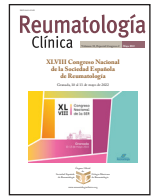




Sociedad Española  
de Reumatología  
Colegio Mexicano  
de Reumatología

# Reumatología Clínica

www.reumatologiaclinica.org



## POSTERS

### XLVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología

Granada, 10-13 de mayo de 2022

Miércoles 11 de mayo de 2022

#### PO01. LA HIPERLIPIDEMIA POSPRANDIAL SE ASOCIA CON INFLAMACIÓN Y ATROSCLEROSIS SUBCLÍNICA EN LOS PACIENTES CON AR

N. Mena Vázquez<sup>1</sup>, R. Redondo-Rodríguez<sup>1</sup>, J.M. Lisbona-Montañez<sup>1</sup>, F.G. Jiménez-Núñez<sup>1</sup>, S. Manrique-Arija<sup>1</sup> y A. Fernández Nebro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UGC de Reumatología. Instituto de Investigación Biomédica de Málaga. Hospital Regional Universitario de Málaga. Universidad de Málaga. <sup>2</sup>UGC de Reumatología. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

**Introducción:** Los triglicéridos están ganando interés como FRCV debido a que algunos estudios demuestran que un incremento de la lipemia posprandial predice de forma independiente el riesgo de arterioesclerosis en población general.

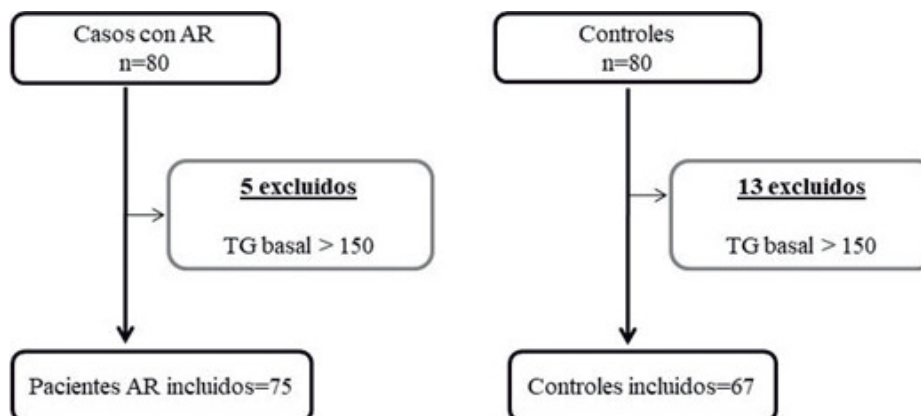
**Objetivos:** Describir la lipemia postprandial en pacientes con artritis reumatoide (AR) en comparación con controles; así como su asociación con aterosclerosis subclínica y con otros factores clínico-analíticos, de actividad inflamatoria y severidad de la AR.

**Métodos:** Estudio observacional de 80 casos con AR y 80 controles pareados por sexo y edad. Se excluyeron sujetos con dislipemia. La hiperlipidemia postprandial (HLPP) fue definida como triglicéridos postprandiales > 220 mg/dl y/o niveles de ApoB48 postprandial mayor al percentil 75 (> p75). Los lípidos plasmáticos, colesterol, tri-

glicéridos, ApoB48 y ApoB total fueron evaluados basal y postprandial. Entre las variables secundarias se incluyeron factores esperados de asociación a hiperlipemia postprandial, como aterosclerosis subclínica definida por presencia de placa de ateroma carotídea, actividad inflamatoria por Disease Activity Score (DAS28) y plex de citoquinas inflamatorias, GRAVEDAD (ACPA, erosiones), apolipoproteínas, actividad física y dieta mediterránea. Análisis descriptivo, bivariante y modelo multivariante de regresión logística para identificar los factores asociados a HLPP en pacientes con AR.

**Resultados:** Un total de 75 (93,8%) pacientes con AR y 67 (83,8%) controles sanos cumplieron los criterios de inclusión (tabla). Un mayor número de pacientes con AR en relación con los controles tuvieron HLPP (número [%] = 29 [38,7] vs. 15 [22,4]; p = 0,036) y aterosclerosis subclínica (número [%] = 22 [30,1] vs. 10 [14,9]; p = 0,032). Así mismo, los pacientes con AR tuvieron valores más elevados de TG posprandial, ApoB48 posprandial (media [DE] = 14,3 [5,6] vs. 12,6 [4,3]; p = 0,041) y mayor incremento de ApoB48 (media [DE] = 6,8 [4,5] vs. 5,3 [3,8]; p = 0,043). La HLPP en los pacientes con AR se asoció con aterosclerosis subclínica (OR [IC95%] 4,69 [1,0-12,1]; p = 0,037), TNF Alpha (OR [IC95%] 2,00 [1,0-3,9]; p = 0,048), la proteína C reactiva ultrasensible (OR [IC95%] 1,1 [1,0-1,1]; p = 0,027) y los TG basal (OR [IC95%] 1,02 [1,0-1,0]).

**Conclusiones:** Los pacientes con AR presentar mayor HLPP en comparación con controles, pese a tener unos TG en ayunas similares. Nuestros resultados muestran que las placas de ateroma, el TNF alfa, la PCR ultrasensible y los TG en ayunas, son factores relacionados con la hiperlipidemia posprandial en pacientes con AR. De esta



Flujo de pacientes incluidos.

**Tabla P001**

Características basales de 75 pacientes con AR y 67 controles

Variable	Pacientes n = 75	Controles n = 67	p-valor
<b>Características epidemiológicas</b>			
Edad en años, media (DE)	54,8 (11,4)	53,5 (11,3)	0,600
Sexo, mujer; n (%)	64 (85,3)	59 (88,1)	0,634
Tabaco actual			0,045
Nunca fumador, n (%)	34 (45,3)	44 (65,7)	
Exfumador, n (%)	26 (34,7)	13 (19,4)	
Fumador, n (%)	15 (20,0)	10 (14,9)	
<b>Comorbilidades</b>			
Hipertensión arterial, n (%)	21 (28,0)	12 (17,9)	0,155
Diabetes mellitus, n (%)	3 (4,0)	4 (6,0)	0,588
Enfermedad cardiovascular, n (%)	5 (6,7)	1 (1,5)	0,126
AF de enfermedad coronaria, n (%)	21 (28,0)	10 (14,9)	0,060
<b>Características antropométricas</b>			
IMC (Kg/m <sup>2</sup> ), media (DE)	27,6 (5,2)	26,8 (4,9)	0,326
Obesidad (IMC ≥ 30), n (%)	15 (22,7)	17 (22,7)	0,972
Perímetro cintura, (cm), mediana (RIC)	90,0 (83,0-102,0)	89,5 (80,0-100,0)	0,363
Perímetro de cadera (cm), mediana (RIC)	105,5 (99,7-110-0)	104,5 (97,7-110,0)	0,573
Índice cintura cadera, mediana (RIC)	0,87 (0,8-0,9)	0,86 (0,8-0,9)	0,658
MET-minuto, mediana (RIC)	460,0 (215,0-672,2)	693,0 (396,0-1020,0)	0,005
MEDAS total, mediana (RIC)	9,0 (8,0-10,0)	9,0 (8,0-11,0)	0,890
<b>Características clínico-analíticas</b>			
Tiempo de evolución AR, meses, media (DS)	135,2 (68,9)	-	-
Retraso diagnóstico, meses, mediana (RIC)	5,7 (5,6-9,7)	-	-
Erosiones, n (%)	34 (45,9)	-	-
FR > 10, n (%)	62 (82,7)	0 (0,0)	< 0,001
ACPA > 20, n (%)	59 (78,7)	0 (0,0)	< 0,001
PCR ultrasensible (mg/dl), mediana (RIC)	4,7 (2,5-7,8)	1,7 (0,8-2,9)	< 0,001
VSG (mm/h), mediana (RIC)	16,0 (8,0-25,0)	11,0 (6,0-18,0)	0,008
NAD (0-28), mediana (RIC)	1 (0,0-2,0)	-	-
NAI (0 - 28), mediana (RIC)	0 (0,0-1,0)	-	-
DAS28 al protocolo, mediana (RIC)	2,7 (2,2-4,1)	-	-
Remisión-baja actividad, n (%)	45 (60,0)	-	-
Moderada-alta actividad, n (%)	30 (40,0)	-	-
HAQ, media (DE)	0,8 (0,2-1,7)	-	-
<b>Tratamientos</b>			
FAME sintético, n (%)	66 (88,0)	-	-
Metotrexato, n (%)	46 (61,3)	-	-
Leflunomida, n (%)	7 (9,3)	-	-
Sulfasalazina, n (%)	6 (8,0)	-	-
Hidroxicloroquina, n (%)	6 (8,0)	-	-
FAME biológico, n (%)	36 (48,0)	-	-
Anti TNF-α, n (%)	23 (30,7)	-	-
Inhibidor de Jak, n (%)	3 (4,0)	-	-
Anti IL-6, n (%)	7 (9,3)	-	-
Abatacept, n (%)	1 (1,3)	-	-
RTX, n (%)	2 (2,7)	-	-
Corticoides al protocolo, n (%)	24 (32,0)	-	-
Dosis corticoides al protocolo, mediana (RIC)	5 (5,0-10,0)	-	-

ACPA: anticuerpos anti-péptidos cíclico citrulinado; FR: factor reumatoide. DE: desviación estándar, MEDAS: encuesta validada de adherencia a la dieta mediterránea; DAS28: Disease Activity Score 28 articulaciones; NAD: número de articulaciones dolorosas; NAI: número de articulaciones inflamadas; HAQ: Health Assessment Questionnaire; PCR: proteína C reactiva; VSG: velocidad de sedimentación globular; FAME: fármacos modificadores de la enfermedad; IL-6: Interleuquina 6; Anti TNF: antifactor de necrosis tumoral.

manera se pone de manifiesto la asociación de la HLPP con la inflamación y la aterosclerosis subclínica en los pacientes con AR.

Financiación: Beca de la Fundación Española de Reumatología 2018-2020.

**P002. ATEROMATOSIS CAROTÍDEA Y DENSIDAD MINERAL ÓSEA EN ARTRITIS REUMATOIDE**

A. Naranjo Hernández, C. Pamies, S. Ojeda, C. Rodríguez-Lozano, C. Erasquin, F. Francisco, Y. Pérez, R. López, Í. Rúa-Figueroa, F.J. Rubiño, L. Cáceres, C.P. Almeida y J.C. Quevedo

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

**Introducción:** Se ha descrito la asociación entre osteoporosis (OP) y eventos cardiovasculares (CV) en población general. La artritis reumatoide (AR) es una de las causas de OP y al mismo tiempo está

relacionada con mayor riesgo de eventos CV. Se desconoce si existe una asociación entre OP y ateromatosis subclínica en la AR.

**Objetivos:** Analizar la asociación entre masa ósea cuantificada por densitometría ósea (DXA) y ateromatosis carotídea evaluada mediante ecografía en pacientes con AR.

**Métodos:** Estudio de diseño transversal en pacientes con AR atendidos en consulta de reumatología a los que se realiza ecografía carotídea y DXA por protocolo. Las variables recogidas, además de datos demográficos, el tiempo de evolución de la artritis y el factor reumatoide y anti CCP fueron los siguientes: factores de riesgo y eventos CV (infarto de miocardio, ictus) presencia de placas de ateroma en ecografía carotídea (realizada por el mismo explorador), densidad mineral ósea (DMO) lumbar y femoral y tratamientos previos para la artritis y para la OP.

**Resultados:** Se incluyeron 146 pacientes con edad promedio de 59 años (DE 9), 127 de ellas mujeres (86%). En la tabla se exponen las

Tabla P002

Características de los pacientes y comparativa de los casos con y sin placa de ateroma en carótida. Los datos se expresan como media (DE) o N (%)

	Todos los pacientes	Pacientes con placa de ateroma (n = 85)	Pacientes sin placa de ateroma (n = 61)	p
Edad en años	59 (9)	59 (9)	59 (9)	0,95
Sexo, mujeres	127 (86,9)	76 (89,4)	51 (83,6)	0,30
<b>Características de la AR</b>				
Años de evolución	13 (11)	16,2 (11)	11,5 (10)	0,000
FR o CCP positivos	112 (76,7)	62 (72,9)	50 (81,9)	0,20
Biológico en algún momento	49 (33,6)	38 (44,7)	11 (18,0)	0,001
DMARD en algún momento	139 (95,2)	82 (96,4)	57 (93,4)	0,39
Glucocorticoides en algún momento	105 (73,4)	61 (71,7)	44 (72,1)	0,98
Glucocorticoides durante > 3 meses	75 (51,3)	49 (57,6)	26 (42,6)	0,07
<b>Riesgo cardiovascular</b>				
IMC	27,9 (5,7)	29,0 (6,2)	26,5 (4,7)	0,009
HTA	61 (41,8)	38 (44,7)	23 (37,7)	0,39
Diabetes	19 (13,0)	15 (17,6)	4 (6,5)	0,05
Dislipemia	34 (23,7)	23 (27,1)	11 (8,1)	0,20
Fumador	45 (30,8)	26 (30,5)	19 (31,1)	0,94
Antecedente familiar CV de 1er grado	34 (23,3)	22 (25,8)	12 (19,6)	0,38
Eventos CV previos	4 (2,7)	2 (2,3)	2 (3,2)	0,73
mSCORE	2,1 (3,3)	2,7 (3,9)	1,2 (2,0)	0,005
<b>Densitometría ósea</b>				
BMD lumbar g/cm <sup>2</sup>	0,89 (0,14)	0,90 (0,13)	0,89 (0,15)	0,70
BMD cuello femoral g/cm <sup>2</sup>	0,71 (0,12)	0,70 (0,12)	0,71 (0,12)	0,75
<b>Diagnóstico DXA</b>				
Osteoporosis	34 (23,3)	19 (22,3)	15 (24,5)	0,93
Osteopenia	78 (53,4)	46 (54,1)	32 (52,4)	
Normal	34 (23,2)	20 (23,5)	14 (22,9)	
Bifosfonatos antes de la DXA actual	35 (24,0)	25 (29,4)	10 (16,3)	0,07

características de la muestra. Se observaron placas de ateroma en 85 pacientes (58%), en 35 de ellos con carácter bilateral. La DXA mostró como valor más bajo, OP en 34 pacientes (23%), osteopenia en 78 (53%) y fue normal en 36 (23%). Comparados con los pacientes sin placa de ateroma, los pacientes con placa de ateroma tenían mayor tiempo de evolución de la AR ( $p < 0,001$ ), uso de terapia biológica ( $p < 0,001$ ), mayor IMC ( $p < 0,01$ ), y mayor porcentaje de diabetes ( $p = 0,05$ ). En el análisis multivariante permanecieron significativos la duración de la AR ( $p = 0,001$ ), el mSCORE ( $p = 0,004$ ) y el uso de biológicos ( $p = 0,01$ ). Sin embargo, la DMO promedio de columna lumbar y cadera no fue diferente entre los grupos (tabla), incluyendo subanálisis por edad, sexo, presencia de placa de ateroma bilateral o ajustando por tratamiento previo con biológico o bisfosfonato. Los pacientes con evento CV previo presentaron valores de DXA más bajos en cuello femoral (promedio 0,51 vs. 0,71 g/cm<sup>2</sup>;  $p = 0,02$  ajustado por edad y terapia biológica) y en columna lumbar (promedio 0,75 vs. 0,90 g/cm<sup>2</sup>;  $p = 0,10$  ajustado por edad).

**Conclusiones:** La presencia de placa de ateroma en carótida de pacientes con AR se asoció a una mayor duración de la enfermedad y al uso de terapia biológica (posiblemente indicador de artritis más grave). Hemos encontrado asociación significativa entre OP y eventos CV previos, pero no entre OP y ateromatosis subclínica.

### P003. SARCOPENIA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE MAYORES DE 65 AÑOS: PREVALENCIA Y FACTORES PREDISPONENTES

L. Cano García<sup>1</sup>, C. Domínguez Quesada<sup>2</sup>, P. Armenteros Ortiz<sup>3</sup>, J. Vacas Pérez<sup>4</sup>, J.M. Martín Martín<sup>5</sup> y N. Mena Vázquez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA). UGC de Reumatología. Hospital Regional Universitario de Málaga. <sup>2</sup>Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. <sup>3</sup>Hospital Universitario Reina Sofía. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). Universidad de Córdoba. <sup>4</sup>Hospital Reina Sofía. Universidad de Córdoba. <sup>5</sup>Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. Tenerife.

**Introducción:** La sarcopenia es una enfermedad muscular que se presenta como pérdida de masa y función del músculo esquelético. Se trata de una afección asociada a enfermedades crónicas y envejecimiento que predice discapacidad, hospitalización y muerte.

**Objetivos:** Describir la prevalencia de sarcopenia y sus factores de riesgo en pacientes con artritis reumatoide (AR) mayores de 65 años.

**Métodos:** Diseño: estudio de casos y controles. Casos: se reclutaron por muestreo aleatorio entre pacientes mayores de 65 años con AR (criterios ACR/EULAR 2010) atendidos en 4 hospitales universitarios españoles. Controles: El reclutamiento de los sujetos sin enfermedad reumática se realizó por conveniencia pidiendo a los casos que acudieran a consulta con una persona de su misma edad (con un rango de  $\pm 5$  años) y sexo perteneciente a su entorno social o familiar. Variables: la variable principal fue sarcopenia, definida según criterios European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP) 2019. Los factores de riesgo de sarcopenia evaluados fueron: nivel económico, malnutrición, medida con Mini Nutritional Assessment (MNA), absorciometría de rayos X de energía dual (DEXA) de columna y cadera para cribado de osteoporosis, hábitos tóxicos, comorbilidades e índice de Charlson, actividad física medida con el cuestionario global de actividad física (GPAQ) y Short Physical Performance Battery (SPPB). Otras variables fueron: hemoglobina, calcio, vitaminas D y B12, proteínas totales, albúmina, proteína C reactiva, IMC (índice de masa corporal), polimedicación, calidad de vida con EQ-5D; y factores relacionados con la AR: actividad de la enfermedad medida con DAS28, SDAI y CDAI, función física medida con HAQ y daño estructural según clase funcional ACR. Análisis estadístico: se realizó análisis descriptivo y multivariante para identificar factores asociados a la sarcopenia en AR.

**Resultados:** Se reclutaron 76 pacientes y 76 controles, de los cuales, 120 (78,9%) eran mujeres, con media  $\pm$  DE de edad 74,7  $\pm$  6,98 de media y 32 (21,1%) hombres, con edad 70,1  $\pm$  3,78 de media. En comparación con los controles, los pacientes con AR presentaron una mayor frecuencia de sarcopenia (30 [19,53%] vs. 6 [3,94%];  $p = 0,005$ ). Los pacientes con AR que presentaban sarcopenia, en comparación con los demás, tenían una media de edad superior ( $p = 0,001$ ),

peores pruebas de ejecución en el Short Physical Performance Battery (SPPB) ( $p = 0,037$ ), DAS28 más alto ( $3,55 \pm 1,09$  vs.  $2,78 \pm 1,05$ ;  $p = 0,017$ ), peor HAQ ( $1,18 \pm 0,79$  vs.  $1,69 \pm 0,68$ ;  $p = 0,024$ ), peor EQ5D ( $0,27 \pm 0,28$  vs.  $0,54 \pm 0,25$ ;  $p = 0,001$ ) y EVA EQ5D ( $45,7 \pm 17,4$  vs.  $56,9 \pm 17,6$ ;  $p = 0,035$ ). Así mismo, tenían menores niveles de proteínas totales ( $p = 0,018$ ), peores resultados en MNA ( $p = 0,011$ ) y realizaban menos ejercicio físico por GPAQ ( $p = 0,011$ ). Los modelos multivariantes (tabla) identificaron como predictores independientes de sarcopenia en AR a la edad ( $p = 0,014$ ), el nivel de proteínas ( $p = 0,044$ ) y la actividad inflamatoria medida por DAS28 ( $p = 0,030$ ). Este modelo explicaría el 37% de la sarcopenia en AR ( $R^2 = 0,37$ ).

Análisis multivariante (VD: sarcopenia)

	OR(IC)	p
Edad, años	1,213 (1,041-1,414)	0,014
Proteínas (g/dL)	0,185 (0,036-0,958)	0,044
DAS28	2,146 (1,076-4,881)	0,030

$R^2 = 0,37$ .

**Conclusiones:** La sarcopenia es más prevalente en las personas mayores de 65 años con AR. A mayor edad y actividad de la enfermedad medida por DAS28 más riesgo de sarcopenia. Los niveles de proteínas tienen una asociación protectora con la sarcopenia.

**P004. USO DE LA ECOGRAFÍA MUSCULAR EN EL DIAGNÓSTICO DE SARCOPENIA EN ARTRITIS REUMATOIDE**

L. Cano García<sup>1</sup>, J. Crisóstomo Vacas<sup>2</sup>, C. Domínguez Quesada<sup>3</sup>, D. Ruiz Vilchez<sup>4</sup>, J.M. Martín Martín<sup>5</sup> y F.G. Jiménez Núñez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA). UGC de Reumatología. Hospital Regional Universitario de Málaga. <sup>2</sup>Hospital Universitario Reina Sofía. Universidad de Córdoba. <sup>3</sup>Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. <sup>4</sup>Hospital Universitario Reina Sofía. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba. Universidad de Córdoba. <sup>5</sup>Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. Tenerife.

**Objetivos:** Evaluar la utilidad de la ecografía de cuádriceps y antebrazo en el diagnóstico de sarcopenia.

**Métodos:** Diseño: estudio observacional transversal. Participantes. Casos: se reclutaron por muestreo aleatorio entre pacientes mayores de 65 años con AR (criterios ACR/EULAR 2010) atendidos en 4 hospitales universitarios españoles. Controles: El reclutamiento de los sujetos sin enfermedad reumática se realizó por conveniencia pidiendo a los casos que acudieran a consulta con una persona de su misma edad (con un rango de  $\pm 5$  años) y sexo perteneciente a su entorno social o familiar. Variables y mediciones. La variable principal fue sarcopenia, definida según criterios European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP) 2019. Las ecografías realizadas a nivel del antebrazo, en corte transversal, se midieron como la distancia perpendicular entre la interfaz superficial con tejido celular subcutáneo e interfaz profunda con el cúbito, a una distancia entre cabeza del radio y estiloides cubital de aproximadamente un tercio proximal a esta última y en el muslo, en corte transversal, en el punto medio entre espina ilíaca anterosuperior y polo superior de rótula, desde la interfaz superficial con el tejido celular subcutáneo hasta interfaz profunda con hueso y vasto intermedio, incluyendo la primera interfaz en dicha medición y no la segunda. Análisis estadístico: análisis descriptivo,  $\chi^2$  y t-Student para comparar las características entre pacientes y controles. Se realizó r de Pearson para estudiar las correlaciones entre la ecografía de antebrazo con la fuerza y la ecografía del muslo con la DXA total.

**Resultados:** Se reclutaron 76 pacientes y 76 controles, de los cuales, 120 (78,9%) eran mujeres, con media  $\pm$  DE de edad  $74,7 \pm 6,98$  de media y 32 (21,1%) hombres, con edad  $70,1 \pm 3,78$  de media. Los pacientes con AR en comparación con los controles presentaron una mayor frecuencia de sarcopenia (30 [19,53%] vs. 6 [3,94%];  $p = 0,005$ )

según criterios EWGSOP. Desde el punto de vista ecográfico, los pacientes con AR, en comparación con los controles, presentaban una menor masa muscular en las mediciones efectuadas en antebrazo cubital y en muslo, teniendo más músculo el grupo control (tabla). Las mediciones ecográficas en antebrazo que mostraron una correlación positiva con la fuerza fueron: Antebrazo derecho: 66% cubital ( $r = 0,364$ ,  $p = 0,001$ ), 75% cubital ( $r = 0,365$ ,  $p = 0,001$ ); Antebrazo izquierdo: 66% cubital ( $r = 0,348$ ,  $p = 0,002$ ), 75% cubital ( $r = 0,337$ ,  $p = 0,003$ ). Por otro lado, las mediciones ecográficas en muslo que mostraron una correlación positiva con DXA fueron: muslo derecho: 50% recto femoral (RF)-vasto intermedio (VI) ( $r = 0,255$ ,  $p = 0,003$ ), 50% VI ( $r = 0,256$ ,  $p = 0,003$ ), 50% RF ( $r = 0,265$ ,  $p = 0,002$ ), 50% área RF ( $r = 0,280$ ,  $p = 0,003$ ), 75% RF-VI ( $r = 0,357$ ,  $p < 0,001$ ), 75% VI ( $r = 0,382$ ,  $p < 0,001$ ), 75% RF ( $r = 0,240$ ,  $R^2 = 0,006$ ), 75% área RF ( $r = 0,218$ ,  $p = 0,023$ ); muslo izquierdo: 50% RF-VI ( $r = 0,251$ ,  $p = 0,004$ ), 50% VI ( $r = 0,293$ ,  $p = 0,001$ ), 50% RF ( $r = 0,214$ ,  $p = 0,015$ ), 75% RF-VI ( $r = 0,347$ ,  $p < 0,001$ ), 75% VI ( $r = 0,342$ ,  $p < 0,001$ ), 75% RF ( $r = 0,295$ ,  $p = 0,001$ ).

Resultados mediciones casos y controles

	Control (m $\pm$ DE)	AR (m $\pm$ DE)	p-valor
Antebrazo derecho 66% cubital	42,92 $\pm$ 8	38,72 $\pm$ 9,33	0,003
Antebrazo izquierdo 66% cubital	41,17 $\pm$ 8,97	37,93 $\pm$ 9,27	0,03
Antebrazo izquierdo 75% cubital	38,74 $\pm$ 7,7	35,18 $\pm$ 8,5	0,008
Muslo derecho 50% RF+VI	30,9 $\pm$ 7,46	28,09 $\pm$ 6,31	0,011
Muslo derecho 50% VI	14,5 $\pm$ 4,26	13,08 $\pm$ 4,27	0,042
Muslo derecho 50% RF	15,26 $\pm$ 3,6	13,5 $\pm$ 3,28	0,002
Muslo derecho 50% área RF	588 $\pm$ 181,29	481,49 $\pm$ 140,56	0,001
Muslo izquierdo 50% RF+VI	27,67 $\pm$ 8,9	22,37 $\pm$ 8,26	< 0,001
Muslo izquierdo 50% VI	13,08 $\pm$ 4,65	11,37 $\pm$ 4,3	0,021
Muslo izquierdo 50% RF	13 $\pm$ 4,75	10,29 $\pm$ 4,54	< 0,001
Muslo izquierdo 50% área RF	473,92 $\pm$ 263,94	325,39 $\pm$ 251,97	0,003
Muslo izquierdo 75% RF-VI	20,68 $\pm$ 6,09	18,18 $\pm$ 5,92	0,012

**Conclusiones:** La ecografía es útil para el diagnóstico de sarcopenia siendo una técnica costo-eficiente y más rápida que la DXA para valorar la masa muscular de los pacientes. Es de utilidad realizar el cribado de sarcopenia con ecografía en los pacientes con AR de mayor riesgo.

**P005. MICRORNAS AISLADOS DE EXOSOMAS DE SUERO DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE TEMPRANA COMO BIOMARCADORES DIAGNÓSTICOS DE LA ENFERMEDAD**

S. Rodríguez Muguruza<sup>1</sup>, S. Castro<sup>1</sup>, M.J. Poveda<sup>1</sup>, A. Altuna-Coy<sup>2</sup>, M.R. Chacón<sup>2</sup> y R. Fontova<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona. <sup>2</sup>Grupo de Biomarcadores de enfermedades y mecanismos Moleculares (DIBIOME). Instituto de Investigación Sanitaria Pere Virgili (IISPV). Universidad Rovira i Virgili. Tarragona.

**Introducción:** Estudios dirigidos al diagnóstico de pacientes con artritis reumatoide (AR) naïve son escasos, puesto que no son de fácil reclutamiento. El factor reumatoides y/o los anticuerpos frente a proteínas cíclicas citrulinadas son ampliamente utilizados como biomarcadores para orientar la detección precoz, sin embargo, su falta de sensibilidad hace que la búsqueda de nuevos biomarcadores sea urgente. Los niveles de citocinas en suero son útiles para predecir la actividad de la enfermedad de la AR y, en este sentido, se ha propuesto que el inductor débil de la apoptosis similar al TNF (TWEAK) es un mediador de la inflamación y la erosión ósea en la AR. Los microARN derivados de exosomas (exomiARN) están involucrados en la patogénesis de las enfermedades autoinmunes. A pesar de la conocida participación de los exomiRNAs en la AR, se sabe mucho menos sobre su potencial utilidad en el diagnóstico temprano de la enfermedad.

**Objetivos:** Determinar el perfil de microRNAs aislados de exosomas en suero de pacientes con AR temprana con el fin de revelar nuevos biomarcadores asociados con su debut. Además, proponemos profundizar en la búsqueda de dianas de dichos miRNAs.

**Métodos:** Estudio clínico observacional de casos-controles. Cohortes: n = 24 controles sanos, n = 24 pacientes con AR de inicio naïve a tratamiento. Aislamiento y cuantificación de exomiRNAs mediante TaqMan OpenArray MicroRNA Panels. Dos fases: Fase 1: se inicia la búsqueda de exomiRNAs candidatos en N = 4 pacientes sanos y N = 4 pacientes AR temprana y naïve a tratamiento, macheados por edad, sexo, IMC y características clínico-patológicas. Fase 2: validar los exomiRNAs candidatos de fase 1. Determinación de los niveles de sTWEAK y sCD163 en suero mediante ELISAs. Análisis el poder predictivo de los biomarcadores analizados ómo herramientas de diagnóstico utilizando programas estadísticos de SPSS y R. Analisis las redes de genes reguladas por los diferentes exomiRNAs candidatos y sus dianas.

**Resultados:** Detectamos 11 exomiRNA expresados diferencialmente en la AR temprana en la fase 1. El análisis de validación (fase 2) reveló que 6/11 exomiRNAs mostraron una fuerte concordancia con los datos de microarrays piloto (exomiR-144-3p, -25-3p, -15a-5p, -451a, -107 y -185-5p). sTWEAK y sCD163 estaban significativamente elevados en el suero de pacientes con AR temprana. El análisis de las curvas ROC nos indicó que el mejor panel para diagnosticar la AR temprana contenía exomiR-451a, exomiR-25-3p y sTWEAK, y puede clasificar correctamente al 95,6% de los pacientes, con un área bajo la curva ROC de 0,983 y con 100% de especificidad y 85,7% de sensibilidad. Además, supera el diagnóstico clásico con de biomarcadores de AR en un 2,8%, mejorando la detección preclínica. El gen 14-3-3 beta (YWHAB) se detectó como un diana común de las supuestas vías reguladas por los miRNAs aislados.

**Conclusiones:** El panel de biomarcadores séricos compuesto por exomiR-451a, exomiR-25-3p y niveles séricos de sTWEAK puede tener utilidad en el diagnóstico clínico temprano de la AR

#### P006. ASOCIACIÓN ENTRE DIFERENTES ALELOS HLADRB1 Y GRAVEDAD EN ARTRITIS REUMATOIDE

M. Rojas Giménez, J. Calvo-Gutiérrez, C. Lopez-Medina, R. Ortega-Castro, L. Ladehesa-Pineda y A. Escudero-Contreras

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). Universidad de Córdoba.

**Objetivos:** Evaluar la asociación entre diferentes alelos HLADRB1 y el desarrollo de complicaciones graves en pacientes con artritis reumatoide (AR).

**Métodos:** Estudio observacional, longitudinal y retrospectivo de una cohorte de 134 pacientes con AR establecida (ACR/EULAR 2010) del registro de nuestra unidad, mayores de 18 años y sin otras patologías autoinmunes asociadas salvo síndrome de Sjögren secundario y que tuvieran genotipo HLADRB1 solicitado. Los pacientes con  $\geq 1$  de los siguientes alelos *HLA-DRB1* se consideraron como portadores de

epítipo compartido positivo (SE+): \*01:01, \*01:02, \*04:01, \*04:04, \*04:05, \*10:01, \*03:01 o \*07:01. El resto de pacientes sin ninguno de estos alelos se consideraron epítipo compartido negativo (SE-). Se incluyeron como complicaciones graves de AR: enfermedad pulmonar intersticial, eventos cardiovasculares, neoplasias, ingresos por infecciones graves, vasculitis, síndrome de Felty o muerte. Otros datos de gravedad: erosiones, nódulos reumatoides, multirresistencia a biológicos (3 o más biológicos), Síndrome de Sjogren secundario u osteoporosis. Se realizó análisis descriptivo y bivariado entre los diferentes alelos ( $\chi^2$ /ANOVA). Se realizó análisis de regresión de Cox para estimar la influencia de los diferentes alelos en la mortalidad.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 134 pacientes (91 SE+ y 43 SE-). Las diferencias principales entre los diferentes alelos se muestran en la tabla. Los alelos más frecuentes fueron \*0101 (n = 18), \*0301 (n = 15) y \*0701 (n = 17). Cuando se compararon los diferentes alelos se vio que los portadores de los alelos \*04:05 presentaban con más frecuencia ACPA positivo (100%), nódulos reumatoides (50%) y mostraron mayor mortalidad (50%) junto a los portadores de \*07:01 (41,2%), de forma estadísticamente significativa. No hubo diferencia en el resto de las complicaciones ni datos de gravedad. Las causas de fallecimiento fueron variadas en los pacientes con ambos alelos (eventos cardiovasculares, neoplasias, enfermedad pulmonar intersticial e infecciones). No hubo diferencias en la edad de fallecimiento [media de 82,8 años (DE 3,8) vs. 84,5 (6,6); p = 0,836, respectivamente]. El análisis de regresión de Cox ajustado por sexo, edad y ACPA mostró que los pacientes con los alelos \*04:05 (HR 9,1 (IC95% 1,1-72,3; p = 0,036) y \*07:01 (HR 10,9 (IC95% 1,5-81,2; p = 0,019) tenían mayor riesgo de mortalidad por cualquier causa.

**Conclusiones:** Nuestros resultados sugieren que los pacientes con AR portadores de los alelos \*0405 y \*0701 presentan un riesgo incrementado de mortalidad. Se necesitan estudios con mayor número de pacientes para confirmar estos resultados.

#### P007. EFECTIVIDAD DE ABATACEPT EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL ASOCIADA A ARTRITIS REUMATOIDE

R. Redondo Rodríguez<sup>1</sup>, F.J. Godoy-Navarrete<sup>2</sup>, P. Morales-Garrido<sup>3</sup>, M. Rojas-Gimenez<sup>4</sup>, C.M. Romero-Barco<sup>5</sup> y N. Mena-Vázquez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA). UGC de Reumatología. Hospital Regional Universitario de Málaga. <sup>2</sup>Hospital Universitario de Jaén. <sup>3</sup>Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada. <sup>4</sup>Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). UGC de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. <sup>5</sup>Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

**Objetivos:** Evaluar prospectivamente la efectividad y seguridad de ABT en pacientes con EPI y AR asociada (EPI-AR).

Tabla P006

Características de los pacientes con los diferentes alelos

Variables	SE- (n = 43)	*01:01 (n = 18)	*01:02 (n = 10)	*04:01 (n = 12)	*04:04 (n = 10)	*04:05 (n = 4)	*10:01 (n = 5)	*03:01 (n = 15)	*07:01 (n = 17)	p
Edad al diagnóstico (años), media (DE)	54,1 (16,2)	48,5 (14,8)	55,5 (10,7)	45,7 (12,9)	50 (11,4)	56,8 (20,9)	55,1 (21,2)	50,5 (11,3)	59,7 (17,9)	0,336
Sexo (mujer), n (%)	30 (69,7)	12 (66,6)	7 (70)	10 (83,3)	9 (90)	0	3 (60)	12 (80)	12 (70,6)	0,096
Tiempo evolución (años), media (DE)	12,8 (7,8)	15,3 (3,6)	11,8 (7,6)	14,1 (6)	11,03 (7,9)	9,3 (6,8)	11,8 (7,4)	16,4 (6,9)	12,3 (7,3)	0,420
FR positivo, n (%)	32 (74,4)	17 (94,4)	9 (90)	12 (100)	10 (100)	4 (100)	4 (80)	12 (80)	13 (76,5)	0,216
ACPA +, n (%)	27 (62,7)	16 (88,8)	9 (90)	11 (91,6)	10 (100)	4 (100)	5 (100)	9 (60)	8 (47)	0,004
Erosiones, n (%)	12 (27,9)	9 (50)	3 (30)	8 (66,7)	5 (50)	2 (50)	2 (40)	7 (46,7)	7 (41,2)	0,422
Nódulos, n (%)	0	1 (5,5)	0	1 (8,3)	1 (10)	2 (50)	1 (20)	0	1 (5,9)	0,003
Osteoporosis, n (%)	14 (32,5)	3 (16,7)	4 (40)	1 (8,3)	3 (30)	0	0	1 (6,6)	4 (23,5)	0,194
S. Sjögren, n (%)	4 (9,3)	0	0	1 (8,3)	0	0	0	2 (13,3)	0	0,515
EPI, n (%)	5 (11,6)	1 (5,5)	1 (10)	2 (16,7)	2 (20)	0	0	2 (13,3)	2 (11,8)	0,937
ECV, n (%)	11 (25,6)	4 (22,2)	1 (10)	1 (8,3)	1 (10)	1 (25)	1 (20)	2 (13,3)	4 (23,5)	0,872
Infecciones graves, n (%)	11 (25,6)	1 (5,5)	1 (10)	0	2 (20)	2 (50)	0	2 (13,3)	2 (11,8)	0,646
Neoplasias, n (%)	4 (9,3)	3 (16,7)	1 (10)	1 (8,3)	2 (20)	1 (25)	1 (20)	2 (13,3)	2 (11,8)	0,972
Multirresistentes, n (%)	2 (4,6)	2 (11,1)	0	1	0	1	0	2	0	0,465
Fallecimientos, n (%)	12 (27,9)	2 (11,1)	0	0	0	2 (50)	0	1 (6,6)	7 (41,2)	0,005

**Métodos:** Diseño: estudio observacional prospectivo multicéntrico de una serie de pacientes con EPI-AR en tratamiento con ABT. Protocolo: se ha seguido prospectivamente desde 2015 a 2021 a una cohorte de pacientes con EPI-AR reclutados de forma consecutiva de las consultas de reumatología de diferentes centros de Andalucía. Se seleccionaron a los pacientes que iniciaron tratamiento con ABT durante ese periodo. Los pacientes han sido evaluados utilizando tomografía de alta resolución pulmonar (TACAR) y pruebas funcionales respiratorias (PFR) al inicio del tratamiento (V0), a los 12 meses (V12) y al final del seguimiento en 2021 (VF). El estudio fue aprobado por el Comité de Ética (Código 1719-N-15) siguiendo las recomendaciones de la Declaración de Helsinki y la normativa legal vigente de Buenas Práctica Clínica. Variable principal: efectividad de ABT según evolución de la EPI al final del seguimiento hacia: (1) mejoría (i.e. mejora de CVF  $\geq$  10% o de DLCO  $\geq$  15% y no progresión radiológica), (2) no progresión (estabilización o mejora de CVF  $\leq$  10% o DLCO  $<$  15% y no progresión radiológica), (3) progresión (empeoramiento de CVF  $>$  10% o la DLCO  $>$  15% y progresión radiológica) o (4) muerte. Otras variables: se registraron las características clínicas, analíticas, tratamientos concomitantes, suspensión del tratamiento y datos de seguridad como infecciones, hospitalización y mortalidad. Análisis estadístico: descriptivo, bivariantes y análisis de regresión de Cox para identificar factores asociados con el empeoramiento de la EPI en AR en tratamiento con ABT.

Características de los pacientes con EPI-AR en tratamiento con abatacept

Variable	EPI-AR n = 38
<b>Características clínico-epidemiológicas basales</b>	
Sexo, hombre, n (%)	22 (57,9)
Edad en años, media (DE)	66,1 (9,1)
Raza, caucásico, n (%)	38 (100,0)
<b>Tabaco</b>	
Nunca fumó, n (%)	23 (60,5)
Alguna vez fumó, n (%)	15 (39,5)
Tiempo de evolución AR, meses, mediana (RIC)	139,1 (68,1-218,7)
FR, n (%)	36 (94,7)
ACPA, n (%)	32 (84,2)
ANA, n (%)	8 (22,9)
<b>Patrón radiológico</b>	
NIU, n (%)	26 (68,0)
NINE, n (%)	12 (32,0)
<b>Tratamiento</b>	
FAMES, n (%)	33 (86,8)
Metotrexato, n (%)	19 (50,0)
Leflunomida, n (%)	11 (22,9)
Sulfasalacina, n (%)	2 (5,3)
Hidroxicloroquina, n (%)	6 (15,7)
Inmunosupresores, n (%)	11 (29,7)
Antifibrótico, n (%)	1 (2,6)
Corticoides, n (%)	32 (84,2)
Corticoides, mediana (RIC)	5,0 (2,5-10,0)
<b>Progresión pulmonar (vf)</b>	
Mejoría-Estabilización, n (%)	22 (73,6)
Progresión-Mortalidad, n (%)	10 (26,4)

**Resultados:** Treinta y ocho pacientes con EPI-AR iniciaron tratamiento con ABT durante el seguimiento prospectivo. Un total de 22/38 (57,9%) eran hombres y la media (DE) de edad de 66,1 (9,1) años. La media (DE) de evolución de la EPI fue de 43,9 (30,0) meses y la mediana (RIC) de tiempo con ABT fue de 17,0 (12,1-34,8) meses. Las características clínico-epidemiológicas basales y de progresión pulmonar se muestran en la tabla. Al final del seguimiento (Vf) 28/38 (73,6%) tuvieron mejoría/estabilización y 7/38 (18,4%) progresaron y 3/38 (7,8%) de ellos murieron (neumonía COVID-19, infección respiratoria y progresión EPI, respectivamente). No hubo diferencias significativas en Vf en la CVF (75,3 [8,7] vs. 77,7 [14,6]; p = 0,775) ni en el FEV1 (83,9 [10,7] vs. 84,7 [13,2]; p = 0,416) ni en la

DLCO (61,0 [17,4] vs. 60,7 [15,2]; p = 0,789). Hubo un mayor número (%) con mejoría/estabilización entre los pacientes que estaban en combinación con metotrexato respecto a los que estaban en monoterapia (83,3% vs. 39,1%; p = 0,046). Las variables basales que se asociaron de forma independiente con progresión-mortalidad de la EPI-AR en Vf fueron: CVF basal (OR [IC95%], 0,895 [0,805-0,996]; p = 0,042) y tiempo de evolución de la EPI-AR (OR [IC95%], 1,204 [1,148-2,112]; p = 0,046). Dos pacientes suspendieron ABT durante el seguimiento por respuesta insuficiente articular y pulmonar.

**Conclusiones:** Más de la mitad de los pacientes con EPI-AR en tratamiento con ABT logran estabilizar o mejorar su enfermedad pulmonar tras una mediana de 17 meses de seguimiento. Por el contrario, los pacientes que empeoran o mueren tienen unos valores más bajos de CVF basales y una EPI-AR de mayor tiempo de evolución.

**PO08. PAPEL DE LA RESISTINA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN TRATAMIENTO CON ANTI-IL6**

V. Pulito Cueto<sup>1</sup>, S. Remuzgo-Martínez<sup>1</sup>, F. Genre<sup>1</sup>, J. Calvo-Alén<sup>2</sup>, E. Aurrecochea<sup>3</sup>, I. Llorente<sup>4</sup>, A. Triguero-Martínez<sup>4</sup>, R. Blanco<sup>1</sup>, J. Llorca<sup>5</sup>, E. Ruiz-Lucea<sup>6</sup>, N. Rivera García<sup>6</sup>, O. Gualillo<sup>7</sup>, R. López-Mejías<sup>1</sup>, S. Castañeda<sup>8</sup> y M.Á. González-Gay<sup>9,10</sup>

<sup>1</sup>Grupo de Investigación en Epidemiología Genética y Arterioesclerosis en Enfermedades Sistémicas y en Enfermedades Metabólicas óseas del Aparato Locomotor. IDIVAL. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>2</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Txagorritxu. Universidad del País Vasco. Araba. <sup>3</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Sierrallana. Torrelavega. <sup>4</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de la Princesa. IIS-Princesa. Universidad Autónoma de Madrid. <sup>5</sup>Departamento de Epidemiología y Biología Computacional. Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria y CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Santander. <sup>6</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Basurto. Bilbao. <sup>7</sup>SERGAS (Servicio Galego de Saude) e IDIS (Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago). NEIRID Lab (Neuroendocrine Interactions in Rheumatology and Inflammatory Diseases). Laboratorio de investigación 9. Hospital Clínico Universitario de Santiago. Santiago de Compostela. <sup>8</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de la Princesa. IIS-Princesa. Cátedra UAM-ROCHE. EPID Future. Universidad Autónoma de Madrid. <sup>9</sup>Departamento de Medicina y Psiquiatría. Universidad de Cantabria. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Grupo de Investigación en Epidemiología Genética y Arterioesclerosis en Enfermedades Sistémicas y en Enfermedades Óseas Metabólicas del Aparato Locomotor. IDIVAL. Santander. <sup>10</sup>Cardiovascular Pathophysiology and Genomics Research Unit. School of Physiology. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Witwatersrand. Johannesburgo (Sudáfrica).

