaron resultados patológicos en los test, resultados muy superiores a la prevalencia de diagnósticos de enfermedad psiquiátrica entre los pacientes de la cohorte (15,2%). En el análisis comparativo se encontró una correlación directa entre

la toma de micofenolato y corticoides con los resultados de test GAD-7 categorizados por gravedad, también con la presencia de hipertensión pulmonar. Cuando se realiza comparación entre grupos según si presentan o no un resultado patológico en los test, se obtiene una mayor proporción de positividad para el anticuerpo anti-RNA polimerasa III en el grupo con valores patológicos.

Tabla 1. Manifestaciones clínicas, inmunológicas y tratamientos

	N = 79
Manifestaciones clínicas	
Enfermedad pulmonar intersticial (EPID)	17 (21,5%)
Hipertensión pulmonar (HP)	8 (10,1%)
Afectación digestiva (esofagagástrica o intestinal)	42 (53,2%)
Úlceras digitales en el momento actual	2 (2,5%)
Diagnóstico de trastorno de ansiedad y/o trastorno depresivo	12 (15,2%)
Inmunología	
ANA	78 (98,7%)
CENPA-B	49 (62%)
Ro52	12 (15,2%)
Scl-70 (topoisomerasa)	7 (8,9%)
RNA polimerasa-III	6 (7,6%)
PM/Scl	2 (2,5%)
NOR90	1 (1,3%)
Ku	1 (1,3%)
Tratamientos	
Corticocoides (< 10 mg de prednisona cada 24 horas)	9 (11,4%)
Corticocoides (≥ 10 mg de prednisona cada 24 horas)	1 (1,3%)
Micofenolato	20 (25,3%)
Hidroxicloroquina	4 (5%)
Azatioprina	3 (3,8%)
Metotrexato	2 (2,5%)
Leflunomida	1 (1,3%)
Ciclosporina	1 (1,3%)
Rituximab	1 (1,3%)
Abatacept	1 (1,3%)

Tabla 2. Resultados de los test GAD-7 y PHQ-9

	Media ± DE	Puntuación < 10 (%)	Puntuación ≥ 10 (%)
GAD-7	7,06 ± 5,33	53 (67,1%)	26 (32,9%)
PHQ-9	8,46 ± 6,69	50 (63,3%)	29 (36,7%)
GAD-7 y/o PHQ-9	-	-	32 (40,5%)

Conclusiones: Los pacientes de nuestra cohorte presentan una prevalencia de ansiedad y/o trastorno depresivo del 40,5%. Existe una correlación entre los niveles de ansiedad evaluados por el test GAD-7 y la toma de micofenolato y corticoides, así como con la presencia de hipertensión pulmonar. La positividad del anticuerpo anti-RNA polimerasa III se correlaciona con la presencia de valores patológicos en los test de depresión y ansiedad. Los diagnósticos previos de trastorno de ansiedad o depresivo en nuestra cohorte (15,2%) están claramente por debajo de la prevalencia evaluada en este estudio (40,5%).

P295. ANÁLISIS DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD DEL TEJIDO CONECTIVO DIAGNOSTICADOS DE HIPERTENSIÓN PULMONAR EN EL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA EN UN ÚNICO CENTRO TERCIARIO

Uxue Astigarraga Urquia, Irene Piñeiro Bugallo, Natividad del Val del Amo, Javier Mendizábal Mateos, Laura Garrido Courel y Concepción Fito Manteca

Hospital Universitario de Navarra. Pamplona.

Introducción: La hipertensión pulmonar (HTP) se define como aumento de la presión arterial pulmonar media (PAPm) en reposo > 20 mmHg, medida por cateterismo cardíaco derecho. Se definen cinco grupos. Las enfermedades del tejido conectivo son causa frecuente del grupo 1.

Objetivos: Análisis descriptivo de los pacientes con HTP asociada a enfermedades del tejido conectivo (ETC) en el servicio de Reumatología del Hospital de Navarra.

Métodos: Se realiza un estudio descriptivo, retrospectivo, de 33 pacientes diagnosticados de HTP hasta octubre de 2023. Se recogen los datos de las historias clínicas informatizadas. Se analizan los parámetros demográficos, clínicos, analíticos, pruebas complementarias (pruebas de función respiratoria, ecocardiograma, cateterismo) y tratamiento. El análisis estadístico se realiza con el programa STATA 15.