**Introducción:** La artritis reumatoide (AR) se asocia con una mayor incidencia de síndrome metabólico (MetS) y enfermedad cardiovascular (CV). En este sentido, las adipoquinas están implicadas en los procesos de inflamación, disfunción endotelial y aterosclerosis, constituyendo posibles vínculos moleculares entre la AR, el MetS y el riesgo CV<sup>1</sup>. Nuestro grupo ha demostrado previamente que el efecto inmediato a corto plazo de una única infusión del anticuerpo contra el receptor de IL-6 (tocilizumab (TCZ)) en pacientes con AR mejora la resistencia insulínica<sup>2</sup>, reduce los niveles séricos de leptina<sup>3</sup> y no modifica los niveles séricos de adiponectina<sup>4</sup>. En este contexto, es posible que este tratamiento pueda tener un efecto sobre la resistina sérica, otra adipoquina asociada con resistencia insulínica, MetS e inflamación<sup>1</sup>.

**Objetivos:** Determinar el efecto a corto plazo del tratamiento con TCZ sobre los niveles séricos de resistina en pacientes con AR, así como evaluar la posible asociación de la resistina con las características demográficas y clínicas de estos pacientes.

**Métodos:** En este estudio se reclutaron 50 pacientes españoles no diabéticos en tratamiento periódico con TCZ que cumplían los criterios de clasificación de AR<sup>5</sup>. Los niveles séricos de la resistina se evaluaron en muestras obtenidas inmediatamente antes y 60 minutos después de una infusión intravenosa de TCZ mediante un kit comercial de ensayo inmunoabsorbente ligado a enzimas.

**Resultados:** No se encontraron diferencias significativas en los niveles de resistina antes y después de la infusión con TCZ (media  $\pm$  desviación estándar: 52.499,14  $\pm$  36.679,04 pg/mL versus 52.067,49  $\pm$  32.590,71 pg/mL, respectivamente,  $p = 0,87$ ). Asimismo, se observó una correlación negativa de los niveles basales de resistina con colesterol total ( $r = -0,42$ ,  $p = 0,008$ ).

**Conclusiones:** Nuestro estudio sugiere que en los pacientes con AR en tratamiento con TCZ, una sola infusión de TCZ no ejerce un efecto a corto plazo sobre los niveles de resistina. Sin embargo, la asociación inversa entre la resistina y el colesterol total apoya su papel en la enfermedad CV en la AR.

Agradecimientos: Fondos personales, VP-C y SR-M están financiadas mediante fondos del Programa RETICS (RIER) (RD16/0012/0009) del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), cofinanciada por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER). RL-M es beneficiaria de un contrato postdoctoral "Miguel Servet I" del ISCIII cofinanciado por el Fondo Social Europeo (FSE, "Invertir en tu futuro") (CP16/00033).

#### Bibliografía

1. J Immunol Res. 2014;2014:343746.
2. Clin Exp Rheumatol. 2019;37(3):465-73.
3. Clin Exp Rheumatol. 2020;38(6):1201-5.
4. Clin Exp Rheumatol. 2021. In press.
5. Arthritis Rheum. 2010;62:2569-81.

#### P009. DOES TNF INHIBITORS MOLECULAR STRUCTURE MATTER? ANALYSIS OF IMPACT OF BASELINE RHEUMATOID FACTOR TITERS ON DRUG LEVELS IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

A. Martínez Feito<sup>1</sup>, B. Hernandez-Breijo<sup>1</sup>, M. Novella-Navarro<sup>2</sup>, A. Villalba<sup>2</sup>, D. Peiteado<sup>2</sup>, P. Nozal<sup>1</sup>, D. Pascual-Salcedo<sup>1</sup>, A. Balsa<sup>2</sup> and Ch. Plasencia-Rodríguez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Immuno-Rheumatology Research Group. Institute for Health Research (IdiPAZ). Madrid. <sup>2</sup>Department of Rheumatology. La Paz University Hospital. Madrid.

**Introduction and objectives:** Elevated rheumatoid factor (RF) in patients with rheumatoid arthritis (RA) is associated with higher disease activity and is considered a risk factor for disease progression<sup>1</sup>. Recent publications indicate significantly lower efficacy of TNF inhibitors (TNFi) monoclonal antibodies (mAbs), Infliximab (IFX) and

Adalimumab (ADL) as well as the fusion protein etanercept, in seropositive RA patients with high RF levels compared with low or negative RF subgroup<sup>1,2</sup>. Fab therapy with Certolizumab pegol (CZP), a PEGylated, Fc-free monoclonal antibody (mAb), has shown comparable efficacy and consistent serum levels irrespective of baseline RF<sup>4</sup>. RF binds the Fc region of IgG1, the subtype used to engineer the majority of mAbs<sup>5</sup>. Formation of large immune complexes may likely explain the increased clearance of mAbs in patients with high RF titers and reported reduced TNFi efficacy. We aim to evaluate in clinical practice whether RF levels in RA patients influence serum drug levels of 3 TNFi with different molecular structures.

**Methods:** We evaluated retrospectively a cohort of consecutive RA patients (1999-2019) treated with either IFX, ADL or CZP. Clinical, laboratory and demographic data were collected for all patients at baseline (T0) and after 6 months (T6) of treatment. Similarly, RF titers and serum drug levels were measured at T0 and T6 using nephelometry and ELISA respectively. Association between baseline RF titers and drug levels was assessed using non-parametric test (Mann-Whitney).

**Results:** A total of 168 patients from La Paz University Hospital RA Registry (RA-Paz) were evaluated: 90 (66%) received IFX, 48 (35%) ADL and 32 (22%) CZP. Baseline characteristics are shown in the table. All patients had active disease at T0 (mean DAS28-ESR 5.1 (SD 1.3). RF was positive in 76% of patients, being patients treated with ADL lesser percentage of seropositive than patients treated with IFX and CZP (58% vs. 83% and 81%, respectively,  $p = 0.002$ ). Patients were stratified into quartiles based on baseline RF titers: low (20-57.0 IU/ml), medium (57.0-380 IU/ml), high (> 380 IU/ml) and seronegative (< 20 IU/ml). Drug levels of IFX and ADA at T6 were significantly lower in those patients who had higher RF titers at T0 compared to seronegative. In contrast, CZP levels remained stable irrespectively of baseline RF titers, without significant differences among quartiles (fig.).

**Conclusions:** Higher baseline RF titers are associated with lower IFX and ADA levels at T6 in a cohort of RA patients. A concentration-response association has been clearly established for TNFi, and baseline RF levels appear to influence drug levels. Reduced immune complexes formation with CZP may result in a limited impact of baseline RF titers on drug levels.

Funding: This study was funded by an unrestricted research grant from UCB Pharma.

#### Bibliography

1. Aletaha D. Arthritis Res Ther. 2015;17(1):229.
2. Bobbio-Pallavicini F. Ann Rheum Dis. 2007;66(3):302-7.
3. Potter C. Ann Rheum Dis. 2009;68(1):69-74.
4. Tanaka Y. APLAR 2020. Oral Communication.
5. Levy RA. Immunotherapy. 2016;8(12):1427-36.

**Table P009**

Baseline characteristics of RA patients treated with IFX, ADL and CZP

Characteristics	Total (n = 168)	IFX (n = 90)	ADA (n = 48)	CZP (n = 32)	p value
Age, years*	55.5 (45.3-66)	57 (46-65)	50 (42-64)	61 (47-70)	0.08
Body mass index, Kg/m <sup>2</sup> *	24.5 (21.7-29)	24.2 (21.8-27.7)	24.7 (21.5-30.3)	24.6 (22.2-30.3)	0.3
Male, n (%)	28 (17%)	14 (15%)	9 (19%)	5 (17%)	0.2
Disease duration, years*	8.7 (4.5-14.3)	8.4 (4.4-14.3)	8.8 (3.9-16)	9.7 (5-12)	0.06
Smoking status, n (%)					0.03
Currently or ex-smoker	66 (39%)	29 (32%)	22 (48%)	16 (57%)	
Non-smoker	96 (57%)	61 (68%)	24 (52%)	12 (43%)	
Rheumatoid factor, n (%)	128 (76%)	75 (83%)	28 (58%)	25 (81%)	0.002
ACPA, n (%)	134 (80%)	73 (81%)	35 (73%)	27 (84%)	0.3
DAS28 at baseline**	5.1 (1.3)	5.4 (1.3)	4.5 (1.3)	4.9 (1.3)	0.002
CRP levels*	7.8 (3-21.8)	10.3 (3.2-25.2)	5.1 (1.4-10.1)	7.8 (2.3-18.2)	0.1
Previous bDMARDs, n (%)	26 (15%)	10 (11%)	10 (21%)	6 (20%)	0.2
Monotherapy, n (%)	16 (10%)	8 (9%)	8 (17%)	0	0.2
csDMARDs, n (%)	152 (90%)	82 (91%)	82 (91%)	32 (100%)	
Methotrexate, n (%)	112 (67%)	64 (78%)	33 (83%)	17 (53%)	0.2
Other csDMARDs, n (%)	24 (24%)	18 (22%)	7 (18%)	15 (50%)	0.0008
Prednisone, n (%)	85 (51%)	49 (54%)	21 (44%)	16 (50%)	0.6

\*Median and interquartile range; \*\*Mean and standard deviation.

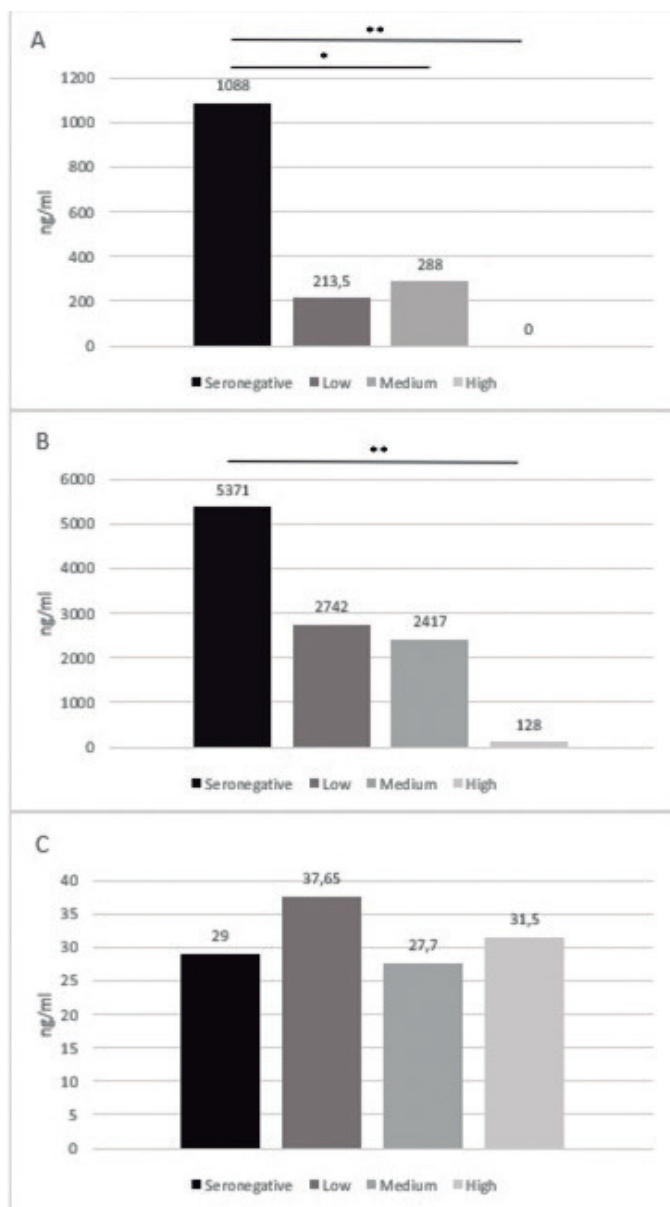


Fig. 1: Median drug levels (ng/ml) at 6 months by baseline RF titer. A: Infliximab; B: Adalimumab; C: Certolizumab pegol. \*p<0.05; \*\*p<0.01

**P010. HERRAMIENTAS EN EL SEGUIMIENTO TELEMÁTICO DE LA AR: CUESTIONARIOS FACIT-FATIGUE Y HAQ**

E. Grau García, P. Muñoz Martínez, L. Mas Sánchez, C. Riesco Barcena, A.V. Huaylla Quispe, S. Leal Rodríguez, C. Pávez Perales, M. de la Rubia, I. Cánovas Olmos, J.J. Fragio Gil, L. González Puig, J. Ivorra Cortés, I. Martínez Cordellat, C. Nájera Herranz, R. Negueroles Albuxech, J. Oller Rodríguez, F. Ortiz-Sanjuán, E. Vicens Bernabéu y J.A. Román Ivorra

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

**Introducción:** La necesidad de evitar la transmisión de la infección por COVID19 obligó a potenciar las consultas telefónicas en el seguimiento del paciente reumático. Sin embargo, el control telefónico de enfermedades reumáticas que requieren de la exploración clínica del paciente, como la artritis reumatoide (AR), puede afectar a la evaluación de la actividad de la enfermedad. Es por ello que el disponer de herramientas como los Resultados en Salud informados

por el Paciente (PROs), permitiría la evaluación a distancia del paciente en circunstancias en las que no es aconsejable su presencia física en los centros sanitarios, siendo de gran ayuda para el control de la enfermedad.

**Objetivos:** Analizar la asociación de la percepción de fatiga, dolor y discapacidad con la actividad clínica en pacientes con AR.

**Métodos:** Análisis observacional prospectivo de pacientes diagnosticados de AR (Criterios ACR/EULAR 2010) al inicio de terapia biológica o anti-JAK. Se realizó una visita basal, al mes y a los 3 meses del inicio del tratamiento, y en cada una el paciente cumplimentó un cuestionario de fatiga (FACIT-fatigue), de discapacidad (HAQ) y una Escala Visual Analógica de dolor (EVA) (0-10). Además se determinó el índice de actividad Das28, Das28-PCR, SDAI y CDAI.

**Resultados:** Se incluyeron 60 pacientes (83,33% mujeres) con una edad media de 55 (13) años y un tiempo medio de evolución de 13 (11) años. En la visita basal el 55% presentaba PCR elevada y el 48,3% VSG elevada, estando el 83,3% de ellos en actividad moderada o alta. 39 pacientes iniciaron terapia con inhibidores de JAK y 21 con inhibidores de TNF- $\alpha$ . El 33,34% de pacientes estaba en monoterapia, y el 46,67% había recibido terapias biológicas previas. El 80% de pacientes continua tratamiento a los 6 meses y el 20% lo suspende por fallo primario o intolerancia. Los datos de actividad, de percepción de fatiga, de dolor y de discapacidad se muestran en el tabla. Mediante un modelo de regresión lineal mixto se analizó la asociación de la percepción de la fatiga, la discapacidad y el dolor con la actividad clínica, corregida por edad, hábito tabáquico, tiempo de evolución de la enfermedad, el IMC, la administración de terapias biológicas anteriores y la dosis de corticoides administrada actualmente. Se observó una asociación estadísticamente significativa entre la actividad clínica y la percepción de la fatiga ( $p < 0,001$ ), del dolor ( $p < 0,001$ ) y la discapacidad ( $p < 0,001$ ). Una mayor percepción de fatiga se asociaba a mayor percepción de dolor ( $p < 0,001$ ) y altos NADs ( $p = 0,002$ ), pero no a reactantes de fase aguda. Se asocia además a los casos que suspenden tratamiento ( $p = 0,044$ ) frente a los que lo continúan a los 6 meses, independientemente del tipo de terapia (biológicos o anti-JAKs).

Variable	Visita 0 (N = 60) Media (DE)	Visita 1 (N = 57) Media (DE)	Visita 3 (N = 45) Media (DE)
EVA-dolor	6 (2)	4 (3)	5 (3)
HAQ	1,33 (0,61)	1,06 (0,64)	1,06 (0,69)
FACIT-fatigue	25,52 (12,19)	31,03 (12,9)	32,76 (12,46)
DAS28	4,78 (1,2)	3,6 (1,33)	3,54 (1,44)
DAS28-PCR	4,31 (1,06)	3,19 (1,14)	3,05 (1,28)
SDAI	22,72 (9,88)	13,58 (8,58)	12,97 (9,32)
CDAI	21,75 (9,62)	12,88 (7,96)	12,36 (9,11)

**Conclusiones:** Los PROs pueden ser de gran utilidad en el seguimiento de la AR en los casos en que es necesaria una evaluación a distancia, puesto que el HAQ o el FACIT-fatigue tienen una asociación estadísticamente significativa con los índices de actividad clínica en AR, y por su facilidad en su cumplimentación y evaluación por el profesional sanitario podrían suponer una herramienta de gran valor para el seguimiento de la enfermedad. Su aplicación en el seguimiento telefónico del paciente, como ha sido el caso de la pandemia por COVID-19, supondría una mejora en la evaluación clínica del paciente, reportándose la información necesaria para su seguimiento clínico y evitando la consulta presencial en las situaciones que así lo precisen.

**P011. SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DEL CAMBIO DE ETANERCEPT ORIGINAL A ETANERCEPT BIOSIMILAR**

M.C. Laiño Piñeiro, V. Aldasoro, G. Sada, J. Mendizabal y S. García  
Hospital Universitario de Navarra. Pamplona.



Tabla P011

	Suspensión de Enbrel (0-24 meses tras el cambio)	Vuelta a Enbrel (n)	Continúan Enbrel (n)	Motivo de suspensión			
				Ineficacia	Otros eventos adversos*	Cáncer	Muerte
AR	28	11	8	16	6	3	3
APs	20	6	6	19	0	0	1
EspA	10	8	8	7	3	0	0
Total	58	25	22	42	9	3	4

AR: artritis reumatoide; APs: artritis psoriásica; EspA: espondiloartritis. \*Infección urinaria (1), insuficiencia cardiaca (1), reacción cutánea (2), reacción alérgica (1), reacción en el punto de inyección (1), cefalea (1), diarrea (1), enfermedad pulmonar intersticial (1).

**Introducción:** Con la llegada de los fármacos biosimilares y las políticas de ahorro, en junio de 2019, tras la instrucción de gerencia 04/2019 de cumplimiento obligatorio en la Comunidad Foral de Navarra, se procedió al *switch* de etanercept original a su fármaco biosimilar.

**Objetivos:** Describir la evolución de los pacientes tras el *switch* de etanercept original a su fármaco biosimilar tras un seguimiento de 24 meses.

**Métodos:** Se revisaron las historias de pacientes que habían comenzado tratamiento con etanercept original en el Servicio de Reumatología. Los pacientes fueron citados en consulta para informar del cambio y solicitar su consentimiento verbal. La ineficacia fue considerada por índices de actividad de la enfermedad, valores analíticos, clínicos y/o por empeoramiento referido por el paciente.

**Resultados:** De los 187 pacientes que realizaban tratamiento con la molécula original se les realizó el *switch* a 176 pacientes con las siguientes patologías: artritis psoriásica (APs, n = 52 pacientes), artritis reumatoide (AR, n = 76), artritis idiopática juvenil (AIJ, n = 2) y espondiloartritis (EspA, n = 44). El 33% de los pacientes interrumpieron el tratamiento tras un seguimiento de 24 meses: 13% a los 6 meses, 9,1% a los 12 meses, 4% a los 18 meses y el 6,9% a los 24 meses. 42 pacientes suspendieron el tratamiento por ineficacia y 12 por eventos adversos (1 linfoma, 1 GIST, 1 adenocarcinoma de pulmón, 2 reacciones cutáneas, 1 reacción alérgica, 1 reacción en el punto de inyección, 1 por diarrea, 1 por cefalea, 1 por infecciones urinarias recurrentes, 1 por insuficiencia cardiaca, 1 por enfermedad pulmonar intersticial). Fallecieron 4 pacientes sin clara relación con el fármaco (1 por neumonía bilateral, 1 por shock séptico y 2 pacientes en los que no se pudo establecer la causa por pérdida de seguimiento). 25 pacientes (42,4%) volvieron a la molécula original, de los cuales 3 no volvieron a conseguir respuesta, todos en el grupo AR (tabla).

**Conclusiones:** En nuestra serie, más del 30% del *switch* a biosimilar no mantuvo respuesta tras un seguimiento de 24 meses, con un mayor porcentaje de suspensión en el primer año de seguimiento. Sería interesante poder disponer de estudios con seguimiento prospectivo para valorar ineficacia con parámetros objetivos (parámetros analíticos e índices de actividad).

#### Bibliografía

- Meijboom RW, Gardarsdottir H, Becker ML, Ten Wolde S, Egberts TCG, Giezen TJ. Incidence of and Reasons and Determinants Associated with Retransitioning from Biosimilar Etanercept to Originator Etanercept. *BioDrugs*. 2021;35(6):765-72.
- Kiltz U, Pudelko JC, Tsiami S, Baraliakos X, Braun J. Non-medical switching from reference to biosimilar etanercept - no evidence for nocebo effect: a retrospective analysis of real-life data. *Clin Exp Rheumatol*. 2021;39(6):1345-51.
- Bruni C, Gentileschi S, Pacini G, Baldi C, Capassoni M, Tofani L, Bardelli M, Cometi L, Cantarini L, Nacci F, Vietri M, Bartoli F, Fiori G, Frediani B, Matucci-Cerinic M. The switch from etanercept originator to SB4: data from a real-life experience on tolerability and persistence on treatment in joint inflammatory diseases. *Ther Adv Musculoskelet Dis*. 2020;12:1759720X20964031.

#### P012. EFECTO DE TOCILIZUMAB SOBRE EL EJE ANGIOPOIETIN LIKE-PROTEIN 4, APOLIPOPROTEINA CIII Y LIPOPROTEIN LIPASA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

I.A. Ferraz Amaro<sup>1</sup>, S. Santos-Concepción<sup>1</sup>, J. Castro<sup>2</sup>, V. Hernández-Hernández<sup>1</sup>, C. Luna<sup>3</sup>, I. Ferraz-Amaro<sup>1</sup> y F. Díaz-González<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife.

<sup>2</sup>Universidad de La Laguna. Departamento de Ciencias Médicas Básicas. Área de Anatomía y Embriología Humana. Santa Cruz de Tenerife.

<sup>3</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Nuestra Señora de la Candelaria. Tenerife.

**Introducción:** El tocilizumab (TCZ) es un fármaco usado en el tratamiento de la artritis reumatoide (AR) que se une al receptor de interleucina 6. Los pacientes que reciben TCZ experimentan una elevación en el colesterol total, triglicéridos (TG) y el ratios de lipoproteínas de baja y alta densidad. El ascenso de los TG son causa de enfermedad cardiovascular. Tres moléculas juegan un papel central en el metabolismo de los TG: apolipoproteína C-III (ApoC3), angio-poiectin like protein-4 (ANGPTL4) y la lipoprotein lipasa (LPL). LPL hidroliza el núcleo de TG de los quilomicrones, y ApoC3 y ANGPTL4 participan en la regulación del metabolismo de los TG mediante la inhibición, a su vez, de LPL, disminuyendo así, por tanto, también la lipólisis de los TG plasmáticos. El objetivo del presente estudio fue evaluar la influencia que TCZ tiene sobre el eje del metabolismo de los TG formado por ANGPTL4, ApoC3 y LPL. En un segundo paso hemos estudiado si los cambios que TCZ ejerce sobre el perfil lipídico se pueden justificar por una modificación de dicho eje.

**Métodos:** TOCRIVAR (*ClinicalTrials.gov*: NCT01752335) es un ensayo clínico prospectivo de un año que analiza la influencia de TCZ sobre los factores de riesgo cardiovascular, incluyendo el perfil lipídico, en AR. 27 pacientes con AR que recibieron TCZ (8 mg/kg IV/mes) fueron evaluados de forma basal antes del inicio de TCZ y en las semanas 12, 24 y 52. Se analizaron, en cada visita, los índices de actividad de la AR, niveles séricos de colesterol, TG, lipoproteínas y niveles de ApoC3, ANGPTL-4 y LPL.

**Resultados:** Los reactantes de fase aguda y la actividad de la enfermedad se redujeron notablemente durante las visitas del estudio y al final del tratamiento tras un año con TCZ. Mientras que inicialmente el colesterol total y LDL aumentaron su concentración plasmática, disminuyendo luego a basal, la lipoproteína (a) fue significativamente más baja, y HDL más alto, que su valor basal en todas las visitas del estudio. TG mostró una tendencia a ser significativamente más alto a los 6 meses (incremento neto 29 [IC95% -45-68] mg/dl, incremento porcentual 36 [IC95% -27-52]%, p = 0,079). No obstante, TG no mostró diferencias significativas en ninguna visita en comparación a los niveles iniciales. ANGPTL (basal 387 ± 203 vs. final 257 ± 32 sem 52 ng/ml, p = 0,016) y ApoC3 (basal 10,1 ± 6,7 vs. final 6,3 ± 3,7 mg/dl, p = 0,023) fueron significativamente inferiores al final del estudio (semana 52) en comparación a sus concentraciones basales. LPL también mostró un descenso paulatino en cada visita (basal 345 ± 289 vs. final 291 ± 197 ng/ml, p = 0,57) si bien la significación estadística no se alcanzó (test de tendencia p = 0,56). El descenso de DAS28-VSG en cada visita no se asoció con los cambios

producidos en las tres moléculas, mostrando, por tanto, que el descenso en el eje de metabolismo de los TG no depende de la menor actividad de la enfermedad producida por TCZ. Por el contrario, el descenso producido en ApoC3 se correlacionó significativamente con el aumento de TG en el mes 3 (Pearson  $r = -0,494$ ,  $p = 0,037$ ). Esta relación no se halló a los 6 y 12 meses.

**Conclusiones:** TCZ disminuye los niveles séricos de ANGPTL4, ApoC3 y LPL. A los 3 meses, el ascenso que se producen en TG parece depender de la inhibición que TCZ ejerce sobre ApoC3. Nuestros hallazgos sugieren que el efecto de TCZ sobre el perfil lipídico en pacientes con AR pudiera estar mediado por la modificación que este fármaco ejerce sobre el eje ANGPTL4-ApoC3- LPL.

**P013. ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL CLÍNICA Y SUBCLÍNICA EN ARTRITIS REUMATOIDE: FACTORES ASOCIADOS**

M. Rojas Giménez, J. Calvo-Gutiérrez, R. Ortega-Castro, L. Ladehesa-Pineda y A. Escudero-Contreras

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). Universidad de Córdoba.

**Objetivos:** Evaluar las diferencias entre pacientes con artritis reumatoide (AR) con y sin enfermedad pulmonar intersticial (EPID), identificar factores asociados al desarrollo de EPID y evaluar EPID subclínica; prevalencia y factores asociados a su desarrollo.

**Métodos:** estudio observacional y transversal de una cohorte de pacientes con diagnóstico de AR (ACR/EULAR 2010) y de EPID, de la

consulta y un grupo de pacientes control sin EPID. Ambos grupos con TCAR realizado en los últimos 18 meses. Se consideró fecha de estudio la fecha del último TCAR. De forma retrospectiva se evaluó el% de pacientes que tenían EPID subclínica, definiendo ésta como aquella afectación pulmonar por un TCAR solicitado sin ninguna clínica respiratoria previa. Se recogieron variables demográficas, datos de actividad (DAS28VSG, SDAI y CDAI en la fecha de estudio), niveles de FR y ACPA, datos severidad de AR y tratamientos que se encontraban recibiendo. Se realizó análisis descriptivo,  $\chi^2$  o t-Student, análisis multivariante de regresión logística para hallar variables predictoras del desarrollo de EPID.

**Resultados:** Se incluyeron 66 pacientes con AR (41 con EPID y 25 sin EPID). Las diferencias principales entre ambos grupos se muestran en la tabla 1. En el grupo de pacientes con EPID predominaba el sexo masculino, eran mayores, con más tiempo de evolución de la enfermedad y un mayor retraso diagnóstico de la AR. Hacían más uso de terapias biológicas con mejor control de la enfermedad por DAS28, SDAI y CDAI. Función pulmonar conservada por pruebas funcionales respiratorias. Del total de pacientes con EPID, 15 (36,6%) no presentaban ninguna clínica respiratoria cuando se solicitó el TCAR. Los motivos de su petición fueron: hallazgo de alteraciones en radiografía de tórax (66,7%) y crepitantes secos en la exploración (33,3%). Las EPID subclínicas se diagnosticaban con menos tiempo de evolución de la AR que las clínicas. En el resto de las variables no hubo diferencias con las EPID clínicas. Las variables asociadas de forma independiente al desarrollo de EPID, ajustadas por edad, tabaco y ACPA a títulos altos, fueron el sexo masculino [OR = 4,2 (IC95% 1,05-19,7),  $p = 0,049$ ] y el tiempo de evolución de la AR [OR = 1,08 (IC95% 1,02-1,17),  $p = 0,014$ ].

**Tabla P013**

Características diferenciales entre los diferentes grupos

Variables	AR EPID (n = 41)	AR EPID clínica (n = 26)	AR EPID subclínica (n = 15)	AR sin EPID (n = 25)	p-valor	p-valor
					EPID vs. no EPID	EPID clínica vs. EPID subclínica
Edad (años), media (DE)	64,9 (10,6)	64,8 (10,7)	65,3 (10,7)	59,5 (8,05)	0,022	0,878
Edad al diagnóstico de EPID, media (DE)	61,3 (11,2)	60,3 (11,7)	63,1 (10,3)	-	-	0,434
Sexo (varón), n (%)	19 (46,3)	10 (38,5)	9 (60)	5 (20)	0,031	0,182
Tabaco, n (%)	25 (60,9)	14 (53,8)	11 (78,6)	12 (48)	0,251	0,123
Tiempo evolución AR (años), media (DE)	16,0 (10,2)	19,7 (9,7)	9,6 (7,5)	10,9 (9,7)	0,048	< 0,001
Tiempo desde diagnóstico de AR a EPID (años), media (DE)	12,8 (9,4)	16,1 (9,2)	7,3 (7,2)	-	-	< 0,001
Retraso diagnóstico (años), media (DE)	1,4 (2,3)	1,9 (3)	0,9 (1,3)	0,5 (0,6)	0,050	0,299
Factor reumatoide positivo, n (%)	37 (90,2)	23 (88,5)	14 (93,3)	24 (96)	0,391	0,612
Factor reumatoide, media (DE)	271,4 (321,5)	227,8 (252,9)	349,3 (416,9)	170,2 (172,7)	0,110	0,337
ACPA positivo, n (%)	37 (90,2)	24 (92,3)	13 (86,7)	20 (80)	0,239	0,557
ACPA, media (DE)	338 (482)	262,4 (145,5)	471,6 (780,6)	186 (196)	0,110	0,377
Erosiones, n (%)	11 (26,8)	7 (26,9)	4 (26,7)	6 (24)	0,798	0,985
Nódulos reumatoides, n (%)	6 (14,6)	4 (15,4)	2 (13,3)	3 (12)	0,762	0,857
S.Sjogren secundario, n (%)	2 (4,8)	2 (7,7)	0	2 (8)	0,606	0,270
Osteoporosis, n (%)	8 (19,5)	7 (26,9)	1 (6,7)	5 (20)	0,961	0,115
DAS28-VSG, media (DE)	2,7 (1)	2,4 (0,8)	3,0 (1,1)	3,4 (1,4)	0,034	0,117
SDAI, media (DE)	9,4 (6,7)	8,08 (7,1)	11,7 (5,5)	13,9 (8,5)	0,045	0,105
CDAI, media (DE)	8,7 (6,2)	7,4 (6,3)	11,1 (5,6)	12,9 (8,2)	0,050	0,084
FAMES, n (%)	32 (78,1)	19 (73,1)	13 (86,7)	23 (92)	0,140	0,311
Metotrexato, n (%)	13 (31,7)	7 (26,9)	6 (40)	13 (52)	0,107	0,386
Leflunomida, n (%)	17 (41,5)	11 (42,3)	6 (40)	9 (36)	0,659	0,885
Hidroxicloroquina, n (%)	6 (14,6)	1 (3,8)	5 (33,3)	5 (20)	0,570	0,010
Sulfasalacina, n (%)	0	0	0	2 (8)	0,065	-
FAMEb, n (%)	24 (58,5)	16 (61,5)	8 (53,3)	7 (28)	0,015	0,607
Rituximab, n (%)	7 (17,07)	5 (19,2)	2 (13,3)	1 (4)	0,114	0,628
Abatacept, n (%)	15 (36,5)	10 (38,5)	5 (33,3)	1 (4)	0,002	0,743
Anti-TNF $\alpha$ , n (%)	1 (2,43)	1 (3,8)	0	3 (12)	0,114	0,442
Anti- IL6, n (%)	2 (4,9)	1 (3,8)	1 (6,7)	1 (4)	0,868	0,686
Jakinibs, n (%)	0	0	0	1 (4)	0,196	-
Glucocorticoides, n (%)	32 (78,1)	21 (80,9)	11 (73,7)	19 (76)	0,847	0,579
Dosis glucocorticoides, media (DE)	5,8 (2,9)	5,6 (2,6)	6,3 (3,6)	5,1 (1,3)	0,233	0,539
Patrón TCAR						0,243
NIU, n (%)	18 (43,9)	13 (50)	5 (33,3)	-	-	-
NIU indeterminada, n (%)	15 (36,6)	7 (26,9)	8 (53,3)	-	-	-
NINE, n (%)	5 (12,2)	3 (11,5)	2 (13,3)	-	-	-
Otros, n (%)	3 (7,3)	3 (11,5)	0	-	-	-
DLCO, media (DE)	76,0 (20,9)	73,8 (24,5)	80 (12,5)	-	-	0,387
CVF, media (DE)	89,5 (20,8)	88,9 (22,9)	90,8 (16,5)	-	-	0,784
FEV1, media (DE)	91,5 (19,9)	91,8 (21,4)	90,8 (17,5)	-	-	0,886

**Conclusiones:** En nuestra cohorte, la prevalencia de EPID subclínica fue alta (36%). Las características clínicas, actividad de la enfermedad y datos de EPID (PFR y patrones TCAR) fueron similares entre las EPID clínicas y subclínicas, pero se necesitarían estudios prospectivos para evaluar si la evolución y pronóstico en ambos grupos también es similar. Teniendo en cuenta que la EPID es una causa importante de muerte en nuestros pacientes, debemos hacer una búsqueda activa de esta afectación para tratar de forma precoz y mejorar su pronóstico.

#### P014. EVALUACIÓN DE RESPUESTA A LA VACUNACIÓN FRENTE AL VIRUS DE LA HEPATITIS B EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN CRIBADO PREBIOLÓGICO

J.M. Doménech Serrano<sup>1</sup>, C. Pérez Quintana<sup>2</sup> y F. Sivera Mascaró<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Facultad de Medicina, Universidad Miguel Hernández de Elche. <sup>2</sup>Hospital General Universitario de Elda. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Preventiva. Hospital General Universitario de Elda. <sup>3</sup>Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Elda.

**Introducción:** Las recomendaciones EULAR de estudio prebiológico incluyen la vacunación frente al VHB en aquellos pacientes en riesgo. Sin embargo, este grupo de pacientes puede presentar una respuesta menor de anticuerpos tras la vacunación, requiriendo por lo tanto, dosis de refuerzo. Entre las vacunas disponibles en España, destacan dos de uso habitual: Engerix B® (utilizada en la pauta infantil) y Fendrix® (indicada a partir de los 15 años y en pacientes con ERC), las cuales se amplían a otros pacientes inmunosuprimidos por analogía.

**Objetivos:** Evaluar la tasa de respuesta a la vacunación frente al VHB en pacientes con artritis reumatoide.

**Métodos:** Se diseñó un estudio observacional descriptivo y analítico, retrospectivo y unicéntrico. En el Hospital General Universitario de Elda, los pacientes con enfermedades reumáticas que van a comenzar tratamiento biológico y presentan serología negativa, son ofrecidos a vacunación. La práctica habitual incluye una pauta de 0-1-6 meses con Engerix B® (si no la han recibido en la infancia), seguida de dosis de refuerzo con Fendrix® hasta conseguir respuesta serológica, con un máximo de cuatro dosis de refuerzo. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes que habían recibido tratamiento biológico para la AR desde el año 2010. Se incluyeron pacientes con AR que recibieron vacunación frente al VHB en contexto del cribado prebiológico. Se evaluó la respuesta serológica (HBsAc ≥ 10).

Se recabaron datos (demográficos, sobre la enfermedad, comorbilidades, tratamiento, tipo de vacuna y pauta vacunal) explicativos sobre esta respuesta.

**Resultados:** Se revisaron 252 pacientes con AR, de los que se incluyeron 102 que habían recibido vacunación frente al VHB en el proceso de cribado prebiológico con una valoración de respuesta vacunal mediante título de HBsAc. Los pacientes incluidos tenían una edad media de 56,5 años (DE 10,5) y 72 (70,6%) eran mujeres. De manera global, 72 (70,6%) presentaron respuesta vacunal tras una media de 4,1 (DE 1,5) dosis. La pauta inicial 0-1-6 se empleó en 101 (99%) pacientes (92 con Engerix B® y 9 con Fendrix®); consiguiendo respuesta serológica en 37 (36,6%), mientras que 64 (63,4%) no alcanzaron respuesta. Un paciente (0,98%) recibió vacunación en la infancia, por lo que se inició directamente con dosis de refuerzo. 47 (46,1%) pacientes en total recibieron al menos una dosis de refuerzo (10 con Engerix B® y 37 con Fendrix®); los 18 restantes de los que no obtuvieron respuesta a la pauta 0-1-6 fueron exitos (2), rechazo expreso de vacunación (1), no acude a nuevas citas (3) y pérdidas de seguimiento (12). Se registró hasta la última dosis recibida. De los 47 pacientes con dosis de refuerzo, 35 (75%) mostraron respuesta serológica tras 1-5 dosis de refuerzo. En la última dosis de vacuna administrada, 70 (68,6%) pacientes se encontraban en tratamiento con algún tipo de FAME biológico; 3 (2,9%) con FAMEsd; 75 (73,5%) con FAME convencionales como MTX (57 (55,9%)) y leflunomida (18 (17,6%)); y 30 (29,4%) pacientes con corticoides. Las características basales, la comparación entre respondedores y no respondedores, se pueden observar en la tabla.

**Conclusiones:** La pauta vacunal estándar (0-1-6) para el VHB en pacientes con artritis reumatoide en cribado prebiológico resulta en una protección vacunal de aproximadamente un tercio de nuestros pacientes, frente al 70-95% en la población general. Estrategias con dosis posteriores de refuerzo aumentan la eficacia de la vacuna.

#### P015. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL CAMBIO DE BIOLÓGICO ORIGINAL A BIOSIMILAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

J. Calvo Gutiérrez, J.L. Reyes-Caballero, R. Ortega-Castro, L. Ladehesa-Pineda, M. Rojas-Giménez y A. Escudero-Contreras

Hospital Universitario Reina Sofía. Instituto de investigación Biomédica de Córdoba (IMIBC). Universidad de Córdoba.

**Introducción:** Desde que en 2006 la Unión Europea aprobara el primer biosimilar, los profesionales de la salud han ido adquiriendo

Tabla P014

	Incluidos (n = 102)	Respondedores (n = 72)	No respondedores (n = 30)
Edad a la que se inició la vacunación	56,5 (DE 10,5)	56,1 (DE 9,0)	57,3 (DE 13,5)
Sexo mujer	72 (70,6%)	55 (76,4%)	17 (56,7%)
Diabetes	14 (13,7%)	9 (12,5%)	5 (16,7%)
ERC	7 (6,9%)	4 (5,6%)	3 (10%)
Tabaquismo	29 (28,4%)	17 (23,6%)	12 (40%)
IMC	28,8 (DE 5,1)*	28,8 (DE 5,2)*	28,6 (DE 5,0)*
Edad al diagnóstico	53,5 (DE 9,7)	53,1 (DE 8,3)	54,4 (DE 12,6)
Pauta 0-1-6	101 (99%)	71 (98,6%)	30 (100%)
Engerix B®	92 (91,1%)	63 (88,7%)	29 (96,7%)
Fendrix®	9 (8,9%)	8 (11,3%)	1 (3,3%)
Número de pacientes con al menos una dosis de refuerzo posterior	47 (46,1%)	35 (48,6%)	12 (40%)
Engerix B®	10 (21,3%)	6 (17,1%)	4 (33,3%)
Fendrix®	37 (78,7%)	29 (82,9%)	8 (66,7%)
Número de dosis totales.	4,1 (DE 1,5)	4,1 (DE 1,4)	4,3 (DE 1,7)
Título de anticuerpos anti-HBs tras última dosis.	186,0 (DE 318,9)	262,6 (DE 352,8)	2,1 (DE 0,5)
Tratamiento en la última dosis de vacunación			
FAMEb	70 (68,6%)	50 (69,4%)	20 (66,7%)
FAMEsd	3 (2,9%)	3 (4,2%)	0 (0%)
FAMEsc	75 (73,5%)	51 (70,8%)	24 (80%)
MTX	57 (55,9%)	39 (54,2%)	18 (60%)
Leflunomida	18 (17,6%)	12 (16,7%)	6 (20%)
2 FAMEsc	14 (13,7%)	10 (13,9%)	4 (13,3%)
Corticoides	30 (29,4%)	20 (27,8%)	10 (33,3%)

Los datos se presentan como n (%) o como media (desviación estándar). \*IMC: n incluidos = 93; n respondedores = 69; N no respondedores = 24.

experiencia con su uso. Hoy en día, los biosimilares forman parte de las terapias biológicas disponibles. Para evaluar la posibilidad de que el cambio de un biológico original a un biosimilar pueda conducir a una eficacia disminuida o una seguridad comprometida para los pacientes nos hemos planteado realizar un seguimiento en la práctica clínica habitual de pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias (incluyendo artritis reumatoide (AR), espondiloartropatía (Spa) o artritis psoriásica (PsA) que cambian de Humira® a Hyrimoz®.

**Objetivos:** Evaluar la eficacia y seguridad a largo plazo del cambio de Adalimumab original a Biosimilar en pacientes en la práctica clínica.

**Métodos:** Se incluyeron 86 pacientes consecutivos con enfermedades reumáticas inflamatorias del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. (36 Spa (86,1% B27 positivo), 25 AR y 19 PsA) que fueron seguidos durante un año tras el intercambio.

**Resultados:** De los 86 paciente incluidos 45 eran hombres (52,3%) con una edad media de 53,56 años DE (19-84) años. El tiempo medio de tratamiento con Humira® fue de 62 meses DE (2 -212) meses. El 30,2% de los pacientes habían recibido dosis bajas de corticoides y el 47,7% sDMARS (metotrexato (58,5%), sulfasalazina (17,1%) y leflunomida (9,8%)). Analizamos diferentes respuestas entre diagnósticos, del grupo AR, 20 que estaban en remisión en el momento del cambio, al año el 90% seguían en remisión y 5 pacientes que estaban activos en el momento del cambio al año alcanzaron un estado de baja actividad según das28. Del grupo Spa, 23 que estaban en remisión antes del cambio, al año el 87% seguían en remisión y 13 pacientes que estaban activos en el momento del cambio a biosimilar un 61,5% alcanzaron tasas de remisión. Del grupo de APso, 12 que estaban en remisión antes del cambio, después de un año el 91,7% mantenían dicha remisión, y de 7 pacientes que no lo estaban, después de un año un 57,1% alcanzaron remisión según dapsa. Solo 14 de 86 pacientes suspendieron el Biosimilar, dos por fallo primario, 8 por fallo secundaria, solo 4 por efecto adverso. Entre los que suspendieron Hyrimoz®, el tiempo medio desde el cambio hasta la fecha de suspensión fue de 8,21 meses. Después de un año, 72 pacientes continúan con el biosimilar. En relación a las tasas de remisión globales fueron del 79,2% antes del cambio y del 84,7% tras año de del cambio a biosimilar sin encontrar diferencias en eficacia o seguridad.

**Conclusiones:** En nuestra cohorte, en la práctica clínica, el cambio de adalimumab original a biosimilar (Hyrimoz®) mantiene altos niveles de eficacia y seguridad en pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias.

**P016. INFECCIONES GRAVES EN PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE. ESTUDIO OBSERVACIONAL DE 392 PACIENTES DE UN CENTRO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO**

L.C. Domínguez Casas<sup>1</sup>, P. Rodríguez-Cundin<sup>2</sup>, T. Dierssen- Sotos<sup>3</sup>, N. Vegas-Revenga<sup>1</sup>, A Corrales<sup>1</sup>, M. González-Gay<sup>1</sup> y R. Blanco<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>2</sup>Medicina Preventiva. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>3</sup>Universidad de Cantabria. Santander.

**Introducción:** Los pacientes con artritis reumatoide (AR) presentan un riesgo de infección mayor que la población general. Este riesgo está ligado a la fisiopatología de la enfermedad, al tratamiento inmunosupresor y las comorbilidades.