Resultados: De la muestra de 33 pacientes 29 son mujeres (87,9%) y 4 hombres (12,1%). La edad media fue 67,82 años (DE 2,9 IC95% 62,0-73,6). 22 pacientes (66,7%) eran esclerosis sistémica (ES), 1 (3,0%) lupus eritematoso sistémico (LES), 2 (6,0%) enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC), 2 (6,1%) artritis reumatoide (AR), 1 (3,0%) síndrome de Sjögren (SS), 4 (12,1%) síndrome de solapamiento y 1 (3,0%) artritis idiopática juvenil (AIJ). Analizamos los pacientes con HTP del grupo 1, 9 fueron HTP del grupo 1 aislada y 13 combinada con otro grupo. La ETC más frecuentemente asociada fue la ES, limitada en 50% y difusa en 13,6%; seguida del síndrome de solapamiento (13,6%); EMTC (9,0%); LES, SS y AIJ en 4,5%. El 86,4% fueron mujeres. La edad media al diagnóstico de ETC fue de 53,4 años (DE 3,2 IC95% 46,6-60,2). La edad media al diagnóstico de la HTP fue de 60,4 años (DE 3,4 IC95% 53,3-67,5). El tiempo medio de evolución entre ambos diagnósticos fue de 85,0 meses (DE 15,4 IC95% 53,0-117,0). Clínicamente, 18 pacientes presentaban fenómeno de Raynaud (fR) y 11 tenían úlceras digitales. El 95,4% los pacientes presentaban disnea al diagnóstico, un 33,3% de clase III. Además, 9,1% pacientes presentaron síncope. Un 9,1% pacientes presentaron patrón tardío capilaroscópico. El perfil de autoanticuerpos más frecuente fue ACA (40%), seguido de anti-Ro y anti-Scl-70 (33,3%); anti-U1 RNP (13,3%) y anti-RNA pol III (6,7%). Un 89,5% tenían al diagnóstico de la HTP una difusión de CO < 70%. En el ecocardiograma la PAPm estimada fue 61,3 mmHg (DE 3,3 IC95% 54,4-68,1). En el cateterismo derecho, la PAPm fue 38,3 mmHg (DE 2,4 IC95% 33,4-43,3). Previo al diagnóstico de HTP el 50% no recibía vasodilatadores, un 27,3% estaba con un vasodilatador y un 22,7% con dos. Tras el diagnóstico el 68,2% recibe biterapia (antagonistas receptor endotelina 1 e inhibidores fosfodiesterasa 5). Además, el 46,6% de pacientes realizaron terapia endovenosa periódica con prostaglandinas por fR severo. 5 realizaban tratamiento concomitante con inmunosupresor (18,2% glucocorticoides, 13,6% micofenolato y 4,5% azatioprina). El 36,4% pacientes fallecieron en el transcurso de la ETC asociada a HTP.

Conclusiones: En nuestra muestra, la hipertensión pulmonar asociada a enfermedades del tejido conectivo fue más frecuente en mujeres, mayores de 65 años, con esclerosis sistémica limitada y patrón anticentrómero positivo. El tiempo medio de evolución entre ambos diagnósticos fue de 8 años. La PAPm en el cateterismo fue de 38,3 mmHg. La mayoría de los pacientes realizaba tratamiento vasodilatador en biterapia. El 36,4% pacientes fallecieron en el transcurso de la ETC asociada a HTP.

P296. SERIE DE CASOS DE PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA Y ANTICUERPOS ANTICENTRÓMERO POSITIVO: CLASIFICACIÓN Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Laura Salvador Maicas¹, Jorge Juan Fragío Gil¹, Roxana González Mazarío¹, Pablo Martínez Calabuig¹, Mireia Sanmartín Martínez¹, Antonio Sierra Rivera², Amalia Rueda Cid¹, Juan José Lerma Garrido¹, Clara Molina Almela¹, Pilar Teresa Timoneda Timoneda² y Cristina Campos Fernández¹

¹Servicio de Reumatología y Metabolismo óseo. Hospital General Universitario de Valencia. ²Servicio de Análisis Clínicos. Hospital General Universitario de Valencia.

Introducción: La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad autoinmune de etiología desconocida, caracterizada por producir fibrosis en piel, paredes vasculares y diferentes órganos. Clásicamente se

divide la enfermedad en ES limitada (EScl) o ES difusa (EScd). El hallazgo de laboratorio más característico es la presencia de anticuerpos antinucleares (ANA) en más del 95%, siendo unos de los más frecuentes los anticentrómero (ACA), presentes en el 30-80% de las formas limitadas y en menos del 5% de las difusas. Los anticuerpos en la ES son marcadores de perfiles clínicos y presentan relación con el pronóstico de la enfermedad.

Objetivos: Determinar la prevalencia y la significación clínica de la positividad de ACA en pacientes con sospecha de enfermedad autoinmune, así como describir y analizar las variables epidemiológicas y manifestaciones clínicas de los pacientes con ES.