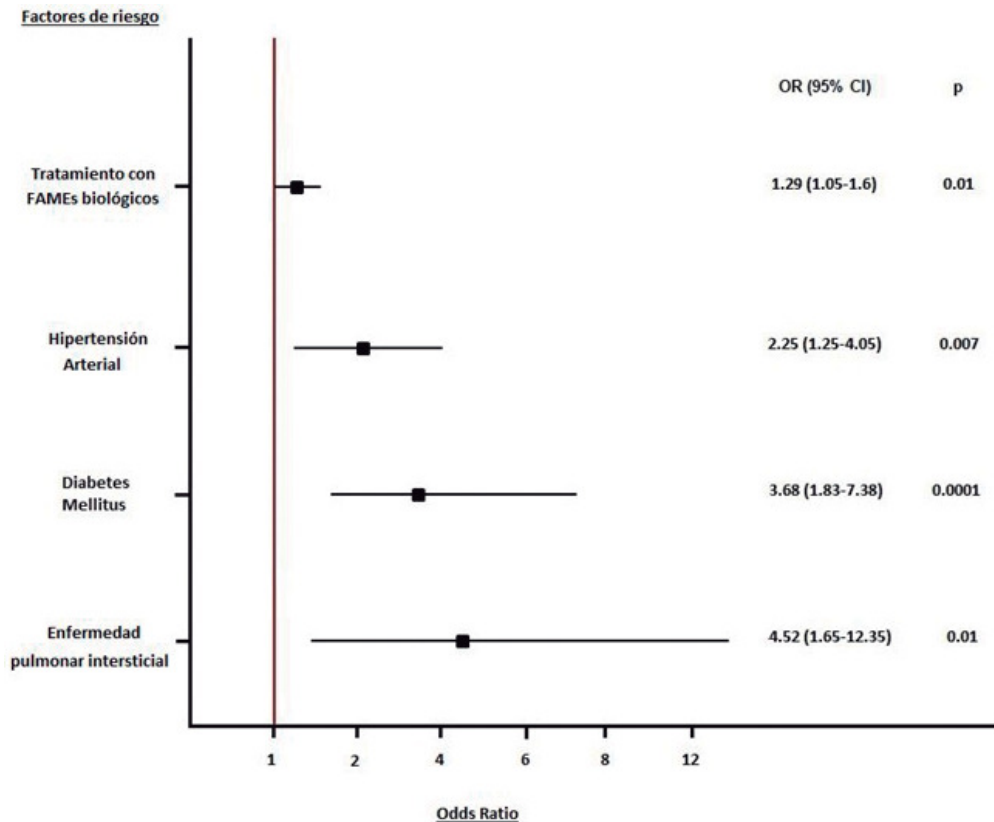
**Objetivos:** Nuestro objetivo en un grupo de pacientes con AR fue evaluar a) la incidencia b) las características de la enfermedad y c) los factores predictivos de infecciones graves.

**Métodos:** Estudio observacional de pacientes diagnosticados de AR que fueron incluidos en el programa de vacunación de nuestro hospital entre octubre de 2011 y octubre de 2016. El período mínimo de seguimiento fue de 12 meses, que se realizó hasta diciembre de 2020. Se realizó un estudio comparativo entre los pacientes de dicho grupo que presentaron una infección grave, definida como aquella que requirió un ingreso hospitalario, y aquellos que no. Se identificaron además los factores predictores de ingreso hospitalario mediante un análisis multivariante ajustado por edad y sexo. El programa de vacunación de nuestro hospital incluye vacunas contra la gripe, *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae*. La información de las características de los pacientes, las infecciones y las hospitalizaciones se obtuvo de los programas informáticos del hospital y Atención Primaria.

**Resultados:** Se estudiaron 392 pacientes con AR (309 mujeres/83 hombres); con una edad media de 63,1 ± 13,7 años. Tras un seguimiento medio de 71,8 ± 20,6 meses; 88 pacientes requirieron 187 ingresos hospitalarios debido a una infección (22,4%) (60 mujeres). La mediana [IQR] de ingresos fue de 1,5 [1-2]. El tipo de infección más común fue la respiratoria (44 pacientes, 78 hospitalizaciones) seguido de infecciones del tracto urinario (33 pacientes, 48 hospitalizaciones), cutáneas (19 pacientes, 28 hospitalizaciones), abdominales (17 pacientes, 20 hospitalizaciones), artritis sépticas (7 pacientes, 8 hospitalizaciones) maxilofaciales (2 pacientes, 2 hospitalizaciones), endocarditis bacteriana (2 pacientes, 2 hospitalizaciones) y genital (1 pacientes, 1 hospitalización). En el estudio comparativo, los pacientes con ingresos debidos a infecciones fueron de mayor edad, con una duración de la AR más largar, presentaban mayor número de comor-

**Tabla P016**  
Estudio comparativo de los diferentes grupos

	Pacientes con ingreso hospitalario por infección grave (N = 88)	Pacientes sin ingreso hospitalario por infección grave (N = 304)	p
<b>Características demográficas y comorbilidades</b>			
Edad (años),media ± DE	69,7 ± 11,2	59,2 ± 12,6	0,005
Mujeres, n (%)	60 (68,2)	249 (81,9)	0,33
Tabaquismo, n (%)	41 (46,6)	114 (7,5)	0,32
Hipertensión arterial, n (%)	56 (63,6)	109 (35,8)	0,004
Hipercolesterolemia, n (%)	47 (53,4)	101 (33,2)	0,02
Diabetes mellitus, n (%)	25 (28,4)	30 (9,9)	0,0002
<b>Características de la AR</b>			
Tiempo de evolución de la AR(meses) media ± DE	165,8 ± 130,1	128,6 ± 102,6	0,005
FR positivo, n (%)	52(59,1)	171(56,2)	0,80
ACPA positivo, n (%)	48 (54,5)	158 (52,6)	0,81
Presencia de erosiones, n (%)	32 (36,4)	113 (51,9)	0,89
Síndrome de Sjögren asociado, n (%)	4 (4,5)	16 (5,3)	0,79
Enfermedad pulmonar intersticial, n (%)	11 (12,5)	9 (2,9)	0,0008
Nódulos subcutáneos, n (%)	6 (6,8)	16 (5,3)	0,57
Dosis de prednisona (o equivalente) mg/día, media ± DE	5,3 ± 4,5	3,3 ± 3,8	0,001
Número de FAMEs convencionales, media ± DE	1,9 ± 1,4	1,5 ± 1,3	0,05
Número de FAMEs biológicos, media ± DE	0,1 ± 0,2	0,1 ± 0,4	0,03
Número de inhibidores JAK, media ± DE	69,7 ± 11,2	59,2 ± 12,6	0,1



P016 Figura. Factores predictores de ingreso hospitalario por infección grave.

bilidades (hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes mellitus y enfermedad pulmonar intersticial) y tratamiento con más FAMES convencionales y biológicos (tabla). Los factores predictivos para ingreso por infección fueron la presencia de hipertensión arterial y diabetes mellitus, así como enfermedad pulmonar intersticial asociada a la AR y el tratamiento con FAMES biológicos (fig.).

**Conclusiones:** A pesar de ser incluidos en un programa de vacunación, un 22% de nuestros pacientes con AR requirieron ingreso hospitalario debido a infección grave. Los principales factores predictores para ingreso por infección grave fueron las comorbilidades, la enfermedad pulmonar intersticial y el tratamiento con FAMES biológicos. La reducción de las infecciones graves en los pacientes con RA continúa siendo un objetivo importante.

#### P017. ESTUDIO "AR-CAT INICI": MANEJO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE DE INICIO EN CATALUNYA

C. Pérez García<sup>1</sup>, J. Rovira Aguilar<sup>2</sup>, L. Mateo<sup>3</sup>, J. Gomez Puerta<sup>4</sup>, M. Valls Roc<sup>5</sup>, G. Salvador<sup>6</sup>, R. Morlà Novell<sup>4</sup>, S. Holgado Pérez<sup>3</sup>, C. Díaz Torné<sup>7</sup>, M. Salles Lizarzaburu<sup>8</sup>, C. García Gómez<sup>9</sup>, S. Castro<sup>10</sup>, N. Montalà Palau<sup>11</sup>, H. Borrell<sup>12</sup>, S. Mínguez Blasco<sup>8</sup>, M. López Lasanta<sup>12</sup>, V. Ruiz Esquide<sup>4</sup>, C. Pitarch Grau<sup>7</sup>, N. Busquets Pérez<sup>13</sup>, H. Corominas Macias<sup>7</sup>, A. García Guillen<sup>7</sup>, S. Rodríguez Muguruza<sup>10</sup>, M. Martínez Morillo<sup>3</sup> y R. Sanmartí<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital del Mar-Parc de Salut Mar. Barcelona. <sup>2</sup>Unidad de Reumatología. Hospital de Mollet. <sup>3</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. <sup>4</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Clínic de Barcelona. <sup>5</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Josep Trueta. Girona. <sup>6</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Mutua de Terrassa. <sup>7</sup>Unitat Territorial de Reumatologia Sant Pau-Dos de Maig. <sup>8</sup>Servicio de Reumatología. Althaia. Xarxa Assistencial Universitària de Manresa. <sup>9</sup>Servicio de Reumatología. Hospital de Terrassa. <sup>10</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Joan XVIII. Tarragona.

<sup>11</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Arnau de Vilanova. Lleida.

<sup>12</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona <sup>13</sup>Servicio de Reumatología. Hospital de Granollers.

**Introducción:** Dado el progresivo cambio de manejo de las enfermedades inflamatorias, se realizó un estudio observacional sobre el manejo la artritis reumatoide de inicio (ARI) en Catalunya, bajo el auspicio el grupo de trabajo de Artritis Reumatoide (AR-CAT) de la Sociedad Catalana de Reumatología.

**Objetivos:** Conocer el manejo de la ARI en Catalunya, valorar si se siguen las recomendaciones de las guías EULAR/ACR y estudiar las causas de la variabilidad del manejo, para poder plantear objetivos de mejora.

**Métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal del 15 al 30 de junio de 2021 a través de una encuesta on-line a 304 socios de la SCR, sobre el manejo de la ARI. Se incluyeron variables relacionadas a las características de los encuestados, de la derivación de las ARI y variables propias de la enfermedad incluyendo variables clínicas, tipo de tratamiento y desenlaces utilizados para su seguimiento incluyendo el impacto de la pandemia por SARS-CoV-2. Se realizó el estudio univariante utilizando estudio de proporciones con el cociente de correlación de Pearson.

**Resultados:** 105 socios (34,5%) respondieron a la encuesta. El 11,6% mayores de 60 años y solo el 7,8% menores de 30 años. 99% ejercían en asistencia pública. La media de reumatólogos por servicio es 7,2 [1-17], 34,2% tienen < 5 reumatólogos y 42% una población de referencia 200.000 a 300.000. La media de visitas semanales realizadas son 67,5 [20-130]. 42,2% no tiene dispensario monográfico y el 30,4% no tiene enfermería especializada. Características de la ARI: el 77,5% son derivadas desde asistencia primaria (AP), el 52% llevan entre 6 sem-3 meses de evolución y el 42,1% > 3 meses. El 54,9% realizan la primera visita a las 2-4 semanas de la derivación y 14,7% > 8 semanas. El 100% aporta analítica previa, el 47% se le había realizado RX previas. El 98% llevaba tratamiento previo (50,4% AINE + GC, 36,1% AINE, 12,3% GC). El 34,3%

llevaba dosis GC > 10 mg/día y el 11,3% > 20 mg/día. Tratamiento: el FAME de elección en 100% es MTX, 44,1% inicia dosis de 10 mg/sem y 3,9% 7,5 mg/sem. La vía de elección es la oral (55,9% vs. 44,1%). El 92,2% asocia a GC y el 31,7% no los ha retirado a los 6 meses. El 57,8% considera la dosis máxima de MTX 25 mg/sem y 7,8% considera 30 mg/sem. El 87,1% utiliza dosis < 10 mg/día de GC, siendo la dosis más usada 5 mg/día (35,6%). 72,5% realiza el seguimiento tras inicio del FAME entre 4-6 sem y el 12,7% lo realiza enfermería. El 99% utiliza índices compuestos (DAS 28 100%, CDAI 53,5%). El 73,3% lo realiza cada visita. 31,4% realiza PROs (HAQ 83,3%, RAPID 3 14,3%) y el 23,3% de los que lo realizan, lo hacen en cada visita. El 33% realiza ecografía sistemática en el seguimiento, 59,9% el propio reumatólogo quien la realiza y 46,1% por un reumatólogo experto. Incidencia de la pandemia en el seguimiento de la ARI, 53,3% considera que lo está realizando igual que antes, 46,1% considera que las visitas telefónicas no son adecuadas para el seguimiento vs. 14,7% que considera que sí. Al interrogar las situaciones en las que considera adecuadas, 75,9% consideró adecuada en el control posterior al inicio del FAME. Respecto al tratamiento de la ARI, el 66% retrasó el inicio de FAME biológico, 72,1% por dificultad del seguimiento y solo el 8,8% por un aumento del riesgo de infección. El análisis univariable, se evidencia que disponer un dispensario monográfico se asocia inicio más temprano de MTX ( $p < 0,001$ ), a dosis  $\geq 15$  mg ( $p = 0,05$ ), mayor intervención enfermería ( $p < 0,001$ ), mayor uso de PROs ( $p = 0,008$ ) y existe una tendencia a un menor tiempo de espera de primera visita  $p = 0,07$ . Se asocia también a no considerar adecuadas para ARI las visitas telefónicas ( $p < 0,001$ ), siendo menos de 25% ( $p < 0,0001$ ). El nivel hospitalario se relaciona de forma directamente proporcional con inicio a dosis superiores de MTX ( $p < 0,0001$ ), un menor uso de GC < 10 mg ( $p > 0,0001$ ). Entre el resto de las variables no se ha hallado asociación.

**Conclusiones:** Se siguen de forma coherente las recomendaciones de EULAR/ACR en el tratamiento y seguimiento de la ARI, aunque llama la atención el amplio uso de MTX por vía oral. Se evidencia que la variable que más influye en el inicio temprano de FAME y a dosis mayores, es el un dispensario monográfico, así como mayor presencia de enfermería y realización de los PROs.

#### P018. UPADACITINIB. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE REFRACTARIA

M.N. Roldán Ruiz, C. Ramos Giráldez, C. Azábal Pérez, R. Martínez Pérez, ML. Velloso Feijóo y J.L. Marengo de la Fuente

Unidad de Reumatología. Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

**Introducción:** Upadacitinib es el tercer inhibidor de la quinasa janus (iJAK) aprobado para la artritis reumatoide (AR) después de baricitinib y tofacitinib. Upadacitinib es un inhibidor selectivo de JAK1, y está indicado para el tratamiento de la AR activa de moderada a grave en pacientes adultos con respuesta inadecuada o intolerancia a uno o más FAMEs.

**Objetivos:** Describir los datos de efectividad y seguridad de upadacitinib en pacientes con AR moderada-grave refractaria a múltiples FAMEs sintéticos y/o biológicos.

**Métodos:** Estudio observacional descriptivo y retrospectivo realizado en pacientes que cumplían criterios de clasificación AR, refractarios a FAME sintéticos y/o biológicos en el servicio de Reumatología del Hospital Valme. Se recogieron variables epidemiológicas, clínicas, analíticas, y relacionadas con seguridad y tratamiento. Se realizó un análisis cuantitativo descriptivo de los datos.

**Resultados:** Se incluyeron 45 pacientes (37 mujeres y 8 hombres), con una edad media de 53 años y tiempo medio de evolución de 11 años. El 44,4% de los pacientes presentaba algún factor de riesgo cardiovascular. Con respecto al tratamiento previo, el 100% estuvo con FAMEsc, con una mediana de 2 FAMEsc por paciente. En cuanto a terapia biológica o dirigida, el 77,8% tenía antecedentes de fallo a terapia biológica con una mediana de 1 biológico; además, se

observó que 8 pacientes habían recibido al menos 3 fármacos biológicos previos antes de upadacitinib. Un 28,9% (13 pacientes) había recibido iJAK previamente, suspendidos por fallo secundario o por procedencia de ensayos clínicos de otros centros. En cuanto a la actividad de la enfermedad al inicio de upadacitinib, los pacientes presentaban una mediana de número de articulaciones tumefactas (NAT) 3, número de articulaciones dolorosas (NAD) 4, PCR 11 mg/dl, DAS28 de 4,23 y CDAI de 21,5. Al iniciar upadacitinib, el 80% de los pacientes realizaba tratamiento con esteroides, el 51% con dosis mayor de 5 mgr/día de prednisona. Se mantuvo terapia combinada con FAMEs en el 76,3% de los pacientes (56,7% MTX, 36,7% LFN y el resto con SSZ). Se analizaron los resultados tras una mediana de 7 meses desde el inicio de upadacitinib: se suspendieron los FAMEsc en 4 pacientes y se redujo la dosis de esteroides en el 58,3% del total, suspendiéndose en el 21,2%. Con respecto a la actividad de la enfermedad analizada post-tratamiento en los pacientes que mantuvieron el fármaco se observó una mediana de NAT 0, NAD 2, PCR 0,8 mg/dl, DAS28 2,7 y CDAI 12,5 (tabla). El fármaco fue suspendido en 11 pacientes: 5 por eventos adversos (cefalea, hipersensibilidad, molestias gastrointestinales, inestabilidad acompañada de fotopsia, linfopenia y tos irritativa) que se resolvieron tras la suspensión del fármaco, 5 por fallo primario, 1 por fallo secundario. No se registraron casos de herpes, trombosis ni eventos cardiovasculares.

Medianas de resultados previos al inicio de upadacitinib y post-tratamiento en los pacientes que mantuvieron upadacitinib: NAT, NAD, Proteína C Reactiva (PCR) e índices de actividad de la enfermedad DAS28 y CDAI

	Previo upadacitinib	Post-tratamiento (mediana 7 meses)	Significación estadística
NAT	3	0	< 0,05
NAD	4	2	0,03
PCR	11	0,8	< 0,05
DAS28	4,23	2,7	< 0,05
CDAI	21,5	12,5	< 0,05

**Conclusiones:** El upadacitinib consiguió controlar la actividad de la enfermedad en un alto porcentaje de nuestra serie de pacientes resistentes a múltiples FAMEs sintéticos y/o biológicos, permitiendo reducir o incluso suspender tratamiento esteroideo en un número significativo de pacientes, por lo que puede ser una opción a tener en cuenta en pacientes con AR refractaria. Son necesarios estudios a más largo plazo para continuar evaluando la efectividad, seguridad y supervivencia del fármaco en práctica clínica real.

#### P019. PREDICCIÓN DE LA REMISIÓN DE LA ARTRITIS REUMATOIDE (AR) CON EL TRATAMIENTO CON ABATACEPT SUBCUTÁNEO EN UN CONTEXTO CLÍNICO DE VIDA REAL

R. Sanmartí Sala<sup>1</sup>, R. Alten<sup>2</sup>, C. Rauch<sup>3</sup>, B. Bannert<sup>4</sup>, S. Marsal<sup>5</sup>, M. Buch<sup>6</sup>, R. Caporali<sup>7</sup>, M. Chartier<sup>8</sup>, S.E. Connolly<sup>9</sup>, H. Griffiths<sup>10</sup>, X. Mariette<sup>11</sup>, M.T. Nurmohamed<sup>12</sup>, Y. Patel<sup>13</sup>, P. Peichl<sup>14</sup>, Y. Elbez<sup>15</sup> y K. Lozenski<sup>9</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitari Clínic de Barcelona. <sup>2</sup>Schlosspark-Klinik University. Berlin (Alemania). <sup>3</sup>Bristol Myers Squibb. Munich (Alemania). <sup>4</sup>Universitätsspital Basel (Suiza). <sup>5</sup>Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. <sup>6</sup>University of Leeds (Reino Unido). <sup>7</sup>Policlinico S. Matteo University. Pavia (Italia). <sup>8</sup>Bristol Myers Squibb. Rueil-Malmaison (Francia). <sup>9</sup>Bristol Myers Squibb. Princeton. NJ (EE. UU.). <sup>10</sup>University Hospital Geelong. Geelong. Victoria (Australia). <sup>11</sup>Université Paris-Saclay. AP-HP. Hospital Bicêtre. Paris (Francia). <sup>12</sup>ARC Amsterdam University Hospitals-VU University Medical & Reade. Amsterdam (Países Bajos). <sup>13</sup>Hull Royal Infirmary. Hull (Reino Unido). <sup>14</sup>Evangelical Hospital. Vienna (Austria). <sup>15</sup>Deepscoper. Puteaux (Francia).

**Introducción:** Se recomienda aplicar un método de tratamiento por objetivos en el tratamiento de la AR con el objetivo primordial de alcanzar la remisión<sup>1,2</sup>. El estudio Abatacept SubCutaneOus in Routine clinical practicE (ASCORE; NCT02090556) evaluó la eficacia y

seguridad de abatacept (ABA) subcutáneo (SC) para tratar a pacientes con AR activa moderada o grave. De hecho, las tasas de retención a los 12 meses y de respuesta clínica mejoraron en pacientes que recibieron ABA como FAME(b) biológico de primera línea vs. líneas posteriores de tratamiento<sup>3</sup>. Este análisis *post hoc* de ASCORE investigó la asociación de variables iniciales con alcanzar la remisión según DAS28 (PCR), el índice de actividad de la enfermedad simplificado (SDAI) y el índice de actividad clínica de la enfermedad (CDAI) tras el tratamiento con ABA SC en pacientes con AR.

**Métodos:** Se incluyeron los pacientes del ASCORE (seleccionados entre febrero de 2013 y abril de 2017) que iniciaron 125 mg semanales de ABA SC. Se efectuó un análisis de los factores pronóstico basales de la remisión en la DAS28 (PCR, < 2,6), SDAI (≤ 3,3) y CDAI (≤ 2,8) en el mes

12 por línea de tratamiento (1.ª línea y 2.ª línea o posterior) y en la población general. Se seleccionaron variables determinadas significativas (p < 0,2) en el análisis por regresión logística univariable como covariables en un modelo de regresión logística por eliminación regresiva multivariable. Se calcularon la oportunidad relativa (OR, intervalos de confianza del 95%) y los valores de p. Se usaron valores normalizados para las variables independientes iniciales continuas.

**Resultados:** En total se incluyeron 2.892 pacientes (1.ª línea, n = 1.198; 2.ª línea o posterior, n = 1.694). La edad media (desviación estándar) inicial fue de 57,7 (12,7) años, el IMC de 27,2 (5,8) kg/m<sup>2</sup> y el índice de discapacidad (ID) HAQ de 1,4 (0,7); el 78,6% eran mujeres, el 61,7% tenían seropositividad doble (FR+ y ACPA+) y el 18,6%, o FR+ o ACPA+. Para los pacientes tratados con ABA en 1.ª línea, la seropositividad

Figura 1. Oportunidades relativas (OR) de las variables iniciales para pronosticar la remisión definida por el CDAI en pacientes con AR

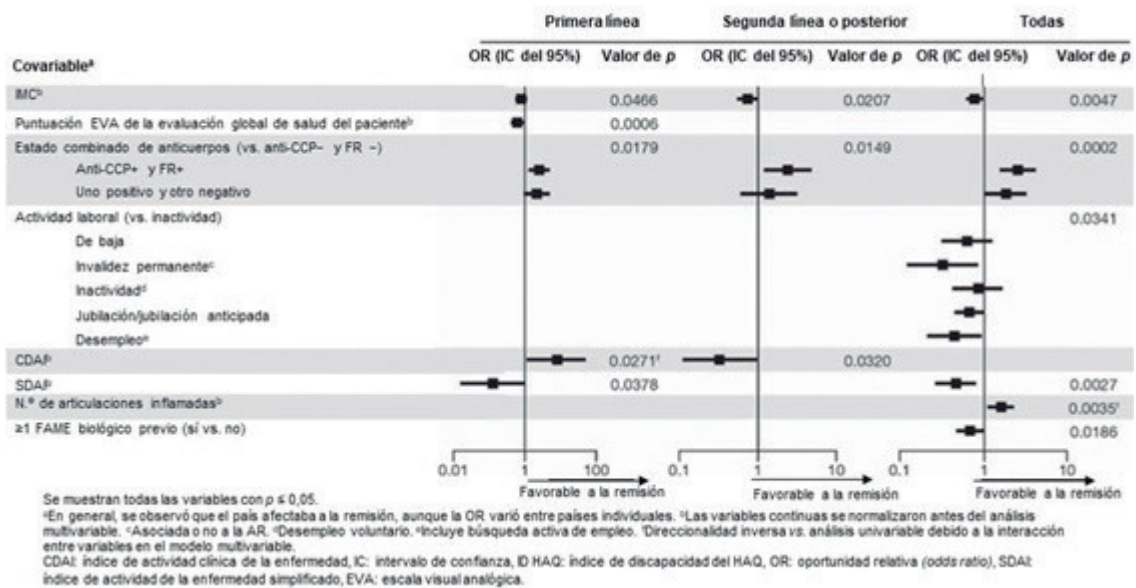


Figura 1

Figura 2. Oportunidad relativa (OR) de las variables iniciales para pronosticar la remisión definida por el SDAI en pacientes con AR

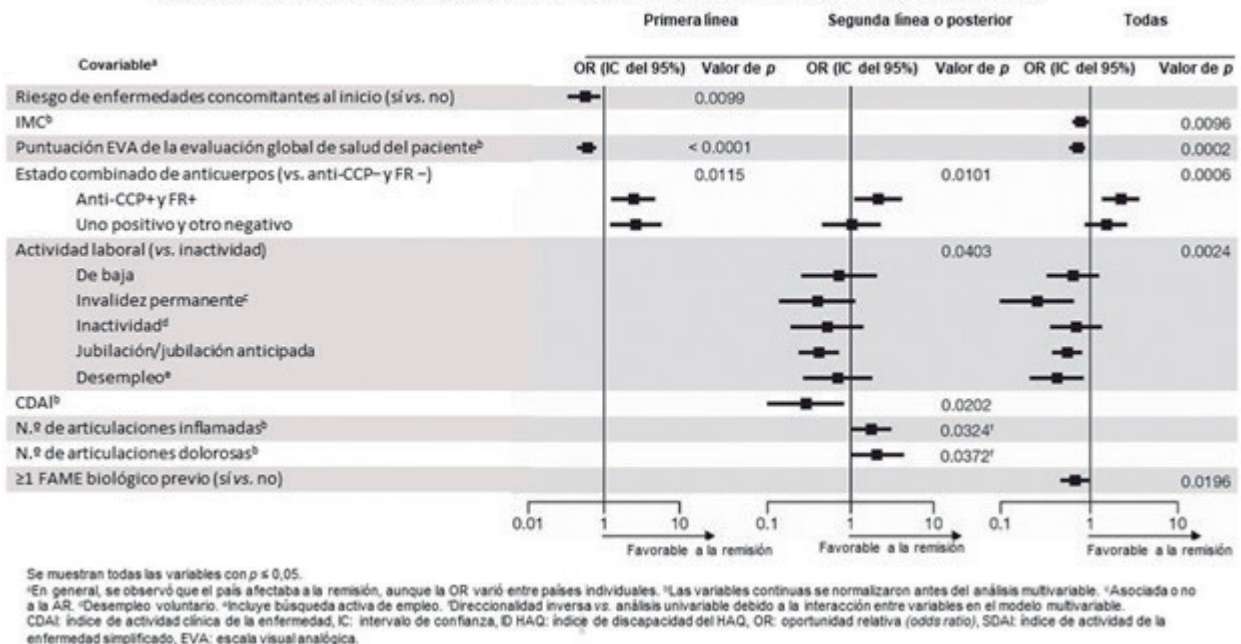
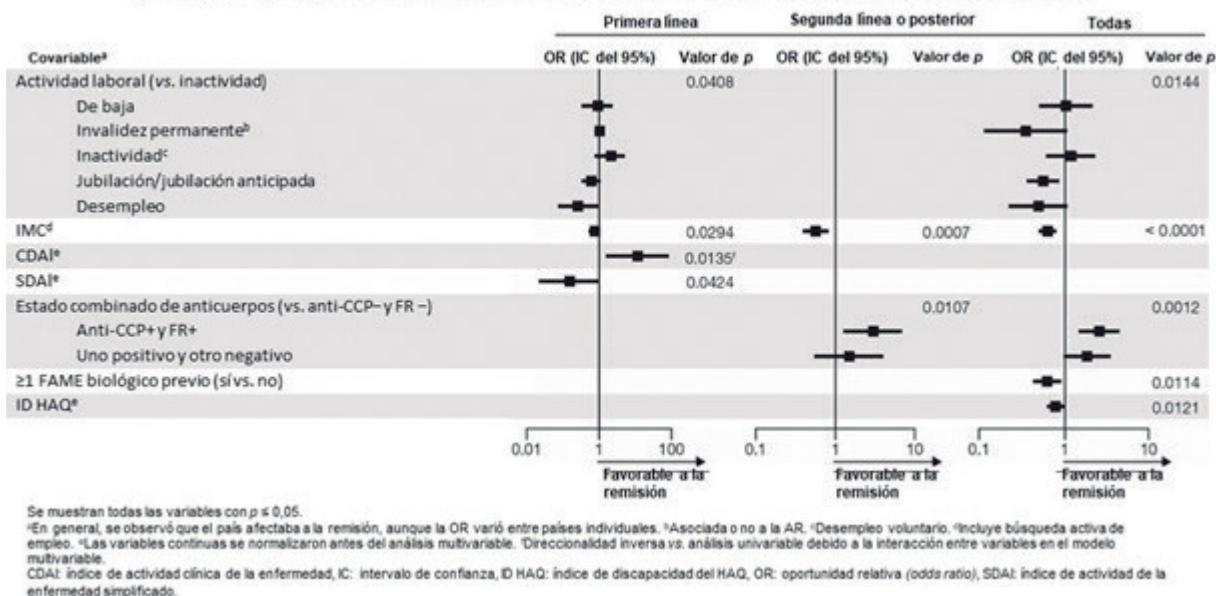


Figura 2

Figura 3. Oportunidades relativas (OR) de las variables iniciales para pronosticar la remisión definida por la DAS28 (PCR) en pacientes con AR



P019 Figura 3

doble/simple (vs. negatividad) constituyó un factor pronóstico de remisión en el CDAI (fig. 1) y el SDAI (fig. 2). Para los pacientes tratados con ABA en 2.ª línea o posterior, la seropositividad doble/simple (vs. negatividad) fue un factor pronóstico de remisión en el DAS28 (PCR; fig. 3), el SDAI y el CDAI. Para toda la población, la doble y mono seropositividad (vs. negativos) era predictor de remisión por DAS 28 (CRP), SDAI y CDAI. La actividad laboral (vs. inactividad), un IMC bajo, la no exposición previa a FAMEb y un HAQ bajo pronosticaron el alcance de la remisión en la población general.

**Conclusiones:** En el análisis del estudio ASCORE de vida real, diversas características basales se asociaron a la remisión en pacientes con AR tratados con ABA SC. Aquellos pacientes con AR seropositiva, no expuestos previamente a FAMEb, un HAQ y un IMC bajos en la situación inicial tuvieron más probabilidades de alcanzar remisión con el tratamiento con ABA. La seropositividad se asoció a la remisión independientemente de la línea de tratamiento de ABA. La identificación temprana de los pacientes con AR seropositiva puede ofrecer un método de medicina de precisión al tratamiento.

Presentado en ACR 2021.

**Bibliografía**

1. Singh JA, et al. Arthritis Rheumatol. 2016;68:1-26.
2. Smolen JS, et al. Ann Rheum Dis. 2020;79:685-99.
3. Alten R, et al. Ann Rheum Dis. 2019;78(Suppl 2):A1639.

**P020. VALIDACIÓN DE UN ALGORITMO DE PREDICCIÓN DE FALLO MÚLTIPLE A BIOLÓGICOS EN ARTRITIS REUMATOIDE**

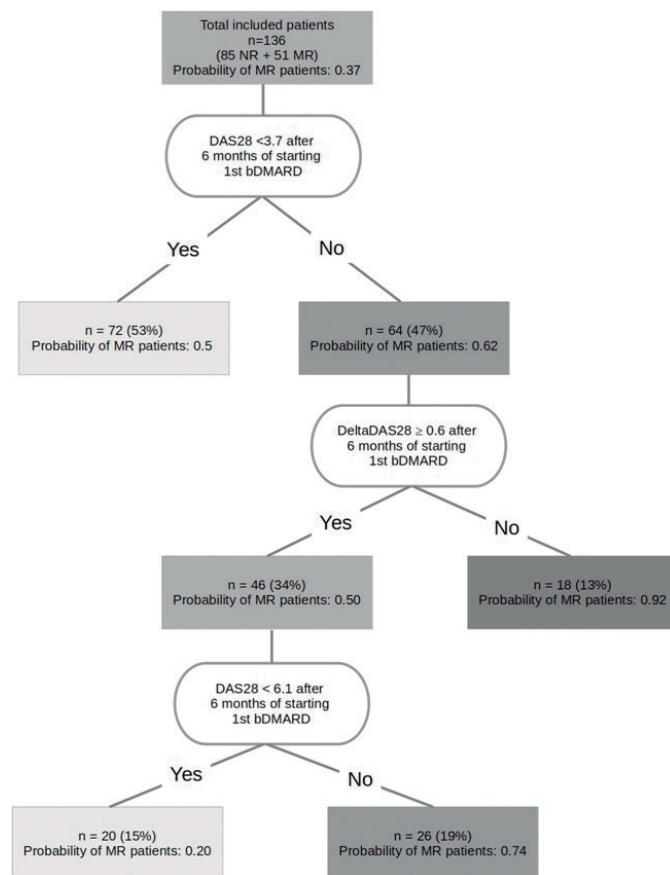
M. Novella Navarro<sup>1</sup>, D. Benavent<sup>1</sup>, V. Ruiz-Eskuide<sup>2</sup>, C. Tornero<sup>1</sup>, M. Díaz-Almirón<sup>3</sup>, Ch.A. Chacur<sup>2</sup>, I. Monjo<sup>1</sup>, R. Sanmartí<sup>2</sup>, Ch. Plasencia<sup>1</sup> y A. Balsa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

<sup>2</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Clínic. Barcelona. <sup>3</sup>Departamento de Bioestadística. IdiPAZ. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

**Introducción:** Los fármacos biológicos modificadores de la enfermedad y diana específicos (FAMEb/ts) han demostrado su efectividad en el tratamiento de la artritis reumatoide (AR). Sin embargo, existe un porcentaje de pacientes cuya respuesta al tratamiento es insuficiente y requieren de múltiples FAMEb/ts a lo largo de la evolución de su enfermedad. En un estudio previo realizado por nuestro grupo se analizaron las características de este tipo de pacientes y se elaboró un modelo

predictivo de fallo múltiple a FAMESb/ts desde fases tempranas del inicio de estos tratamientos. En dicho estudio se incluyeron 136 pacientes (cohorte original): 51 multirrefractarios (MR) y 85 no-refractarios (NR) y se desarrolló mediante “machine learning” un modelo “Classification and regression tree” (CART) de respuesta a FAMESb/ts (fig.) aplicable en práctica clínica que utiliza diferentes puntos de corte de DAS28 a los 6 meses de inicio de tratamiento y basal.



Algoritmo CART para la clasificación de pacientes MR y NR.



Tabla P020

Características de pacientes MR y NR de las dos cohortes de pacientes

	Pacientes MR (n = 86)			Pacientes NR (n = 132)		
	MR-original (n = 51)	MR-validación (n = 35)	p-valor	NR- original (n = 85)	NR- validación 8 (n = 47)	p
Sexo femenino	41 (80,4)	33 (94,3)	0,11	72 (84,7)	42 (91,4)	0,21
Tabaquismo						
Nunca fumador	27 (52,9)	18 (51,7)	0,91	48 (56,5)	24 (52,2)	0,19
Exfumador	10 (19,6)	7 (20,0)		24 (28,2)	8 (17,4)	
Fumador	14 (27,5)	10 (28,6)		13 (15,3)	12 (26,1)	
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	27,1 (5,8)	25,4 (4,8)	0,16	26,1 (4,4)	24,1 (6,9)	0,05
Edad actual	65,0 (11,5)	55,4 (13,7)	< 0,01*	66,6 (12,0)	63,0 (13,3)	0,12
Al diagnóstico	43,8 (12,8)	42,4 (19,4)	0,61	45,5 (12,9)	48,4 (11,8)	0,21
Al inicio FAMEb	49,9 (11,6)	46,2 (18,1)	0,24	55,1 (11,7)	53,5 (12,4)	0,45
Manifestaciones extraarticulares	13 (25,5)	10 (29,6)	0,81	15 (17,6)	2 (4,3)	0,05
Parámetros inmunológicos						
FR positivo	44 (86,3)	28 (80,5)	0,55	74 (87,1)	31 (67,4)	0,05
ACPA positivo	42 (82,4)	30 (85,7)	0,77	73 (85,4)	37 (80,4)	0,45
Erosiones	28 (54,9)	20 (57,1)	0,5	22 (25,9)	22 (47,8)	0,02*
FAMEs concomitantes	43 (84,4)	31 (88,6)	0,24	60 (70,6)	39 (84,8)	0,08
Numero de FAMEs previos						
< 3	42 (39,2)	31 (83,1)	0,21	64 (75,3)	38 (80,8)	0,31
≥ 3	9 (60,8)	13 (16,9)		21 (24,7)	9 (19,1)	
Tiempo (años) entre diagnóstico e inicio FAMEb	6,6 (6,4)	4,1 (3,3)	0,04*	9,6 (7,8)	5,1 (3,9)	0,01*
Corticoides concomitante	51 (100)	30 (85,7)	0,01*	84 (98,8)	31 (70,5)	0,01*
Primer FAMEb						
TNFi	48 (82,4)	28 (80,0)	0,21	65 (76,5)	32 (71,1)	0,21
Non-TNFi	3 (17,8)	7 (20,0)		20 (33,5)	14 (39,9)	
Previo al inicio de 1 <sup>er</sup> FAMEb						
DAS28	5,8 (1,2)	5,5 (1,1)	0,11	5,1 (1,0)	5,1 (1,1)	0,51
NAD	12,3 (7,4)	8,1 (5,7)	0,01*	8,1 (6,1)	7,6 (4,8)	0,66
NAT	9,7 (5,9)	7,7 (5,1)	0,11	6,8 (3,4)	6,7 (3,6)	0,88
HAQ	1,5 (0,6)	0,8 (0,8)	0,02	0,9 (0,6)	0,5 (0,4)	0,05
VSG (mm/h)	37,1 (20,4)	39,6 (33,1)	0,71	30,8 (19,6)	29,2 (21,5)	0,67
PCR (mg/dl)	17,4 (22,3)	19,9 (21,2)	0,62	10,1 (12,3)	14,9 (14,6)	0,06
EVA Dolor	58,5 (21,9)	65,1 (21,9)	0,15	50,4 (22,1)	63,0 (14,5)	0,01*
6 meses tras 1 <sup>er</sup> FAMEb						
DAS28	4,6 (1,5)	4,4 (1,6)	0,55	3,0 (1,1)	2,7 (0,7)	0,09
NAD	7,5 (6,4)	5,2 (5,0)	0,08	2,1 (1,7)	1,1 (1,3)	0,02*
NAT	6,0 (5,1)	4,8 (4,4)	0,28	2,1 (1,4)	1,1 (0,9)	0,02*
VSG	27,2 (18,8)	28,1(27,5)	0,33	19,7 (16,5)	14,9 (8,6)	0,06
PCR	9,1 (13,2)	9,1 (12,3)	0,97	3,6 (5,6)	2,8 (5,6)	0,42
HAQ	1,1 (0,5)	1,4 (0,8)	0,55	0,7 (0,6)	0,4 (0,4)	0,11
deltaDAS	1,2 (1,3)	1,05 (1,4)	0,48	2,0 (1,0)	2,4 (1,1)	0,02*
EVA Dolor	45 (24,2)	55,1 (21,2)	0,34	22,3 (19,8)	19,7 (10,4)	0,51

**Objetivos:** Validar un modelo predictivo de fallo múltiple a FAMESb/ts basado en CART en una cohorte externa de pacientes.

**Métodos:** Se reclutaron datos de pacientes con AR en tratamiento biológico de una cohorte externa entre 2000 y 2021 (cohorte de validación). Los pacientes se clasificaron en dos grupos de acuerdo a su respuesta a FAMEb/ts: i) pacientes multirrefractarios (MR): aquéllos con fallo al menos a 2 FAMEb independientemente del mecanismo de acción, ii) pacientes no-refractarios (NR): los que alcanzan baja actividad o remisión de la enfermedad con el primer biológico durante un periodo de seguimiento de al menos 5 años. Se analizaron variables clínicas y sociodemográficas (edad, sexo, índice de masa corporal, tabaquismo, duración de la enfermedad, edad al inicio del biológico, erosiones, manifestaciones extraarticulares, dolor, Health Assessment Questionnaire [HAQ]). Se realizó un análisis descriptivo y se compararon las características de los pacientes MR y NR de la cohorte de validación con los pacientes de la cohorte original para evaluar la homogeneidad entre ambas cohortes. Posteriormente se realizó la validación del modelo CART mediante la determinación de la capacidad predictiva del modelo en la cohorte externa.

**Resultados:** El modelo CART mostró una capacidad predictiva para clasificar correctamente al 94,1% de los pacientes NR y al 87,5% de los pacientes MR con una sensibilidad de 0,88, una especificidad de 0,94 y un AUC = 0,89 (IC95%: 0,74-1,00) en la cohorte original del desarrollo del modelo. En la cohorte de validación, se incluyeron 35 pacientes MR y 47 pacientes NR, cuyas características y las comparaciones con la cohorte original se describen en la tabla. El valor AUC para el modelo CART en la cohorte de validación fue de 0,82

(IC95%: 0,73-0,9), con una sensibilidad de 0,60, una especificidad de 0,96 y unos valores predictivos Vpp = 0,91 y VPN = 0,75.

**Conclusiones:** Este modelo de predicción de respuesta a FAMEb/ts ha demostrado ser reproducible en dos cohortes independientes procedentes de dos centros hospitalarios de tercer nivel. La implementación de este modelo en nuestra práctica clínica puede ser una herramienta útil y fácil de aplicar que permite identificar al grupo de pacientes con mayor susceptibilidad de desarrollar fallo múltiples tratamientos.

#### P021. FACTORES ASOCIADOS CON EL USO DE METOTREXATO Y CON LA RESPUESTA AL MISMO TRAS 6 MESES DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ARTRITIS DE RECIENTE COMIENZO

I. González Álvaro<sup>1</sup>, J.P. Baldivieso Acha<sup>1</sup>, A. Triguero Martínez<sup>1</sup>, F. Gutiérrez Rodríguez<sup>1</sup>, A.M. Ortiz<sup>1</sup>, N. García Castañeda<sup>1</sup>, R. García de Vicuña<sup>1</sup>, I. Llorente Cubas<sup>1</sup>, A. Puig Kröger e I. González Álvaro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Princesa. IIS Princesa. Madrid. <sup>2</sup>Unidad de Inmunometabolismo e Inflamación. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. IIS Gregorio Marañón. Madrid.

**Introducción:** El metotrexato (MTX) es el fármaco modificador de enfermedad más utilizado en primera línea en pacientes con artritis reumatoide (AR). Con frecuencia también se prescribe MTX a pacientes con artritis indiferenciada (AI). Sin embargo, no todos los pacientes con artritis inician precozmente MTX y, de los que lo inician, un porcentaje no desdeñable tiene una respuesta inadecuada.

cuada a este fármaco. El objetivo de este estudio es analizar los factores clínicos y analíticos que se asocian al inicio de MTX y la respuesta al mismo en una consulta de artritis de reciente comienzo.

**Métodos:** Se analizaron datos de los pacientes del estudio PEARL (Princesa Early Arthritis Register Longitudinal study; aprobación CEIC nº registro 518; Marzo 2011) que cumplieron criterios de AR o se consideraron AI a los dos años de seguimiento. El protocolo del registro establece la recogida de variables sociodemográficas, clínicas, analíticas y terapéuticas en 5 visitas estructuradas hasta 5 años de seguimiento<sup>1</sup>. Para este estudio se utilizaron los datos recopilados desde septiembre de 2001 hasta diciembre de 2021. El análisis estadístico (Stata 14.1) se realizó aplicando los test adecuados a las características de las variables estudiadas y de aquellas con una  $p < 0,15$  en relación con el uso de MTX y su respuesta clínica (buena o moderada según criterios de respuesta EULAR y HUPI)<sup>2,3</sup>, se ajustaron dos modelos multivariantes, regresión logística para uso de MTX y regresión logística ordenada para respuesta clínica.

**Resultados:** De los 590 pacientes estudiados (79% mujeres, edad media al inicio de la enfermedad 55 años, 29% AI), 451 iniciaron tratamiento con MTX, lo que corresponde al 88% y 48% de las AR y las AI respectivamente. La mediana de la dosis de MTX a los 6 meses de inicio del seguimiento fue de 15 mg (rango intercuartílico 12,5-20). Para el estudio de respuesta se seleccionó a 258 pacientes sin tratamiento con glucocorticoides en los 6 primeros meses de seguimiento y con MTX en monoterapia. Las variables relevantes en el análisis multivariante en relación con el uso de MTX y con la respuesta al mismo se muestran en la tabla.

Prescripción MTX			Respuesta a MTX		
	OR (IC95%)	p		OR (IC95%)	p
Actividad			Estudios		
Remisión	Referencia	-	Ninguno	Referencia	-
Leve	2,6 (1,3-5,5)	0,008	Primarios	0,3 (0,7-1,1)	0,065
Moderada	3,6 (1,5-8,4)	0,003	Secundarios	0,3 (0,7-1,2)	0,083
Alta	2,9 (0,9-9,3)	0,069	Superiores	0,6 (0,2-2,6)	0,518
ACPA			Edad		
Negativo	Referencia	-	< 45	Referencia	-
Positivo	1,9 (1,2-3,3)	0,011	45-65	0,5 (0,3-1)	0,05
			> 65	0,7 (0,3-1,5)	0,37
Diagnóstico			Actividad		
AR	Referencia	-	Por unidad		
AI	0,2 (0,1-0,3)	< 0,001	HUPI	1,6 (1,4-1,7)	< 0,001
Corticoides (mg/d)	0,97 (0,95-1)	0,091			
VGEnf Med	1,1 (0,9-1,1)	0,124			

**Conclusiones:** La actividad al inicio de la enfermedad fue la variable que se asoció de forma más significativa con el uso de MTX y con una buena respuesta al mismo, y no cumplir criterios de AR con menor probabilidad de indicación de MTX. En nuestra cohorte no hemos encontrado buenos predictores clínico-analíticos de respuesta a MTX, aunque no se puede descartar que los hallazgos obtenidos estén sesgados por las variables de respuesta utilizadas. La realización de este estudio ha sido posible gracias a los proyectos PI18/00371 y PI21/00526 del ISCIII, así como financiación de apoyo para la investigación de Gebro Pharma.

**Bibliografía**

- González-Alvaro I, et al. Interleukin 15 levels in serum may predict a severe disease course in patients with early arthritis. *PLoS One*. 2011;6(12):e29492.
- González-Alvaro I, et al. Cut-Offs and Response Criteria for the Hospital Universitario La Princesa Index (HUPI) and Their Comparison to Widely-Used Indices of Disease Activity in Rheumatoid Arthritis. *PLoS One*. 2016;11(9):e0161727.
- Fransen J, van Riel PL. The Disease Activity Score and the EULAR response criteria. *Clin Exp Rheumatol*. 2005;23(5 Suppl 39):S93-9.

**PO22. FATIGA Y ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN LA ARTRITIS REUMATOIDE: LOS PACIENTES PUEDEN PRESENTAR UNA FATIGA RESIDUAL ELEVADA, INCLUSO EN BAJA ACTIVIDAD CLÍNICA**

R.M. Morlá Novell, B. Frade-Sosa, N. Sapena, M. Bassas, J. Gómez-Puerta y R. Sanmartí

*Servicio de Reumatología. Hospital Clínic de Barcelona.*

**Introducción y objetivos:** La fatiga es un síntoma importante que sufren los pacientes con artritis reumatoide (AR), con una alta prevalencia (40%-70%)<sup>1</sup>. Se han validado diferentes cuestionarios y escalas (BRAf, FACIT-F, SF36v, MDHAQ, EVA...), pero ninguno está estandarizado para medirla. En estudios observacionales, la escala EVA (0-10) se ha utilizado como una buena medida para la fatiga; el punto de corte  $\geq 5/10$  indica nivel alto de fatiga<sup>2</sup>. Se ha descrito una posible fatiga residual en baja actividad/remisión de la enfermedad<sup>3</sup>. Estudiamos la asociación entre un alto nivel de fatiga y la actividad clínica de la enfermedad en pacientes con AR no seleccionados.

**Métodos:** Se incluyeron pacientes con AR (criterios ACR/EULAR 2010) en seguimiento por la Unidad de artritis del Servicio de Reumatología, de manera consecutiva durante 3 meses. Los pacientes cumplimentaron el cuestionario MDHAQ que incluye una EVA 0-10 de fatiga en la pregunta nº 9, además de otras variables como: función física (FN), dolor (PN), valoración global del paciente (VGP), lista de revisión de 60 síntomas (ROS60) y autoevaluación de 48 articulaciones (RADAI48). El EVA de fatiga se calculó con un punto de corte  $\geq 5/10$  para seleccionar el grupo de pacientes con fatiga elevada. Se recogieron variables demográficas (edad, sexo, IMC), años de evolución de la enfermedad, tratamiento, exploración física (NAD, NAI), valoración de enfermedad por parte del paciente (VGP) y del médico (VGM) y de laboratorio (VSG, PCR). Se recogieron los índices compuestos de actividad y sus diferencias clínicamente significativas (DAS28VSG > 0,6; SDAI > 10; RAPID3 > 3,8). Realizamos un análisis descriptivo (media y desviación estándar) de todas las variables, un análisis bivariado de los grupos para comparar (t-Student en variables cuantitativas y  $\chi^2$  en variables categóricas) y diferencias numéricas entre índices.

Variables descriptivas y de comparación entre grupos, en medias y DE

	Total (n = 75)	Pacientes sin fatiga elevada, n = 44 (58,6%)	Pacientes con fatiga elevada, n = 31 (41,3%)	p
NAD (0-28)	1,45 (2,81)	0,59 (1,21)	2,68 (3,84)	0,001
NAI (0-28)	1,23 (2,18)	0,96 (1,94)	1,63 (2,47)	0,200
PCR	0,7 (0,97)	0,47 (0,29)	1,02 (1,42)	0,014
VSG	13,9 (15,0)	10,52 (9,44)	18,68 (19,56)	0,019
FN (0-10)	1,26 (1,82)	0,72 (1,23)	3,20 (2,39)	0,004
PN (0-10)	3,56 (3,12)	1,90 (2,28)	5,30 (2,98)	< 0,001
VGP (0-10)	3,27 (2,86)	2,07 (2,24)	5,18 (2,77)	0,001
RADAI48 (0-48)	7,85 (8,81)	4,14 (5,50)	12,87 (9,99)	< 0,001
ROS60 (0-60)	10,06 (8,84)	5,78 (5,03)	15,71 (9,64)	< 0,001
VGM (0-10)	2,43 (1,94)	1,90 (1,47)	3,18 (3,27)	0,004
DAS28VSG	2,55 (1,211)	2,13 (0,97)	3,15 (1,27)	0,001
SDAI	8,7 (8,0)	6,18 (4,80)	12,33 (10,01)	0,001
RAPID3 (0-30)	5,97 (5,85)	3,08 (3,48)	10,29 (0,06)	< 0,001

**Resultados:** Se reclutaron un total de 75 pacientes con AR (84% mujeres), con una edad media de 62 (DE: 11,6) años, con un IMC de 22,8 (DE: 8,0) y una duración media de la enfermedad de 14,6 ( $\pm 5$ ) años. El 16% de los pacientes tenían depresión por PHQ9 ( $\geq 10$ ). Recibían FAMEB el 64% y glucocorticoides el 45,3%. Los valores de medias en índices de actividad mostraron que se hallaban en remisión casi baja actividad según DAS28VSG (2,55, DE: 1,21) y en baja actividad según SDAI (8,7, DE: 8,00) y RAPID3 (5,97, DE: 5,85). En 31 pacientes (41,2%) observamos fatiga elevada (EVA-fatiga  $\geq 5/10$ ). En este grupo, la media y la DE de las variables de actividad clínica (NAD, PCR y VSG), los índices de actividad y las variables integradas en MDHAQ (FN, PN, RADAI, ROS60) fueron significativamente más altos; únicamente no presentaron diferencia en el NAI (tabla). En la

comparación de las medias de los 3 índices de actividad clínica entre los 2 grupos, se encontraron diferencias significativas en todos ellos y éstas eran clínicamente relevantes en DAS28VSG: 1,02 (> 0,6) y RAPID3: 7,2 (> 3,8), pero no en SDAI: 6,15 (> 10).

**Conclusiones:** La presencia de fatiga alta en pacientes con AR en baja actividad de la enfermedad se asocia a un mayor nivel de actividad clínica medida por DAS28VSG y RAPID3. Para un mejor abordaje de la fatiga en pacientes con AR, sería interesante no olvidar esta fatiga residual.

#### Bibliografía

- Hewlett S, et al. *Rheumatology* 2011;50:1004-6.
- Pollard LC, et al. *Rheumatology* 2006;45:885-9.
- Druce K, et al. *Rheumatology* 2016;5:1786-90.

### P023. SUPERVIVENCIA EN LOS PRIMEROS 4 AÑOS DE BARICITINIB VS ANTI-TNF COMO PRIMER FÁRMACO BIOLÓGICO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE: RESULTADOS DE UN REGISTRO LOCAL

J. Rosas<sup>1</sup>, A. Pons<sup>1</sup>, J.M. Senabre-Gallego<sup>1</sup>, G. Santos-Soler<sup>1</sup>, E. Soler-Giner<sup>2</sup>, J.A. Bernal<sup>1</sup>, A. Raga<sup>2</sup>, C. Raya-Santos<sup>1</sup>, J.C. Cortés-Quiroz<sup>1</sup>, M. Lorente<sup>1</sup>, X. Barber<sup>3</sup>, J.A. García-Gómez y el Grupo AIRE-MB

<sup>1</sup>Sección de Reumatología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. <sup>2</sup>Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. <sup>3</sup>CIO-Universidad Miguel Hernández. Elche.

**Objetivos:** Evaluar la supervivencia en los primeros 4 años de tratamiento con baricitinib (BARI) vs. anti-TNF (TNFi), como primer fármaco biológico (BIO-1), en pacientes con AR.

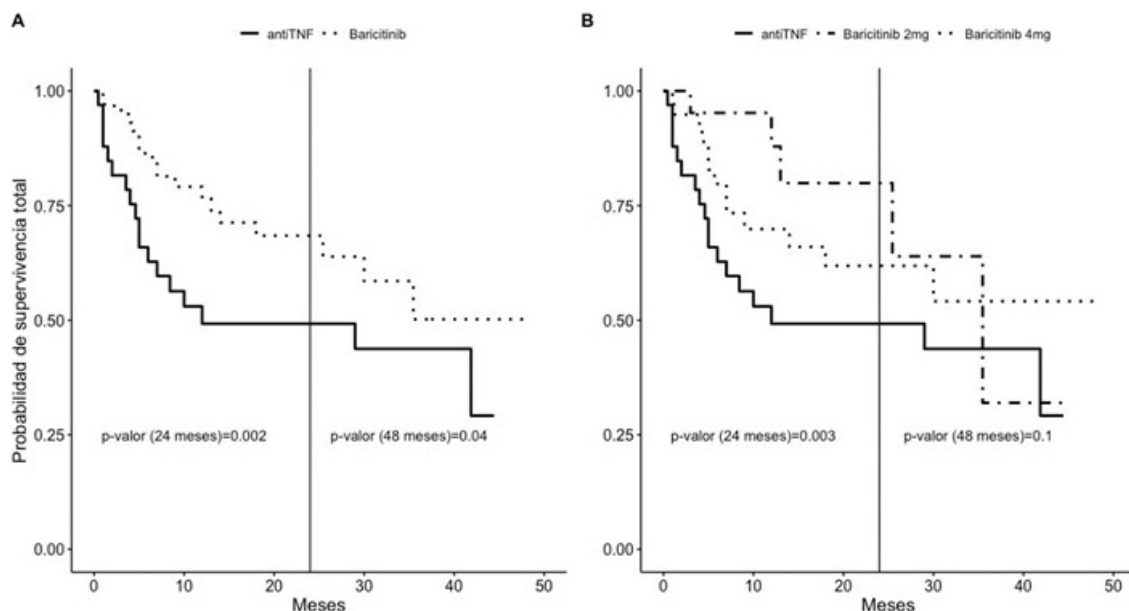
**Métodos:** Estudio retrospectivo, de pacientes con AR, tratados con un BIO-1, con BARI vs. TNFi, como BIO-1, durante septiembre/2017-diciembre/2021. Se recogieron datos de los pacientes (edad actual, al diagnóstico de AR e inicio de BIO-1); de la AR: tiempo de evolución, FR y ACPA; BIO-1: dosis recibida, tiempo en tratamiento y causa de retirada. Las variables continuas, se expresan como media ± DE. Para el estudio univariable se usó el *software* R para la t-Student o el test de Mann-Whitney para la p-valor o proporciones (z-trest) en variables categóricas. Análisis univariable de la supervivencia de los fármacos mediante curvas de Kaplan-Meier y test de log rank para diferenciar por grupos. Para el estudio multivariable, regresión de Cox con riesgos proporcionales.

**Resultados:** Se incluyen 96 paciente con AR, que inician BIO-1 ≥ 1 mes con: BARI (n: 63/66% pacientes) o algún TNFi (33/34% pacientes): mujeres: 82 (96%), edad media actual (DE): 62 (1) años, al diagnóstico: 51 años (1) y al inicio de BIO-1: 59 (1) años; 36 (37) pacientes son ≥ 65 años, FR: 77 (80%), ACPA: 74 (77%); el tiempo medio en AR es de 7,6 años y el tiempo en BIO-1 de 1,34 (2,2) años. Se retiró el BIO-1 en 34 (40%) pacientes: ineficacia: 17 (18%) pacientes, complicaciones: 14 (15%) [cardiovascular/trombosis: 2 (2%), rash: 2 (2%), infección-neoplasia-inmunogenicidad: 1 (1%) cada uno y 6 (6%) miscelánea], pérdida seguimiento: 5 (5%) y otros: 2 (2%). Al comparar grupo BARI vs. TNFi, no se detectaron diferencias entre los datos generales, el porcentaje de pacientes > 65 años, el tiempo medio en tratamiento ni

Tabla P023

Características de los pacientes que reciben como primer BIO-1, baricitinib (BARI) o anti-TNF (TNFi)

	Todos (N: 96)	BARI N: 63 (66%)	TNFi N: 33 (34%)	p
Mujer, n (%)	82 (85%)	56 (89)	26 (79)	0,2
Edad actual, años, media (DE)	62 (4,2)	63 (6)	59 (11)	0,057
Edad al diagnóstico, años, media (DE)	51 (4,9)	52,5 (7,8)	48,6 (15,5)	0,17
Edad al inicio de BIO-1, años, media (DE)	59 (2,1)	60 (4,9)	55,9 (9,9)	0,23
≥ 65 años, n (%)	36 (37)	27 (43)	9 (27)	0,39
Tiempo medio en BIO-1, años (DE)	1,34 (2,2)	1,85 (0,5)	1,32 (2,4)	0,21
BARI 2 mg, n (%)	-	23 (36)	-	-
Retirada, BIO-1, n (%):	38 (40)	20 (32)	18 (55)	0,15
Complicación	14 (15)	7 (13)	7 (21)	-
Pérdida eficacia	17 (18)	8 (13)	9 (27)	-
Pérdida seguimiento	5 (5)	5 (8)	-	-
Otros	2 (2)	-	2 (6)	-



P023 Figura. Probabilidad de supervivencia en pacientes con artritis reumatoide que reciben el primer BIO-1. A. Entre el fármaco TNFi vs. baricitinib. B. Entre TNFi vs. baricitinib 2 mg o 4 mg.

los motivos de retirada del fármaco (tabla). Sin embargo, la supervivencia en el grupo BARI fue significativamente superior al TNFi durante todo el período ( $p = 0,04$ ; HR: 0,47, IC95%: 0,24-0,91,  $p = 0,026$ ) (fig. 1A), siendo incluso superior en los primeros 2 años ( $p = 0,002$ ). En  $< 65$  años se mantiene la mayor supervivencia de BARI ( $p = 0,05$ ), siendo significativa en los primeros 24 meses de tratamiento ( $p = 0,02$ ). En pacientes  $> 65$  años no se alcanzó significación en todo el periodo ( $p = 05$ ) y se aproximó en gran medida en los primeros 24 meses de tratamiento ( $p = 0,06$ ). Al comparar los grupos de BARI 2 mg (n: 23/36%) y 4 mg (n: 40/64%), el grupo de 2 mg es significativamente de mayor edad al diagnóstico de AR (73 [DE: 2] años vs. 56 [DE: 3] años;  $p < 0,0001$ ) y al inicio de BIO-1 (72 [DE: 1,4] años vs. 54 [DE: 2,8] años;  $p < 0,0001$ ). Sin embargo, la supervivencia en el grupo BARI 2 mg fue significativamente mayor en los primeros 24 meses ( $p = 0,003$ ); (fig. 1B): BARI 2 mg HR: 0,14, IC95%; 0,04-0,56,  $p = 0,005$ , HR BARI 4 mg: 0,44 (IC95%; 0,20-0,96,  $p = 0,038$ ).

**Conclusiones:** 1. La supervivencia de BARI es superior a la de TNFi durante los primeros 4 años de tratamiento. 2. Aunque predomina la dosis de 2 mg en  $> 65$  años, la supervivencia a cualquier edad con 2 mg es significativamente superior en los primeros 2 años del estudio. 3. No existen diferencias entre la causa que provoca la abstinencia del fármaco.

**P024. ANTICUERPOS EN MIOPATÍAS INFLAMATORIAS IDIOPÁTICAS DETECTADOS POR LINE BLOT IMMUNOASSAY: ASOCIACIÓN CLÍNICA Y SU CORRELACIÓN CON LOS TÍTULOS DE ANTICUERPOS**

L. Calvo Sanz<sup>1</sup>, J. Loarce Martos<sup>1</sup>, S. Garrote Corral<sup>1</sup>, C. Rita<sup>2</sup>, R. Ballester González<sup>2</sup>, R. Pariente Rodríguez<sup>2</sup>, A. García-Soidan<sup>2</sup>, J. Bachiller Corral<sup>1</sup> y G. Roy Ariño<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

<sup>2</sup>Servicio de Inmunología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

**Introducción:** Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) son un grupo heterogéneo de enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS) caracterizadas por inflamación y debilidad muscular, frecuentemente acompañadas de afectación de otros órganos, como, por ejemplo, las manifestaciones cutáneas o la enfermedad pulmonar intersticial (EPI). Los anticuerpos específicos de miositis (MSA) y los anticuerpos asociados a miositis (MAA) se detectan aproximadamente en el 60% de los pacientes con MII. Además, se ha sugerido que los títulos de dichos anticuerpos están relacionados con la precisión en el diagnóstico, aunque esta asociación no se ha estudiado en profundidad. Los MSA se consideran exclusivos de los pacientes con MII, mientras que los MAA pueden aparecer en otras EAS, sin embargo la mayoría de los estudios se han centrado exclusivamente en los pacientes con MII.

**Objetivos:** El objetivo de este estudio es valorar la relación entre los MSA y los MAA y el diagnóstico (incluyendo MII y otras EAS), así como analizar el impacto de los títulos de anticuerpos en la precisión en el diagnóstico.

**Métodos:** De forma retrospectiva, revisamos todas las muestras séricas analizadas para MSA/MAA entre 01/01/2018 y 31/12/2020 en el Servicio de Inmunología del Hospital Universitario Ramón y Cajal (Madrid, España). Estos anticuerpos fueron testados por line blot immunoassay (LIA) (EUROLINE Autoimmune Inflammatory Myopathies 16 Ag, Euroimmun, Lübeck, Alemania). La positividad se estableció según el título de absorbancia y fue ajustado por un control positivo para cada test (unidades arbitrarias, UA). Los MSA/MAA se consideraron verdaderos positivos (VP) si se trataba de pacientes con MII o EAS con fenotipos esperados para dicho MSA/MAA, de acuerdo a la información disponible. Los pacientes que no tuvieran un fenotipo compatible con dicho anticuerpo se consideraron falsos positivos (FP). Los análisis estadísticos se llevaron a cabo mediante IBM SPSS versión 22.

**Resultados:** Se analizaron un total de 130 muestras positivas, correspondientes a 130 pacientes. 85 fueron mujeres y la media de edad fue de 55,08 años. 44 pacientes (33,8%) fueron clasificados como MII, 43

**Tabla P024**

Tabla 1. MSA, anticuerpos y títulos

Anticuerpo	VP	Título VP (UA)	Diagnóstico VP	FP	Título FP (UA)	Diagnóstico FP
Anti-Jo1 (n = 4)	3 (75%)	91,35	3 SAS	1 (25%)	15,21	1 no MII/EAS
Anti-PL7 (n = 19)	8 (42,1%)	24,63	8 SAS	11 (57,9%)	20,70	5 EAS (1 SS, 1 sarcoidosis, 1 PMR, 2 otros), 6 no MII/EAS
Anti-PL12 (n = 8)	5 (62,5%)	34,89	5 SAS	3 (37,5%)	19,57	1 EAS (1 SS), 2 no MII/EAS
Anti-EJ (n = 1)	1 (100%)	99,45%	1 SAS	-	-	-
Anti-OJ (n = 6)	-	-	-	6 (100%)	23,75	1 EAS (1 LES), 5 no MII/EAS
Anti-TIF1y (n = 10)	5 (50%)	31,26	5 DM	5 (50%)	20,77	3 EAS (1 LES, 1 SS, 1 SSc, 1 PMR), 1 no MII/EAS
Anti-NXP2 (n = 5)	1 (20%)	12,95	1 DM	4 (80%)	13,78	4 EAS (1 LES, 1 SS, 1 SSc, 1 PMR), 1 no MII/EAS
Anti-Mi2A (n = 1)	1 (100%)	12,94	1 DM	-	-	-
Anti-Mi2B (n = 9)	1 (11,1%)	59,35	1 DM	8 (88,9%)	23,98	1 DM, 2 EAS (1 EITC, 1 otra), 5 no MII/EAS
Anti-Mi2A y Mi2B (n = 4)	4 (100%)	32,12	4 DM	-	-	-
Anti-SAE (n = 5)	-	-	-	5 (100%)	20,64	2 EAS (1 LES, 1 sarcoidosis), 3 no MII/EAS
Anti-MDA5 (n = 4)	3 (75%)	25,10	3 DM	1 (25%)	82,72	1 no MII/EAS
Anti-SRP (n = 13)	4 (30,8%)	63,18	1 MNIM	9 (69,2%)	48,93	5 EAS (2 LES, 2 sarcoidosis, 1 otra), 4 no MII/EAS

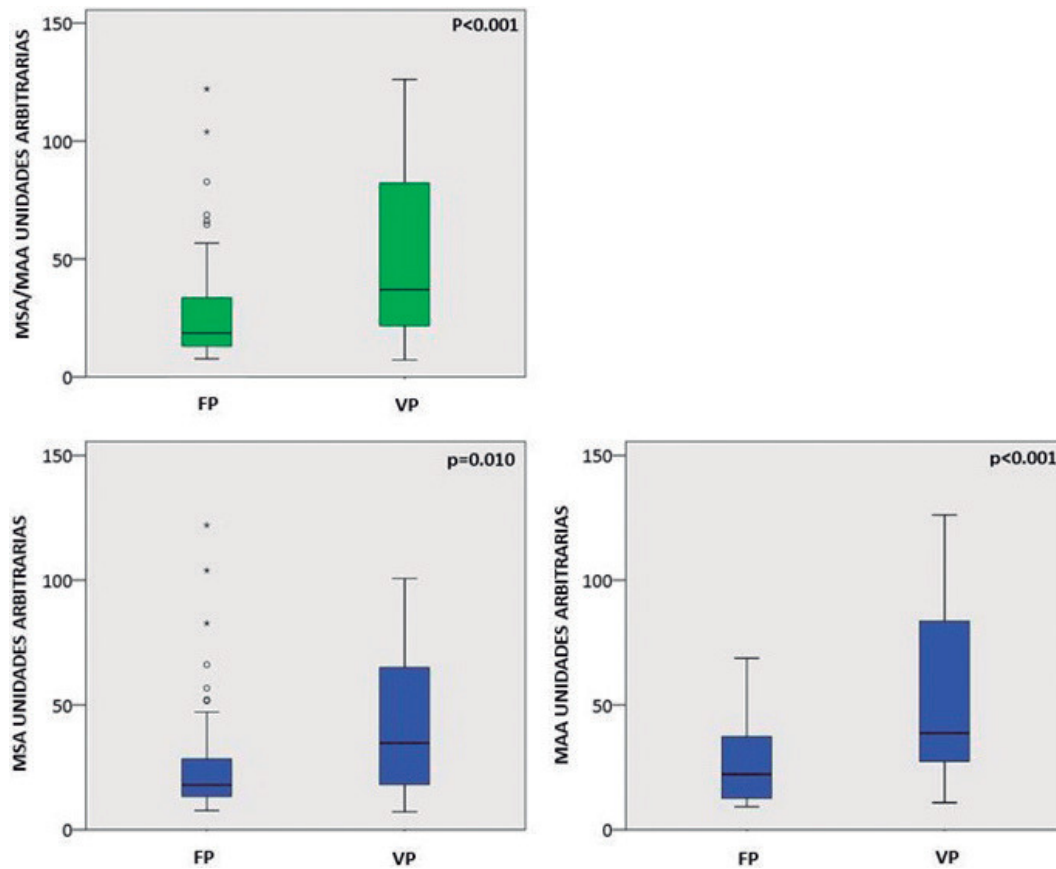
MSA: anticuerpos específicos miositis; Vp: verdadero positivo, ; Fp: falso positivo; MII: miopatía inflamatoria idiopática; UA: unidades arbitrarias; EAS: enfermedad autoinmune sistémica; EITC: enfermedad indiferenciada del tejido conectivo; SAS: síndrome antisintetasa; DM: dermatomiositis; MNIM: miopatía necrotizante inmunomediada; LES: lupus eritematoso sistémico; PMR: polimialgia reumática; SS: síndrome Sjögren; SSc: esclerosis sistémica.

**Tabla P024**

Tabla 2. Anticuerpos MAA y diagnóstico

Anticuerpo	VP	Título VP (UA)	Diagnóstico VP	FP	Título FP (UA)	Diagnóstico FP
PM-Scl75 (n = 13)	5 (38,5%)	28,72	5 EAS (3 EITC, 2 SSc)	8 (61,5%)	24,36	1 DM, 2 EAS (1 LES, 1 AR), 5 no MII/EAS
PM-Scl100 (n = 5)	3 (60%)	24,51	1 OM-ETC, 2 EAS (2 SSc)	2 (40%)	15,46	2 no MII/EAS
PM-Scl75 y PM-Scl100 (n = 2)	2 (100%)	70,45	1 OM-ETC, 1 EITC	-	-	-
Anti-Ku (n = 26)	12 (46,2%)	58,87	3 OM-ETC, 9 EAS (5 LES, 1 SS, 3 EITC)	14 (53,8%)	16,50	10 no MII/EAS, 4 EAS (3 sarcoidosis, 1 otro)
Anti.Ro52 (n = 29)	26 (89,7%)	57,13	6 SAS, 1 SAS + SS, 4 DM, 2 PM, 11 EAS (3 LES, 4 SS, 2 SSc, 2 EITC), 2 no MII/EAS (1 CBP, 1 HAI)	3 (10,3%)	55,65	3 no MII/EAS

MAA: anticuerpos asociados a miositis; Vp: verdadero positivo, ; Fp: falso positivo; MII: miopatía inflamatoria idiopática; UA: unidades arbitrarias; EAS: enfermedad autoinmune sistémica; SAS: síndrome antisintetasa; DM: dermatomiositis; PM: polimiositis; MNIM: miopatía necrotizante inmunomediada; EITC: enfermedad indiferenciada del tejido conectivo; OM-ETC: overlap miositis-enfermedad tejido conectivo; LES: lupus eritematoso sistémico; PMR: polimialgia reumática; SS: síndrome Sjögren; SSc: esclerosis sistémica; CBP: cirrosis biliar primaria; HAI: hepatitis autoinmune.



**P024 Figura.** Comparación de los títulos de anticuerpos entre los falsos positivos y los verdaderos positivos. MSA = anticuerpos específicos de miositis, MAA = anticuerpos asociados a miositis, Fp = falso positivo, Vp = verdadero positivo.

(33,1%) como EAS y 43 (33,1%) como no MII/EAS. Entre estos 130 pacientes, se detectaron 164 MSA/MAA, de los cuales 83 (50,6%) se consideraron VP, y 81 (49,4%) FP (valor predictivo positivo [VPP] 50,6%), como se muestra en las tablas. Los anticuerpos considerados como VP se asociaron a mayores títulos de anticuerpo comparado con los FP (49,19 UA vs. 26,96 UA,  $p < 0,001$ ). Estas diferencias fueron estadísticamente significativas tanto para MSA como para MAA cuando se analizaron por separado (fig.). La probabilidad de un FP también se asoció con negatividad o menores títulos de ANA, así como con la presencia de múltiples MSA/MAA positivos en una muestra ( $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** En este estudio, confirmamos que los FP mediante LIA son relativamente frecuentes y se asocian con menores títulos de MSA/MAA, negatividad para ANA, bajo título de ANA y múltiple positividad de MSA/MAA en una única muestra.

#### **P025. LA VASCULITIS MEDIADA POR IGA Y LA NEFROPATÍA IGA MUESTRAN UN PATRÓN GENÉTICO DE IL33-IL1RL1, BAFF, APRIL Y BAFFR SIMILAR**

D. Prieto Peña<sup>1</sup>, F. Genre<sup>1</sup>, S. Remuzgo-Martínez<sup>1</sup>, V. Pulito-Cueto<sup>1</sup>, B. Atienza-Mateo<sup>1</sup>, B. Sevilla-Pérez<sup>2</sup>, J. Llorca<sup>3</sup>, N. Ortego-Centeno<sup>4</sup>, M.T. Leonardo<sup>5</sup>, A. Peñalba<sup>5</sup>, L. Martín-Penagos<sup>6</sup>, J.A. Miranda-Fillooy<sup>7</sup>, J. Narvaez<sup>8</sup>, L. Caminal-Montero<sup>9</sup>, P. Collado<sup>10</sup>, A. Fernández Nebro<sup>11</sup>, G. Díaz-Cordovés<sup>11</sup>, S. Cigarrán<sup>12</sup>, J. Calviño<sup>13</sup>, C. Cobelo<sup>13</sup>, P. Rodríguez Jiménez<sup>14</sup>, J. Sánchez Pérez<sup>14</sup>, E. Rubio<sup>15</sup>, M. León Luque<sup>15</sup>, J.M. Blanco-Madriral<sup>16</sup>, E. Galíndez-Agirreigoikoa<sup>16</sup>, J. Martín<sup>17</sup>, S. Castañeda<sup>18</sup>, R. Blanco<sup>1</sup>, M.A. González-Gay<sup>19,20</sup> y R. López-Mejías<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Grupo "Investigación en epidemiología genética y arterioesclerosis de las enfermedades sistémicas y en enfermedades metabólicas óseas del aparato locomotor". IDIVAL. Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>2</sup>Departamento de

Pediatría. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. <sup>3</sup>Departamento de Epidemiología y Biología Computacional. Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria y CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Santander. <sup>4</sup>Departamento de Medicina. Universidad de Granada. <sup>5</sup>Departamento de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>6</sup>Departamento de Nefrología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL-REDINREN. Santander. <sup>7</sup>Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo. <sup>8</sup>Departamento de Reumatología. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. <sup>9</sup>Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. <sup>10</sup>Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid. <sup>11</sup>Departamento de Reumatología. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga. <sup>12</sup>Departamento de Reumatología. Hospital da Costa Burela. Lugo. <sup>13</sup>Departamento de Nefrología. Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo. <sup>14</sup>Departamento de Dermatología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. <sup>15</sup>Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>16</sup>Departamento de Reumatología. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. <sup>17</sup>Instituto de Parasitología y Biomedicina 'López-Neyra'. CSIC. PTS Granada. <sup>18</sup>Departamento de Reumatología. Hospital Universitario de la Princesa. IIS-IP. Madrid. <sup>19</sup>Departamento de Medicina y Psiquiatría. Universidad de Cantabria. Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Grupo "Investigación en epidemiología genética y arterioesclerosis de las enfermedades sistémicas y en enfermedades metabólicas óseas del aparato locomotor". IDIVAL. Santander. <sup>20</sup>Unidad de Investigación de Fisiopatología Cardiovascular y Genómica. Escuela de Fisiología. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Witwatersrand. Johannesburgo (Sudáfrica).

**Introducción:** La vasculitis IgA (IgAV) y la nefropatía IgA (IgAN) son enfermedades inflamatorias que comparten mecanismos patogéni-

**Tabla P025**

Frecuencias genotípicas y alélicas de IL33 e IL1RL1 en pacientes con IgAV, pacientes con IgAV que desarrollaron nefritis, pacientes con IgAN y controles sanos

Polimorfismo	Cambio		Genotipos, % (n)			Alelos, % (n)	
	1/2	Set de datos	1/1	1/2	2/2	1	2
IL33 rs3939286	C/T	IgAV	49,1 (186)	40,9 (155)	10,0 (38)	69,5 (527)	30,5 (231)
		IgAV y nefritis	48,5 (66)	39,7 (54)	11,8 (16)	68,4 (186)	31,6 (86)
		IgAN	43,8 (42)	49,0 (47)	7,3 (7)	68,2 (131)	31,8 (61)
		Controles	49,0 (414)	41,4 (350)	9,6 (81)	69,7 (1178)	30,3 (512)
IL33 rs7025417	T/C	IgAV	68,1 (254)	29,5 (110)	2,4 (9)	82,8 (618)	17,2 (128)
		IgAV y nefritis	69,9 (93)	27,1 (36)	27,1 (36)	83,5 (222)	16,5 (44)
		IgAN	61,5 (59)	37,5 (36)	1,0 (1)	80,2 (154)	19,8 (38)
		Controles	70,8 (598)	25,9 (219)	3,3 (28)	83,7 (1415)	16,3 (275)
IL33 rs7044343	T/C	IgAV	42,3 (160)	42,1 (159)	15,6 (59)	63,4 (479)	36,6 (277)
		IgAV y nefritis	44,5 (61)	39,4 (54)	16,1 (22)	64,2 (176)	35,8 (98)
		IgAN	40,6 (39)	49,0 (47)	10,4 (10)	65,1 (125)	34,9 (67)
		Controles	44,5 (376)	43,9 (371)	11,6 (98)	66,4 (1123)	33,6 (567)
IL1RL1 rs2310173	G/T	IgAV	29,2 (111)	46,1 (175)	24,7 (94)	52,2 (397)	47,8 (363)
		IgAV y nefritis	32,1 (44)	43,1 (59)	24,8 (34)	53,6 (147)	46,4 (127)
		IgAN	20,8 (20)	46,9 (45)	32,3 (31)	44,3 (85)	55,7 (107)
		Controles	30,2 (255)	46,7 (395)	23,1 (195)	53,6 (905)	46,4 (785)
IL1RL1 rs13015714	T/G	IgAV	56,3 (211)	39,5 (148)	4,3 (16)	76,0 (570)	24,0 (180)
		IgAV y nefritis	61,8 (84)	33,8 (46)	4,4 (6)	78,7 (214)	21,3 (58)
		IgAN	54,2 (52)	40,6 (39)	5,2 (5)	74,5 (143)	25,5 (49)
		Controles	57,2 (483)	37,2 (314)	5,7 (48)	75,7 (1280)	24,3 (410)
IL1RL1 rs2058660	A/G	IgAV	56,9 (215)	38,6 (146)	4,5 (17)	76,2 (576)	23,8 (180)
		IgAV y nefritis	62,2 (84)	31,9 (43)	5,9 (8)	78,1 (211)	21,9 (59)
		IgAN	53,1 (51)	42,7 (41)	4,2 (4)	74,5 (143)	25,5 (49)
		Controles	56,7 (479)	37,5 (317)	5,8 (49)	75,4 (1275)	24,6 (415)
BAFF rs374039502	T/A	IgAV	92,1 (363)	7,9 (31)	0,0	96,1 (757)	3,9 (31)
		IgAV y nefritis	90,1 (128)	9,9 (14)	0,0	95,1 (270)	4,9 (14)
		IgAN	91,6 (87)	8,4 (8)	0,0	95,8 (182)	4,2 (8)
		Controles	91,8 (764)	7,8 (65)	0,4 (3)	95,7 (1593)	4,3 (71)
APRIL rs11552708	G/A	IgAV	78,7 (310)	20,1 (79)	1,3 (5)	88,7 (699)	11,3 (89)
		IgAV y nefritis	81,1 (116)	18,9 (27)	0,0	90,6 (259)	9,4 (27)
		IgAN	75,8 (72)	23,2 (22)	1,1 (1)	87,4 (166)	12,6 (24)
		Controles	78,7 (655)	19,7 (164)	1,6 (13)	88,6 (1474)	11,4 (190)
APRIL rs6608	C/T	IgAV	72,6 (286)	25,4 (100)	2,0 (8)	85,3 (672)	14,7 (116)
		IgAV y nefritis	75,5 (108)	23,1 (33)	1,4 (2)	87,1 (249)	12,9 (37)
		IgAN	65,3 (62)	30,5 (29)	4,2 (4)	80,5 (153)	19,5 (37)
		Controles	71,0 (591)	26,6 (221)	2,4 (20)	84,3 (1403)	15,7 (261)
BAFFR rs7290134	A/G	IgAV	58,9 (232)	35,5 (140)	5,6 (22)	76,6 (604)	23,4 (184)
		IgAV y nefritis	60,1 (86)	32,2 (46)	7,7 (11)	76,2 (218)	23,8 (68)
		IgAN	57,9 (55)	38,9 (37)	3,2 (3)	77,4 (147)	22,6 (43)
		Controles	58,7 (488)	35,1 (292)	6,3 (52)	76,2 (1268)	23,8 (396)
BAFFR rs77874543	G/C	IgAV	83,2 (328)	15,5 (61)	1,3 (5)	91,0 (717)	9,0 (71)
		IgAV y nefritis	83,1 (118)	16,9 (24)	0,0	91,5 (260)	8,5 (24)
		IgAN	86,3 (82)	13,7 (13)	0,0	93,2 (167)	6,8 (13)
		Controles	83,7 (696)	16,0 (133)	0,4 (3)	91,6 (1525)	8,4 (139)

cos y moleculares<sup>1</sup> y que pueden representar diferentes extremos de una misma enfermedad<sup>2</sup>. La Interleucina (IL)-33 es una citocina inflamatoria que ejerce sus funciones biológicas mediante la unión a su receptor, IL-1RL1<sup>3</sup>. Numerosos estudios han demostrado que diferentes polimorfismos genéticos localizados tanto en el gen *IL33* como en el gen *IL1RL1* están implicados en el desarrollo de una gran variedad de enfermedades inflamatorias<sup>4</sup>. Por otro lado, los linfocitos B juegan un papel esencial en su patogénesis. BAFF, APRIL y BAFF-R son citocinas clave involucradas en el desarrollo de los linfocitos B<sup>5-8</sup>. En este sentido, los genes BAFF, APRIL y BAFFR parecen estar implicados en numerosas enfermedades inflamatorias, siendo la variante BAFF GCTGT> A una inserción-delección clave en el desarrollo de la autoinmunidad<sup>9,10</sup>.

**Objetivos:** El objetivo del presente trabajo fue evaluar si la IgAV y la IgAN presentan un patrón genético de *IL33-IL1RL1*, *BAFF*, *APRIL* y *BAFFR* similar.

**Métodos:** Se reclutó la cohorte más amplia de pacientes caucásicos con IgAV analizada hasta la fecha en estudios genéticos (394 pacientes diagnosticados de IgAV) así como 95 pacientes caucásicos con IgAN y 832 controles sanos (pareados por sexo y etnia con los pacientes reclutados). Se genotiparon 3 polimorfismos genéticos localizados en el gen *IL33* (rs3939286, rs7025417 y rs7044343) y 3 en el gen *IL1RL1* (rs2310173, rs13015714 y rs2058660), que cubren más del 90% de la variabilidad de dichos genes. Además, se genotipó el polimorfismo BAFF rs374039502, que colocaliza con la variante

BAFF GCTGT>A mencionada anteriormente, así como dos polimorfismos localizados en el gen APRIL (rs11552708 y rs6608) y dos en el gen BAFFR (rs11552708 y rs6608), que cubren el 100% de la variabilidad de ambos genes.

**Resultados:** Los pacientes con IgAV y los pacientes con IgAN mostraron frecuencias genotípicas y alélicas de *IL33*, *IL1RL1*, *BAFF*, *APRIL* y *BAFFR* similares cuando cada uno de los polimorfismos analizados se evaluó de forma independiente (tabla). Asimismo, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en las frecuencias genotípicas y alélicas de *IL33*, *IL1RL1*, *BAFF*, *APRIL* y *BAFFR* entre los pacientes con IgAV que desarrollaron nefritis y los pacientes con IgAN (tabla). Además, no se observaron diferencias estadísticamente significativas ni cuando se compararon los pacientes con IgAV ni al comparar a los pacientes con IgAN con los controles sanos cuando cada variante genética de *IL33*, *IL1RL1*, *BAFF*, *APRIL* y *BAFFR* se evaluó de forma independiente (tabla). Finalmente, las frecuencias haplotípicas de *IL33*, *IL1RL1*, *BAFF*, *APRIL* y *BAFFR* fueron similares entre los diferentes grupos comparativos mencionados anteriormente.

**Conclusiones:** Nuestros resultados revelan que la IgAV y la IgAN muestran un patrón genético de *IL33-IL1RL1*, *BAFF*, *APRIL* y *BAFFR* similar.

Este estudio está financiado mediante ayudas del Fondo de Investigaciones Sanitarias (PI18/00042 y PI21/00042) del 'Instituto de Salud Carlos III' (ISCIII) cofinanciado con fondos FEDER (Fondo Europeo de Desarrollo Regional); DP-P es beneficiaria de un con-

trato Río Hortega (CM20/00006) del ISCIII co-financiado por el Fondo Social Europeo (FSE, "Invertir en tu futuro"); SR-M y VP-C están financiadas mediante fondos del Programa RETICS (RIER) (RD16/0012/0009) del ISCIII, co-financiadas por FEDER; RL-M es beneficiaria de un contrato postdoctoral "Miguel Servet II" del ISCIII co-financiado por FSE "Invertir en tu futuro" (CPII21/00004).

### Bibliografía

1. N Engl J Med. 2013;368:2402-14.
2. Am J Kidney Dis. 1988;12:373-7.
3. J Immunol. 2007;179:2551-5.
4. Sci Rep. 2021;11:16163.
5. J Exp Med. 1999;189:1747-56.
6. Nat Genet. 2005;37:793-4.
7. Arthritis Res Ther. 2018;20:158.
8. Arthritis Res Ther. 2020;22:157.
9. N Engl J Med. 2017;376:1615-26.
10. Sci Rep. 2018;8:8195.

### P026. EFICACIA Y SEGURIDAD DE RITUXIMAB EN ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS ASOCIADAS A ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL

N. Mena Vázquez<sup>1</sup>, C.M. Romero-Barco<sup>2</sup>, M. Rojas-Gimenez<sup>3</sup>, R. Redondo-Rodríguez<sup>1</sup>, I. Ureña-Garnica<sup>1</sup>, P. Morales-Garrido<sup>4</sup>, I. Añón-Oñate<sup>5</sup>, L. Pérez-Albaladejo<sup>5</sup>, M.L. Velloso-Feijoo<sup>6</sup>, M.C. Ordóñez-Cañizares<sup>2</sup> y S. Manrique-Arija<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA). Reumatología. Hospital Regional Universitario de Málaga. <sup>2</sup>UGC de Reumatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. <sup>3</sup>Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). Hospital Universitario Reina Sofía. Reumatología. Córdoba. <sup>4</sup>UGC de Reumatología. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. <sup>5</sup>UGC de Reumatología. Hospital Universitario de Jaén. <sup>6</sup>UGC de Reumatología. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.

**Objetivos:** Describir la eficacia y seguridad de rituximab (RTX) en diferentes enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS) asociadas a enfermedad pulmonar intersticial (EPI).

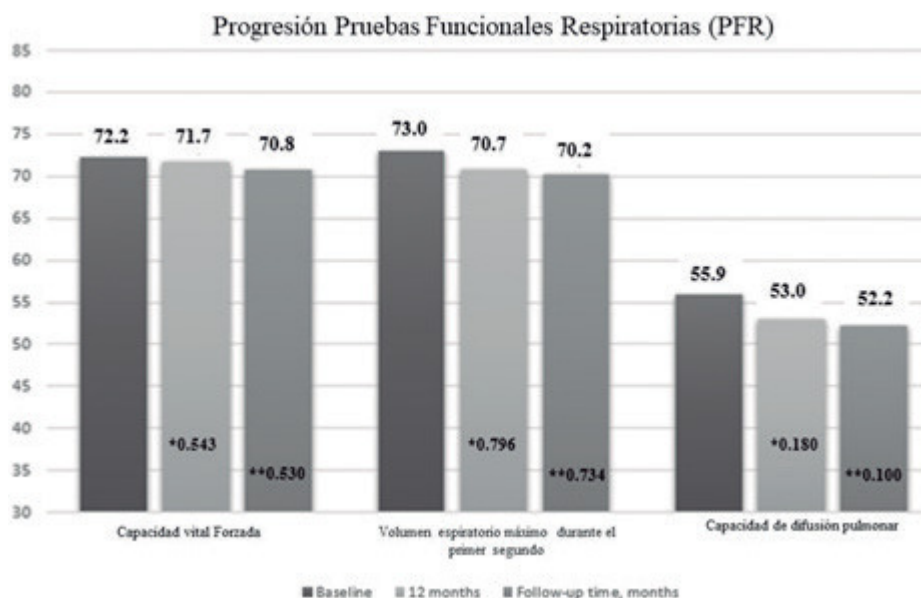
**Métodos:** Diseño: estudio observacional prospectivo multicéntrico andaluz de una serie de pacientes con EAS-EPI en tratamiento con RTX. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética (Código 1719-N-15) siguiendo las recomendaciones de la Declaración de Helsinki y la normativa legal vigente de Buena Práctica Clínica. Protocolo: Reclutamiento consecutivo de pacientes con EAS (artritis reumatoide, esclerosis sistémica y miopatías inflamatorias), que acudieron a consultas de reumatología desde 2015 a 2021. Los pacientes fueron evaluados utilizando tomografía de alta resolución pulmonar (TACAR) y pruebas funcionales respiratorias (PFR) al inicio del estudio (V0), a los 12 meses y al final del seguimiento (VF). La variable principal fue eficacia de RTX en la evolución de la EPI al final del seguimiento: (1) mejoría (i.e. mejora de CVF  $\geq$  10% o de DLCO  $\geq$  15% y no progresión radiológica), (2) no progresión (estabilización o mejora de CVF  $\leq$  10% o DLCO  $<$  15% y no progresión radiológica), (3) progresión (empeoramiento de CVF  $>$  10% o la DLCO  $>$  15% y progresión radiológica) o (4) muerte. Otras variables: Se registraron las características clínicas y analíticas, el tiempo hasta el inicio de RTX, tratamiento concomitante, infecciones y hospitalización. Se realizó un análisis de regresión de Cox para identificar factores asociados con el empeoramiento de la EPI.