Métodos: Se realizó un estudio transversal monocéntrico en el que se incluyó a todos aquellos pacientes con inmunofluorescencia indirecta (IFI) con ACA positivo desde 2010 hasta marzo de 2023. Se analizó la relación entre la presencia de anticuerpos y el diagnóstico de ES según criterios ACR/EULAR 2013. De los pacientes con ES se recogieron datos demográficos, diagnósticos clínicos y manifestaciones clínicas de su enfermedad definidas por criterio de su médico responsable o a través de pruebas complementarias. Se incluyeron manifestaciones cutáneas, pulmonares, digestivas, cardíacas, renales, presencia de fenómeno de Raynaud, y se analizó su prevalencia. Se definió como EScl los que presentaron endurecimiento de la piel en zonas acras, distal a codos y rodillas, y en cara; y EScd aquellos con engrosamiento de la piel de tronco o región proximal de miembros.

Resultados: Se revisaron un total de 393 pacientes con IFI con ACA positivo, y 58 (15%) cumplieron criterios de ES. De esos 58, 50 fueron diagnosticados de EScl (86%), 7 de ES *sine* esclerodermia (12%) y solo 1 de EScd (2%). De entre las EScl, 7 cumplían los criterios de síndrome de CREST, 4 de *overlap* ES-síndrome de Sjögren, y 1 fue diagnosticado de síndrome de Reynolds (cirrosis biliar primaria + ES). En la tabla 1 se muestran las distintas variables demográficas recogidas y la clasificación de diagnósticos. Entre las diferentes manifestaciones clínicas, destaca la presencia de fenómeno de Raynaud en el 100% de los pacientes, de entre los cuales 41 de ellos (71%) tuvieron una capilaroscopia patológica. Otras de las manifestaciones más frecuentes fueron las cutáneas, presentes en el 66% de los pacientes, seguidas en frecuencia de las digestivas en un 53% de los casos. Un 12% presentaron afectación renal y un 10% cardíaca. En la tabla 2 se refleja de manera detallada la clasificación de cada dominio de manifestaciones.

Tabla 1. Datos demográficos y diagnóstico de los pacientes con ACA +

Sexo	Mujer	56 pacientes (97%)
	Hombre	2 pacientes (3%)
Edad	18-65 años	28 pacientes (48%)
	66-79 años	19 pacientes (33%)
	80-90 años	8 pacientes (14%)
	> 90 años	3 pacientes (5%)
	ES con afectación cutánea limitada	Síndrome CREST
	<i>Overlap</i> ES-síndrome Sjögren	4 pacientes (8%)
	Síndrome de Reynolds	1 paciente (2%)
ES <i>sine</i> esclerodermia		7 pacientes (12%)
ES con afectación cutánea difusa		1 paciente (2%)

Conclusiones: Un 15% de los pacientes con ACA positivos cumplían criterios de ES, siendo un 86% clasificados de EScl. De entre los pacientes con ES, la mayoría fueron mujeres de entre 18 y 65 años. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron fenómeno de Raynaud (100%), seguido de manifestaciones cutáneas (66%), especialmente esclerodactilia, telangiectasias y calcificaciones. Destacan a su vez, por frecuencia, las manifestaciones digestivas (53%), especialmente disfagia y reflujo gastroesofágico; y las manifestaciones pulmonares (17%), destacando la hipertensión pulmonar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Calderon LM, Pope JE. Scleroderma epidemiology update. *Curr Opin Rheumatol.* 2021;33:122-7.

Tabla 2: Manifestaciones clínicas

Manifestaciones cutáneas (66%)	38
Esclerodactilia	19
Telangiectasias	25
Calcificaciones	13
Úlceras	5
Edemas de manos	2
Petequias	1
Eritema	1
Morfea antebrazo, muslo y abdomen	1
Endurecimiento tronco y muslo sin esclerodactilia	1
Manifestaciones pulmonares (17%)	10
Hipertensión pulmonar	9
Enfermedad pulmonar intersticial difusa	1
Fenómeno de Raynaud (100%)	58
Presencia de fenómeno de Raynaud	58
Capilaroscopia patológica	41
Manifestaciones digestivas (53%)	31
Disfagia	16
Reflujo gastroesofágico	12
Hipomotilidad esofágica	7
Hernia de hiato	6
Esofagitis	2
Dilatación esofágica	2
Hepatitis autoinmune	2
Cirrosis biliar primaria	2
Hipotonía esfínter esofágico inferior	3
Incontinencia fecal por disfunción esfínter anal interno	1
Manifestaciones renales (12%)	7
Enfermedad renal crónica	7
Crisis renales	0
Manifestaciones cardíacas (10%)	6
Derrame pericárdico	3
Insuficiencia cardíaca	3
Fibrosis miocárdica	1
Otras manifestaciones	
Neoplasia	10
Infarto agudo de miocardio	3
Ictus	4
Trombosis venosa profunda	2
Exitus	3

P297. SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO TRIPLE POSITIVO Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN BASE A LOS NUEVOS CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN ACR/EULAR 2023