**Resultados:** Se incluyeron 37 pacientes con EPI asociada a EAS en tratamiento con RTX, 19 con AR (51,4%), 14 con ES (37,8%) y 4 con MII (10,8%) con una mediana (RI) de tiempo con RTX de 38,2 (17,7-69,0) meses. Las características basales y de progresión pulmonar de los pacientes incluidos se muestran en la tabla 1. Al final del seguimiento, 23 pacientes (62,1%) tenían mejoría o estabilización, 7 (18,9%) empeoraron y 7 (18,9%) fallecieron. Durante el tratamiento con RTX no hubo empeoramiento significativo de la CVF (72,2 [18,3] vs. 70,8 [21,5];  $p = 0,530$ ), ni FEV1 (73,0 [16,9] vs. 70,2 [19,0];  $p = 0,734$ ), ni de la DLCO (55,9 [15,8] vs. 52,2 [17,0];  $p = 0,100$ ) (fig.). No hubo diferencias entre los subgrupos de pacientes tratados con RTX en el desenlace principal de evolución pulmonar ( $p = 0,179$ ). Las variables que se asociaron de forma independiente con la evolución de la EPI al final del seguimiento fueron: DLCO basal (OR [IC95%], 0,904 [0,834-0,982];  $p = 0,015$ ), el retraso en el inicio de RTX (OR [IC95%], 1,011 [1,001-1,120];  $p = 0,029$ ) y el uso combinado de RTX con micofenolato (OR [IC95%], 0,202 [0,040-0,882];  $p = 0,034$ ). Un total de 28/37 (75,7%) tuvieron efectos adversos, en su mayoría (62,2%) leves.

**Tabla P026**

Características basales de 37 pacientes con EAS y EPI en tratamiento con rituximab

Variable	Artritis reumatoide n = 19	Esclerosis sistémica n = 14	Miopatía inflamatoria n = 4	p-valor
<b>Características clínico-epidemiológicas basales</b>				
Sexo, mujer, n (%)	13 (68,4)	11 (78,6)	3 (75,0)	0,806
Edad en años, media (DE)	67,7 (9,7)	57,9 (7,9)	56,6 (5,5)	0,001
Raza, caucásico, n (%)	19 (100,0)	13 (92,9)	4 (100)	0,430
Tabaco				0,147
Nunca fumó, n (%)	9 (47,4)	7 (50,0)	4 (100)	
Alguna vez fumó, n (%)	10 (52,6)	7 (50,0)	0 (0)	
Tiempo de evolución EAS, meses, mediana (RIC)	151,0 (81,0-240,5)	89,6 (51,3-184,4)	25,1 (25,1-30,0)	0,007
FR, n (%)	19 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)	< 0,001
ACPA, n (%)	18 (94,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	< 0,001
ANA, n (%)	6 (31,6)	14 (100)	4 (100)	< 0,001
Anti-scl70, n (%)	0 (0,0)	10 (71,4)	0 (0,0)	< 0,001
Anti-RNA polimerasa 3, n (%)	0 (0,0)	1 (7,1)	0 (0,0)	0,430
Anti Ku	0 (0,0)	1 (7,1)	0 (0,0)	0,430
Anti- PL7	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (50,0)	< 0,001
Anti EJ	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (25,0)	0,014
Anti TIF	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (25,0)	0,014
Patrón radiológico				0,004
NIU, n (%)	14 (73,7)	4 (28,6)	0 (0,0)	
NINE, n (%)	5 (26,3)	10 (71,4)	4 (100,0)	
<b>Tratamiento (vf)</b>				
FAMEs, n (%)	9 (47,4)	5 (35,7)	0 (0,0)	0,202
Inmunosupresores, n (%)	8 (42,1)	5 (35,7)	4 (100)	0,067
Corticoides, n (%)	14 (73,7)	7 (50,0)	4 (100)	0,121
<b>Progresión pulmonar (vf)</b>				
Mejoría-Estabilización, n (%)	10 (52,6)	9 (64,3)	4 (100,0)	0,179
Progresión-Mortalidad, n (%)	9 (47,4)	5 (35,7)	0 (0,0)	



**P026 Figura.** Evolución de las pruebas de función pulmonar a los 12 meses y al final del seguimiento en pacientes con EPI-EAS en tratamiento con RTX. \*P-valor entre la comparación de 12 meses y basal; \*\*p-valor entre la comparación de final de seguimiento.

**Conclusiones:** Más de la mitad de los pacientes con EPI-EPI con RTX mostraron mejoría o estabilización de la función pulmonar sin un aumento significativo de las tasas de infección. El tratamiento precoz y combinado con micofenolato podría reducir el riesgo de progresión pulmonar.

**P027. ANTICUERPOS XANCA: ¿SON VASCULITIS DE PEQUEÑO VASO?**

J. Camins Fàbregas<sup>1</sup>, V. Ortiz-Santamaría<sup>1</sup>, A. Nack<sup>1</sup>, N. Busquets<sup>1</sup>, Ó. Camacho Alcazar<sup>1</sup>, A. Cuervo<sup>1</sup>, C. Alfonso González<sup>1</sup>, I. Vidal Castell<sup>1</sup>, M. Pérez Moreno<sup>2</sup>, R. Acal Arias<sup>3</sup> y E. Deig Comerma<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Reumatología. Hospital General de Granollers. <sup>2</sup>Inmunología. Hospital General de Granollers. <sup>3</sup>Medicina Interna. Hospital General de Granollers.

**Objetivos:** Los autoanticuerpos ANCA son una herramienta básica para el diagnóstico de las vasculitis de pequeño vaso. Sin embargo, los ANCA inespecíficos (xANCA) son un resultado frecuente en la práctica clínica habitual y su positividad genera dudas y interconsultas frecuentes al servicio de Reumatología.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo en el que se recogen los pacientes con resultado xANCA durante los años 2015-2021 en un hospital comarcal (Hospital General de Granollers). Se recogen variables clínicas y analíticas y el diagnóstico final.

**Resultados:** Un total de 78 pacientes fueron identificados, con una edad media de 62 ± 8 años. 63% eran mujeres, solo un 14% de ellos fumadores y un 12% exfumadores. Ninguno de ellos era consumidor habitual de cocaína. 14 pacientes (18%) fueron diagnosticados de enfermedad pulmonar intersticial, siendo la más frecuente (10 pacientes) la neumonitis intersticial usual (NIU). 11 pacientes (14%) fueron diagnosticados de enfermedad inflamatoria intestinal (10 pacientes con colitis ulcerosa y un paciente con enfermedad de Crohn). Se identificaron 3 hepatitis autoinmunes y 2 pacientes con colangitis biliar primaria. 10 pacientes (13%) tenían una infección activa bacteriana que requirió hospitalización y antibioterapia endovenosa. Las infecciones más frecuentes fueron las infecciones de vías respiratorias seguidas de las urinarias. Asimismo se detectó un caso de infección aguda por virus Epstein-Barr, tres pacientes tenían antecedentes de tuberculosis tratada así como un paciente con sífilis tratada. Solo un paciente fue diagnosticado de enferme-

dad sistémica autoinmune: una sarcoidosis. 5 pacientes habían sido diagnosticados previamente de una artritis reumatoide seropositiva y tres de ellos de enfermedad del tejido conectivo (dos síndromes antifosfolípidicos y una conectivopatía indiferenciada).

**Conclusiones:** Ningún paciente fue diagnosticado de vasculitis de pequeño vaso. Multitud de enfermedades con trasfondo autoinmune o autoinflamatorio así como infecciones bacterianas están relacionadas con los autoanticuerpos xANCA. La solicitud de estos autoanticuerpos se debería restringir cuando hay sospecha de VPV.

**P028. PATOLOGÍA DEL TRACTO GENITAL INFERIOR EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS INFLAMATORIAS CRÓNICAS Y AUTOINMUNES SISTÉMICAS**

M. Galindo Izquierdo<sup>1</sup>, L. Hernando Muñoz<sup>2</sup>, V. Bravo Violeta<sup>2</sup>, M.E. Rodríguez-Almaraz<sup>1</sup> and V. López Maquedano<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. <sup>2</sup>Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. <sup>3</sup>Estudiante de 6º de Medicina. Hospital Universitario 12 de Octubre. Universidad Complutense de Madrid.

**Introducción y objetivos:** Los pacientes inmunosuprimidos tienen una especial susceptibilidad para desarrollar lesiones relacionadas con la infección por el virus del papiloma (VPH): mayor prevalencia de infección, lesiones multicéntricas, período de latencia más corto, peor respuesta al tratamiento y alta tasa de recidiva. Esta asociación está ampliamente estudiada en pacientes inmunosuprimidas por VIH, pero hay pocos estudios en pacientes con enfermedades reumatológicas.

**Objetivos:** Conocer la prevalencia de infección por VPH, lesiones asociadas, distribución de los distintos genotipos, frecuencia de infecciones múltiples, así como la capacidad de aclaramiento de la infección VPH en pacientes inmunosuprimidas por enfermedades reumatológicas.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo incluyendo 123 pacientes con enfermedades reumatológicas que reciben algún tipo de tratamiento inmunosupresor, remitidas a consulta de Patología Cervical entre noviembre 2011 y abril 2021. Se realizó c-test vaginal, colposcopia, vaginoscopia y vulvoscopia, así como cotest anal en pacientes mayores de 30 años. En caso de alteración citoló-



gica anal se realizó anoscopia de alta resolución. En el caso de hallazgos anormales en la exploración colposcópica se realizó biopsia de la lesión. Se realizó inicialmente un análisis descriptivo de la población incluida con sus características demográficas y clínicas. Las variables continuas se presentaron como media  $\pm$  desviación estándar y las categóricas en números absolutos y porcentajes. El test t de Student se usó para comparar variables continuas y las comparaciones entre grupos se realizaron con el test de chi-cuadrado ( $\chi^2$ ). La significancia estadística se definió por un valor de  $p < 0,05$ . El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 20,0 (IBM Corp., Armonk, NY).

**Resultados:** De las 123 pacientes, 58 presentaban enfermedad inflamatoria (33 artritis reumatoide) y 65 autoinmune (44 lupus eritematoso sistémico). La edad media fue de 45 años. 74 pacientes fueron remitidas para cribado de patología del tracto genital inferior, mientras que 39 pacientes fueron remitidas por alteración citológica detectada en el cribado habitual. En 73,2% se detectó VPH durante el seguimiento, en 65,9% genotipos de alto riesgo. El 25,8% presentaba infección por un solo genotipo, 20,2% por dos genotipos, 16,9% por tres genotipos y el 37% por 4 genotipos o más. El genotipo más frecuente en las muestras positivas fue el VPH 16 (30,9%), seguido del 31 (25,9%), 58 (23,5%), 51 (22,2%), 52 (21%), 53 (19,8%) y 56 (13,6%). El genotipo 18 se detectó en 12,3% de muestras positivas. De las pacientes remitidas para cribado, no se encontraron diferencias significativas en ambos grupos en cuanto a factores de riesgo. Solo un 19,7% de las pacientes había recibido la vacuna frente al VPH antes de acudir a consulta. En este subgrupo remitido para cribado, en 62,2% se detectó VPH durante el seguimiento (48,5% en pacientes con patología inflamatoria y 73,2% en pacientes con patología autoinmune). En 14 pacientes se diagnosticó algún tipo de patología cervical (18,9%), siendo lo más frecuente las lesiones de alto grado, CIN 2 y CIN 3 (9,5% del total de pacientes que acuden a cribado). En 2 pacientes se objetivó CIN 1 (2,7%), y 4 pacientes presentaron citología ASCUS sin lesión histológica (5,4%). No se detectaron lesiones vulvares de alto grado. Una paciente presentaba condilomas. En una paciente se diagnosticó VAIN 2, y en 2 pacientes AIN 2 y AIN 3. Después de una media de seguimiento de 40,5 meses el 27% de las pacientes presentaban test de VPH positivo para genotipos de alto riesgo, objetivándose una tendencia a mayor persistencia en pacientes del grupo de enfermedades autoinmunes (34,1% en pacientes con LES vs. 15,1% en pacientes con AR;  $p = 0,065$ ).

**Conclusiones:** Detectamos una alta tasa de lesiones del tracto genital inferior en nuestras pacientes, con una alta prevalencia de infección por VPH. Es importante reseñar el alto porcentaje de pacientes con lesiones multicéntricas, lo que nos debe hacer plantearnos la exploración completa del tracto genital inferior en este grupo de pacientes de alto riesgo, así como establecer los intervalos y las pruebas adecuadas de cribado.

#### PO29. ECOGRAFÍA PULMONAR PARA LA EVALUACIÓN DE ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL EN LA ESCLEROSIS SISTÉMICA

C.A. Peralta Ginés, E. Cañadillas Sánchez y M.C. Osorio Sanjuán

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

**Introducción:** La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad autoinmune con elevada morbimortalidad. Aproximadamente dos tercios de los pacientes con ES desarrollan enfermedad pulmonar intersticial (EPI), siendo la tomografía computarizada de alta resolución (TACAR) el gold standard de diagnóstico. La ecografía pulmonar permite evaluar EPI con la detección de líneas B y anomalías pleurales, siendo una herramienta alternativa económica, reproducible y que carece de radiación.

**Objetivos:** Evaluar la validez de la ecografía pulmonar en la detección de EPI en ES.

**Métodos:** Estudio transversal de pacientes con ES o con ES muy precoz procedentes de una consulta monográfica. Se han valorado 14 espacios intercostales con un ecógrafo Logic V2 General Electric con sonda lineal multifrecuencia entre 8-13 MHz. Se ha aplicado un score semicuantitativo según el número de líneas B: 0 = normal ( $< 5$  líneas); 1 = leve (6-15 líneas); 2 = moderado (16-30 líneas); 3 = severo ( $> 30$  líneas). El score de líneas B así como el número total de líneas B y de espacios con irregularidad pleural se ha comparado con los resultados del TACAR (presencia o ausencia de EPI) y el% de capacidad vital forzada (CVF) y difusión de monóxido de carbono (DLCO) de las pruebas de función respiratoria (PFR) realizados 3 meses antes o después de la ecografía pulmonar, en la muestra total y por subgrupos según el tipo de esclerosis sistémica o los años de evolución ( $< 5$  años o  $\geq 5$  años de Raynaud). Para el análisis estadístico se ha utilizado el software IBM SPSS Statistics 23. El protocolo del estudio recibió dictamen favorable por el Comité de Ética de Investigación de Aragón (CEICA).

**Resultados:** Se han incluido 28 pacientes con esclerosis sistémica, 26 mujeres y 2 varones, con una edad media de 59 años. Los datos demográficos y clínicos se indican en la tabla. Se encontró una asociación entre el score de líneas B y el TAC ( $p = 0,008$ ). Utilizando el TAC como referencia, la ecografía muestra una sensibilidad del 100% y una especificidad del 75%, con un valor predictivo negativo del 100% y un valor predictivo positivo del 71%. No hubo asociación entre el score de líneas B con CVF% ( $p = 0,432$ ) ni DLCO% ( $p = 0,994$ ). En cuanto al análisis según el tipo de esclerosis sistémica, la distribución del score de líneas B ( $p = 0,621$ ), el TAC ( $p = 0,858$ ), la CVF ( $p = 0,517$ ) o la DLCO ( $p = 0,157$ ) era la misma en todos los subgrupos. Según el tiempo de evolución de la enfermedad no hay asociación con el score de líneas B ( $p = 303$ ), el TAC ( $p = 0,735$ ), la CVF ( $p = 0,860$ ) o la DLCO ( $p = 0,805$ ). El número de espacios con irregularidad pleural no se correlacionó con la CVF ( $\rho = 0,099$ ,  $p = 0,644$ ), DLCO ( $\rho = 0,364$ ,  $p = 0,114$ ), TAC ( $p = 0,064$ ), el tipo de ES ( $p = 0,895$ ) o los años de evolución ( $p = 0,211$ ).

#### Datos demográficos y clínicos

Edad, años (media $\pm$ DE)	59 $\pm$ 11
Sexo, n (%)	
Mujer	26 (93)
Varón	2 (7)
Tipo de ES, n (%)	
ESL	20 (72)
ESD	2 (7)
ES muy precoz	6 (21)
ES sin ED	0 (0)
Tiempo Raynaud, años (mediana $\pm$ RQ)	6,5 $\pm$ 9
CVF% (media $\pm$ DE)	94,2 $\pm$ 16,4
DLCO%(media $\pm$ DE)	73,9 $\pm$ 16,4
Anticentrómero positivo, n (%)	18 (64)
AntiScI70 positivo, n (%)	4 (14)
Otros autoanticuerpos específicos positivos*, n (%)	3 (11)
Score de líneas B, n (%)	
0	15 (54)
1	7 (25)
2	4 (14)
3	2 (7)
Patrón en TAC, n (%)	
No EPI	8 (29%)
EPI (NIU/NINE)	5 (18%)

\*Otros autoanticuerpos específicos: antiThTo (1), antifibrilarina (1), antiPm-ScI100 (1). DE: desviación estándar; RQ: rango intercuartil. ESL: esclerosis sistémica limitada; ESD: esclerosis sistémica difusa; ED: esclerodermia; NIU: neumonía intersticia usual; NINE: neumonía intersticial no específica.

**Conclusiones:** La ecografía es una herramienta válida para detectar EPI en la ES en cualquier momento de evolución de la enfermedad. Se propone su inclusión en la evaluación de la EPI de forma periódica, como el ecocardiograma y las PFR, por medio de un número simplificado de espacios intercostales, que sirva de ayuda para guiar el momento del TAC.

**P030. INCIDENCIA DE NEOPLASIA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES EN TRATAMIENTO CON CICLOFOSFAMIDA**

Á. Andreu Suárez, M. Serrano Warleta y C. de la Puente Bujidos

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

**Introducción:** La ciclofosfamida es uno de los fármacos de primera línea para algunas complicaciones graves de enfermedades autoinmunes. Presenta efectos adversos potencialmente graves, como la posible aparición de neoplasias secundarias. Se han realizado varios estudios en los que se demuestra mayor incidencia de cáncer en vasculitis de pequeño vaso en relación con el tratamiento de ciclofosfamida, sin embargo hay poca información acerca de esta complicación en otras enfermedades autoinmunes.

**Objetivos:** Estimar la incidencia de neoplasia en pacientes tratados con ciclofosfamida por manifestaciones graves de una enfermedad autoinmune. Comparar la incidencia de neoplasia en enfermedades autoinmunes en tratamiento con inmunosupresores con la incidencia de neoplasias en la población general.

**Métodos:** Se trata de un estudio de cohortes retrospectivo unicéntrico. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años valorados en consultas externas de Reumatología del Hospital Universitario Ramón y Cajal desde 1990 hasta 2018 diagnosticados de algunas de las siguientes enfermedades autoinmunes: Esclerosis sistémica cutánea difusa (ESCD) o cutánea limitada (ESCL), lupus eritematoso sistémico (LES), vasculitis sistémica de pequeño vaso u otros como miopatías, enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC) o síndrome antifosfolípido (SAF). Se dividió entre expuestos a ciclofosfamida a lo largo del seguimiento y no expuestos (en tratamiento con otros inmunosupresores). Se excluyen pacientes que tengan una neoplasia activa en el momento de iniciar el tratamiento inmunosupresor. Se ha realizado un análisis descriptivo de las variables demográficas y clínicas y se ha calculado la incidencia de neoplasia en ambos grupos. Se ha comparado con la incidencia de neoplasia en la población general según los datos de 2020 REDECAN. Se ha realizado posteriormente un análisis multivariante.

**Resultados:** Se muestran las características basales de los pacientes incluidos en ambos grupos en la tabla 1. Aunque la incidencia de neoplasia fue mayor en los pacientes expuestos a ciclofosfamida (7,5% vs. 4,1%), las diferencias no fueron estadísticamente significativas (p 0,211). La incidencia acumulada de neoplasia en los pacientes con enfermedades autoinmunes en tratamiento con inmunosupresores fue de 55,55 casos por cada 1,000 pacientes (IC95% 32,1-94,6). La razón de incidencia estandarizada fue 2,19 (IC95% 3,30-11,92), y se estratificó por sexo y edad como se muestra en la tabla 2. Los resultados del análisis bivariante se muestran en la tabla 3. En cuanto al análisis multivariante, las variables que mostraron asociación con la aparición de neoplasia de forma estadísticamente significativa fueron la edad al momento del estudio (OR 1,18 [1,02-1,36], p 0,024) y el antecedente personal de neoplasia (OR 7,86 [1,30-47,47], p 0,010).

Tabla 1

Características demográficas	Tratamiento con ciclofosfamida (expuestos; n = 93)	Tratamiento con otros inmunosupresores (no expuestos; n = 123)	Valor p
Sexo	72 (77,4%)	106 (86,2%)	0,194
Mujeres			
Edad media al diagnóstico	37,79 (± 19,57)	44,72 (± 18,16)	0,186
Raza			
Caucásica	71 (75,4%)	111 (90,2%)	0,005
Latinoamericana	18 (19,4%)	8 (6,6%)	0,004
Asiática	3 (3,2%)	2 (1,6%)	0,654
Afroamericana	1 (1,1%)	2 (1,6%)	0,654
Tabaco			
Fumador/a o exfumador/a	13 (13,98%)	38 (30,89%)	0,004
Antecedentes personales de neoplasia	3 (3,2%)	7 (5,7%)	0,618

Tabla 2

Edad	Hombres	Mujeres	Total
45-65 años	15,91 (0,0-53,70)	2,07 (0,0-6,12)	3,10 (0,0-11,44)
≥ 65 años	6,00 (1,65-25,18)	1,47 (0,06-5,82)	3,84 (4,00-19,07)
Total	8,00 (5,49-36-85)	2,12 (0,58-8,93)	2,19 (3,30-11,92)

Tabla 3

	Neoplasia (n 12)	No neoplasia (n 204)	Valor p
Sexo masculino	7 (58,33%)	31 (15,19%)	0,001
Edad al diagnóstico	60,25 (± 15,26)	40,65 (± 18,71)	0,001
Edad al momento del estudio	69,92 (± 7,54)	53,88 (± 16,75)	0,001
Raza			
Caucásica	11 (91,66%)	171 (83,82%)	0,468
Latinoamericana	1 (8,33%)	25 (12,25%)	1
Asiática	0 (0%)	5 (2,45%)	1
Afroamericana	0 (0%)	2 (0,98%)	1
Fumador/a o exfumador/a	6 (50%)	45 (22,06%)	0,027
Antecedente personal de neoplasia	5 (41,66%)	5 (2,45%)	< 0,001
Tiempo de seguimiento desde administración de IS	5,1 (± 6,32)	11,71 (± 13,94)	0,108

**Conclusiones:** La incidencia de neoplasia en pacientes con enfermedades autoinmunes tratados con ciclofosfamida no está aumentada con respecto a los pacientes con enfermedades similares tratados con otros inmunosupresores, a la dosis y durante el tiempo que se administra actualmente. El aumento de incidencia parece asociarse con los antecedentes personales de neoplasia y la edad avanzada.

**P031. VALIDEZ DE LAS RECOMENDACIONES EULAR SOBRE EL USO DE LA ECOGRAFÍA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES**

E. Fernández Fernández, I. Monjo-Henry, D. Peiteado, A. Balsa y E. de Miguel

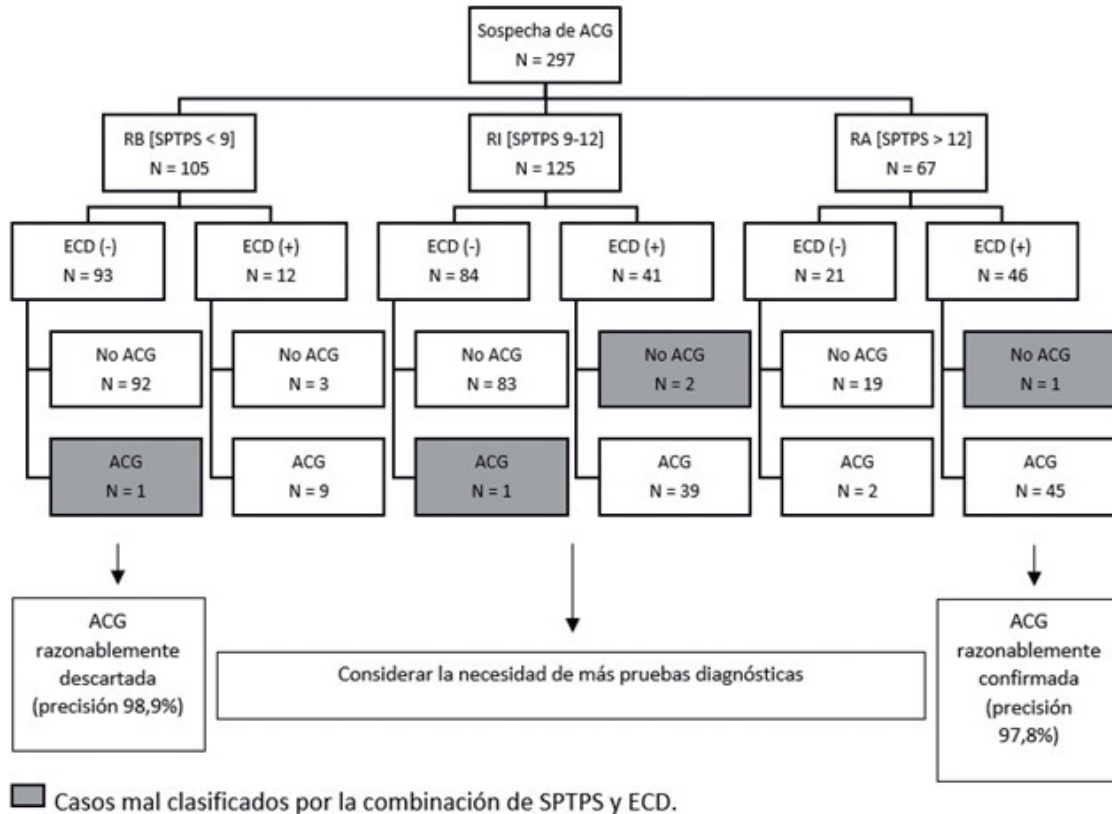
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

**Introducción:** Las recomendaciones EULAR para el uso de las técnicas de imagen en vasculitis de grandes vasos establecen que una prueba de imagen apoyada en la probabilidad clínica pre-test (PPT) es suficiente para realizar el diagnóstico de arteritis de células gigantes (ACG)<sup>1</sup>. Nuestro objetivo fue determinar la validez de las recomendaciones EULAR sobre el uso de la ecografía color doppler (ECD) en la ACG tras calcular la PPT mediante el Southend Pre-Test Probability Score (SPTPS).

**Métodos:** Recopilamos los datos clínicos de todos los pacientes derivados a nuestra consulta de diagnóstico rápido por sospecha de ACG entre 2016 y 2020. Se calculó el SPTPS y se clasificó en riesgo bajo (RB), intermedio (RI) y alto (RA) según los valores obtenidos por sus autores, < 9, 9-12 y > 12, respectivamente<sup>2</sup>. A todos los pacientes se les realizó una ECD de las arterias temporales con sus ramas común, parietal y frontal, y la mayoría también de arterias axilares (86,5%), subclavias y carótidas. Se realizaron otras pruebas diagnósticas cuando el médico responsable lo consideró necesario. Se realizó biopsia de arteria temporal en 34 pacientes (11,4%), PET-TC en 48 (16,2%) y otras pruebas de imagen como AngioRMN o AngioCT en 8 (2,7%). El diagnóstico estándar de oro se estableció de acuerdo con el criterio del médico después de al menos nueve meses de seguimiento. Se calcularon la curva ROC para SPTPS y la precisión de SPTPS, ECD y SPTPS + ECD.

**Resultados:** De los 297 pacientes derivados, 97 (32,7%) fueron diagnosticados de ACG. El área bajo la curva ROC del SPTPS fue de 0,787. La categoría RB incluyó 105 pacientes (35,4%), de los cuales 10 (9,5%) tenían ACG. La categoría RI incluyó un total de 125 pacientes (42,1%), 40 con ACG (32%) y 85 sin (68%). La categoría RA incluyó a 67 pacientes (22,5%), 47 con ACG (70,1%). En 4 de los 97 pacientes con ACG (4,1%), la ECD fue negativa y el diagnóstico se confirmó con PET-TC. Por otro lado, 6 de los 200 pacientes incluidos sin ACG (3%) tuvieron

**Imagen 1.** Diagrama de flujo de los resultados del rendimiento diagnóstico de SPTPS + ECD.



P031 Figura

un resultado falso positivo de ECD. Hubo 93 pacientes clasificados como RB con ECD negativa, y 1 de ellos tuvo un diagnóstico clínico final de ACG. De los 46 pacientes clasificados como RA con ECD positiva, 1 fue un diagnóstico falso positivo de ACG. Y, dentro del grupo de RI, de los 84 pacientes con ECD negativa uno tenía diagnóstico final de ACG y de los que tenían ECD positiva 2 no eran ACG (fig.). Por lo tanto, el uso combinado de SPTPS + CDUS solo clasificó erróneamente 5/297 casos (< 2%).

**Conclusiones:** La combinación de los resultados de un score de probabilidad clínica pretest, como SPTPS, y la ECD permite un diagnóstico preciso de la ACG, según lo establecido por el grupo EULAR, con menos del 2% de clasificación errónea del diagnóstico. Incluso una ECD negativa en pacientes con RI muestra una fuerte asociación con un diagnóstico negativo.

**Bibliografía**

1. Dejacó C, Ramiro S, Duftner C, et al. EULAR recommendations for the use of imaging in large vessel vasculitis in clinical practice. *Ann Rheum Dis.* 2018;77(5):636-43.
2. Sebastian A, Tomelleri A, Kayani A, Prieto-Pena D, Ranasinghe C, Dasgupta B. Probability-based algorithm using ultrasound and additional tests for suspected GCA in a fast-track clinic. *RMD Open.* 2020;6(3).

**P032. PREDICTORS OF INTERSTITIAL LUNG INVOLVEMENT AND TIMING OF ONSET IN SYSTEMIC SCLEROSIS: OUR EXPERIENCE AT A THIRD-LEVEL HOSPITAL**

C.I. Sieiro Santos, C. Moriano Morales, X. Larco Rojas, C. Álvarez Castro, A. López Robles and E. Díez Álvarez

Complejo Asistencial Universitario de León.

**Introduction:** Interstitial lung disease (SSc-ILD) and pulmonary hypertension are the leading causes of death in patients with sys-

temic sclerosis (SSc). Identifying SSc-ILD development and initiating treatment is essential to optimize therapeutic benefit.

**Objectives:** We aimed to identify predictors of SSc-ILD and compared early (< 5 years from diagnosis) versus late (> 5 years from diagnosis) onset.

Significant logistic regressions for predictors for SSc-ILD

Predictor	OR (IC95%)	p value
Male	2.8 (1.16-6.8)	0.02
Smoking history	2.15 (1.33-3.46)	0.001
Diffuse cutaneous involvement	10.4 (2.2-48.3)	0.003
Raynaud duration	0.89 (0.79-1.0)	0.04
Myositis	3.45 (1.09-10.9)	0.03
Anti-Scl70	5.45 (2.02-14.7)	0.001
Anti-Ro52	3.37 (1.49-9.45)	0.002
FVC	0.97 (0.91-0.98)	0.03
DLCO	0.96 (0.93-0.98)	0.003
mMSS	3.73 (1.64-8.5)	0.01
mMRC > 2	2.01 (1.52-4.2)	0.04
Late capillaroscopy pattern	2.3 (1.02-5.27)	0.04
Early onset SSc-ILD		
	β value	p value
Older age at onset	0.47	0.0017
Telangiectasias	0.29	0.04
Smoking status	0.37	0.02
Late onset SSc-ILD		
	β value	p value
Male gender	0.57	0.001
Myositis	0.34	0.02
Antiphospholipid antibodies	0.31	0.04

**Methods:** We conducted a retrospective cohort study by including patients diagnosed with SSc from 1980 to 2020 followed in our unit and compared the clinical profile of patients with SSc-ILD to control SSc-non-ILD patients. Demographic features, clinical and immunological characteristics, baseline pulmonary function and capillaroscopy data were retrieved. Logistic regression modelling was run to

identify factors associated with SSc-ILD development. Factors associated with ILD were then determined as factors associated with early or late onset using multivariate analysis. Bonferroni correction was used to limit Type I errors.

**Results:** We have included 103 patients from our patient registry from 1980 to 2021 (42% with SSc-ILD). Logistic regression identified risk factors associated with increased or decreased odds ratio for developing ILD is summarized in table 1. Smoking history, male sex, the presence of myositis, anti-Scl70 and anti-Ro52 positivity, baseline pulmonary function including FVC and DLCO, mMRC (Modified Medical Research Council) dyspnea scale > 2, mMSS (Modified Rodnan Skin Score), and late pattern in capillaroscopy were identified as SSc-ILD predictors. Older age at SSc diagnosis, the presence of telangiectasias and smoking status were correlated with of SSc-ILD onset before 5 years, while male gender, the presence of myositis and antiphospholipid antibodies were correlated with late-onset SSc-ILD.

**Conclusions:** We identified 11 factors significantly associated with risk of developing SSc-ILD: smoking, male sex, the presence of myositis, shorter Raynaud duration to SSc diagnosis, diffuse cutaneous involvement, anti-Scl70 and anti-Ro52 positivity, mMSS and mMRC > 2 and baseline pulmonary function (lower baseline DLCO and FVC increasing risk) and late capillaroscopy pattern and identified predictors for early and late-onset SSc-ILD.

**P033. CLINICAL PHENOTYPE IN SCLERODERMA PATIENTS WITH LIMITED AND DIFFUSE CUTANEOUS DISEASE BASED ON AUTOIMMUNITY**

C.I. Sieiro Santos, C. Moriano Morales, X. Larco Rojas, I. González Fernández, C. Álvarez Castro, M. Martín Martínez and E. Díez Álvarez

Complejo Asistencial Universitario de León.

**Introduction:** Classically, anti-centromere antibodies (ACA) are associated with limited cutaneous involvement (lcSSc) and pulmonary hypertension, whereas anti-topoisomerase I (Scl70) are associated with diffuse skin involvement (dcSSc) and pulmonary fibrosis (ILD). Patients with lcSSc and Scl70 antibodies draw particular attention, which is why characterization of clinical phenotypes can help distinguish patient subgroups and assessing the prognosis of the disease.

**Objectives:** We aimed to characterize the clinical phenotype of patients with SSc based on autoantibodies.

**Methods:** We included patients with SSc, fulfilling the 2013 ACR/EULAR criteria, with disease duration ≤ 10 years. We have compared different subgroups of patients with lcSSc: Scl70-lcSSc (group1),

ACA-lcSSc (group 2) and ANA-lcSSc (group 3), (Table). Next, we compared patients with Scl70-lcSSc (group 1) to Scl70-dcSSc (group 4) and ANA-lcSSc (group 3) to ANA-dcSSc (group 5). In the ANA subgroup we included patients with negative Scl70 and ACA antibodies. We have assessed the risk of ILD, myositis, scleroderma renal crisis, cardiac and gastrointestinal involvement, myositis, pulmonary hypertension (systolic pulmonary arterial pressure sPAP > 45 mmHg at transthoracic echocardiography or sPAP > 25 mmHg at right heart catheterization), cancer and all-cause-mortality.

**Results:** 103 SSc patients were included: 72 (69%) females, 82 (80%) lcSSc and 21 (20%) dcSSc. Among lcSSc patients, 43 (52%) had ACA, 16 (19%) Scl70 and 23 (28%) ANA. Among dcSSc patients, 9 (43%) had Scl70 and 12 (57%) had ANA. Scl70-lcSSc patients had significantly shorter time from Raynaud’s phenomenon (RP) to SSc diagnosis (p = 0.02), younger age at SSc onset (p = 0.04), higher mRSS (p = 0.03), higher rate of myositis (p = 0.04) and renal scleroderma crisis (p = 0.04) than ACA-lcSSc patients. The risk of ILD in Scl70-lcSSc compared to ACA-lcSSc is 3.8 higher (95%CI 1.2-14.5) and 1.5 higher (95%CI 1.05-5.61) than ANA-lcSSc. All-cause mortality was higher in Scl70-lcSSc (p = 0.04) compared to ACA-lcSSc. Scl70-dcSSc patients had a shorter time from RP to SSc diagnosis (p = 0.02), higher CRP (p = 0.04), mRSS (p = 0.001), higher rate of myositis (p < 0.05) and ILD (p = 0.04) and all-cause mortality (p = 0.04) than Scl70-lcSSc patients, while renal and cardiac involvement was similar. ANA-dcSSc patients also had a shorter time from RP to SSc diagnosis (p = 0.03), higher mRSS (p = 0.02) and higher rate of ILD (p = 0.02).

**Conclusions:** Scl70-lcSSc patients show the major organ involvement, followed by ANA-lcSSc and ACA-lcSSc. Scl70-dcSSc and ANA-dcSSc patients exhibit more cutaneous involvement and ILD than Scl70-lcSSc and ANA-lcSSc. These results may provide new ways to help in early diagnosis, management and assessing the prognosis of the disease.

**P034. CANCER IN SYSTEMIC SCLEROSIS: ASSOCIATION BETWEEN ANTIBODIES AND MALIGNANCY AND RESULTS FROM A THIRD-LEVEL CENTER**

C.I. Sieiro Santos, C. Moriano Morales, I. González Fernández, C. Álvarez Castro, A. López Robles, M. Martín Martínez and E. Díez Álvarez

Complejo Asistencial Universitario de León.

**Introduction:** Systemic sclerosis (SSc) is associated with increased risk of malignancy. Risk factors predisposing a SSc patient for development of malignancy are not well defined, and the pathogenic basis of the association is yet to be explained. Some autoantibodies

**Table P033**  
Clinical characteristics of patients with lcSSc

	Scl70-lcSSc	p value	ACA-lcSSc	p value	ANA-lcSSc
Female	9 (56.3%)	0.03	36 (83.7%)	0.80	12 (52%)
Time from RP to SSc (years)	1.28 (0.25-3.5)	0.02	6.23 (3-9)	0.002	4.91 (2-5)
Age at SSc onset	56.5 (48-66)	0.04	62.5 (54-73)	0.76	59.2 (44-66)
CRP elevation	30 (22-39)	0.02	22 (16-29)	0.21	10 (6-19)
mRSS	4 (2-4.2)	0.03	3.2 (2.1-4.0)	0.92	3.9 (2.5-4.2)
Joint synovitis	6 (37.5%)	0.47	12 (28%)	0.71	10 (43%)
Tendon friction rubs	2 (12.5%)	0.50	3 (7%)	0.19	0
Myositis	4 (25%)	0.04	2 (5%)	0.81	5 (21.7%)
Gastrointestinal involvement	6 (37.5%)	0.19	27 (63%)	0.04	16 (69%)
Renal crisis	4 (25%)	0.04	2 (5%)	0.18	2 (9%)
ILD	10 (63%)	0.001	7 (16%)	0.04	7 (30%)
Pulmonary hypertension	4 (25%)	0.47	7 (16%)		3 (13%)
Arrhythmia	5 (21.7%)	0.08	6 (14%)	0.35	7 (30%)
Conduction defects	1 (6.3%)	0.59	5 (11.6%)	0.79	1 (4%)
Diastolic dysfunction	7 (43.8%)	0.36	17 (39.5%)	0.77	9 (39%)
Immunosuppressants	10 (63%)	0.01	13 (30.2%)	0.52	12 (52%)
Steroids	9 (56%)	0.04	12 (28%)	0.98	13 (56.6%)
Cancer	8 (50%)	0.04	10 (23.2%)	0.22	7 (30%)
Mortality	3 (18.8%)	0.04	6 (14%)	0.82	5 (21.7%)

have been associated with a close temporal relationship with cancer. The absence of malignancy screening guidelines tailored for SSc patients raise the importance of the need for more studies on the association of SSc and cancer.

**Objectives:** To study the prevalence of cancer in SSc and the association between SSc-specific and SSc-associated autoantibodies and cancer in a third-level center.

**Methods:** We conducted a retrospective cohort study by including patients diagnosed with SSc followed from 1980 to 2020 fulfilling the 2013 ACR/EULAR SSc criteria. Demographic features, clinical and immunological characteristics were retrieved. The primary outcome was cancer-associated SSc, defined as cancer occurring within 2, 3 and 5 years of first non-Raynaud SSc manifestation. The exposure was defined by the presence of SSc-specific/associated autoantibodies, including anti-centromere (ACA), topoisomerase I (Scl70), RNA polymerase III, fibrillarin, Th/To, PM-Scl, Ku, TIF1g, Ro52. Descriptive analysis was used to compare clinical characteristics of subjects with cancer to those without cancer. Univariate logistic regression was used to compare the odds of cancer-associated SSc between the autoantibody subgroups.

Logistic regression analysis for the risk of cancer within 2.5 and 10 years of SSc onset according to antibody positivity

	OR IC95% for cancer diagnosis within 2 years of SSc onset	OR IC95% for cancer diagnosis within 5 years of SSc onset	OR IC95% for cancer diagnosis within 10 years of SSc onset
Anti-Scl70	1.56 (0.51-44.5)	1.41 (0.27-12.7)	2.1 (0.55-13.4)
Anti-centromere	1.72 (0.62-52.1)	1.52 (0.32-32.1)	1.69 (0.14-21.3)
Anti-TIF1g	3.9 (0.35-43.4)	2.1 (1.45-9.94)	0.42 (0.04-5.32)
ARN Pol III	3.5 (1.2-51.4)	1.9 (0.72-62.1)	-
Anti-PM Scl75/100	-	-	0.87 (0.04-1.98)
Anti-Ro52	2.5 (0.66-66.8)	2.0 (0.45-50.2)	0.63 (0.05-7.74)

**Results:** Out of 103 SSc subjects, 27 (26%) had a history of cancer following SSc diagnosis. Mean age was 61.9 (57-69) years, 70% were female and 88% had a smoking history. Median time between cancer and disease onset was 6.33 (3-9) years. Among patients with cancer, 12 (44%), 8 (29%) and 7 (26%) were diagnosed within 2, 5 and 10 years of SSc onset. The most frequent types were breast cancer (n = 9), gastrointestinal cancer (n = 5), prostatic cancer (n = 4), hematological (n = 3) cancers, cervical/uterine cancers (n = 2), non-melanoma skin (n = 2), lung cancer (n = 2). Patients with cancer were more likely to be Scl70+ (OR 2.55, 95%CI 1.03-6.3, p 0.04), anti-TIF1g (OR 19.5, 95%CI 5.6-68.3, p 0.001) and RNA pol III (OR 10.9, 95%CI 1.08-109.3, p 0.04), have a history of smoking (OR 7.24, 95%CI 2.6-197, p 0.001), myositis (OR 5.2, 95%CI 2.06-13.2, p 0.005) and older age at SSc onset (61.9 vs. 57, p 0.04). Breast cancer was more fre-

quent in anti-TIF1g (OR 3.75, 95%CI 1.8-17.5) and RNA pol-III (OR 7.14, Valencia. 1.56-90.8) subgroups. The risk of cancer-associated SSc was significantly increased among anti-TIF1g-positive subjects at 5 years after SSc onset (OR 2.1, 95%CI 1.45-9.94, p 0.04) and among RNA-pol III-positive subjects at 2 years after SSc onset (OR 3.5, 95%CI 1.2-51.4, p 0.02) (table).

**Conclusions:** Anti-Scl70, anti-TIF1g and RNA pol III were predictive of cancer-associated SSc for cancers. Breast cancer was the most frequent. Subjects with cancer were more likely to have a history of smoking, myositis and an older age at SSc onset. Autoantibodies should be taken into account in cancer screening. Larger studies are needed to define the risk of cancer-associated SSc in different autoantibody subgroups.

### P035. PREVALENCIA Y VALORACIÓN DEL IMPACTO DE LOS SÍNTOMAS DE XEROSTOMÍA Y XEROFTALMÍA, EN UNA SERIE DE PACIENTES CON FENÓMENO DE RAYNAUD

G. Santos Soler, J.A. Bernal<sup>1</sup>, J.M. Senabre-Gallego<sup>1</sup>, C. Raya-Santos<sup>1</sup>, J.C. Cortes-Quiroz<sup>1</sup>, J. Rosas<sup>1</sup>, A. Pons<sup>2</sup>, C. Cano<sup>2</sup>, M. Lorente<sup>2</sup>, X. Barber<sup>3</sup> y Grupo AIRE-MB

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa.

<sup>2</sup>Enfermería de Reumatología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa.

<sup>3</sup>CIO-Universidad Miguel Hernández. Elche.

**Introducción:** Es poco conocida la incidencia de la asociación del síndrome de Sjögren (SjS), o más propiamente del componente seco (Ss) de este síndrome, con otras enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS), y en concreto con la esclerosis sistémica (ES).

**Objetivos:** Identificar la prevalencia y repercusión funcional que los síntomas que definen el Ss entre los pacientes con Raynaud (FR), asociado a ES, ERAS, o Raynaud Primario (FR 1<sup>o</sup>).

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo (2017-2021), de la prevalencia de xeroftalmia y xerostomía subjetiva entre los pacientes con FR. Se recogieron datos demográficos (sexo y edad), y se definieron como FR 1<sup>o</sup> o 2<sup>o</sup>, según la presencia de signos clínicos y el perfil de autoanticuerpos. Se evaluó la presencia de xeroftalmia y xerostomía según los cuestionarios, incluidos en los Criterios Europeos-Americanos de Clasificación para el SS. Para la presencia de xerostomía: 1) ¿tiene sensación de boca seca desde hace más de 3 meses?, 2) ¿ha notado de forma repetida hinchazón en las glándulas salivales?, 3) ¿necesita beber para poder masticar y tragar la comida sólida?; Para xeroftalmia: 1) ¿nota sequedad en los ojos desde hace más de 3 meses?, 2) ¿tiene sensación de arenilla en los ojos?, 3) ¿utiliza lágrimas artificiales más de 3 veces al día?. Se definió como "posible SS", si se contestaban afirmativamente al menos

Tabla P035

	Esclerodermia	Sjögren	Otras ERAS	FR 1 <sup>o</sup>
Nº	34	7	34	88
Valoración de la intensidad del FR				
EVA FR ≤ 4 (leve)	30,30%	28,57%	61,29%	37,93%
EVA FR ≥ 5 (moderado a grave)	69,69%	71,43%	38,71%	62,07%
HAQ < 1	65,39%	85,71%	82,35%	86,08%
1-2	26,92%	14,29%	17,64%	13,92%
> 2	7,69%	0	0	0
Contestación positiva a las preguntas referentes a xerostomía				
Ninguna, 0	12,12%	28,57%	55,88%	58,62%
+1	48,49%	42,86%	35,29%	22,99%
+2	24,24%	28,57%	8,82%	13,79%
+3	15,15%	0	0	4,59%
Contestación positiva a las preguntas referentes a xeroftalmia				
Ninguna, 0	45,45%	28,57%	52,94%	65,52%
+1	21,21%	14,29%	26,47%	13,79%
+2	18,18%	42,86%	11,77%	18,39%
+3	15,15%	14,29%	8,82%	2,29%

2 de las preguntas anteriores para xeroftalmia o xerostomía, respectivamente. Se valoró la repercusión funcional percibida por el paciente de esta sintomatología según una escala de Likert, generada de la siguiente cuestión: estos síntomas de malestar en los ojos, con sequedad, picor, escozor, visión borrosa; y en su boca con sequedad, molestias para tragar, carraspeo, etc., ¿cuánto afectan a su vida?, y la versión española del Health Assessment Questionnaire para valorar el estado funcional del paciente.

**Resultados:** Se analizaron 163 pacientes con FR, 138 mujeres (84,66%), siendo diagnosticadas 34 (20,86%) como ES, 7 (4,29%) SjS, 34 (20,86%) otras ERAS (incluyendo conectivopatías indiferenciadas) y 88 (53,99%) como FR1<sup>a</sup>. La edad media en estos grupos osciló entre los 57 años de los pacientes con ES y los 42 años del grupo definido como FR1<sup>a</sup>. Las pacientes con ES presentaban un fenotipo clínico caracterizado por afectación cutánea limitada: 32 (94,12%), difusa: 2 (5,88%), úlcera digital: 8 (23,53%), telangiectasias: 20 (58,82%), capilaroscopia sugestiva de ES: 26 (76,47%), EPID: 2 (5,88%), ANA positivo a título > 1/160: 34 (100%), con patrón centromérico: 19 (55,88%), 1 (33,33%) Scl70 positivo. El diagnóstico de Ss para xerostomía comparando a los pacientes con ES frente a otras ERAS o FR1<sup>a</sup>, obtiene unas 39,4/39,4%, 91,2/81,6% VPP 81,3/44,8% VP 60,8/78%; y para xeroftalmia: s 33,3/33,3% e 79,4/79,3% VPP 61,1/37,9% VP 55,1/75,8%, respectivamente.

**Conclusiones:** 1 Un número relevante de pacientes con FR presentan síntomas de sequedad ocular y bucal, pero solo son diagnosticados de SjS: 7 (4,29%). La prevalencia del Ss en la ES, es para xerostomía del 39,39%, y para xeroftalmia, del 33,33%. 1Entre los pacientes con ES, destacar que hablamos de pacientes con afectación cutánea limitada y patrón de ANA centromérico. 2. La repercusión percibida por los pacientes es escasa en la mayoría de ellos. 3. Sin embargo, la prevalencia e intensidad de estos síntomas es frecuente entre los pacientes con FR1<sup>a</sup>, por lo que debemos considerar la necesidad de otras pruebas para establecer la presencia o no de una EAS.

**P036. TRATAMIENTO ANTIFIBRÓTICO EN EPID ASOCIADA A ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS**

D. Duran Barata<sup>1</sup>, J. Loarce-Martos<sup>2</sup>, A. Jaureguizar Oriol<sup>1</sup>, B. Pintado Cort<sup>1</sup>, A. Pérez Figuera<sup>1</sup>, D. Velasco Álvarez<sup>1</sup>, C. de la Puente<sup>2</sup>, J.L. Morell Hita<sup>2</sup> y J. Rigual Bobillo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neumología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.  
<sup>2</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

**Introducción:** Las enfermedades pulmonares intersticiales difusas asociadas a enfermedades autoinmunes sistémicas (EPID-EAS) tienen una evolución y un pronóstico variable. Un porcentaje significativo de estos pacientes desarrolla una afectación de tipo fibrosante progresivo. En los últimos años, los tratamientos antifibróticos han demostrado su eficacia y seguridad en este perfil de enfermedad.

**Objetivos:** El principal objetivo ha sido describir las características de los pacientes con EPID fibrosantes progresivas asociadas a EAS en tratamiento con antifibróticos y su evolución.

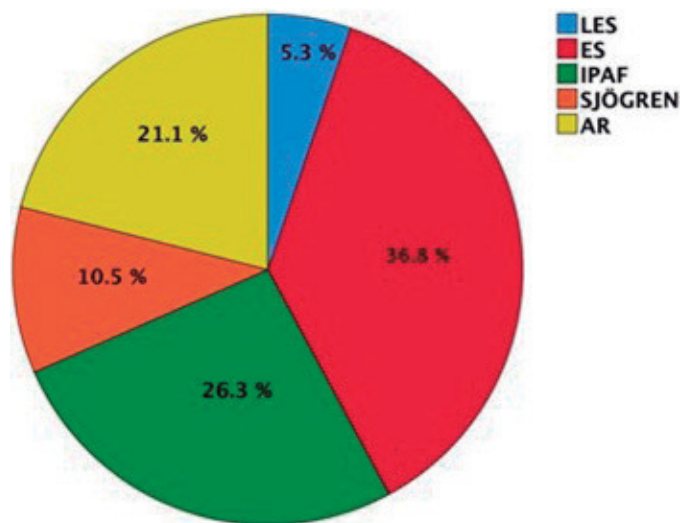
**Métodos:** Estudio retrospectivo unicéntrico de un hospital de tercer nivel de una cohorte de 19 pacientes con EPID fibrosante progresiva asociada a EAS tratados con antifibróticos. Se evaluaron las características epidemiológicas, clínicas, funcionales, radiológicas y terapéuticas previas al inicio del tratamiento, así como su evolución a los 6 y 12 meses. Se analizó la evolución de acuerdo con la variación del % de la capacidad vital forzada (CVF) y de la difusión de monóxido de carbono (DLCO) respecto del basal, a los 6 y 12 meses del inicio del tratamiento antifibrótico. La EPID-EAS fue definida por la presencia de imágenes pulmonares de EPID en tomografía computarizada de alta resolución (TCAR) asociadas a EAS definida de acuerdo con criterios de clasificación internacionales. Se consideró enfermedad progresiva una reducción ≥ 10% en la CVF, una reducción ≥ 15% en DLCO o una reducción entre 5% y 10% de la CVF

asociado a un empeoramiento de síntomas respiratorios y/o de la fibrosis en TC de tórax, todo ello en los 24 meses previos.

**Resultados:** La edad media observada fue de 66,7 ± 12,7 años con una mayor frecuencia de sexo femenino (68,4%) y sin contacto con el tabaco (68,4%). Respecto a la enfermedad autoinmune asociada, se observó que la esclerosis sistémica fue la más frecuente (36,8%) (fig. 1). El 57,9% presentaban un patrón radiológico tipo neumonía intersticial usual (NIU) o probable NIU. En el momento de inicio del tratamiento antifibrótico, la mayoría de pacientes se encontraba con tratamiento con corticoides (84,2%). Un 68,4% de pacientes se encontraba con tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad, siendo el más frecuente el micofenolato mofetilo (47,4%), y un 57,9% se encontraba en tratamiento con fármacos biológicos, siendo el más frecuente el rituximab (47,4%). El antifibrótico predominantemente empleado fue el nintedanib (94,7%), y de ellos, 3 pacientes suspendieron el tratamiento (15,8%), principalmente por efectos secundarios gastrointestinales, con una media de tiempo hasta la suspensión del fármaco de 177 días. En el estudio de la función pulmonar se observó una CVF media previa al tratamiento, al inicio, a los 6 meses y a los 12 meses de 2.176 ± 714 mL, 1.978 ± 375 mL, 2.012 ± 622 mL y 1.964 ± 530 mL, respectivamente. Respecto a la DLCO, una media de 3.195 ± 976 mmol/min/kPa, 2.292 ± 932 mmol/min/kPa, 2.750 ± 939 mmol/min/kPa, 2.651 ± 1.409 mmol/min/kPa, respectivamente (fig. 2). Se produjo un fallecimiento durante el seguimiento por progresión de la EPID.

Características de pacientes con EPID-EAS y tratamiento antifibrótico

Características	Pacientes % (n)
Edad (años)	66,7 ± 12,7 años
Sexo (hombres)	31,6% (6)
Tabaquismo	
Nunca	68,4% (13)
Exfumadores	31,6% (6)
TCAR	
NIU/probableNIU	57,9% (11)
Otros patrones	42,1% (8)
Hipertensión pulmonar	5,3% (1)
Antifibrótico	
Nintedanib	94,7% (18)
Pirfenidona	5,3% (1)
Efectos secundarios antifibrótico	
Diarrea	52,6% (10)
Alteración perfil hepático	5,3% (1)
Suspensión antifibrótico	15,8% (3)
Fallecimiento	5,3% (1)



**Figura 1.** Enfermedades autoinmunes sistémicas. LES = lupus eritematoso sistémico, ES = esclerosis sistémica, IPAF = interstitial pneumonia with autoimmune features, AR = artritis reumatoide.



P036 Figura 2. Pruebas funcionales respiratorias. Línea roja = capacidad vital forzada, línea azul = difusión de CO.

**Conclusiones:** Los pacientes con EPID asociada a EAS con afectación fibrosante progresiva muestran una estabilidad funcional tras el tratamiento con antifibrótico. La tolerancia al tratamiento fue relativamente buena con un perfil de efectos secundarios similar al descrito en la literatura médica.

### P037. EXPERIENCIA EN LA REALIZACIÓN DE BIOPSIAS DE GLÁNDULA SALIVAL MENOR EN UN HOSPITAL COMARCAL

I. Morante Bolado, J.L. Martín Varillas<sup>2</sup> y E. Aurrecoechea Aguinaga<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Sierrallana. <sup>2</sup>Hospital de Laredo.

**Introducción:** La biopsia de glándula salival menor (BGSM) es una técnica ampliamente utilizada para la clasificación de pacientes con síndrome de Sjögren. Su rentabilidad va a depender de la adecuada extracción y del análisis de la muestra.

**Objetivos:** Revisar los resultados anatomopatológicos, diagnósticos finales y posibles complicaciones derivadas de la realización de BGSM realizadas por reumatólogos en el servicio de reumatología del Hospital Sierrallana.

**Métodos:** Estudio prospectivo desde el año 2019 de pacientes procedentes de las consultas de reumatología del Hospital Sierrallana con sospecha de síndrome de Sjögren a los que se realizó BGSM y en los que el diagnóstico implicaba un cambio en la actitud terapéutica. La BGSM fue realizada en quirófano por reumatólogos experimentados y la muestra fue remitida para estudio anatomopatológico e interpretada según los criterios histológicos de Chisholm y Mason de 1996.

**Resultados:** Se realizó BGSM a 27 pacientes con sospecha de síndrome de Sjögren de los que la mayoría eran mujeres (92,5%) con una edad media de 57 años. Presentaban clínica de xerostomía el 70% (n = 19) y xeroftalmia el 74% (n = 20). La sialometría fue patológica en el 40,7% (n = 11) y el test de Schirmer resultó alterado en el 55,5% (n = 15). La clínica asociada más frecuente fue: Astenia 90% (n = 18), artralgias 55% (n = 11) y fenómeno de Raynaud 20% (n = 4). Otros síntomas presentes fueron artritis, EPID, parotidomegalia, uveítis y fotosensibilidad. En lo relativo a los resultados inmunológicos: hasta el 26% (n = 7) era FR positivo, el 85% (n = 23) presentaba ANA positivos, el 44,4% (n = 12) Anti-Ro/SSA y el 14% Anti-La/SSB positivos. Recibían tratamiento para su sintomatología el 81,2% (n = 22) de los pacientes. Lágrimas artificiales el 18% (n = 4), hidroxilcloroquina el 36% (n = 8), pilocarpina el 18%, corticoides el 18%, un paciente se encontraba a tratamiento con rituximab y dos con ácido acetil salicílico. En todos los pacientes se realizó el mismo protocolo y técnica quirúrgica, obteniéndose muestra suficiente en el 100% de las biopsias. Se obtuvo tejido glandular en el 85% de las muestras mientras que en el resto (n = 5) se obtuvo tejido adiposo o fibroso. Ningún paciente presentó complicaciones graves o moderadas, inmediatas ni tardías. Las muestras histológicas fueron interpretadas siguiendo los criterios anatomopatológicos de Chisholm y

Mason de 1996. Se obtuvo resultado normal en el 30% de las muestras (n = 8), Grado 0-1 en el 18,5% (n = 5), grado 1-2 en el 3,7% (n = 1), ningún paciente presentó Grado 2-3 y se obtuvo grado 3-4 en el 33% (n = 9). Los diagnósticos finales tras el resultado de la BGSM fueron: síndrome de Sjögren 48% (n = 13), hiposecreción salival de origen farmacológico 11% (n = 3), conectivopatía indiferenciada 22% (n = 6), lupus 3,7% (n = 1), panuveítis idiopática 3,7% (n = 1), síndrome antifosfolípido 7,4% (n = 2) y artritis reumatoide 3,7% (n = 1).

**Conclusiones:** La biopsia de glándula salivar menor es una técnica segura que puede ser realizada por reumatólogos experimentados, aportando autonomía y evitando así la dependencia de otros servicios con largas listas de espera quirúrgicas. Su realización es de utilidad en pacientes con sospecha de conectivopatías en los que el diagnóstico va a suponer un cambio de actitud terapéutica.

### P038. DESCRIPCIÓN DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON ENFERMEDAD MIXTA DEL TEJIDO CONECTIVO EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA

L. Méndez Díaz<sup>1</sup>, R.J. Gil Vélez<sup>1</sup> e I. Madroñal García<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>2</sup>Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez. Huelva.

**Introducción:** La enfermedad mixta del tejido conectivo es un síndrome raro que se caracteriza por la aparición de fenómeno de Raynaud, artritis y edema en las manos, debilidad muscular, disfagia y disnea. Consiste en la mezcla de síntomas presentes en otras enfermedades del colágeno como lupus eritematoso sistémico, esclerodermia, polimiositis y artritis reumatoide, pero sin cumplir criterios diagnósticos para ninguna de ellas.

**Objetivos:** Describir las características clínicas de una cohorte de pacientes con diagnóstico de enfermedad mixta del tejido conectivo. Estudiar la evolución de estos pacientes a otras enfermedades inflamatorias autoinmunes. La conversión de la enfermedad se definió como la aparición de nuevos síntomas y autoanticuerpos compatibles con otra enfermedad reumática.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes atendidos en nuestro Hospital (2010-2020) por el servicio de Reumatología y Medicina Interna con diagnóstico de Enfermedad mixta del tejido conectivo. Los datos fueron obtenidos a través de la revisión de historias clínicas.

**Resultados:** Se incluyeron 63 pacientes de los cuales 56 fueron mujeres (88%) y 7 hombres (12%). La edad media de diagnóstico es de 37 ± 13 años. Al final del periodo solo un 36,5% (23 pacientes) cumplían criterios de enfermedad mixta del tejido conectivo. De los 40 pacientes (65,5%) que realizaron conversión a otra enfermedad autoinmune del colágeno, un 65% (26 pacientes) cumplían criterios de lupus eritematoso sistémico, un 22,5% (9 pacientes) cumplían criterios de esclerodermia, un 5% (2 pacientes) cumplía criterios de artritis reumatoide y un 7,5% (3 pacientes) de otras patologías

sistémicas del colágeno. De la muestra inicial de pacientes, 15 enfermos (23,8%) desarrollaron un Sjögren secundario. Respecto a los síntomas, por orden de frecuencia, 50 pacientes (79,3%) de la muestra presentó mialgias, 39 pacientes (61,9%) esclerodactilia, 30 pacientes (47,61%) presentó fenómeno de Raynaud, 10 pacientes (15,87%) alteraciones esofágicas y 4 pacientes (6,3%) presentaron neumopatía intersticial. Respecto al tratamiento un 60% de la muestra utilizó corticoides, 52% hidroxiclороquina, 31,7% metotrexato, 23,8% micofenolato y un 1,6% precisó rituximab. En el periodo analizado fallecieron 2 pacientes (3,17%), ninguno a consecuencia de su enfermedad reumática.

**Conclusiones:** Los resultados obtenidos son acordes a lo recogido en la literatura médica. La mayoría de los pacientes con enfermedad mixta del tejido conectivo, acabó evolucionando hacia otra enfermedad autoinmune del colágeno, fundamentalmente lupus eritematoso sistémico y esclerosis sistémica. Sería conveniente, acorde con nuestros estudios unos criterios de clasificación más estrictos. No obstante, se precisan estudios más potentes y a más largo plazo para poder establecer conclusiones contundentes.

### P039. MOLÉCULAS DE ADHESIÓN CELULAR ASOCIADAS A LA PRESENCIA DE ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES

V. Pulito Cueto<sup>1</sup>, S. Remuzgo-Martínez<sup>1</sup>, F. Genre<sup>1</sup>, B. Atienza-Mateo<sup>1,2</sup>, V.M. Mora-Cuesta<sup>1,3</sup>, D. Iturbe-Fernández<sup>1,3</sup>, L. Lera-Gómez<sup>1</sup>, D. Prieto-Peña<sup>1,2</sup>, V. Portilla<sup>1,2</sup>, R. Blanco<sup>1,2</sup>, A. Corrales<sup>1,2</sup>, O. Gualillo<sup>4</sup>, J.M. Cifrián<sup>1,3,5</sup>, R. López-Mejías<sup>1</sup> y M.A. González-Gay<sup>6,7</sup>

<sup>1</sup>Grupo de Investigación en Epidemiología Genética y Arterioesclerosis en Enfermedades Sistémicas y en Enfermedades Óseas Metabólicas del Aparato Locomotor. IDIVAL. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>2</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>3</sup>Servicio de Neumología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>4</sup>Servicio Galego de Saude e Instituto de Investigación Sanitaria-Hospital Clínico Universitario de Santiago. Santiago de Compostela. <sup>5</sup>Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria. Santander. <sup>6</sup>Departamento de Medicina y Psiquiatría. Universidad de Cantabria. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Grupo de Investigación en Epidemiología Genética y Arterioesclerosis en Enfermedades Sistémicas y en Enfermedades Óseas Metabólicas del Aparato Locomotor. IDIVAL. Santander. <sup>7</sup>Cardiovascular Pathophysiology and Genomics Research Unit. School of Physiology. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Witwatersrand. Johannesburgo (Sudáfrica).

**Introducción:** La molécula de adhesión intercelular-1 (ICAM-1) y la selectina-E son moléculas de adhesión consideradas marcadores de la actividad y el daño endotelial. Así, se ha descrito que estas moléculas juegan un papel relevante en las enfermedades autoinmunes (EA)<sup>1</sup>. En este sentido, dichas moléculas podrían contribuir al desarrollo de otras patologías asociadas al daño vascular como la enfermedad pulmonar intersticial (EPI), una de las principales causas de mortalidad en los pacientes con EA<sup>2</sup>. De hecho, las moléculas de adhesión se han propuesto como biomarcadores para el pronóstico de la fibrosis pulmonar idiopática (FPI)<sup>3</sup>. Sin embargo, pocos estudios se han centrado en el análisis de ICAM-1 y la selectina-E en la EA-EPI<sup>4</sup>.

**Objetivos:** Determinar el papel de ICAM-1 y selectina-E en la patogénesis de la EA-EPI<sup>4</sup>.

**Métodos:** En este estudio se incluyeron 57 pacientes con EA-EPI<sup>4</sup> y tres grupos control: 45 pacientes con EA-EPI<sup>4</sup>, 21 pacientes con FPI y 21 personas sanas (PS). Todos los individuos fueron reclutados en los Servicios de Reumatología y Neumología del Hospital Universi-

tario Marqués de Valdecilla, Santander, España. Los niveles séricos de ICAM-1 y selectina-E se determinaron mediante un ensayo inmunoabsorbente ligado a enzimas.

**Resultados:** Se encontraron niveles séricos más altos de ICAM-1 y selectina-E en los pacientes con EA-EPI<sup>4</sup> en comparación con aquellos con EA-EPI<sup>4</sup> (p < 0,001 y p = 0,001, respectivamente) y con las PS (p < 0,001 en ambos casos). Asimismo, los pacientes con FPI mostraron niveles de ICAM-1 y selectina-E mayores que los pacientes con EA-EPI<sup>4</sup> (p < 0,001 y p = 0,002, respectivamente) y las PS (p < 0,001 en ambos casos). Sin embargo, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en las concentraciones de ICAM-1 y selectina-E entre los pacientes con EA-EPI<sup>4</sup> y FPI.

**Conclusiones:** Nuestro estudio sugiere que los niveles séricos de ICAM-1 y selectina-E están asociados con la presencia de enfermedad pulmonar intersticial en los pacientes con una enfermedad autoinmune.

### Bibliografía

1. Int J Mol Sci. 2014;15(7):11324-49.
2. Expert Rev Clin Immunol. 2018;14(1):69-82.
3. Eur Respir J. 2019;54(3):1900295.

**Agradecimientos:** VP-C y SR-M están financiadas mediante fondos del Programa RETICS (RIER) (RD16/0012/0009) del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), cofinanciada por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER). RL-M es beneficiaria de un contrato postdoctoral "Miguel Servet I" del ISCIII cofinanciado por el Fondo Social Europeo (FSE, "Invertir en tu futuro") (CP16/00033).

### P040. FÁRMACOS ANTIPALÚDICOS Y LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. ¿ANTE QUÉ REPERCUSIONES ELECTROCARDIOGRÁFICAS ESTAMOS?

C. Riesco Bárcena<sup>1</sup>, S. Leal Rodríguez<sup>1</sup>, M.E. Acosta de la Vega<sup>2</sup>, E. Grau García<sup>1</sup>, C. Pávez Perales<sup>1</sup>, A.V. Huaylla Quispe<sup>1</sup>, M. de la Rubia<sup>1</sup>, P. Muñoz Martínez<sup>1</sup>, L. Mas Sánchez<sup>1</sup>, I. Martínez Cordellat<sup>1</sup>, C. Nájera Herranz<sup>1</sup>, R. Negueroles Albuixech<sup>1</sup>, F. Ortiz-Sanjuán<sup>1</sup>, E. Vicens Bernabéu<sup>1</sup>, I. Cánovas Olmos<sup>1</sup>, J.J. Frago Gil<sup>1</sup>, L. González Puig<sup>1</sup>, J. Oller Rodríguez<sup>1</sup>, J. Ivorra Cortés<sup>1</sup> y J.A. Román Ivorra<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. <sup>2</sup>Servicio de Reumatología. Instituto Musculoesquelético Europeo. Valencia.

**Introducción:** Durante los primeros meses de la pandemia por SARS-CoV-2, los fármacos antipalúdicos (AP) se situaron en el eje central del tratamiento de los pacientes con infección respiratoria aguda secundaria a este virus. Tras ello, varios estudios reportaron un riesgo aumentado de prolongación del intervalo QT corregido (QTc) a nivel electrocardiográfico secundario a los mismos. Estos fármacos constituyen el denominador común del tratamiento de los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES).

**Objetivos:** Analizar la relación entre el uso de AP y las posibles alteraciones electrocardiográficas presentes en pacientes diagnosticados de LES.

**Métodos:** Estudio transversal en pacientes diagnosticados de LES (SLICC 2012) a los que se les realiza un electrocardiograma (ECG) de 12 derivaciones en reposo. En estos pacientes se mide el intervalo QT, tanto de forma manual como automática, y se corrige según la fórmula de Hodge (QTc).

**Resultados:** Se incluyeron 91 pacientes diagnosticados con LES (94,51%), de los cuales 64 estaban en tratamiento actual con un fármaco AP, con una media de 9,09 (5,73) años de tratamiento y una dosis media acumulada de 813,16 (436,12) gramos. De los pacientes en tratamiento con AP, el 4,69% presentaron un QTc prolongado, frente al 3,7% de los pacientes sin tratamiento con AP. Se analizó la posible relación entre la medida del intervalo QTc y la toma actual



de AP y la dosis acumulada del mismo, corrigiendo los modelos de regresión lineal por los años de evolución de la enfermedad, la presencia o no de cardiopatía conocida, el sexo y la toma de antiarrítmicos o betabloqueantes. Se observa una relación estadísticamente significativa entre intervalos QTc más alargados y la toma de AP ( $p = 0,001$ ), sin embargo en el análisis multivariante no se halló una asociación significativa entre la alteración del electrocardiograma y la administración de AP.

	Sin tratamiento AP (n = 27)	Tratamiento AP (n = 64)
Cardiopatía conocida	7 (25,93%)	5 (7,81%)
Dosis acumulada HCQ (gr)	316,41 (457,28)	813,16 (436,12)
EKG alterado	5 (18,52%)	12 (18,75%)
Alteración estructural	1 (3,7%)	6 (9,38%)
Alteración en la conducción	2 (7,41%)	6 (9,38%)

**Conclusiones:** En nuestro estudio no observamos una relación directa entre la toma de fármacos antipalúdicos y la alteración del intervalo QT corregido.

#### P041. ESTUDIO PROSPECTIVO DE 24 MESES DE EVOLUCIÓN DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON RHUPUS

I. Martínez Cordellat, C. Pávez Perales, S. Leal Rodríguez, A.V. Huaylla Quispe, C. Riesco Barcena, L. Mas Sánchez, P. Muñoz Martínez, I. Cánovas Olmos, M. de la Rubia, J.J. Fragío Gil, L. González Puig, E. Grau García, J. Ivorra Cortés, C. Nájera Herranz, R. Negueroles Albuixech, J. Oller Rodríguez, F. Ortiz-Sanjuán, E. Vicens Bernabéu y J.A. Román Ivorra

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

**Introducción:** El síndrome de Rhupus (RhS) es una rara combinación de artritis reumatoide (AR) y lupus eritematoso sistémico (LES). Diferentes estudios describen casos de RhS con manifestaciones clínicas de inicio más frecuentes en forma de artritis erosiva y presencia de factor reumatoide (RF) y/o anti CCP, siendo posterior la aparición de manifestaciones de LES. El RhS presenta una baja prevalencia y resulta útil conocer las características clínicas de los pacientes y su evolución en el tiempo, ya que su tratamiento y manejo clínico difieren de aquéllos que presentan AR o LES de forma aislada.

**Métodos:** Estudio prospectivo de la evolución a 24 meses (2020-2021) de una cohorte de pacientes con RhS con revisión sistemática de registros electrónicos para el análisis de parámetros clínicos, analíticos y terapéuticos a lo largo del seguimiento.

**Resultados:** Se incluyeron 9 pacientes con RhS (88,9% mujeres) que cumplían criterios SLICC 2012 para LES y ACR 2010 para AR. La edad media fue de 62,7 (45-86) años. Durante el seguimiento se constata el *exitus* de un caso por neoplasia pulmonar metastásica, así como la incorporación de un nuevo paciente en la población de estudio. En 4 casos la AR fue el primer diagnóstico, con una evolución media de 6,25 años hasta el diagnóstico de LES. Por el contrario, en 5 casos el LES fue el primer diagnóstico con una evolución media de 7,2 años hasta el diagnóstico de AR. La fotosensibilidad y la artritis fueron las manifestaciones clínicas predominantes. Un paciente presentó nódulos reumatoideos en ambos codos y 2 pacientes manifestaron clínica de serositis en forma de pleuro/pericarditis. No se registraron casos de afectación renal o neurológica. Clínicamente los pacientes han permanecido estables, presentando manifestaciones articulares como clínica predominante. En cuanto a la evolución serológica, 8 pacientes presentaron FR positivo al inicio del estudio, con negativización de este en 3 de los mismos. Asimismo, la presencia de ACPA fue positiva en 6 pacientes, manteniéndose este porcentaje en el momento actual. Por otra parte, los ANA fueron positivos

al inicio en la totalidad de los pacientes, con negativización de los mismos en 5 de ellos. Los Ac anti FL fueron positivos en 2 pacientes, no obstante ninguno de ellos desarrolló SAF. Cuatro pacientes llevan tratamiento con fármacos biológicos/inhibidores de JAK (1 abatacept, 1 rituximab, 1 baricitinib y 1 tofacitinib) con respuesta favorable.

**Conclusiones:** El análisis evolutivo de nuestra cohorte sigue evidenciando que, a diferencia de otras series, el 44,4% de casos de RhS comienza con artritis poliarticular seropositiva. El 55,6% de éstos inicia el cuadro con manifestaciones compatibles con LES, en forma de alteraciones hematológicas, cutáneas y serológicas, y estos, muestran una progresión más prolongada para desarrollar afectación poliarticular. Por tanto, se sigue llegando a un diagnóstico de RhS de forma más temprana en pacientes que comienzan con síntomas de AR. El 37,5% de los pacientes negativizó el FR, manteniéndose el ACPA + en la totalidad de ellos. Los ANA se negativizaron en un 55%. Ninguno de los 2 pacientes con ac anti FL desarrolló SAF. A nivel clínico las manifestaciones articulares en forma de artralgias de pequeñas articulaciones fue la clínica predominante. En general, la evolución ha sido favorable. Cuatro pacientes fueron refractarios al tratamiento con FAMEc, siendo necesario el uso de fármacos biológicos/inhibidores JAK con buena respuesta.

#### P042. PRESENTACIÓN, TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES CON SARCOIDOSIS DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL

A.I. Rebollo Giménez, L. Sacristán-Bou<sup>2</sup>, D. Bellido-Pastrana<sup>3</sup>, C. Bujalance-Cabrera<sup>2</sup>, M. González-Peñas<sup>4</sup>, I.M. Ordóñez-Dios<sup>2</sup>, M. Orta-Caamaño<sup>2</sup>, P. Mata-Calderón<sup>2</sup> y F.J. Lázaro-Polo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Clínica de Pediatría y Reumatología. IRCCS Istituto Giannina Gaslini. Génova (Italia). <sup>2</sup>Servicio de Neumología. Hospital General Universitario de Ciudad Real. <sup>3</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario de Ciudad Real. <sup>4</sup>Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Ciudad Real.

**Introducción:** La sarcoidosis suele ser una enfermedad benigna, pero está descrito que el pulmón es el órgano que con mayor frecuencia se afecta y, en algunos casos, puede evolucionar a fibrosis pulmonar. Para su tratamiento se emplean corticosteroides sistémicos, inmunosupresores y/o anticuerpos monoclonales. Su tasa de mortalidad sin tratamiento es del 1% al 6%.

**Objetivos:** Determinar la frecuencia de aparición de los estadios de afectación radiológica en los pacientes diagnosticados de sarcoidosis en el Hospital General Universitario de Ciudad Real (HGUCR) durante 4 años, describir las pautas de tratamiento empleadas, e investigar las causas de muerte.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo que incluye a pacientes diagnosticados de sarcoidosis atendidos en los servicios de Neumología, Reumatología y Medicina Interna del HGUCR desde enero de 2017 hasta enero de 2021. El diagnóstico se ha realizado según criterios ATS/ERS/WASOG (1999): presentación clínica y radiológica compatible, evidencia de granulomas no caseificantes y exclusión de otra enfermedad granulomatosa. Se han recogido las variables en una base de datos anonimizada que se ha analizado con el programa SPSS.

**Resultados:** Se han incluido 47 pacientes, 24 varones y 23 mujeres, con  $52,0 \pm 14,3$  años de edad. Todos presentan afectación radiológica pulmonar, y 26 casos (55,3%) han manifestado clínica extrapulmonares. El patrón más frecuente se corresponde con el estadio II en 29 casos (67,7%, adenopatías hiliares e infiltrados pulmonares); le sigue estadio I en 16 (34,1%, adenopatías hiliares) y solo 2 casos presentan estadio IV (4,2%, fibrosis). En la actualidad 20 pacientes (42,5%) se hallan sin tratamiento: 9 (19,1%) no lo han requerido por afectación adenopática hiliomediastínica sin clínica asociada y 11

(23,4%) alcanzan remisión con glucocorticoides orales [GCO] a dosis recomendadas en las guías clínicas. Los otros 27 (57,5%) reciben estas pautas: 10 (21,3%) GCO a dosis habituales; 11 (23,4%) GCO e inmunosupresores convencionales -metotrexate 9 (19,1%), azatioprina 1 (2,1%) y ciclofosfamida 1 (2,1%)-; 3 (6,4%) GCO y antipalúdicos (hidroxicloroquina); 2 (4,2%) monoterapia con azatioprina; y 1 (2,1%) tratamiento biológico con infliximab. Han fallecido 3 pacientes (6,4%): uno de 71 años por evolución a fibrosis pulmonar (2,1%), otros 2 por adenocarcinoma pulmonar (47 años) y por adenocarcinoma de recto (81 años).

**Conclusiones:** El patrón radiológico predominante de nuestra cohorte es el estadio II con adenopatías hiliares e infiltrados pulmonares. El tratamiento más utilizado son los GCO, como monoterapia (44,7%) o combinados (29,4%). Destaca la alta frecuencia de mortalidad por cáncer.

#### Bibliografía

1. Drent M, Crouser ED, Grunewald J. Challenges of Sarcoidosis and Its Management. *N Engl J Med.* 2021;385(11):1018-32.
2. Crouser ED, Maier LA, Wilson KC, et al. Diagnosis and Detection of Sarcoidosis. An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline. *Am J Respir Crit Care Med.* 2020;201(8):e26-e51.
3. Rahaghi FF, Baughman RP, et al. Delphi consensus recommendations for a treatment algorithm in pulmonary sarcoidosis. *Eur Respir Rev.* 2020;29(155):190146.
4. Hunninghake GW, Costabel U, Ando M, et al. ATS/ERS/WASOG statement on sarcoidosis. American Thoracic Society/European Respiratory Society/World Association of Sarcoidosis and other Granulomatous Disorders. *Sarcoidosis Vasc Diffuse Lung Dis.* 1999;16(2):149-73.

#### P043. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON DERMATOMIOSITIS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL (HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO-SEVILLA)

R.J. Gil Velez, L. Méndez Diaz e I.M. Madroñal García

*Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

**Introducción:** Las miopatías inflamatorias idiopáticas crónicas (MIIC) son un grupo heterogéneo de enfermedades raras caracterizadas por la inflamación del músculo esquelético. La incidencia oscila entre 1 y 60 casos nuevos por 1.000.000 habitantes/año y la prevalencia entre 2,4 y 34 por 100.000 habitantes. Los síntomas principales son la debilidad muscular, que puede acompañarse de contracturas, dolor, calambres o rigidez y los síntomas relacionados con la enfermedad localizada en piel, pulmones y otros órganos. Se observa un aumento de enzimas musculares y un patrón miopático en la electromiografía. El diagnóstico definitivo lo da la biopsia muscular con infiltrados de linfocitos, necrosis y regeneración de fibras musculares.

**Objetivos:** Descripción de las características clínicas de una cohorte de pacientes diagnosticados de dermatomiositis junto con el estudio de la evolución: afectación orgánica, perfil de autoanticuerpos específicos y tratamientos realizados en dicha población.

**Métodos:** Estudio descriptivo de una cohorte de pacientes diagnosticados de dermatomiositis en el Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla), durante 2010-2022. Los datos son obtenidos a través de registro de historias clínicas.

**Resultados:** Se incluyeron 60 pacientes, entre los cuales 17 (28,3%), 43 (71,7%) mujeres, cuya edad media  $58 \pm 12$  años, y tiempo medio de diagnóstico fueron 5 años. Dentro de los tipos de de miopatías inflamatorias: dermatomiositis 37 (61,6%), DM amioipática 6 (10%), síndrome antisintetasa 5 (8,3%), paraneoplásica 1 (1,6%) y MDA5 rápidamente progresiva 7 (11,6%) Dentro de las afectaciones más frecuentes: pulmonar 20 (34%) siendo la más frecuente patrón NINE 9 (45%), NIU 8 (40%); esofágica 20 (34%), cardiológica 12 (20%). Dentro de los anticuerpos específicos: ANA positivo 24 (40%), Ro 3 (5%),

La 4 (6,6%), Jo1 6 (10%), PL7 1 (1,6%), PL12 1 (1,6%), Mi2 1 (1,6%), SAE 3 (5%), NXP2 2 (3,3%), SRP 1 (1,6%), MDA5 7 (11,6%) y HMG-CoA 3 (5%). Entre las pruebas diagnósticas la resonancia magnética/electromiograma fueron positivas 63% y 56,6% respectivamente. La biopsia resultó positiva en el 72% (42) de los casos. Los fármacos usados como inductores de la remisión fueron: ciclofosfamida 36 (60%), rituximab 12 (20%), inmunoglobulinas 6 (10%) y micofenolato mofetil 6 (10%) En cuando al mantenimiento de la remisión: micofenolato mofetil 54 (90%), metotrexato 3 (5%) y azatioprina 3 (5%). Se registró un único exitus cuya causa fue la arritmia cardíaca.

**Conclusiones:** Los resultados obtenidos han sido acorde a la literatura publicada, existiendo una clara asociación entre autoanticuerpos específicos con las distintas manifestaciones tanto musculares como extramusculares. Dentro de los inductores de la remisión la pauta más frecuente usada en nuestro medio se encuentra el uso de ciclofosfamida/rituximab y mantenimiento de la remisión con azatioprina y micofenolato. Se necesitan más estudios sobre nueva opciones terapéuticas.

#### P044. ESTUDIO DE ASOCIACIÓN ENTRE ANTICUERPOS ANTI-TIF 1 $\gamma$ Y DESARROLLO DE NEOPLASIA EN TRES HOSPITALES TERCARIOS

M. Pavía Pascual<sup>1</sup>, I. Jarque Canalias<sup>1</sup>, J.L. Morell Hita<sup>2</sup>, J. Loarce Martos<sup>2</sup>, L. Montañó Tapia<sup>3</sup>, O. Rusinovich<sup>1</sup>, N. de la Torre Rubio<sup>1</sup>, M. Machattou<sup>1</sup>, P. Navarro Palomo<sup>1</sup>, C. Barbadillo Mateos<sup>1</sup>, H. Godoy Tundidor<sup>1</sup>, C. Merino Argumáñez<sup>1</sup>, M. Fernández Castro<sup>1</sup>, B. García Magallón<sup>1</sup>, J. Sanz Sanz<sup>1</sup>, J.L. Andréu Sánchez<sup>1</sup> y J. Campos Esteban<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. <sup>2</sup>Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. <sup>3</sup>Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid.

**Introducción:** El anticuerpo específico anti-factor transcripcional intermediario 1 $\gamma$  (antiTIF 1 $\gamma$ ) se ha relacionado estrechamente con dermatomiositis (DM) asociada a malignidad en adultos, pero su especificidad varía ampliamente entre series. TIF 1 $\gamma$  puede actuar como promotor o supresor tumoral y actuaría como autoantígeno.

**Objetivos:** Investigar la asociación entre la positividad de anticuerpos antiTIF 1 $\gamma$  y el desarrollo de neoplasia.

**Métodos:** Revisión retrospectiva de la historias clínicas de pacientes con anticuerpos antiTIF 1 $\gamma$  detectados por Immunoblot desde marzo de 2019 hasta diciembre de 2021 en tres hospitales terciarios. Se analizaron variables demográficas, valores de creatinquinasa (CK), otros autoanticuerpos, enfermedades autoinmunes (EAI) asociadas y existencia de diagnóstico o no de cáncer. Para descartar malignidad, los pacientes debían tener un PET-TAC sin hallazgos o un TAC de tórax, un estudio ginecológico y un estudio digestivo sin alteraciones. Se realizó análisis estadístico descriptivo.

**Resultados:** Se incluyeron 29 pacientes con anticuerpos anti-TIF 1 $\gamma$ , 82,7% mujeres, con edad media de 61 años (31-96 años). El motivo de solicitud fue: cuadro sugestivo de DM en 10 pacientes (34,5%), debilidad muscular en 9 (31%), enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) en 5 (17,2%), elevación de CK en 3 (10,3%), síndrome constitucional en 1 (3,5%) y síndrome antifosfolípido en 1 paciente (3,5%). El tiempo medio transcurrido desde el inicio de síntomas hasta la detección de antiTIF 1 $\gamma$  fue de 14 meses (0-60 meses). 10 pacientes (34,5%) tenían diagnóstico de DM; 4 pacientes (13,8%) LES; un paciente (3,5%) síndrome de solapamiento LES/DM; un paciente (3,5%) lupus cutáneo subagudo; un paciente (3,5%) esclerosis sistémica difusa; un paciente (3,5%) esclerosis sistémica limitada; un paciente (3,5%) síndrome antifosfolípido; un paciente (3,5%) espondiloartritis HLA-B27+ y 9 pacientes (31%) no tenían EAI asociada. 5 pacientes (17,2%) presentaron EPID con distintos patrones: NIU (n = 2), NINE (n = 2) y NOC (n = 1). Solo 9 (31%) presentaban niveles de CK elevados en el momento de detección de los anticuerpos. 10 pacientes (34,5%) fueron diagnosticados

de cáncer: adenocarcinoma de pulmón (n = 2), carcinoma microcítico de pulmón (n = 2), carcinoma de mama (n = 2), hepatocarcinoma (n = 1), cáncer de cérvix (n = 1), carcinoma de ovario (n = 1) y adenocarcinoma de vesícula (n = 1). De los pacientes con cáncer, 7 (70%) tenían niveles de CK elevados y 6 (60%), diagnóstico de DM. Ninguno de los pacientes con cáncer presentó afectación pulmonar intersticial. En 4 pacientes (40%) el diagnóstico de cáncer fue simultáneo al de los anticuerpos antiTIF 1 $\gamma$ , en 4 (40%), el diagnóstico del tumor precedió al hallazgo de los anticuerpos y en 2 (20%), el hallazgo de los anticuerpos precedió al del tumor. La supervivencia de los pacientes con cáncer fue del 10% a los 30 meses. En 17 pacientes (58,6%) no se ha encontrado neoplasia en el screening anual de cáncer. En dos pacientes (6,9%) no se realizó screening.

**Conclusiones:** El 60% de los pacientes con DM y antiTIF 1 $\gamma$  presentaron neoplasia, prevalencia similar a la establecido en otras series (60-80%). El 21% de los pacientes con anticuerpos y sin DM fueron diagnosticados de cáncer, por lo que los anticuerpos antiTIF 1 $\gamma$  podrían asociarse a neoplasia en pacientes sin DM. Los pacientes con EPID no presentaron cáncer, confirmando observaciones previas de menor riesgo en estos pacientes. La hiperCKemia podría predecir la asociación a neoplasia.

#### P045. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE METOTREXATO EN PACIENTES CON POLIMIALGIA REUMÁTICA CORTICODEPENDIENTE EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

O. Rusinovich Lovgach<sup>1</sup>, C. Merino Argumáñez<sup>1</sup>, B. Ruiz Antoran<sup>1</sup>, M. Pavía Pascual<sup>1</sup>, P. Navarro Palomo<sup>1</sup>, M. Machattou<sup>1</sup>, M. Alonso de Francisco<sup>1</sup>, C. Navarro Joven<sup>1</sup>, N. de la Torre Rubio<sup>1</sup>, M. Fernández Castro<sup>1</sup>, H. Godoy Tundidor<sup>1</sup>, B. García Magallon<sup>1</sup>, J. Sanz Sanz<sup>1</sup>, M. Espinosa Malpartida<sup>2</sup>, C. Barbadillo Mateos<sup>1</sup>, L.F. Villa Alcázar<sup>1</sup>, C. Isasi Zaragoza<sup>1</sup>, J. Campos Esteban<sup>1</sup> y J.L. Andreu Sánchez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. <sup>2</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

**Introducción:** La polimialgia reumática es una enfermedad inflamatoria crónica común en la población de edad avanzada. Se caracteriza por la impotencia funcional dolorosa en músculos proximales sin debilidad ni atrofia, asociada a elevación de reactantes de fase aguda. El diagnóstico es clínico. El tratamiento inicial consiste en corticoterapia y dosis iniciales de 15 a 20 mg de prednisona o equivalente suelen ser adecuadas en la mayoría de los casos. El subgrupo de pacientes que responde solo parcialmente al corticoide o desarrolla corticodependencia suele precisar introducción de un fármaco ahorrador de corticoide, siendo el metotrexato el más utilizado en la práctica clínica habitual.

**Objetivos:** Evaluar la eficacia y la seguridad de metotrexato en pacientes con polimialgia reumática corticodependiente en práctica clínica real.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes diagnosticados de polimialgia reumática en un hospital terciario tratados con metotrexato como ahorrador de corticoide. Se analizaron características clínicas y demográficas de la muestra y se evaluaron parámetros de evolución analítica mediante recogida de reactantes de fase aguda (RFA) (velocidad de sedimentación globular (VSG) y proteína C reactiva (PCR)) en el momento basal, a los 6 y 12 meses de tratamiento. Se utilizó estadística descriptiva para la presentación

de los datos. Para contrastar la significación estadística se utilizó la prueba de Wilcoxon para datos pareados, considerando significativa una p < 0,05. El CEIC del centro aprobó el estudio.

**Resultados:** Se incluyeron 23 pacientes: 10 varones (43,5%) y 13 mujeres (56,5%), con media de edad de 77,6 ( $\pm$  7,8) años, siendo la media de duración de enfermedad de 7 ( $\pm$  5,26) años. Los valores medios de PCR, VSG, dosis de prednisona y MTX en el momento basal, a los 6 y 12 meses de tratamiento están reflejados en la tabla. En 21 (91,3%) pacientes se consiguió reducir la dosis de prednisona a < 5 mg/24h a los 12 meses de tratamiento. No se objetivó alteración significativa del perfil hepático en ninguno de los pacientes.