Cristina Rocamora Gisbert, Francina Salabert Carreras, Raquel Ugena García, Cristina Calomarde Gómez, Niccolò Viveros, Laia Gifré Sala, María Aparicio Espinar, Melania Martínez Morillo, Lourdes Mateo Soria, Anne Riveros Frutos, Ivette Casafont Solé y Judit Font Urgelles

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

Introducción: La triple positividad en el síndrome antifosfolípido (SAF-TP) se define por la presencia de anticoagulante lúpico positivo y de los anticuerpos anticardiolipina y anti-beta2 glicoproteína. Es sabido que el SAF-TP se asocia con una mayor presencia de manifestaciones trombóticas y obstétricas, pero dicha evidencia fue basada en los criterios de Sapporo. Tras la publicación de los nuevos criterios de clasificación ACR/EULAR 2023 en que se engloban las manifestaciones llamadas “no criterio”, se facilitará la detección sistemática de pacientes con otras manifestaciones hasta ahora menos prevalentes o infradiagnosticadas.

Objetivos: Determinar la prevalencia de las nuevas manifestaciones clínicas incluidas en la clasificación 2023 ACR/EULAR para SAF en los pacientes con SAF-TP. Analizar la prevalencia de las manifestaciones “no criterio” en ausencia de eventos trombóticos u obstétricos en pacientes con SAF-TP.

Métodos: Estudio descriptivo transversal realizado en un hospital terciario. Se incluyeron los pacientes SAF-TP diagnosticados entre 1990 y 2023. Se excluyeron pacientes menores de 18 años. Se clasificaron a los pacientes en dos grupos: SAF-TP con presencia de trombosis y/o eventos obstétricos (SAF-TP1) y SAF-TP sin trombosis ni eventos obstétricos por presencia de mínimo una manifestación

clínica recogida en la clasificación ACR/EULAR 2023 (SAF-TP2). De ambos grupos se recogieron variables sociodemográficas, clínicas y analíticas.

Resultados: Se identificaron un total de 51 pacientes SAF-TP, 36 (70,6%) pacientes SAF-TP1 y 15 (29,4%) pacientes SAF-TP2. Un 59,3% eran mujeres con una edad media de diagnóstico de 47,2 años (tabla 1). 5 pacientes (9,8%) fueron clasificados como SAF catastrófico. En el grupo SAF-TP1, 34 pacientes (66,7%) presentaron trombosis (venosas: 20 [58,8%], arteriales 12 [35,2%] y ambas 4 [11,8%]) y 7 pacientes (13,7%) presentaron eventos obstétricos. La manifestación "no criterio" más frecuente en el SAF-TP1 fue la plaquetopenia (36,1%), mientras que en el SAF-TP2 fueron más prevalentes las valvulopatías (46,1%) y el fenómeno de Raynaud (33,3%) (tabla 2, fig.). No hubo diferencias significativas en ninguna de las variables observadas (tabla 2).

	SAF TP-1 36 (70.58)	SAF TP-2 15 (29.41)	p-valor
Sexo femenino, n (%)	19 (52.8)	11 (73.3)	0.174
Edad al diagnóstico, media (DE)	45 (14.6)	47.06 (17.85)	0.166
Hábito tabáquico, n (%)	26 (72.2)	9 (60)	0.103
Hipertensión arterial, n (%)	19 (52.8)	4 (26.67)	0.125
Dislipemia, n (%)	10 (27.8)	6 (40)	0.391
Diabetes mellitus, n (%)	6 (14.63)	2 (13.33)	1.000
Trombofilia asociada, n (%)	1 (2.8)	1 (6.7)	0.506
Cardiopatía isquémica, n (%)	3 (8.3)	1 (6.7)	1.000
Conectivopatías asociadas, n (%)	13 (36.1)	6 (40)	0.750
• LES, n (%)	12 (33.3)	6 (40)	0.649
• Sjögren, n (%)	1 (2.78)	0	1.000

LES: Lupus eritematoso sistémico.

Tabla 1. Características de los pacientes.

Conclusiones: En nuestra cohorte, la manifestación clínica más frecuente fue la trombosis, especialmente venosa. En los pacientes sin trombosis o eventos obstétricos, las manifestaciones más prevalen-

tes fueron las valvulopatías y el fenómeno de Raynaud. Se plantea la importancia de estudiar el síndrome antifosfolípido en pacientes con manifestaciones no trombóticas, especialmente en pacientes que no cumplan criterios de otras conectivopatías. Pese a que algunas manifestaciones fueron únicas de este grupo (microangiopatía renal, hemorragia alveolar, hemorragia adrenal bilateral), no encontramos diferencias significativas entre grupos. Esto puede ser influenciado por el escaso tamaño muestral, por lo que podría plantearse como objeto de estudio en el futuro.