**Conclusiones:** El tratamiento con metotrexato de pacientes diagnosticados de polimialgia reumática corticodependiente parece ofrecer un efecto ahorrador de corticoide a los 6 y 12 meses de tratamiento. El tratamiento es bien tolerado.

#### P046. RESPUESTA DE LA NEFRITIS LÚPICA EN TÉRMINOS DE FUNCIÓN RENAL, SEDIMENTO URINARIO Y ACTIVIDAD SEROLÓGICA TRAS TRATAMIENTO CON BELIMUMAB SUBCUTÁNEO

M. de la Rubia Navarro, J. Ivorra Cortés, E. Grau García, C. Pávez Perales, L. González Puig, R. Negueroles Albuixech, I. Martínez Cordellat, J.J. Fragío Gil, L. Mas Sánchez, S. Leal Rodríguez, C. Riesco Barcena, A.V. Huaylla Quispe, P. Muñoz, E. Vicens Bernabeu, I. Cánovas Olmos, C. Nájera Herranz, F. Ortiz-Sanjuán, J.E. Oller Rodríguez y J.A. Román Ivorra

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

**Introducción:** El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune y clínicamente heterogénea, caracterizada por una desregulación del sistema inmune. La afectación renal se manifiesta en el 30-50% de los pacientes y puede condicionar el pronóstico. El belimumab es un anticuerpo monoclonal aprobado para el LES, sin indicación actual para nefritis lúpica (NL). Sin embargo, recientemente se han publicado resultados prometedores de un ensayo clínico con belimumab en pacientes con NL.

**Objetivos:** El objetivo del estudio es analizar la eficacia de belimumab en NL en pacientes con LES.

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

**Resultados:** De un total de 29 pacientes con LES tratados con belimumab, se incluyeron 16 pacientes que presentaban NL, con una media de edad de 47,56 (11,66) años, con 5,40 (0,55) años desde el inicio de belimumab. De ellos, en 5 pacientes la NL estaba confirmada por biopsia renal, y estos presentaban una edad media de 39 (6,96) años. En este grupo, el tiempo medio de evolución desde el diagnóstico de LES fue de 17,80 (10,38) años y desde el inicio de belimumab 6,6 (0,89) años. Los tipos de nefritis más prevalentes fueron el III y IV, únicamente se registró un paciente con NL tipo V. En relación con el tratamiento, todos los pacientes recibían tratamiento con antipalúdicos (cloroquina 40%, hidroxicloroquina 60%) y mico-fenolato de mofetil. Respecto a la terapia corticoidea, todos estaban en tratamiento con prednisona, con una dosis media de 4 mg diarios. Los resultados obtenidos se incluyen en la tabla.

Tabla P045

	Basal	6 meses	12 meses	Basal vs. 12 meses (p < 0,05)
Prednisona, media $\pm$ DE	7,93 ( $\pm$ 4,1) mg/24h v.o	3,53 ( $\pm$ 3) mg/24h v.o.	2,17 ( $\pm$ 2,66)	0,001
Metotrexato, media $\pm$ DE	12,39 ( $\pm$ 4,1) mg/sem	13,7 ( $\pm$ 3,9) mg/sem	13,8 ( $\pm$ 4,4) mg/sem	0,027
PCR, media $\pm$ DE	16,19 ( $\pm$ 22,7) mg/dl	6,18 ( $\pm$ 9,5) mg/dl	6,57 ( $\pm$ 7,2) mg/dl	0,191
VSG, media $\pm$ DE	25,57 ( $\pm$ 22,4) mm	18,95 ( $\pm$ 19,2) mm	16,85 ( $\pm$ 18,3) mm	0,179

Tabla P046

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

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

**P047. CONSULTA DE TRANSICIÓN EN ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL: MOMENTO, PREVALENCIA DE SUBTIPOS Y PERFIL DE TRATAMIENTO EN UN HOSPITAL TERCIARIO ESPAÑOL**

C. Pavez Perales<sup>1</sup>, A. Torrat Novés<sup>2</sup>, J. Ivorra Cortés<sup>1,2</sup>, S. Leal Rodríguez<sup>1</sup>, A.V. Huaylla Quispe<sup>1</sup>, C. Riesco Barcena<sup>1</sup>, L. Mas Sánchez<sup>1</sup>, P. Muñoz Martínez<sup>1</sup>, M. de la Rubia Navarro<sup>1</sup>, E. Grau García<sup>1</sup>, J.E. Oller Rodríguez<sup>1</sup>, R. González Mazarío<sup>1</sup>, J.J. Fragío Gil<sup>1</sup>, E. Vicens Bernabeu<sup>1</sup>, C. Nájera Herranz<sup>1</sup>, F. Ortiz-Sanjuán<sup>1</sup>, I. Martínez Cordellat<sup>1</sup>, L. González Puig<sup>1</sup>, R. Negueroles Albuixech<sup>1</sup>, I. Cánovas Olmos<sup>1</sup>, B. López-Montesinos<sup>3</sup>, I. Calvo Penadés<sup>3</sup> y J.A. Román Ivorra<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. <sup>2</sup>Facultad de Medicina. UCV. Valencia. <sup>3</sup>Servicio de Reumatología Pediátrica. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

**Introducción:** La artritis idiopática juvenil (AIJ) es la principal causa de enfermedad reumática inflamatoria crónica en niños. Se clasifica en subtipos con diferentes prevalencias relativas según la zona geográfica (el subtipo oligoarticular predomina en Europa Occidental/América del Norte. El subtipo de artritis relacionada con entesitis predomina en Europa del Este/Asia). Para asegurar la continuidad de la atención en los servicios de reumatología de adultos, se reco-

mienda un proceso de transición sistemático. Diversos autores recomiendan que el proceso, del que deben formar parte los equipos de reumatología pediátrica y de adultos, se inicie alrededor de los 14 años y finalice alrededor de los 18 años.

**Objetivos:** Estudiar la edad, la prevalencia relativa y el perfil de tratamiento en los subtipos de AIJ al comienzo de la consulta de transición.

**Métodos:** Estudio descriptivo y transversal de pacientes con AIJ (según criterios ILAR), diagnosticados y tratados en el servicio de reumatología pediátrica y atendidos en la consulta de transición del servicio de reumatología de adultos del mismo hospital entre enero de 2013 y diciembre de 2018. Se recogieron datos demográficos, clínicos, analíticos y de tratamiento en la primera visita a la consulta de transición.

**Resultados:** Se incluyeron 72 pacientes (46 mujeres), con edad media al diagnóstico de 9,5 ± 4,6 años y una media de 11,3 ± 4,36 años desde el diagnóstico hasta la primera visita en la consulta de transición. El 27,7% fueron diagnosticados de AIJ oligoarticular, el 20,8% de AIJ artritis-entesitis, el 19,4% de AIJ poliarticular con factor reumatoide negativo (FR-), el 11,1% de AIJ sistémica, el 9,7% de AIJ indiferenciada, el 5,5% de AIJ poliarticular con factor reumatoide positivo (FR+) y el 5,5% de artritis psoriásica. La edad media en la primera visita fue de 20,81 ± 2,96 años (sin diferencias entre subtipos). Las úlceras orales (20,8%), la uveítis anterior (13,8%) y la entesitis (13,8%) fueron las manifestaciones extraarticulares más frecuentes. El 56,9% tenía tuvo anticuerpos antinucleares (ANA) > 1/160 en algún momento de la evolución de la enfermedad. El 43% estaba en tratamiento con metotrexato, el 38% con terapias biológicas, el 11% con glucocorticoides (GC) y el 22% no llevaba tratamiento (tabla).

Tabla P047

Subtipo AIJ	Anti -TNF alfa (N = 21)	Tocilizumab (N = 6)	Abatacept (N = 1)	Metotrexato (N = 31)	Leflunomida (N = 2)	Glucocorticoides (N = 8)	AINES (N = 21)	Sin tratamiento (N = 16)
Oligoarticular(n = 20)	Etanercept: 3 (15%) Adalimumab: 2 (10%) Infliximab: 0 Golimumab: 0	1 (5%)	0	11 (55%)	1 (5%)	3 (15%)	5 (25%)	5 (25%)
Artritis relacionada con entesitis (n = 15)	Etanercept: 4 (26,66%) Adalimumab: 1 (6,66%) Infliximab: 0 Golimumab: 0	0	0	6 (40%)	1 (6,67%)	0	5 (33,33%)	2 (13,33%)
Poliarticular factor reumatoide negativo (n = 14)	Etanercept: 2 (14,28%) Adalimumab: 2 (14,28%) Infliximab: 1 (7,14%) Golimumab: 0	1 (7,14%)	0	7 (50%)	0	1 (7,14%)	7 (50%)	2 (14,28%)
Sistémica (n = 8)	Etanercept: 1 (12,5%) Adalimumab: 1 (12,5%) Infliximab: 1 (12,5%) Golimumab: 0	1 (12,5%)	0	2 (25%)	0	2 (25%)	0	3 (37,5%)
Indiferenciada (n = 7)	Etanercept: 1 (14,29%) Adalimumab: 0 Infliximab: 0 Golimumab: 0	0	0	1 (14,29%)	0	1 (14,29%)	2 (28,57%)	3 (20%)
Poliarticular factor reumatoide positivo (n = 4)	Etanercept: 0 Adalimumab: 0 Infliximab: 0 Golimumab: 0	1 (25%)	1 (25%)	3 (75%)	0	0	2 (50%)	1 (25%)
Artritis psoriásica (n = 4)	Etanercept: 1 (25%) Adalimumab: 0 Infliximab: 0 Golimumab: 1 (25%)	2 (50%)	0	1 (25%)	0	0	0	0

**Conclusiones:** La forma oligoarticular fue el subtipo más prevalente de AIJ, similar a las series publicadas previamente de Europa Occidental. La primera visita a la consulta de transición se produjo significativamente más tarde de lo recomendado por varios autores. El tratamiento más frecuente fue metotrexato. El uso de terapias biológicas fue elevado, siendo los inhibidores del TNF alfa los más utilizados, especialmente etanercept. El uso de glucocorticoides fue bajo. Un número no despreciable de pacientes estaba libre de tratamiento.

#### P048. PAPEL DE LA BIOPSIA DE GLÁNDULA SALIVAL MENOR EN EL DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO EN PACIENTES CON ANTICUERPOS SSA/SSB (RO/LA) NEGATIVOS

N. de la Torre Rubio<sup>1</sup>, J. Campos Esteban<sup>1</sup>, M. Pavía Pascual<sup>1</sup>, P. Navarro Palomo<sup>1</sup>, M. Machattou<sup>1</sup>, O. Rusinovich<sup>1</sup>, L. Martín Fraguero<sup>2</sup>, E. Gavín Gómez<sup>2</sup>, C. Barbadillo Mateos<sup>1</sup>, M. Espinosa Malpartida<sup>1</sup>, C. Merino Argumáñez<sup>1</sup>, J. Sanz Sanz<sup>1</sup>, L.F. Villa Alcázar<sup>1</sup>, J.L. Andréu Sánchez<sup>1</sup> y M. Fernández Castro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. <sup>2</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

**Objetivos:** Evaluar la utilidad de la biopsia de glándula salival menor (BGSM) en el diagnóstico del síndrome de Sjögren primario (SSP) en pacientes antiSSA/SSB (Ro/La) negativos.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo en el que se recogieron BGSM en pacientes con sospecha de SSP según la práctica clínica habitual durante un periodo consecutivo (de septiembre de 2020 a mayo de 2021) en el Servicio de Reumatología de un hospital terciario. Los pacientes se agruparon según el motivo de solicitud de la biopsia: 1) Síndrome ojo/boca seca, 2) Síndrome seco + Saxon/Schirmer, 3) Síndrome seco + anticuerpos antinucleares (AAN), 4) Síndrome seco + AAN + otras alteraciones serológicas (hipergammaglobulinemia, factor reumatoide (FR), hipocomplementemia), 5) Síndrome seco + manifestaciones extraglandulares (EG) + AAN ± otras alteraciones serológicas. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, síndrome ojo/boca seca, fenómeno de Raynaud, manifestaciones EG (artritis, hepatitis autoinmune, cirrosis biliar primaria, enfermedad pulmonar intersticial, pleuropericarditis, sospecha de nefropatía crónica autoinmune o nefritis tubulointersticial y/o manifestaciones neurológicas), AAN, hipergammaglobulinemia, FR, hipocomplementemia, test de Saxon y Schirmer y resultado histológico de la BGSM según su Focus Score (FS). Se realizó un análisis descriptivo

(medias y frecuencias); se utilizó la prueba de la Chi-cuadrado para comparar los motivos de solicitud de la BGSM entre los pacientes con resultados positivos y negativos y para comparar si alguno de los grupos (Grupos 2-5) se asociaba con mayor frecuencia a un resultado positivo en la BGSM en comparación con los pacientes que solo presentaban síndrome seco (Grupo 1).

**Resultados:** Se recogieron 78 biopsias. La edad media de los pacientes fue de 55 años; el 90% eran mujeres. Los AAN estaban presentes en el 17% de los pacientes con BGSM compatible. El síndrome seco fue el motivo de solicitud de la BGSM en el 83% de los pacientes, el 13% presentaba fenómeno de Raynaud y el 47% tenía alguna manifestación de EG. La BGSM fue compatible con el diagnóstico de SSP (según los criterios de clasificación 2002/2016) en el 28% de los pacientes con anti-SSA/SSB negativos. Los pacientes con síndrome seco y AAN positivos (Grupo 3) se asociaron significativamente con un resultado positivo en el MSGB (tabla).

Tabla comparativa de los patrones indicados en los motivos de solicitud de la BGSM

Motivo de la solicitud (%)	BGSM+	BGSM-	p	p vs. sequedad
Síndrome seco (83)	19	46	0,65	
Síndrome seco + Saxon/Schirmer (62)	15	34	0,47	NS
Síndrome seco + AAN (48)	11	27	0,67	NS
Síndrome seco + AAN + otros (12)	6	4	0,41	0,05
Síndrome seco + AAN + EG (23)	9	15	0,69	NS

\*No significativo (NS).

**Conclusiones:** La BGSM fue compatible en el 28% de los pacientes con anti-SSA/SSB negativos permitiendo diagnosticarlos de síndrome de Sjögren primario. Los datos sugieren que los pacientes que presentan síndrome seco y AAN tienen más probabilidades de tener un resultado compatible en la BGSM.

#### P049. ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA EN PACIENTES CON COVID-19 Y ENFERMEDAD AUTOINMUNE SISTÉMICA

J.R. Lamúa Riazuelo<sup>1</sup>, Á. Herranz Varela<sup>1</sup>, V. Aldasoro Cáceres<sup>2</sup> y S. Castañeda Sanz<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario del Henares. Madrid.

<sup>2</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Navarra. Pamplona. <sup>3</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid.

**Objetivos:** Describir las características demográficas y de la enfermedad de base de los pacientes con enfermedades autoinmunes

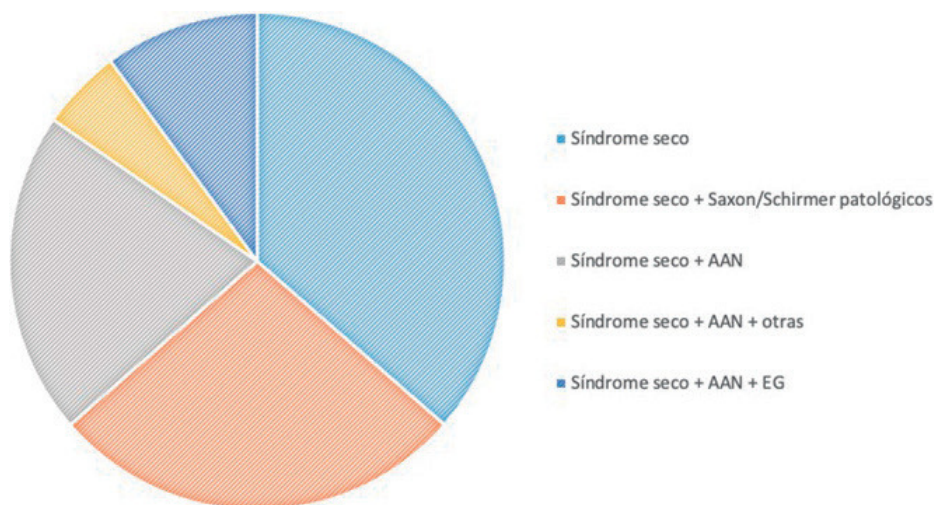


Gráfico 1. Motivos de solicitud de la BGSM. \*No significativo (NS).

P048 Figura. Motivos de solicitud de la BGSM.

sistémicas (EAS) que en el contexto de la enfermedad COVID-19 desarrollaron enfermedad tromboembólica (ETE), bien TEP y/o TVP detectados en el Hospital del Henares a lo largo de 12 meses de seguimiento. Analizar si las características de estos pacientes difieren, en algún aspecto, con las de otros pacientes que presentan eventos trombóticos asociados a la enfermedad COVID-19.

**Métodos:** Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, casos-control. Variables recogidas: edad, sexo, enfermedad de base, tabaquismo, antecedentes de neoplasia y de trombosis previas documentadas, tipo de trombosis actual (TEP y/o TVP), distribución uni o bilateral y localización del TEP (principal, lobar, segmentario), patrón radiográfico de afectación pulmonar por la COVID-19, recuento absoluto de linfocitos, PCR, dímero D y fibrinógeno, necesidad de soporte en unidades de Medicina Intensiva y tasa de mortalidad.

**Resultados:** Se encontraron 32 pacientes con ETE (24 TEP, 8 TVP), cuyas principales características se describen en la tabla 1. Dentro de estos 32 pacientes, 12 presentaban determinaciones positivas de anticuerpos antifosfolípido (AAF) (7 con diagnóstico de SAF establecido, 3 con diagnóstico de SAF *a posteriori* y 2 pacientes con LES) suponiendo un 37,5% de los pacientes del estudio. Entre los pacientes con AAF que desarrollaron TEP, el dímero D medio fue de 12.337 ng/ml ( $\pm$  13.136), siendo de 5.163 ng/ml (4.341) para los pacientes que desarrollaron TVP ( $p = 0,25$ ). Las características diferenciales entre pacientes que presentaron un TEP en el contexto de enfermedad COVID-19 que tuvieran EAS de base ("grupo casos") y aquellos que no presentaban EAS de base ("grupo control") se reflejan en la tabla 2. La razón de letalidad en los casos fue de 8,3% frente a 17,7% en el grupo control.

Tabla 1. Características clínicas y de laboratorio de los pacientes del estudio

	n (%)	Media	DE
Edad		62,28	16,3
Varones	18 (56,2)		
Tabaquismo	15 (46,9)		
AP trombosis	10 (31,3)		
AP neoplasia	4 (12,5)		
SAF	7 (21,9)		
AAF+	3 (9,4)		
AR	3 (9,4)		
Spa	3 (9,4)		
CU	3 (9,4)		
LES	2 (6,2)		
A. psoriásica	2 (6,2)		
PMR	2 (6,2)		
Crohn	2 (6,2)		
Otros*	5 (15,6)		
UCI	7 (21,9)		
Exitus	3 (9,4)		
D-dímero (ng/ml)		9.464,1	10.924,5
PCR (mg/L)		124,6	112,6
Linfopenia (< 1.000/ $\mu$ L)	19 (59,4)	1.121,8	488,4
AAF	12 (37,5)		

\*Otros: 1 S. Sjögren, 1 Behçet, 1 vasculitis ANCA, 1 ES y 1 E. múltiple.

**Conclusiones:** En nuestro estudio hemos encontrado un aumento de la frecuencia de eventos trombóticos asociados a la COVID-19 entre los pacientes con EAS que presentan AAF positivos. Este hallazgo pudiera tener implicaciones a nivel del tratamiento necesario en caso de infección por virus SARS-CoV-2 en estos pacientes. No hemos observado diferencias entre los grupos estudiados al comparar parámetros radiográficos y de laboratorio.

**P050. AUMENTO DEL RIESGO DE HEPATOTOXICIDAD CON FAME EN PACIENTES CON TOXICIDAD HEPÁTICA PREVIA CON ISONIAZIDA. ESTUDIO EN UN ÚNICO HOSPITAL UNIVERSITARIO**

D. Martínez López<sup>1</sup>, J. Osorio-Chávez<sup>2</sup>, V. Portilla<sup>1</sup>, C. Álvarez-Reguera<sup>1</sup>, A. Herrero-Morant<sup>1</sup>, L. Sánchez-Bilbao<sup>1</sup>, Í. González-Mazón<sup>1</sup>, M.A. González-Gay<sup>1</sup> y R. Blanco<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>2</sup>Servicio de Neumología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

**Introducción:** La isoniazida (INH) es un fármaco usado para tratar la infección tuberculosa latente (ITL), y la hepatotoxicidad es uno de los efectos adversos más frecuentes. Varios fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) también pueden causar hepatotoxicidad. Muchos pacientes con enfermedades reumáticas inmunomediadas (R-IMID) reciben INH como profilaxis de ITL de forma previa al tratamiento con FAME. Se desconoce el riesgo de hepatotoxicidad con FAME después de haber sufrido hepatotoxicidad con INH.

**Objetivos:** Evaluar el riesgo de hepatotoxicidad con FAME en pacientes que han presentado hepatotoxicidad con INH.

**Métodos:** Estudio de todos los pacientes consecutivos diagnosticados de R-IMID evaluados en los últimos 5 años (2016-2020) que presentaron hepatotoxicidad tras recibir INH y que posteriormente recibieron tratamiento con FAME. También estudiamos si presentaron hepatotoxicidad tras el tratamiento con FAME. Definimos hepatotoxicidad como una elevación de enzimas hepáticas (ALT y/o AST) por encima del límite de la normalidad tras la introducción del tratamiento.

**Resultados:** 232 de 7.218 pacientes con R-IMID de nuestro hospital recibieron INH. Se incluyeron en el estudio 64 pacientes (45 mujeres; 70,3%; edad media 53,4  $\pm$  10,5 años), que presentaban hepatotoxicidad por INH (tabla). Las R-IMID más frecuentes fueron la artritis reumatoide, la espondiloartritis axial y la artritis psoriásica. El metotrexato (MTX) (n = 34, 53,1%) y los inhibidores del TNF (n = 27, 42,2%) fueron los FAME convencionales y biológicos más utilizados, respectivamente. La hepatotoxicidad fue mayor con MTX (14 de 34, 41,2%) y menor con los demás FAME (fig.). No se observó hepatotoxicidad con hidroxcloroquina, azatioprina, micofenolato mofetilo, secukinumab, abatacept o rituximab.

**Conclusiones:** En pacientes con hepatotoxicidad previa con INH observamos un aumento del riesgo con diferentes FAME, especialmente con MTX.

Tabla P049

Tabla 2. Características pacientes con TEP y EAS asociada (casos) vs. pacientes con TEP sin EAS (controles)

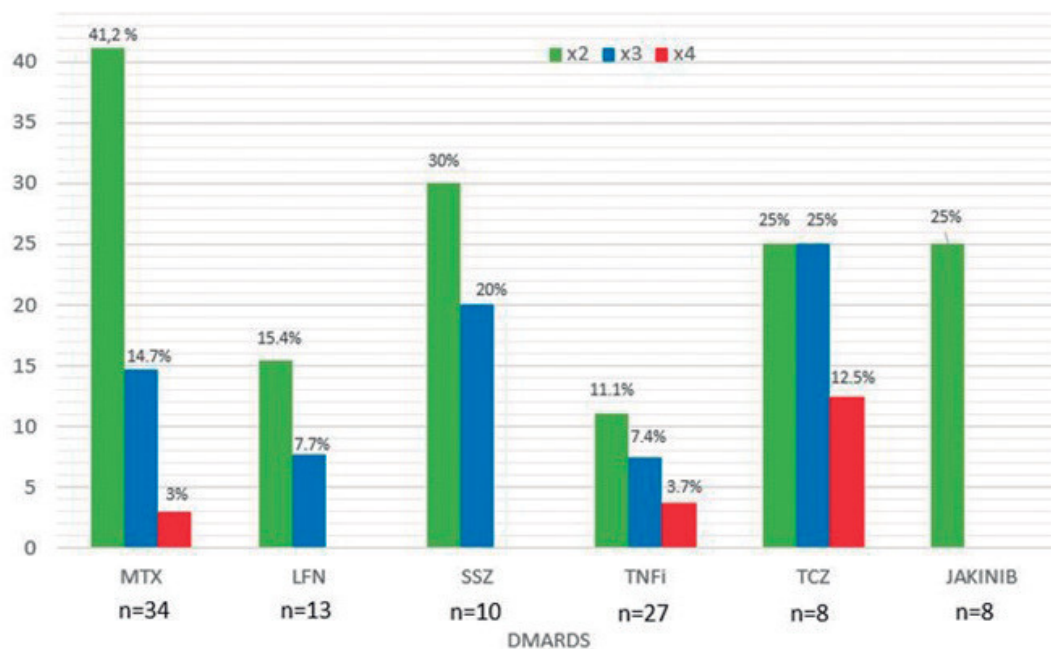
	Casos (n = 24)			Controles (n = 79)			p
	n (%)	Media	DE	n (%)	Media	DE	
Edad		63,3	14,2		63,2	17,7	0,81
Varón	13 (54,2)			56 (70,9)			
Trombosis AP	5 (20,8)			3 (3,8)			
Neoplasia AP	2 (8,3)			7 (8,9)			
Tabaquismo	11 (45,8)			32 (40,5)			
D-dímero (ng/ml)		10.418,8	11.770		9.410,6	3.909,9	0,72
PCR (mg/L)		123,5	108,8		125,4	87,8	0,93
Linfocitos (/ $\mu$ L)		1.175	488,3		1.054,4	563,1	0,4
UCI	5 (20,8)			12 (15,2)			
Exitus	2 (8,3)			14 (17,7)			

VARIABLES	PACIENTES (n=64)
Edad (años), media $\pm$ SD	53.4 $\pm$ 10.5
Sexo (mujeres), n (%)	45 (70.3)
<b>R-IMID</b>	
- SpA / PsA	36 (56.3%)
- AR	21 (32.8%)
- SSc	3 (4.7%)
- Conectivopatías	3 (4.7%)
- Otros	2 (3.2%)
<b>Elevación de enzimas hepáticas sobre el límite de la normalidad (INH)*</b>	
- x2	64 (100)
- x3	22 (34.4)
- x4 o superior	13 (20.3)
<b>FAMEs convencionales</b>	
- MTX	34 (53.1%)
- HCQ	15 (23.4)
- LFN	13 (20.3)
- SSZ	10 (15.6)
<b>FAMEs biológicos</b>	
	47 (73.4%)
<b>FAMEs sintéticos dirigidos (Jakinib)</b>	
	8 (12.5)

ABA: Abatacept; AR: Artritis reumatoide; AZA: Azatioprina, HCQ: Hidroxicloroquina; INH: Isoniacida; LFN: Leflunomida; MMF: Micofenolato mofetil, MTX: Metotrexato; PsA: Artritis psoriásica, RTX: Rituximab; SpA: Espondiloartritis axial; SSc: Esclerosis sistémica; SSZ: Sulfasalazina; TCZ: Tocilizumab; TNFi: inhibidores del TNF

\* Los pacientes con mayor elevación de enzimas hepáticas se incluyen en los grupos anteriores.

Figura 1. Características principales de 64 pacientes con enfermedades reumáticas inmunomediadas (R-IMID) que presentaron hepatotoxicidad tras recibir isoniazida (INH).



\* Los pacientes con mayor elevación de enzimas hepáticas se incluyen en los grupos anteriores.

Figura 2. Hepatotoxicidad con diferentes FAME en 64 pacientes con hepatotoxicidad previa con INH.

**P051. FACTORES PREDICTIVOS DE LA AFECTACIÓN VISUAL Y PÉRDIDA DE VISIÓN PERMANENTE EN LA ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES**

J. Loricera García<sup>1</sup>, C. Moriano<sup>2</sup>, S. Castañeda<sup>3</sup>, R. Melero<sup>4</sup>, I. Ferraz-Amaro<sup>5</sup>, J. Narváez<sup>6</sup>, V. Aldasoro<sup>7</sup>, O. Maiz<sup>8</sup>, J.I. Villa<sup>9</sup>, P. Vela<sup>10</sup>, S. Romero-Yuste<sup>11</sup>, J.L. Callejas<sup>12</sup>, E. de Miguel<sup>13</sup>, E. Galíndez-Agirregoikoa<sup>14</sup>, F. Sivera<sup>15</sup>, J.C. Fernández-López<sup>16</sup>, C. Galisteo<sup>17</sup>, J. Sánchez-Martín<sup>18</sup>, L. Sánchez-Bilbao<sup>1</sup>, M. Calderón-Goercke<sup>1</sup>, J.C. González Nieto<sup>19</sup>, J.R. de Dios<sup>20</sup>, E. Fernández<sup>21</sup>, I. de la Morena<sup>22</sup>, P. Moya<sup>23</sup>, R. Solans Laqué<sup>24</sup>, E. Pérez Pampín<sup>25</sup>, J.L. Andréu<sup>26</sup>, M. Revenga<sup>27</sup>, J.P. Baldivieso Achá<sup>3</sup>, E. Labrador<sup>28</sup>, A. García-Valle<sup>29</sup>, A. Gallego<sup>30</sup>, C. Iñiguez<sup>31</sup>, C. Hidalgo<sup>32</sup>, N. Garrido-Puñal<sup>33</sup>, R. López-González<sup>34</sup>, J.A. Román-Ivorra<sup>35</sup>, F.M. Ortiz-Sanjuán<sup>35</sup>, S. Manrique<sup>36</sup>, P. Collado<sup>37</sup>, E. Raya<sup>12</sup>, V. Pinillos<sup>28</sup>, F. Navarro<sup>38</sup>, A. Olivé-Marqués<sup>39</sup>, F.J. Toyos<sup>40</sup>, M.L. Marena Rojas<sup>41</sup>, A. Juan Más<sup>42</sup>, B. Arca<sup>43</sup>, C. Ordás-Calvo<sup>44</sup>, M.D. Boquet<sup>45</sup>, N. Álvarez-Rivas<sup>43</sup>, M.L. Velloso-Feijoo<sup>46</sup>, C. Campos<sup>47</sup>, Í. Rúa-Figueroa<sup>48</sup>, A. García<sup>49</sup>, C. Vázquez<sup>50</sup>, P. Lluch<sup>51</sup>, C. Torres<sup>52</sup>, C. Luna<sup>53</sup>, E. Becerra<sup>54</sup>, N. Fernández-Llanio<sup>55</sup>, A. Conesa<sup>56</sup>, E. Salgado<sup>57</sup>, J.L. Hernández<sup>1</sup>, M.A. González-Gay<sup>1</sup> y R. Blanco<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología y Medicina Interna. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Universidad de Cantabria. Santander. <sup>2</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de León. <sup>3</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de La Princesa. Catedra UAM-Roche. EPID-Future. UAM. Madrid. <sup>4</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. <sup>5</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Tenerife. <sup>6</sup>Servicio de Reumatología. Hospital de Bellvitge. Barcelona. <sup>7</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. <sup>8</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Donostia. San Sebastián. <sup>9</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Sierrallana. Torrelavega. <sup>10</sup>Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante. <sup>11</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. <sup>12</sup>Servicio de Reumatología. Hospital San Cecilio. Granada. <sup>13</sup>Servicio de Reumatología. Hospital La Paz. Madrid. <sup>14</sup>Servicio de Reumatología. Hospital de Basurto. Bilbao. <sup>15</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Elda. <sup>16</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Juan Canalejo. A Coruña. <sup>17</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Parc Taulí. Sabadell. <sup>18</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario 12 de Octubre.

Madrid. <sup>19</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Gregorio Marañón. Madrid. <sup>20</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Araba. Mondragón. <sup>21</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. <sup>22</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario de Valencia. <sup>23</sup>Servicio de Reumatología. Hospital de Sant Pau. Barcelona. <sup>24</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. <sup>25</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Santiago. Santiago de Compostela. <sup>26</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. <sup>27</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. <sup>28</sup>Servicio de Reumatología. Hospital San Pedro. Logroño. <sup>29</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de Palencia. <sup>30</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. <sup>31</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo. <sup>32</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. <sup>33</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>34</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario de Zamora. <sup>35</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. <sup>36</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Regional de Málaga. <sup>37</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid. <sup>38</sup>Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Elche. <sup>39</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Triás i Pujol. Badalona. <sup>40</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. <sup>41</sup>Servicio de Reumatología. Hospital La Mancha Centro. Ciudad Real. <sup>42</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Son Llàtzer. Palma de Mallorca. <sup>43</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario San Agustín. Avilés. <sup>44</sup>Servicio de Reumatología. Hospital de Cabueñes. Gijón. <sup>45</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Arnau de Vilanova. Lérida. <sup>46</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Valme. Sevilla. <sup>47</sup>Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Valencia. <sup>48</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Doctor Negrín. Gran Canaria. <sup>49</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Virgen de las Nieves. Granada. <sup>50</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Miguel Servet. Zaragoza. <sup>51</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Mateu Orfila. Menorca. <sup>52</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial de Ávila. <sup>53</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria. Tenerife. <sup>54</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Torre Vieja. <sup>55</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. <sup>56</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Castellón. <sup>57</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Orense.

Características principales de los pacientes

	Serie (n = 471)	ACG sin afectación visual (n = 349)	ACG con afectación visual (n = 122)	ACG con PVP (n = 60)	P Afectación visual vs. no afectación visual	P PVP vs. no afectación visual
Edad al diagnóstico de la ACG (media ± DE)	72 ± 9	71 ± 9	75 ± 8	75 ± 9	0,001	0,001
Mujeres/Varones (% de mujeres)	342/129 (73)	265/84 (76)	77/45 (63)	41/19 (68)	0,006	0,21
BAT positiva, n (%)	201 (43)	146 (42)	55 (45)	33 (55)	0,53	0,34
Factores de riesgo cardiovascular						
Hipertensión arterial, n (%)	272 (58)	189 (54)	83 (68)	40 (67)	0,013	0,058
Dislipemia, n (%)	241 (51)	175 (50)	66 (54)	32 (53)	0,61	0,63
Diabetes, n (%)	81 (17)	50 (14)	31 (25)	16 (27)	0,007	0,016
Fumador o exfumador, n (%)	47 (10)	31 (9)	16 (13)	8 (13)	0,21	0,27
CHADS2 score, mediana [RIC]	1 [1-2]	1 [0-2]	2 [1-2]	2 [1-2]	0,001	0,004
Manifestaciones isquémicas						
Cefalea, n (%)	259 (55)	167 (48)	92 (75)	42 (70)	0,000	0,002
Claudicación mandibular, n (%)	112 (24)	63 (18)	49 (40)	26 (43)	0,000	0,000
Manifestaciones sistémicas						
Fiebre n (%)	57 (12)	47 (13)	10 (8)	4 (7)	0,12	0,20
Síndrome constitucional, n (%)	175 (37)	132 (38)	43 (35)	20 (33)	0,55	0,47
PmR, n (%)	284 (60)	218 (62)	66 (54)	29 (48)	0,094	0,022
Afectación de vaso grande, n (%)	254 (54)	211 (60)	43 (35)	20 (33)	0,000	0,000
VSG, mm/1ª hora, mediana [RIC]	32 [12-57]	30 [11-54]	34 [15-67]	42 [12-67]	0,22	0,28
PCR (mg/dL), mediana [RIC]	1,5 [0,5-3,4]	1,4 [0,5-3,0]	1,5 [0,4-4,7]	1,5 [0,4-3,6]	0,042	0,30

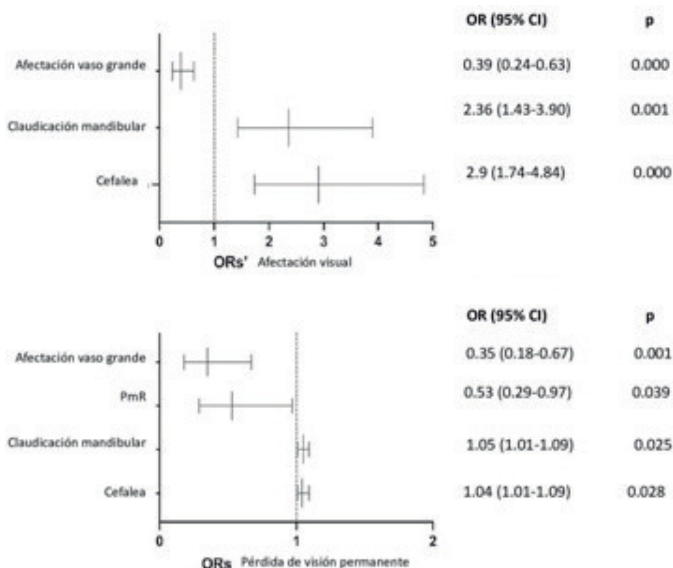
ACG: arteritis de células gigantes; BAT: biopsia de arteria temporal; DE: desviación estándar; PCR: proteína C reactiva; PmR: polimialgia reumática; PVP: pérdida de visión permanente; RIC: rango intercuartílico; VSG: velocidad de sedimentación globular.



**Objetivos:** La afectación visual es una de las complicaciones más temidas en la arteritis de células gigantes (ACG). La pérdida de visión permanente (PVP) puede ir precedida de una pérdida visual transitoria. Una vez establecida la ceguera, el pronóstico es malo. La mayoría de las series sobre los factores predictivos de afectación visual en la ACG son antiguas y con un número reducido de pacientes. Nuestro objetivo fue determinar los factores predictivos de afectación visual y de PVP en la ACG.

**Métodos:** Estudio observacional multicéntrico de 471 pacientes con ACG. El diagnóstico de ACG se realizó entre 2016 y 2021 según: a) criterios ACR, y/o b) biopsia de la arteria temporal, y/o técnicas de imagen. De los 471 pacientes, se seleccionaron aquellos que desarrollaron a) afectación visual en cualquier momento de la ACG, y b) PVP. PVP se definió como la pérdida de visión parcial o completa de más de 24 horas. Los factores predictivos se identificaron mediante un análisis multivariante.

**Resultados:** Se observó afectación visual en 122 pacientes y PVP en 60 (tabla). El conjunto de variables de manifestaciones isquémicas y sistémicas asociadas a la afectación visual fueron la cefalea y la claudicación mandibular, mientras que la afectación de grandes vasos fue una variable protectora (fig.). El área bajo la curva (AUC) del modelo fue de 0,72 (IC95%: 0,67-0,77;  $p < 0,0001$ ). El conjunto de variables asociadas a la PVP fueron la cefalea y la claudicación mandibular. Por el contrario, la polimialgia reumática (PmR), y la afectación de grandes vasos fueron factores protectores (fig.). El AUC de este modelo fue de 0,77 (IC95%: 0,71-0,83;  $p < 0,0001$ ).



Forest plot del análisis multivariable.

**Conclusiones:** La cefalea y la claudicación mandibular parecen estar asociadas a la afectación visual en la ACG, mientras que la afectación de los grandes vasos parece ser un factor protector. La PmR también parece ser un factor protector para el desarrollo de la PVP.

#### P052. TOCILIZUMAB EN ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES DE RECIENTE DIAGNÓSTICO VERSUS REFRACTARIA/RECURRENTE. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE 471 PACIENTES DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

J. Sánchez Martín<sup>1</sup>, J. Loricera<sup>1</sup>, C. Moriano<sup>2</sup>, S. Castañeda<sup>3</sup>, R. Melero<sup>4</sup>, I. Ferraz-Amaro<sup>5</sup>, J. Narváez<sup>6</sup>, V. Aldasoro<sup>7</sup>, O. Maiz<sup>8</sup>, J.I. Villa<sup>9</sup>, P. Vela<sup>10</sup>, S. Romero-Yuste<sup>11</sup>, J.L. Callejas<sup>12</sup>, E. de Miguel<sup>13</sup>, E. Galíndez-Agirregoikoa<sup>14</sup>, F. Sivera<sup>15</sup>, J.C. Fernández-López<sup>16</sup>,

C. Galisteo<sup>17</sup>, L. Sánchez-Bilbao<sup>1</sup>, M. Calderón-Goercke<sup>1</sup>, J.C. González Nieto<sup>18</sup>, J.R. de Dios<sup>19</sup>, E. Fernández<sup>20</sup>, I. de la Morena<sup>21</sup>, P. Moya<sup>22</sup>, R. Solans Laqué<sup>23</sup>, E. Pérez Pampín<sup>24</sup>, J.L. Andréu<sup>25</sup>, M. Revenga<sup>26</sup>, J.P. Baldivieso Achá<sup>3</sup>, E. Labrador<sup>27</sup>, A. García-Valle<sup>28</sup>, A. Gallego<sup>29</sup>, C. Iñiguez<sup>30</sup>, C. Hidalgo<sup>31</sup>, N. Garrido-Puñal<sup>32</sup>, R. López-González<sup>33</sup>, J.A. Román-Ivorra<sup>34</sup>, S. Manrique<sup>35</sup>, P. Collado<sup>36</sup>, E. Raya<sup>12</sup>, V. Pinillos<sup>27</sup>, F. Navarro<sup>37</sup>, A. Olivé-Marqués<sup>38</sup>, F.J. Toyos<sup>39</sup>, M.L. Marena Rojas<sup>40</sup>, A. Juan Más<sup>41</sup>, B. Arca<sup>42</sup>, C. Ordás-Calvo<sup>43</sup>, M.D. Boquet<sup>44</sup>, N. Álvarez-Rivas<sup>42</sup>, M.L. Velloso-Feijoo<sup>45</sup>, C. Campos<sup>46</sup>, Í. Rúa-Figueroa<sup>47</sup>, A. García<sup>48</sup>, C. Vázquez<sup>49</sup>, P. Lluch<sup>50</sup>, C. Torres<sup>51</sup>, C. Luna<sup>52</sup>, E. Becerra<sup>53</sup>, N. Fernández-Llanio<sup>54</sup>, A. Conesa<sup>55</sup>, E. Salgado<sup>56</sup>, J.L. Hernández<sup>1</sup>, M.A. González-Gay<sup>1</sup> y R. Blanco<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología y Medicina Interna. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Universidad de Cantabria. Santander.

<sup>2</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de León.

<sup>3</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de La Princesa. Catedra UAM-Roche. EPID-Future. UAM. Madrid.

<sup>4</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

<sup>5</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Tenerife.

<sup>6</sup>Servicio de Reumatología. Hospital de Bellvitge. Barcelona.

<sup>7</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona.

<sup>8</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Donostia. San Sebastián.

<sup>9</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Sierrallana. Torrelavega.

<sup>10</sup>Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante.

<sup>11</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

<sup>12</sup>Servicio de Reumatología. Hospital San Cecilio. Granada.

<sup>13</sup>Servicio de Reumatología. Hospital La Paz. Madrid.

<sup>14</sup>Servicio de Reumatología. Hospital de Basurto. Bilbao.

<sup>15</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Elda.

<sup>16</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Juan Canalejo. A Coruña.

<sup>17</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Parc Taulí. Sabadell.

<sup>18</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Gregorio Marañón. Madrid.

<sup>19</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Araba. Mondragón.

<sup>20</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

<sup>21</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario de Valencia.

<sup>22</sup>Servicio de Reumatología. Hospital de Sant Pau. Barcelona.

<sup>23</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

<sup>24</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Santiago. Santiago de Compostela.

<sup>25</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

<sup>26</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

<sup>27</sup>Servicio de Reumatología. Hospital San Pedro. Logroño.

<sup>28</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de Palencia.

<sup>29</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.

<sup>30</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo.

<sup>31</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

<sup>32</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

<sup>33</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario de Zamora.

<sup>34</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

<sup>35</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Regional de Málaga.

<sup>36</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid.

<sup>37</sup>Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Elche.

<sup>38</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Trías i Pujol. Badalona.

<sup>39</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

<sup>40</sup>Servicio de Reumatología. Hospital La Mancha Centro. Ciudad Real.

<sup>41</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Son Llàtzer. Palma de Mallorca.

<sup>42</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario San Agustín. Avilés.

<sup>43</sup>Servicio de Reumatología. Hospital de Cabueñes. Gijón.

<sup>44</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Arnau de Vilanova. Lérida.

<sup>45</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

<sup>46</sup>Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Valencia.

<sup>47</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Doctor Negrín. Gran Canaria.

<sup>48</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Virgen de las Nieves. Granada.