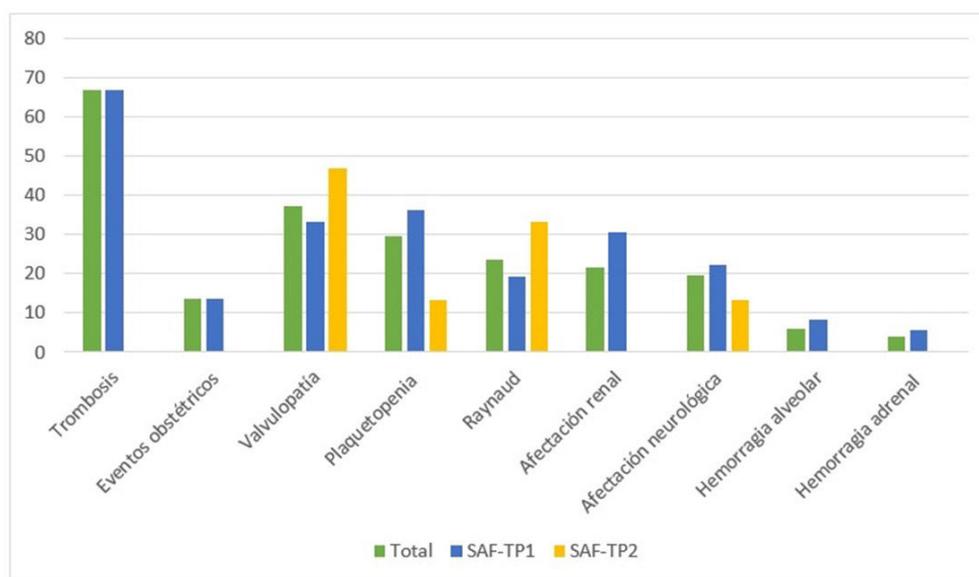
	Total 51 (100)	SAF-TP1 36 (70.58)	SAF-TP2 15 (29.41)	p-valor
Afectación hematológica, n (%)	18 (35.3)	14 (38.9)	4 (26.7)	0.527
• Plaquetopenia, n (%)	15 (29.4)	13 (36.1)	2 (13.3)	0.177
• AHAI, n (%)	6 (11.8)	4 (11.1)	2 (13.3)	1.000
Valvulopatía, n (%)	19 (37.3)	12 (33.3)	7 (46.7)	0.669
• Estenosis, n (%)	5 (9.8)	2 (5.6)	3 (20)	0.144
• Insuficiencias, n (%)	13 (25.5)	8 (20.5)	5 (33.3)	0.487
• Otros*, n(%)	6 (11.8)	4 (11.1)	2 (13.3)	1.000
Afectación pulmonar, n (%)	5 (9.8)	4 (11.1)	1 (6.7)	1.000
• Hemorragia alveolar, n (%)	3 (5.9)	3 (8.3)	0 (0)	0.546
• Hipertensión pulmonar (tipo I), n (%)	2 (3.9)	1 (2.8)	1 (6.7)	0.506
Afectación cutánea, n (%)	21 (41.2)	13 (36.1)	8 (53.3)	0.255
• Raynaud, n (%)	12 (23.5)	7 (19.4)	5 (33.3)	0.287
• Otros**, n(%)	3 (5.9)	2 (5.6)	1 (6.7)	1.000
MAT renal, n (%)	5 (9.8)	5 (13.9)	0 (0)	0.304
Afectación neurológica, n (%)	10 (19.6)	8 (22.2)	2 (13.3)	0.703
• Migraña, n (%)	3 (5.9)	2 (5.6)	1 (6.7)	1.000
• Epilepsia, n (%)	5 (9.8)	3 (8.3)	2 (1.3)	0.623
• Otros***, n (%)	3 (5.9)	2 (5.6)	1 (6.7)	1.000
Hemorragia adrenal bilateral, n (%)	2 (3.9)	2 (5.6)	0 (0)	0.351

AHAI: Anemia hemolítica autoinmune. MAT: Microangiopatía trombótica.

* doble lesión valvular, endocarditis trombótica de Libman-Sacks, ** livedo racemosa, vasculitis livedoide).

***deterioro cognitivo, lesiones desmielinizantes subcorticales)

Tabla 2. Manifestaciones "no criterio" recogidas.



Prevalencia de las manifestaciones clínicas en los pacientes con SAF-TP.

P298. CAMBIO EN LA UTILIDAD DE LOS ANTICUERPOS ANTINUCLEARES (ANA) TRAS LA IMPLEMENTACIÓN DE SOLICITUD DE ANALÍTICA POR PERFIL DE PACIENTE

I. de la Morena Barrio¹, R. Planell Oliván¹, J. Sanmartín Martínez¹, L. Charca Benavent¹, D. Fernández Lozano¹, N. Costas Torrijo¹, D. Bedoya Sanchis¹, Trenor Larraz¹ y E. Rodríguez²

¹Unidad de Reumatología. Hospital Clínico de Valencia. ²Servicio de Laboratorio. Hospital Clínico de Valencia.

Introducción: El diagnóstico de enfermedad autoinmune ha crecido en los últimos años, y se expresa en un incremento del número de solicitudes de las pruebas de ANA por año y la derivación a atención especializada para la valoración de este resultado. Fue estimado que el 70% del diagnóstico médico se basa en las pruebas de laboratorio. Pero, si a la indicación de los ANA corresponde a una probabilidad preprueba razonable, la probabilidad de obtener una información valiosa posprueba se incrementa considerablemente, pero si la probabilidad preprueba es baja, aumenta la probabilidad de un resultado falso positivo. La solicitud indiscriminada de ANA, supone una sobrecarga del laboratorio y un incremento del gasto, socavando el valor del resultado, pudiendo conducir solicitudes de otras exploraciones complementarias innecesarias, y a errores en el diagnóstico, seguimiento, y tratamiento. Se han publicado numerosos artículos acerca de las situaciones clínicas que justifican la solicitud de los ANA, y aquellas manifestaciones en que, por su inespecificidad, no estaría indicada (fatiga, mialgias generalizadas inespecíficas y fibromialgia). En octubre de 2021 se habilitaron en el sistema de petición electrónica de análisis para Atención Primaria (AP) 6 perfiles analíticos en función de la sospecha de enfermedad reumatológica inflamatoria, con la finalidad de ayudar en la identificación y derivación precoz de estos pacientes, homogeneizando las exploraciones y adecuándolas a la sospecha.

Objetivos: Comparar la empleabilidad y coste en la determinación de ANA antes y después de la implementación de una herramienta de solicitud de análisis por perfil clínico del paciente AP.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo pre y post implementación de la herramienta de laboratorio, estableciéndose dos periodos de estudio: el año 2021 (seguimiento hasta diciembre de 2022) y el año 2023 (seguimiento hasta diciembre de 2023). Se recogen: número de solicitudes ANA por parte de AP, número de derivaciones a SR por resultado positivo, perfil de paciente, manifestaciones clínicas por las que se solicitan, diagnóstico final, altas, y tiempo de seguimiento. Se analiza el gasto por determinación de ANA, la conveniencia de la solicitud en los pacientes derivados.

Resultados: Se identifica una tendencia al alza del número de solicitudes ANA desde AP de 2019 a 2021 con una tendencia ascendente de gasto del 2,28%. Posteriormente se invierte esta tendencia (tabla 1), calculando un ahorro, solo en determinación de ANA, de 36.120,96€ en 2022 y 2023 y de 4.184,1€ en ENA; en total: 40.305,06€. Se derivan por ANA+ al SR 134 pacientes en 2021, momento en que había 3 facultativos, y 123 en 2023 en que había 5, encontrándose un descenso en la tasa de derivaciones por reumatólogo, siendo de 44,6 en 2021 y de 24,6 en 2023. Se presenta en la tabla 2 la comparación de variables de los pacientes derivados al SR en ambos periodos.

Tabla P298

Tabla 1. Tendencia de solicitudes de ANA desde AP

Año	Solicitudes de ANA	N pacientes	N peticiones total de analíticas	Solicitud de ANA por cada 100 peticiones	Resultados ANA negativos	%negativos	Resultados ANA positivos	% positivos
2019	2.085	2.029	156.161	1,3	1.644	78,8	439	21,1
2020	1.959	1.911	113.311	1,73	1.572	80,2	385	19,7
2021	3.345	3.240	146.456	2,28	2.765	82,7	578	17,3
2022	3.004	2.933	159.726	1,88	2.672	88,9	329	11
2023	2.732	2.698	168.354	1,62	2.482	90,8	237	8,7

Tabla 2. Características de los pacientes derivados a SR por ANA+

	Año 2021		Año 2023	
N pacientes	134		123	
Sexo	119 mujeres		106 mujeres	
Edad	57,8 ± 16,32		57,98 ± 14,85	
Tiempo medio de seguimiento (meses)	12,5 ± 6,2		5,4 ± 3,8	
Procedencia	N	%	N	%
AP	116	86,6	93	75,6
Neurología	5	3,7	3	0,8
Medicina Interna	1	0,7	1	4,1
Hematología	1	0,7	2	1,6
Digestivo	4	3	2	3,3
Neumología	1	0,7	8	2,4
Dermatología	4	3	2	0,8
Otorrino	1	0,7	1	1,6
Nefrología	1	0,7	5	1,6
Ginecología	0	0	2	6,5
Privada	0	0	4	1,6
Total	134	100	123	100
Recomendado no solicitar	24	17,9	13	10,60
Solicitud adecuada a clínica	45	33,6	51	41,50
Diagnóstico final				
Artrosis de manos	11	8,2	3	2,4
Dolor crónico/fibromialgia	16	11,9	17	13,8
Artritis reumatoide seropositiva	12	9	2	1,6
Conectivopatía	21	15,7	29	23,6
ANA+ sin conectivopatía	21	15,7	15	12,2
Otras artritis/polimialgia reumática	16	11,9	2	1,6
Diagnósticos no inflamatorios	33	24,6	22	17,9
Pendiente	0	0	26	21,1
Total	130	97	116	94,3
Perdidos	4	3	7	5,7
	134	100	123	100
Alta	65	48,50	26	22,60
Alta en primera visita	19	9,30	20	9,80

Conclusiones: Aunque los grupos no son comparables por la diferencia en el tiempo de seguimiento, quedando 26 casos del año 2023 pendientes de diagnóstico definitivo, la nueva herramienta ha permitido: disminuir el gasto en determinación de ANA y ENA, y en la derivación al SR y mejorar la conveniencia preprueba en los derivados al SR. En 2023 disminuyó el diagnóstico de artritis reumatoide, otras artritis y polimialgia reumática, tres de los perfiles clínicos de la herramienta, adecuando sospecha-determinación.

P299. SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE PACIENTES CON PRUEBA DE CRIOFIBRINÓGENO POSITIVA DURANTE LA ERA COVID-19

Carmen Lasa Teja¹, Amparo Sánchez-López², María Enriqueta Peiró-Callizo¹, Mónica Renuncio-García³, Adrián Martín-Gutiérrez¹, Carmen Secada-Gómez¹, Juan Irure-Ventura³, Marcos López-Hoyos³ y Ricardo Blanco¹

¹División de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Grupo de Immunopatología. Santander. ²División de Dermatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. ³División de Inmunología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Grupo de Immunopatología. Santander.

Introducción: Durante la pandemia COVID-19 se registraron un aumento en el número de manifestaciones cutáneas. La mayor concienciación de los médicos en la identificación y diagnóstico, hizo

que aumentara el número de test de criofibrinógeno solicitados. Consecuentemente, el número de criofibrinógenos positivos aumentó. Dado que algunas estaban relacionadas con el proceso infeccioso, muchas permanecieron estables o no reaparecieron durante el seguimiento.

Objetivos: Evaluar la evolución clínica de los pacientes con prueba de criofibrinógeno positiva durante la era COVID-19.

Métodos: Estudio unicéntrico, observacional, retrospectivo de 116 pacientes con al menos una determinación de criofibrinógeno positiva desde diciembre de 2022 a diciembre de 2023 en un hospital terciario del norte de España. El síndrome de CF (criofibrinogenemia) se diagnosticó según los criterios definidos (dos pruebas positivas más manifestaciones cutáneas o eventos trombóticos). Los pacientes asintomáticos se definieron por no presentar manifestaciones clínicas. El resto de los pacientes se incluyeron entre los que no cumplían criterios. Durante este periodo, se recogieron variables de datos clínicos y parámetros de laboratorio. La mayoría de los pacientes tuvieron al menos una cita más de seguimiento antes del alta.

Tabla. Características generales de pacientes con un test Criofibrinógeno (CF) positivo en la era COVID-19.

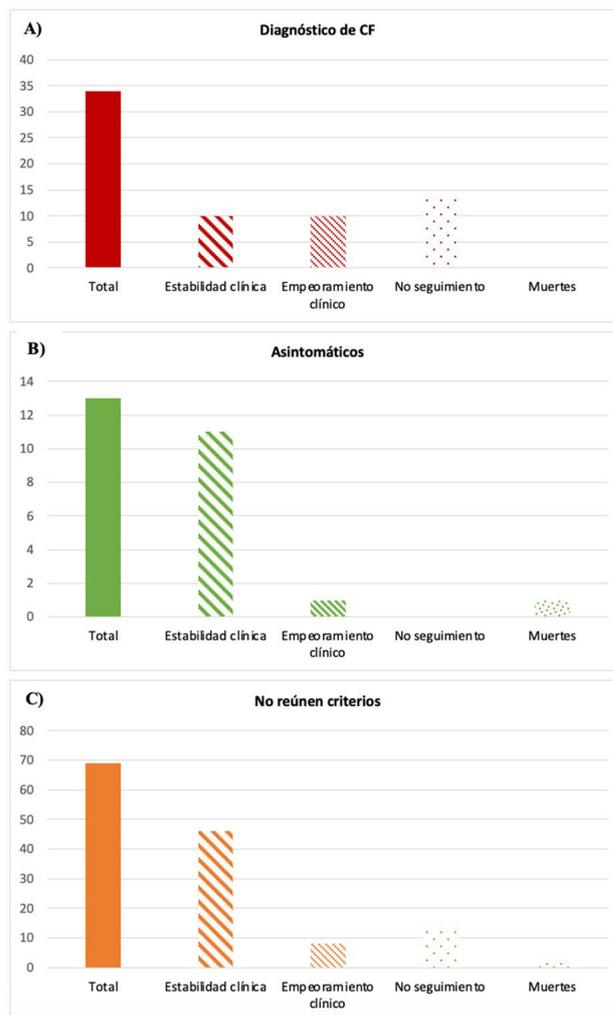
	Era COVID-19 (n=116)
Sexo	
Mujer, n (%)	54 (46.6)
Varón, n (%)	62 (53.4)
Edad, años, mediana [IQR]	39.7 [1-92.3]
FRCV	47 (40.5)
Diagnóstico de síndrome de CF	34 (29.3)
CF Esencial, n (%)	13 (38.2)
CF Secundaria, n (%)	21 (61.8)
Sin lesiones cutáneas, n (%)	23 (19.8)
Tipo de lesiones cutáneas	
Máculas purpúricas, n (%)	36 (31)
Perniosis, n (%)	25 (21.6)
Raynaud, n (%)	24 (20.7)
Acrocianosis, n (%)	18 (15.5)
Ulceración distal, n (%)	8 (6.9)
Livedo, n (%)	3 (2.6)
Urticaria con el frío, n (%)	1 (0.9)
Necrosis isquémica, n (%)	1 (0.9)
Localización de las lesiones cutáneas	
Pies, n (%)	35 (30.2)
Manos, n (%)	28 (24.1)
Manos y pies, n (%)	23 (19.8)
Otros, n (%)	7 (6)
Biopsia cutánea	15 (12.9)
Síntomas respiratorios	25 (21.6)
Síntomas neurológicos	6 (5.2)
Síntomas digestivos	5 (4.3)
Tratamiento	50 (43.1)

FRCV: Factores de riesgo cardiovascular.

Resultados: Estudiamos 116 pacientes (53,4% varones) (mediana de edad 39,7 años) con test de criofibrinógeno positivo. Más del 40,5% de los pacientes presentan algún factor de Riesgo Cardiovascular (FRCV). La piel fue el órgano más afectado. Las principales manifestaciones clínicas relacionadas con el síndrome de CF incluyeron máculas purpúricas (31%), perniosis (21,6%), Raynaud (20,7%) y acrocianosis (15,5%). La localización más frecuente fueron los pies, seguidas de las manos. La biopsia cutánea solo se realizó en el 12,9% de los casos. Los síntomas respiratorios aparecieron hasta en el 21% de los casos. En el momento de realizarse el test de criofibrinógeno se incluyeron en estos grupos: a) Síndrome de CF (n = 34; 29,3%); b) pacientes asintomáticos (n = 13; 11,2%); y c) pacientes sintomáticos que no cumplen criterios de síndrome de CF (n = 69; 59,5%). Durante un año de seguimiento (fig.) 10/34 (29,4%) pacientes con síndrome

de CF alcanzaron la estabilidad y 14/34 (41,2%) de los pacientes no precisaron seguimiento. El empeoramiento apareció en 10/34 (29,4%) de ellos. En el grupo de pacientes asintomáticos, 11/13 (84,6%) alcanzaron la estabilidad y 1/13 (7,7%) de los pacientes empeoraron. Por último, 46/69 (66,7%) de los pacientes alcanzaron la estabilidad clínica y 13/69 (18,8%) de los pacientes no precisaron seguimiento. Se observó empeoramiento en 8/69 pacientes.

Figura. Resultados de cada grupo de pacientes tras un año de seguimiento. **A)** Pacientes con síndrome de Criofibrinogenemia (CF). **B)** Pacientes asintomáticos. **C)** Pacientes sintomáticos que no cumplen criterios de síndrome de CF.



Conclusiones: Durante un año de seguimiento casi un tercio de los pacientes con síndrome de CF, empeoraron. Por el contrario, la mayoría de los pacientes asintomáticos o sintomáticos sin cumplir criterios de síndrome de FQ permanecen estables.

P300. AUTOANTIBODY AND RADIOLOGICAL PROFILES AS PROGNOSTIC INDICATORS IN IDIOPATHIC INFLAMMATORY MYOPATHIES: INSIGHTS INTO MORTALITY AND INTERSTITIAL LUNG DISEASE DEVELOPMENT

Cristiana Isabel Sieiro Santos, Miriam Retuerto-Guerrero, Clara Moriano Morales, Carolina Álvarez Castro, Carolina Díez, José Ordas Martínez, Ismael González, Ignacio González Fernández, Paula Pérez-García, Pedro Baenas González and Elvira Díez Álvarez

Complejo Asistencial Universitario de León.