<sup>49</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

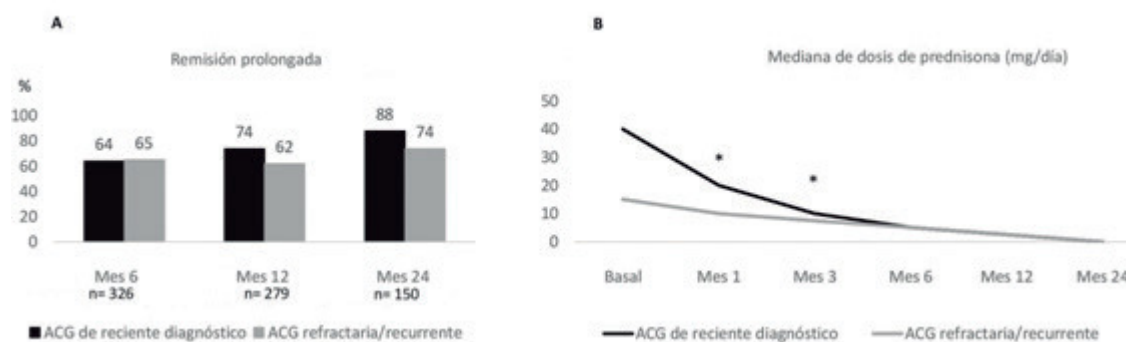
<sup>50</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

**Tabla P052**

Características principales de pacientes con ACG de reciente diagnóstico y refractaria/recurrente tratadas con tocilizumab

	ACG de reciente diagnóstico (n = 91)	ACG refractaria/recurrente (n = 380)	p
<b>Características basales al inicio de TCZ</b>			
Edad (años), media ± DE	74,3 ± 8,5	73,3 ± 9,1	0,35
Sexo, mujeres/varones (% mujeres)	60/31 (66)	282/98 (74)	0,11
Tiempo desde el diagnóstico de ACG y el inicio de TCZ (meses), mediana [RIC]	1 [0,5-1]	10 [4-24]	0,0001
VSG, mm 1ª hora, mediana [RIC]	46 [17,5-80,5]	27 [10-50]	0,02
PCR, mg/dL, mediana [RIC]	2,1 [0,7-8,5]	1,3 [0,4-2,8]	0,13
Hemoglobina, g/dL, media ± DE	12,3 ± 1,5	12,7 ± 1,5	0,03
Dosis de prednisona, mg/día, mediana [RIC]	40 [21,2-50]	15 [10-30]	< 0,001
<b>Seguridad tras inicio de TCZ</b>			
Seguimiento, (meses), mediana [RIC]	15 [6-27,5]	22 [11-37]	0,004
Efectos adversos relevantes, n (%)	23 (25)	102 (27)	0,54
Efectos adversos relevantes por 100 pacientes-año	20	15	NS
Infecciones graves, n (%)	13 (14)	53 (14)	0,49
Infecciones graves por 100 pacientes-año	11,2	8	NS
Eventos cardiovasculares graves, n (%)	0 (0)	1 (0,3)	-
Eventos cardiovasculares graves por 100 pacientes-año	0	0,2	-
Neoplasias, n (%)	2 (2)	3 (0,8)	0,99
Neoplasias por 100 pacientes-año	1,6	0,5	NS

ACG: arteritis de células gigantes; DE: desviación estándar; NS: no significativo; PCR: proteína C reactiva; VSG: velocidad de sedimentación globular; RIC: rango intercuartílico.



**P052 Figura.** A) Remisión prolongada, y B) mediana de la dosis de prednisona requerida en pacientes con ACG de reciente diagnóstico y ACG refractaria/recurrente tratados con tocilizumab.

de Reumatología. Hospital Mateu Orfila. Menorca. <sup>51</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial de Ávila. <sup>52</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria. Tenerife. <sup>53</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Torrejuela. <sup>54</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. <sup>55</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Castellón. <sup>56</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Orense.

**Objetivos:** El tocilizumab (TCZ) es el único fármaco biológico aprobado en la arteritis de células gigantes (ACG) gracias a los resultados obtenidos en dos ensayos clínicos (EC)<sup>1,2</sup>. Los EC incluyeron pacientes seleccionados que pueden diferir de los de la práctica clínica (PC). Una alta proporción de pacientes con ACG tratados con TCZ en los EC tenían una ACG de reciente diagnóstico, mientras que, en la PC, la mayoría de ellos son ACG refractarios/recurrentes. Aunque en los EC la eficacia del TCZ parece ser similar en pacientes con ACG de reciente diagnóstico y en pacientes con ACG refractaria/recurrente, en la PC no está documentado. Nuestro objetivo fue comparar en PC, la efectividad y seguridad del TCZ en la ACG de reciente diagnóstico frente a la refractaria/recurrente.

**Métodos:** Estudio observacional multicéntrico de 471 pacientes con ACG tratados con TCZ. La ACG se diagnosticó mediante: a) criterios

ACR, y/o b) biopsia de la arteria temporal, y/o c) técnicas de imagen. Se llevó a cabo un estudio comparativo entre pacientes con ACG de reciente diagnóstico (< 6 semanas) y aquellos con ACG refractaria/recurrente (> 6 semanas) (según las definiciones del estudio GiACTA)<sup>2</sup>. La remisión prolongada se consideró como la ausencia de síntomas y la normalización de los reactantes de fase aguda (PCR/VSG) durante al menos 6 meses.

**Resultados:** Los 471 pacientes con ACG se dividieron en 2 subgrupos: a) ACG de reciente diagnóstico (n = 91) y b) ACG refractaria/recurrente (n = 380) (tabla). No se observaron diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto a la remisión prolongada, aunque se observa una mayor tendencia hacia la misma en los pacientes con ACG de reciente diagnóstico que en los refractarios/recurrentes (fig.). La disminución de la dosis de glucocorticoides fue más rápida en los tres primeros meses en el grupo de ACG de reciente diagnóstico, pero posteriormente fue similar en ambos grupos, así como la aparición de eventos adversos relevantes e infecciones graves.

**Conclusiones:** La efectividad y seguridad del TCZ parece ser similar en pacientes con ACG de reciente diagnóstico y en pacientes con ACG refractaria/recurrente.

**Bibliografía**

- Villiger PM, et al. Lancet. 2016;387:1921-7.
- Stone JH, et al. N Engl J Med. 2017;377:317-28.

### P053. COMPARACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL TOCILIZUMAB INTRAVENOSO Y SUBCUTÁNEO EN PACIENTES DE PRÁCTICA CLÍNICA CON ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES

L. Sánchez Bilbao<sup>1</sup>, J. Loricera<sup>1</sup>, C. Moriano<sup>2</sup>, S. Castañeda<sup>3</sup>, R. Melero<sup>4</sup>, I. Ferraz-Amaro<sup>5</sup>, J. Narváez<sup>6</sup>, V. Aldasoro<sup>7</sup>, O. Maiz<sup>8</sup>, J.I. Villa<sup>9</sup>, P. Vela<sup>10</sup>, S. Romero-Yuste<sup>11</sup>, J.L. Callejas<sup>12</sup>, E. de Miguel<sup>13</sup>, E. Galíndez-Agirregoikoa<sup>14</sup>, F. Sivera<sup>15</sup>, J.C. Fernández-López<sup>16</sup>, C. Galisteo<sup>17</sup>, J. Sánchez-Martín<sup>18</sup>, M. Calderón-Goercke<sup>1</sup>, J.C. González Nieto<sup>19</sup>, J.R. de Dios<sup>20</sup>, E. Fernández<sup>21</sup>, I. de la Morena<sup>22</sup>, P. Moya<sup>23</sup>, R. Solans Laqué<sup>24</sup>, E. Pérez Pampín<sup>25</sup>, J.L. Andréu<sup>26</sup>, M. Revenga<sup>27</sup>, J.P. Baldívieso Achá<sup>3</sup>, E. Labrador<sup>28</sup>, A. García-Valle<sup>29</sup>, A. Gallego<sup>30</sup>, C. Iñiguez<sup>31</sup>, C. Hidalgo<sup>32</sup>, N. Garrido-Puñal<sup>33</sup>, R. López-González<sup>34</sup>, J.A. Román-Ivorra<sup>35</sup>, F.M. Ortiz-Sanjuán<sup>35</sup>, S. Manrique<sup>36</sup>, P. Collado<sup>37</sup>, E. Raya<sup>12</sup>, V. Pinillos<sup>28</sup>, F. Navarro<sup>38</sup>, A. Olivé-Marqués<sup>39</sup>, F.J. Toyos<sup>40</sup>, M.L. Marena Rojas<sup>41</sup>, A. Juan Más<sup>42</sup>, B. Arca<sup>43</sup>, C. Ordás-Calvo<sup>44</sup>, M.D. Boquet<sup>45</sup>, N. Álvarez-Rivas<sup>43</sup>, M.L. Velloso-Feijoo<sup>46</sup>, C. Campos<sup>47</sup>, Í. Rúa-Figueroa<sup>48</sup>, A. García<sup>49</sup>, C. Vázquez<sup>50</sup>, P. Lluch<sup>51</sup>, C. Torres<sup>52</sup>, C. Luna<sup>53</sup>, E. Becerra<sup>54</sup>, N. Fernández-Llanio<sup>55</sup>, A. Conesa<sup>56</sup>, E. Salgado<sup>57</sup>, J.L. Hernández<sup>1</sup>, M.A. González-Gay<sup>1</sup> y R. Blanco<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología y Medicina Interna. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Universidad de Cantabria. Santander. <sup>2</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de León. <sup>3</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de La Princesa. Catedra UAM-Roche. EPID-Future. UAM. Madrid. <sup>4</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. <sup>5</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Tenerife. <sup>6</sup>Servicio de Reumatología. Hospital de Bellvitge. Barcelona. <sup>7</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. <sup>8</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Donostia. San Sebastián. <sup>9</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Sierrallana. Torrelavega. <sup>10</sup>Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante. <sup>11</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. <sup>12</sup>Servicio de Reumatología. Hospital San Cecilio. Granada. <sup>13</sup>Servicio de Reumatología. Hospital La Paz. Madrid. <sup>14</sup>Servicio de Reumatología. Hospital de Basurto. Bilbao. <sup>15</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Elda. Alicante. <sup>16</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Juan Canalejo. A Coruña. <sup>17</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Parc Taulí. Sabadell. <sup>18</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. <sup>19</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Gregorio Marañón. Madrid. <sup>20</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Araba. Mondragón. <sup>21</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. <sup>22</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario de Valencia. <sup>23</sup>Servicio de Reumatología. Hospital de Sant Pau. Barcelona. <sup>24</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. <sup>25</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Santiago. Santiago de Compostela. <sup>26</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. <sup>27</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. <sup>28</sup>Servicio de Reumatología. Hospital San Pedro. Logroño. <sup>29</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de Palencia. <sup>30</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. <sup>31</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo. <sup>32</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. <sup>33</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>34</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario de Zamora. <sup>35</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. <sup>36</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Regional de Málaga. <sup>37</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid. <sup>38</sup>Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Elche. <sup>39</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Triás i Pujol. Badalona. <sup>40</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

<sup>41</sup>Servicio de Reumatología. Hospital La Mancha Centro. Ciudad Real. <sup>42</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Son Llàtzer. Palma de Mallorca. <sup>43</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario San Agustín. Avilés. <sup>44</sup>Servicio de Reumatología. Hospital de Cabueñes. Gijón. <sup>45</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Arnau de Vilanova. Lérida. <sup>46</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Valme. Sevilla. <sup>47</sup>Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Valencia. <sup>48</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Doctor Negrín. Gran Canaria. <sup>49</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Virgen de las Nieves. Granada. <sup>50</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Miguel Servet. Zaragoza. <sup>51</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Mateu Orfila. Menorca. <sup>52</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial de Ávila. <sup>53</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria. Tenerife. <sup>54</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Torre Vieja. <sup>55</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. <sup>56</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Castellón. <sup>57</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Orense.

**Objetivos:** El tocilizumab (TCZ) es un antagonista del receptor de la IL-6 que ha demostrado eficacia en la arteritis de células gigantes (ACG)<sup>1,2</sup>. Los ensayos clínicos con TCZ en la ACG se realizaron con TCZ intravenoso (iv) en un ensayo de fase 2<sup>1</sup>, y con TCZ subcutáneo (sc) en el estudio GiACTA de fase 3<sup>2</sup>. Sin embargo, en la actualidad, no hay estudios que comparen la efectividad del TCZ iv con la del TCZsc en la ACG. Nuestro objetivo fue comparar la efectividad de TCZ en pacientes con ACG según la vía de administración TCZ iv vs. TCZ sc.

**Métodos:** Estudio multicéntrico de pacientes diagnosticados de ACG y tratados con TCZ. Los pacientes se dividieron en 2 grupos según la vía de administración: a) iv, y b) sc. El diagnóstico de ACG se realizó según: a) criterios ACR, y/o b) biopsia de la arteria temporal, y/o c) técnicas de imagen. La remisión mantenida se estableció según las definiciones EULAR<sup>3</sup>.

**Resultados:** Se estudiaron 238 pacientes con ACG tratados con TCZ iv y 233 con TCZ sc (tabla). El tiempo transcurrido entre el diagnóstico de la ACG y el inicio del TCZ fue más corto en el grupo de TCZ sc. En cuanto a los reactantes de fase aguda al inicio del TCZ, no se encontraron diferencias entre ambos grupos. No hubo diferencias significativas en la remisión mantenida ni en el efecto ahorrador de glucocorticoides del TCZ (fig.). Los pacientes en tratamiento con TCZ iv sufrieron más efectos adversos relevantes durante el seguimiento.

**Conclusiones:** En la ACG, el TCZ parece igualmente efectivo y seguro independientemente de la vía de administración iv o sc.

#### Bibliografía

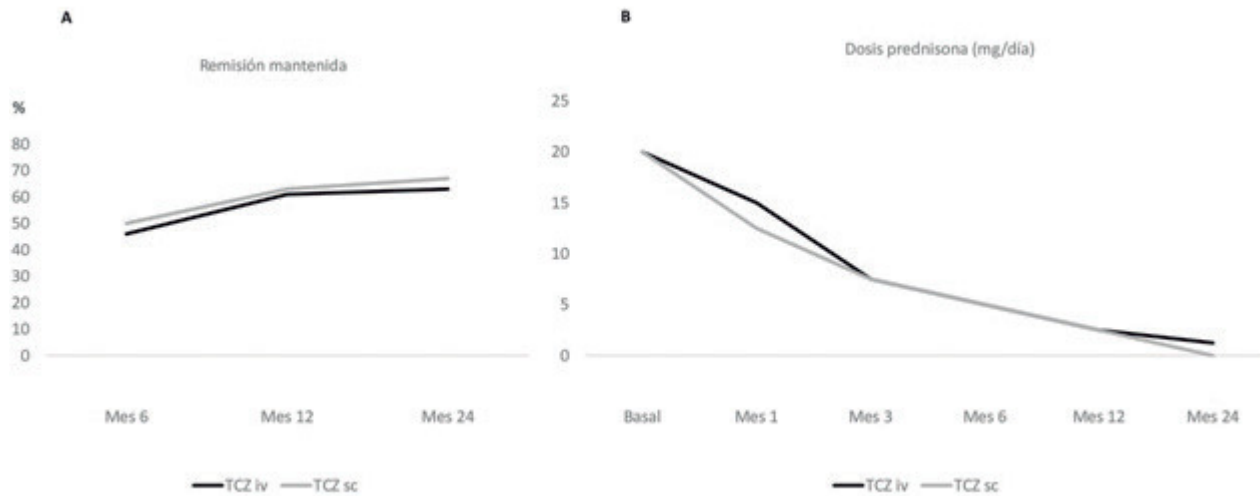
- Villiger PM, et al. Lancet. 2016;387:1921-7.
- Stone JH, et al. N Engl J Med. 2017;377:317-28.
- Hellmich B, et al. Ann Rheum Dis. 2020;79:19-30.

### P054. SARILUMAB EN ORBITOPATÍA DE GRAVES REFRACTARIA. EFICACIA Y SEGURIDAD EN UNA SERIE DE CASOS EN PRÁCTICA CLÍNICA

V. Moreira Navarrete, F.J. Toyos Sáenz de Miera<sup>1</sup>, A.M. Garrido Hermosilla<sup>2</sup>, P. Muñoz Reinoso<sup>1</sup>, M.J. Madrigal Domínguez<sup>1</sup> y J.J. Pérez Venegas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Reumatología. Hospital Virgen Macarena. Sevilla. <sup>2</sup>Oftalmología. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

**Introducción:** La orbitopatía de Graves (OG) es una enfermedad autoinmune de los tejidos retrooculares que se presenta en pacientes con enfermedad de Graves. El tocilizumab (TCZ), un inhibidor de la interleucina (IL)-6, se ha utilizado en pacientes con orbitopatía de Graves resistente a glucocorticoides (GC) con buenos resultados. Previamente hemos comunicado los resultados obtenidos en 15 pacientes con OG tratados con TCZ donde se observó una disminución de CAS medio de 4,9 a 1,7. El sarilumab, otro inhibidor de la



P053 Figura. A) Remisión mantenida, y B) mediana de dosis de prednisona requerida en pacientes con ACG tratados con tocilizumab intravenoso y subcutáneo.

IL-6, indicado para el tratamiento de la artritis reumatoide, se ha utilizado en otras patologías como uso *off-label*, de forma similar a la TCZ, con el argumento de que comparten mecanismo de acción.

**Objetivos:** Analizar la efectividad del tratamiento con sarilumab en pacientes con OG resistente a GC en práctica clínica habitual.

**Métodos:** Se realizó un estudio observacional retrospectivo descriptivo de una serie de pacientes con OG moderada-grave activa en tratamiento con sarilumab. Se revisaron las historias de los pacientes que hubieran recibido al menos 1 ciclo de tratamiento con Sarilumab. Se recogieron datos demográficos y de la enfermedad. La efectividad se evaluó mediante la reducción del índice CAS (Clinical Activity Score) antes y a los 3-6 meses de tratamiento. Se consideró respuesta favorable una reducción de CAS  $\geq 2$  puntos junto a obtención de inactividad (CAS  $< 3$ ). El estudio obtuvo la aprobación del Comité Ético de Investigación.

**Resultados:** En el servicio de reumatología del Hospital Virgen Macarena se han tratado 25 pacientes con inhibidores de la IL-6, 20 con TCZ y 5 con sarilumab. Se incluyeron 5 pacientes, 2 mujeres y 3 hombres, con una edad media de 43 años. Todos salvo uno tenían afectación ocular bilateral. 2 pacientes eran fumadores activos, 1 exfumador y 2 no fumadores. 2 pacientes eran diabéticos, ninguno de ellos presentaba retinopatía. El tiempo medio de enfermedad hasta su valoración en Reumatología fue de 3,5 años. Todos habían estado en tratamiento con antitiroideos, 1 con radioyodo y un paciente fue tiroidectomizado. El 100% de los pacientes presentaba una orbitopatía moderada-grave activa; todos habían sido tratados con medidas locales, 3 con selenio y ninguno había sido sometido a cirugía rehabilitadora. 3 pacientes habían recibido al menos un ciclo de esteroides intravenosos. Los pacientes recibieron sarilumab a dosis de 200 mg en inyección subcutánea cada 15 días durante una media de 11 meses (rango 7-21 meses), el 100% en monoterapia. El CAS inicial medio fue de 5/7 y el final fue de 2,75/10. La puntuación CAS se redujo en 3 puntos de media. El 100% obtuvieron respuesta favorable y alcanzaron la inactividad, consiguiendo reducir asimismo la gravedad de la afectación. Además, se observó una mejoría en los parámetros de la función tiroidea y reducción de títulos de anticuerpos frente al receptor de la TSH y antiperoxidasa tiroidea. Todos los pacientes continuaban con el tratamiento salvo uno que había suspendido el tratamiento por remisión clínica. No se registró ningún evento adverso salvo leve neutropenia en un paciente, que no obligó a reducir la dosis. Ningún paciente precisó tratamiento inmunosupresor posterior, ni cirugía rehabilitadora.

**Conclusiones:** El tratamiento con sarilumab en pacientes con OG moderada-grave activa parece ser una alternativa terapéutica efectiva y segura, clínicamente similar a la obtenida con TCZ en nuestra serie. Esta es la primera serie publicada del uso de sarilumab en pacientes con OG.

**P055. AFECTACIÓN MICROVASCULAR EN LA ENFERMEDAD DE BEHÇET. ESTUDIO DE CAPILAROSCOPIA PERIUNGUEAL Y CÉLULAS PROGENITORAS ENDOTELIALES EN UN CENTRO NACIONAL DE REFERENCIA**

B. Atienza Mateo<sup>1</sup>, A. del Peral-Fanjul<sup>1</sup>, V. Pulito-Cueto<sup>1</sup>, D. Prieto-Peña<sup>1,2</sup>, M.A. González-Gay<sup>1,2</sup> y R. Blanco<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>2</sup>IDIVAL. Grupo de Investigación en Epidemiología Genética y Arterioesclerosis de las Enfermedades Sistémicas y en Enfermedades Metabólicas Óseas del Aparato Locomotor. Santander.

**Introducción:** Las manifestaciones oculares de la enfermedad de Behçet (EB) son globalmente conocidas y estudiadas<sup>1</sup>. Las lesiones vasculares son también frecuentes, pero suelen reconocerse con menor frecuencia<sup>2</sup>. La afectación microvascular puede manifestarse clínicamente (generalmente en forma de fenómeno de Raynaud) o ser subclínica. La capilaroscopia del lecho periungueal estudia la microcirculación, pudiéndose detectar anomalías como dilataciones capilares y microhemorragias. Las células progenitoras endoteliales (CPE) se han vinculado a la patogenia de múltiples enfermedades cardiovasculares y vasculitis, incluyendo la EB, donde se podrían utilizar como biomarcadores.

**Objetivos:** Explorar las manifestaciones microvasculares y el papel de las CPE en los pacientes con EB.

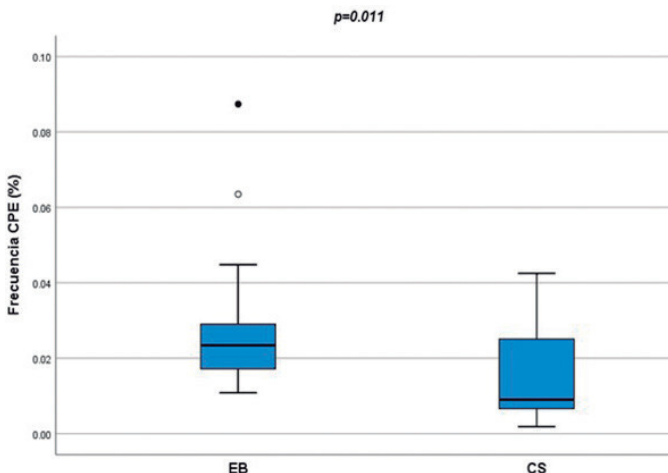
**Métodos:** Estudio observacional de pacientes consecutivos con EB, evaluados en un centro nacional de referencia, desde marzo hasta mayo del año 2021. Todos los pacientes cumplían los criterios internacionales del ICB<sup>3</sup>. Fueron evaluados secuencialmente con una visita reglada tras firmar un consentimiento informado. Las principales variables recogidas fueron: a) hallazgos en los capilares periungueales (diámetro de las asas, tortuosidad, densidad vascular, microhemorragias y flujo), y b) niveles séricos de CPE. Se realizó una capilaroscopia del lecho periungueal del segundo al quinto dedo de ambas manos con un capilaroscopio

digital de 500x aumentos. Los siguientes hallazgos fueron considerados anormales: ectasias capilares difusas ( $\geq 2$  capilares con diámetro de 20-50  $\mu\text{m}$  en al menos 2 dedos diferentes), megacapilares ( $\geq 50$   $\mu\text{m}$  de diámetro), densidad vascular disminuida ( $< 9$  capilares/mm o zonas avasculares), microhemorragias difusas ( $\geq 2$  microhemorragias en al menos 2 dedos diferentes) y flujo granular/lento. Las CPE se cuantificaron mediante citometría de flujo a partir de sangre periférica en un subgrupo de pacientes con EB en los cuales pudimos obtener una muestra sanguínea al momento y un grupo control de individuos sanos. Las CPE se caracterizaron por la expresión simultánea de marcadores de superficie que reflejan propiedades de células madre precursoras (CD34), inmadurez (CD309) y un compromiso endotelial (CD309), así como una expresión baja del marcador pan-leucocitario (CD45).

**Resultados:** De una cohorte de 120 pacientes con EB, 42 fueron evaluados durante el periodo del estudio. Se realizó un estudio capilaroscópico en los 42 casos, resultando anormal en el 54,8% de ellos. Los hallazgos más frecuentes fueron las ectasias capilares (45,2%), tortuosidad capilar (31%), megacapilares (21,4%) y microhemorragias (16,7%) (tabla). Se lograron obtener 18 muestras de sangre de pacientes con EB y se compararon con 12 controles sanos. La frecuencia de los niveles de CPE en sangre periférica fue significativamente superior en pacientes de EB que en controles sanos ( $p = 0,011$ ) (fig.).

Datos recogidos de 42 pacientes con enfermedad de Behçet

Datos demográficos	n (%)
Mujeres/Hombres	19 (45,2)/23 (54,8)
Edad (años), media $\pm$ DE	47,86 $\pm$ 12,99
Manifestación clínica vascular	n (%)
Trombosis venosa profunda	4 (9,52)
Tromboflebitis superficial	1 (2,38)
Aneurismas arteriales	2 (4,76)
Infarto agudo de miocardio	3 (7,14)
Trombosis arterial	1 (2,38)
Fenómeno de Raynaud	10 (23,81)
Hallazgos capilaroscópicos	n (%)
Exploración anormal	23 (54,8)
Ectasias difusas (20-50 $\mu\text{m}$ ) $\geq 2$ en $\geq 2$ dedos	19 (45,2)
Megacapilares ( $> 50$ $\mu\text{m}$ )	9 (21,4)
$\geq 2$ en $\geq 2$ dedos	3 (7,1)
Tortuosidad capilar	13 (31)
Microhemorragias	7 (16,7)
$\geq 2$ en $\geq 2$ dedos	1 (2,4)
Densidad vascular disminuida	3 (7,1)
Flujo granular	1 (2,4)



Cuantificación de la población de células progenitoras endoteliales mediante citometría de flujo en 18 pacientes con Enfermedad de Behçet y 12 controles sanos. Test U de Mann-Whitney.

**Conclusiones:** La afectación microvascular es frecuente en la EB y puede explorarse fácilmente a través de un estudio capilaroscópico. Además, las CPE suponen un potencial biomarcador de la enfermedad.

#### Bibliografía

- Atienza-Mateo B, et al. *Arthritis & Rheumatology*. 2019;71(12):2081-9.
- Emmi G, et al. *Intern Emerg Med*. 2019;14(5):645-52.
- International Team for the Revision of the International Criteria for Behçet's Disease (ITR-ICBD). *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2014;28(3):338-47.

#### PO56. UTILIDAD DEL TOCILIZUMAB EN LA UVEÍTIS NO INFECCIOSA Y EL EDEMA MACULAR QUÍSTICO. DATOS DE VARIAS COHORTES ESPAÑOLAS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

B. Atienza Mateo<sup>1</sup>, S. Castañeda<sup>2,3</sup>, D. Prieto-Peña<sup>1</sup>, E.F. Vicente-Rabaneda<sup>2</sup>, M.A. González-Gay<sup>1</sup> y R. Blanco<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. <sup>2</sup>Servicio de Reumatología. Hospital de La Princesa. IIS-Princesa. Madrid. <sup>3</sup>Cátedra UAM-Roche. EPID-Futuro. Departamento de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid.

**Introducción:** La uveítis no infecciosa es una de las principales causas de ceguera bien conocida, especialmente debido a su complicación con edema macular. Esta afectación ocular inflamatoria puede presentarse de forma aislada o bien asociada a enfermedades autoinmunes sistémicas. Su manejo depende de la etiología y gravedad, pero fundamentalmente incluye glucocorticoides tópicos y sistémicos. La mayoría de los casos requieren adicionalmente inmunosupresores (IS) convencionales y/o biológicos. Sin embargo, hay pacientes que no toleran o no responden a dichas terapias. El anti-receptor de la interleucina-6 tocilizumab (TCZ) ha mostrado resultados prometedores en el tratamiento de pacientes con diferentes enfermedades oculares inflamatorias.

**Objetivos:** Reunir toda la evidencia disponible sobre el uso de TCZ para el tratamiento de pacientes con uveítis no infecciosa con o sin edema macular quístico (EMQ).

**Métodos:** Búsqueda exhaustiva de literatura médica relacionada con el uso de TCZ en uveítis y/o EMQ hasta diciembre de 2021, publicada en revistas científicas indexadas en PubMed.

**Resultados:** Encontramos varias series de casos, estudios retrospectivos y un ensayo clínico (tabla). Las series más numerosas de pacientes con uveítis asociada a artritis idiopática juvenil o a enfermedad de Behçet se han publicado en dos estudios españoles del mismo grupo colaborativo, incluyendo un total de 25 y 16 pacientes, respectivamente<sup>1,2</sup>. Este grupo también ha reportado su experiencia con TCZ para el tratamiento de 25 pacientes con EMQ<sup>3</sup>. En todos los estudios, la mayoría de los pacientes fueron refractarios a diversos IS, incluidos agentes anti-TNF. En general, se logró una mejoría visual y remisión del EMQ con TCZ en la mayoría de los casos, observándose una baja tasa de eventos adversos graves.

**Conclusiones:** Según los datos de nuestra revisión, en la actualidad existe evidencia consolidada sobre la utilidad de TCZ en pacientes con uveítis no infecciosa grave y/o refractaria con o sin EMQ.

#### Bibliografía

- Calvo-Río V, et al. *Arthritis Rheumatol*. 2017;69(3):668-75.
- Atienza-Mateo B, et al. *Clin Exp Rheumatol*. 2021;39 Suppl.132(5):37-42.
- Vegas-Revenga N, et al. *Am J Ophthalmol*. 2019;200:85-94.

**Tabla P056**

Revisión de la literatura sobre la eficacia de tocilizumab en uveítis no infecciosa y edema macular quístico

Autor, fecha	Pacientes (n)	EA asociada (n)	Indicación del TCZ	Respuesta ocular
Muselier et al. 2011	2	CRB (1), idiopática (1)	Uveítis y EMQ recidivantes	Mejoría
Hirano et al. 2012	1	EB	Úlceras orales, eritema nodoso y uveítis recurrentes	Completa
Tappeiner et al. 2012	3	AIJ	Uveítis refractaria	2 completa 1 uveítis activa
Oshitari et al. 2012	1	EC	Presión intraocular descontrolada	Completa
Adán et al. 2013	5	CRB (3), AIJ (1), idiopática (1)	EMQ refractario	Completa
Tsang et al. 2014	1	AIJ	-	Completa
Calvo-Río et al. 2014	3	EB (2), AR (1)	Uveítis recidivante	2 completa 1 mejoría
Papo et al. 2014	8	EB (1), CRB (1), uveítis granulomatosa (2), SpA (1), idiopática (3)	Uveítis refractaria	6 completa 2 no respuesta
Mesquida et al. 2014	7	CRB (3), AIJ (3), idiopática (1)	EMQ refractario	Completa
Tappeiner et al. 2016	17	AIJ	Uveítis refractaria	7 completa 7 no respuesta 3 parcial
Calvo-Río et al. 2017	25	AIJ	Uveítis (20) y artritis (5) refractarias	19 completa 6 uveítis activa
Deuter et al. 2017	5	AIJ (2), AR (2), SpA (1)	EM refractario	4 completa 1 uveítis activa
Sepah et al. 2017; STOP-Uveitis Study	37	Idiopática (28), sarcoidosis (2), VKH (2), CRB (2), EB (1), CPI (1), TINU (1)	Uveítis activa	Mejoría
Atienza-Mateo et al. 2018	11	EB	Uveítis refractaria	8 completa 3 mejoría
Mesquida et al. 2018	12	AIJ (6), CRB (2), idiopática (2), oftalmía simpática (1), SpA (1)	EM refractario	Completa
Vegas-Revenga et al. 2019	25	AIJ (9), EB (7), CRB (4), idiopática (4), sarcoidosis (1)	EMQ refractario	14 completa 11 mejoría
Babu et al. 2019	1	Uveítis pediátrica idiopática	Uveítis y EMQ recidivantes	Completa
Adán et al. 2019	1	AIJ	Uveítis y EMQ recidivantes	Completa
Wennink et al. 2020	7	Uveítis pediátrica idiopática	Uveítis refractaria	7 Mejoría
Atienza-Mateo et al. 2021	16	EB	Uveítis (14) y neurobehçet (2) refractarios	10 completa 3 mejoría

AIJ: artritis idiopática juvenil; AR: artritis reumatoide; CPI: coroiditis puntata interna; CRB: coriorretinopatía de Birdshot; EA: enfermedad autoinmune; EB: enfermedad de Behçet; EC: enfermedad de Castleman; EMQ: edema macular quístico; SpA: espondiloartropatía; TCZ: tocilizumab; TINU: nefritis tubulointersticial con uveítis; VKH: Vogt-Koyangi-Harada.

**P057. TOCILIZUMAB EN LA ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES CON AFECTACIÓN DE VASO GRANDE Y EN LA ARTERITIS DE TAKAYASU. ESTUDIO OBSERVACIONAL MULTICÉNTRICO COMPARATIVO**

A. Herrero Morant<sup>1</sup>, J. Loricera<sup>1</sup>, D. Prieto-Peña<sup>1</sup>, S. Castañeda<sup>2</sup>, C. Moriano<sup>3</sup>, P. Bernabéu<sup>4</sup>, P. Vela-Casasempere<sup>4</sup>, J. Narváez<sup>5</sup>, V. Aldasoro<sup>6</sup>, O. Maíz<sup>7</sup>, C. Fernández-López<sup>8</sup>, M. Freire González<sup>8</sup>, R. Melero<sup>9</sup>, I. Villa-Blanco<sup>10</sup>, B. González-Alvarez<sup>11</sup>, R. Solans-Laqué<sup>12</sup>, J.L. Callejas-Rubio<sup>13</sup>, C. Fernández-Díaz<sup>2</sup>, E. Rubio Romero<sup>14</sup>, S. García Morillo<sup>14</sup>, M. Minguez<sup>15</sup>, C. Fernández-Carballido<sup>15</sup>, E. de Miguel<sup>16</sup>, J. Sánchez<sup>17</sup>, E. Fernández<sup>18</sup>, S. Melchor<sup>17</sup>, E. Salgado-Pérez<sup>19</sup>, B. Bravo<sup>20</sup>, S. Romero-Yuste<sup>21</sup>, E. Galíndez-Agirregoikoa<sup>22</sup>, F. Sivera<sup>23</sup>, I. Ferraz-Amaro<sup>24</sup>, C. Hidalgo<sup>25</sup>, C. Romero-Gómez<sup>26</sup>, C. Galisteo<sup>27</sup>, P. Moya<sup>28</sup>, N. Álvarez-Rivas<sup>29</sup>, J. Mendizabal<sup>16</sup>, J.C. Nieto González<sup>30</sup>, J.R. de Dios<sup>31</sup>, J.L. Andreu<sup>32</sup>, I. Pérez de Pedro<sup>33</sup>, M. Revenga<sup>34</sup>, J.L. Alonso Valdivieso<sup>35</sup>, R. Roldán Molina<sup>6</sup>, I. de la Morena<sup>37</sup>, N. Fernández-Llanio<sup>38</sup>, E. Labrador<sup>39</sup>, J.A. Roman-Ivorra<sup>40</sup>, F. Ortiz-Sanjuán<sup>40</sup>, A. García-Valle<sup>41</sup>, A. Gallego<sup>42</sup>, C. Iñiguez<sup>43</sup>, N. Garrido-Puñal<sup>14</sup>, R. de la Torre<sup>44</sup>, R. López-González<sup>45</sup>, P. Collado<sup>46</sup>, E. Raya<sup>13</sup>, F. Navarro<sup>47</sup>, A. Juan Mas<sup>48</sup>, C. Ordás<sup>49</sup>, M.D. Boquet<sup>38</sup>, M.L. Velloso Feijoo<sup>50</sup>, C. Campos Fernández<sup>51</sup>, Í. Rúa-Figueroa<sup>52</sup>, A. Conesa<sup>53</sup>, S. Manrique Arija<sup>26</sup>, M.A. González-Gay<sup>1</sup> y R. Blanco<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Reumatología. IDIVAL. Santander. <sup>2</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. <sup>3</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de León. <sup>4</sup>Servicio de Reumatología. Hospital General de Alicante. <sup>5</sup>Servicio de Reumatología. Hospital de Bellvitge. Barcelona. <sup>6</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. <sup>7</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Donostia. San Sebastián. <sup>8</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

<sup>9</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario de Vigo. <sup>10</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Sierrallana. Torrelavega. <sup>11</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Nuestra Señora de la Candelaria. Tenerife. <sup>12</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. <sup>13</sup>Servicio de Reumatología. Hospital San Cecilio. Granada. <sup>14</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>15</sup>Servicio de Reumatología. Hospital San Juan de Alicante. <sup>16</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. <sup>17</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. <sup>18</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Virgen de Arrixaca. Murcia. <sup>19</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. <sup>20</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Virgen de las Nieves. Granada. <sup>21</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. <sup>22</sup>Servicio de Reumatología. Hospital de Basurto. Bilbao. <sup>23</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Elda. <sup>24</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. <sup>25</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Universitario de Salamanca. <sup>26</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Regional de Málaga. <sup>27</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Parc Taulí. Sabadell. <sup>28</sup>Servicio de Reumatología. Hospital de Sant Pau. Barcelona. <sup>29</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario San Agustín. Avilés. <sup>30</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Gregorio Marañón. Madrid. <sup>31</sup>Servicio de Reumatología. Hospital de Araba. Mondragón. <sup>32</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Puerta de Hierro. Madrid. <sup>33</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Carlos Haya. Málaga. <sup>34</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. <sup>35</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Burgos. <sup>36</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. <sup>37</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario de Valencia. <sup>38</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. <sup>39</sup>Servicio de Reumatología. Hospital San Pedro. Logroño. <sup>40</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. <sup>41</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial Palencia. <sup>42</sup>Servicio de

Reumatología. Hospital Universitario de Badajoz. <sup>43</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Lucus Augusti. Lugo. <sup>44</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. <sup>45</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario de Zamora. <sup>46</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Severo Ochoa. Madrid. <sup>47</sup>Servicio de Reumatología. Hospital General de Elche. <sup>48</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca. <sup>49</sup>Servicio de Reumatología. Hospital de Cabueñes. Gijón. <sup>50</sup>Servicio de Reumatología. Hospital de Valme. Sevilla. <sup>51</sup>Servicio de Reumatología. Consorcio General de Valencia. <sup>52</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Doctor Negrín. Gran Canaria. <sup>53</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Castellón.

**Objetivos:** El tocilizumab (TCZ) ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de las vasculitis de grandes vasos, incluyendo la arteritis de células gigantes (ACG) y la arteritis de Takayasu (AT). Sin embargo, la ACG con afectación de vaso grande y la AT presentan características demográficas y clínicas diferentes que pueden influir en la respuesta terapéutica del TCZ. Nuestro objetivo fue comparar la efectividad del TCZ en pacientes con ACG con afectación de vaso grande y en pacientes con AT.

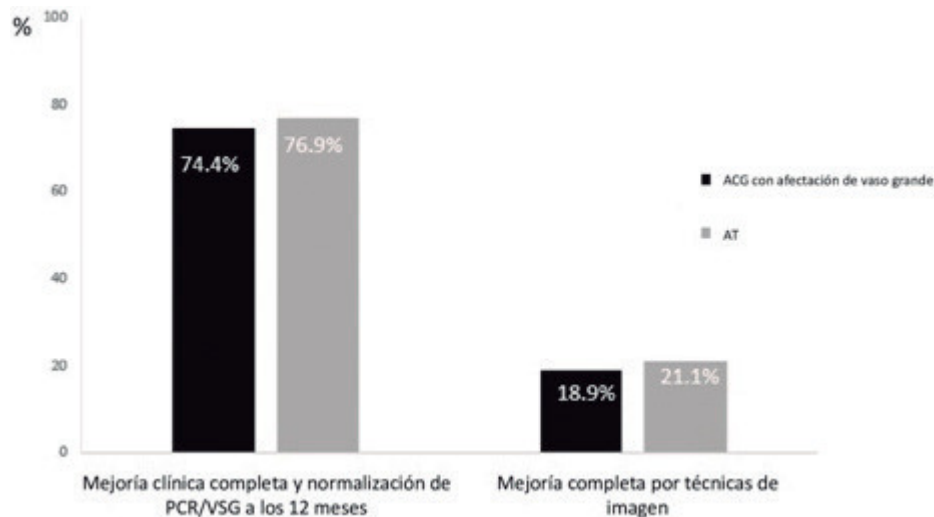
**Métodos:** Estudio observacional multicéntrico de pacientes con ACG con afectación de vaso grande y AT que recibieron TCZ. Las variables a evaluar fueron: a) proporción de pacientes que lograron una mejoría clínica completa junto a normalización de los reactantes de fase aguda (PCR  $\leq$  0,5 mg/dL y/o VSG  $\leq$  20 mm/1ª hora) a los 12 meses, y b) mejoría completa en las técnicas de imagen. Se realizó un estudio comparativo entre los pacientes con ACG con afectación de vaso grande y AT.

**Resultados:** Se evaluaron 70 pacientes con ACG con afectación de vaso grande y 57 con AT, que recibieron TCZ. Las principales características clínicas y demográficas se describen en la tabla. Los pacientes con AT eran más jóvenes, tenían una mayor duración de la enfermedad, habían recibido con más frecuencia un tratamiento biológico previo y recibían dosis más altas de prednisona al inicio de TCZ. La administración intravenosa de TCZ fue más frecuente en los pacientes con AT (80,7% frente a 48,6%;  $p < 0,01$ ). El tiempo de seguimiento tras el inicio de la TCZ fue similar en ambos grupos. A los 12 meses, alrededor del 75% de los pacientes lograron una mejoría clínica completa y la normalización de la VSG/PCR en ambos grupos. Se realizó una técnica de imagen de seguimiento en 37 pacientes con ACG con afectación de vaso grande tras un seguimiento medio de  $12,9 \pm 6,0$  meses

Principales características demográficas y clínicas de los pacientes con ACG con afectación de vaso grande y arteritis de Takayasu tratados con tocilizumab

	ACG con afectación de vaso grande (n = 70)	AT (n = 57)	p
Características generales			
Edad (años), media $\pm$ DE	67,2 $\pm$ 10,5	40,5 $\pm$ 16,3	< 0,01
Sexo (mujeres), n (%)	51 (72,9)	49 (86)	0,07
Evolución de la enfermedad antes del inicio de TCZ (meses), mediana [RIC]	5 [2-15]	12 [3-37]	< 0,01
Laboratorio			
VSG (mm/1ª hora), mediana [RIC]	32 [12,5-54,7]	31 [10-52]	0,82
PCR (mg/dL), mediana [RIC]	1,4 [0,5-2,4]	1,4 [0,5-3,5]	0,41
Dosis de prednisona basal (mg/día), mediana [RIC]	15 [10-20]	30 [15-50]	< 0,01
Tratamiento previo			
FAME convencionales, n(%)	45 (64,3)	44(77,2)	0,51
Terapia biológica, n (%)	0(0)	12 (21,1)	< 0,01
Tratamiento con TCZ			
Intravenoso, n (%)	34 (48,6)	46 (80,7)	< 0,01
Combinado con MTX, n (%)	24 (34,3)	24 (42,1)	0,37
Seguimiento tras inicio de TCZ, mediana [RIC]	20 [10-36]	18 [7-41]	0,73
Mejoría clínica completa y normalización de PCR/VSG a los 12 meses, n/N (%)	35/47 (74,4)	30/39 (76,9)	0,79
Mejoría completa en técnicas de imagen, n/N(%)	7/37 (18,9)	8/38 (21,1)	0,85

ACG: arteritis de células gigantes; AT: arteritis de Takayasu; DE: desviación estándar; FAME: fármacos modificadores de la enfermedad; MTX: metotrexato; PCR: proteína C reactiva; RIC: rango intercuartílico; TCZ: tocilizumab VSG: velocidad de sedimentación globular.



Mejoría clínica completa con normalización de PCR/VSG y mejoría completa por técnicas de imagen en ACG con afectación de vaso grande y AT tratados con TCZ.

y en 38 pacientes con AT tras  $9,5 \pm 5,0$  meses. Solo se observó una mejoría completa en las técnicas de imagen en el 18,9% y el 21,1% de los pacientes con ACG y AT, respectivamente (fig.).

**Conclusiones:** La efectividad del TCZ fue similar en los pacientes con ACG con afectación de vaso grande y AT, a pesar de que la enfermedad era más refractaria en los pacientes con AT. Se observó una discordancia entre la mejoría de la actividad clínica y la observada por técnicas de imagen tanto en la ACG como en la AT.

**P058. RESPUESTA CLÍNICA A LA INFILTRACIÓN ECOGUIADA DE LA ARTICULACIÓN SACROILÍACA CON CORTICOIDES EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS**

M. González Peñas<sup>1</sup>, M.A. Ramírez Huaranga<sup>2</sup>, Á.E. Plasencia Ezaine<sup>2</sup>, R. Arenal López<sup>2</sup>, D. Castro Corredor<sup>1</sup>, M.A. Paulino Huertas<sup>1</sup>, J. Anino Fernández<sup>1</sup>, J. Seoane Romero<sup>1</sup>, L. Martín de la Sierra López<sup>1</sup>, L.M. Jiménez Rodríguez<sup>1</sup> y C.C. Ramos Rodríguez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital General de Ciudad Real.

<sup>2</sup>Reumatología intervencionista. Hospital General de Ciudad de Real.

<sup>3</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital General de Ciudad Real.

**Introducción:** El término espondiloartritis (EspA) engloba a un grupo de enfermedades inflamatorias reumáticas crónicas que afectan principalmente al esqueleto axial pero que también puede afectar a las articulaciones periféricas y presentar manifestaciones extraarticulares. Además, comparten mecanismos patogénicos, una agregación familiar y una fuerte asociación con el complejo de histocompatibilidad B 27. La localización más típica de la inflamación en las EspA son las articulaciones sacroilíacas (ASI) constituyendo la primera manifestación en el 75% de los pacientes. La sacroilitis puede predominar en el cuadro clínico o puede complicar el transcurso de cualquiera de las variantes de las EspA. Con respecto al tratamiento, el objetivo principal será maximizar la calidad de vida a largo plazo mediante el control de los síntomas y la inflamación, la prevención del daño estructural progresivo y la normalización/mantenimiento de la función y participación social. Dado que los

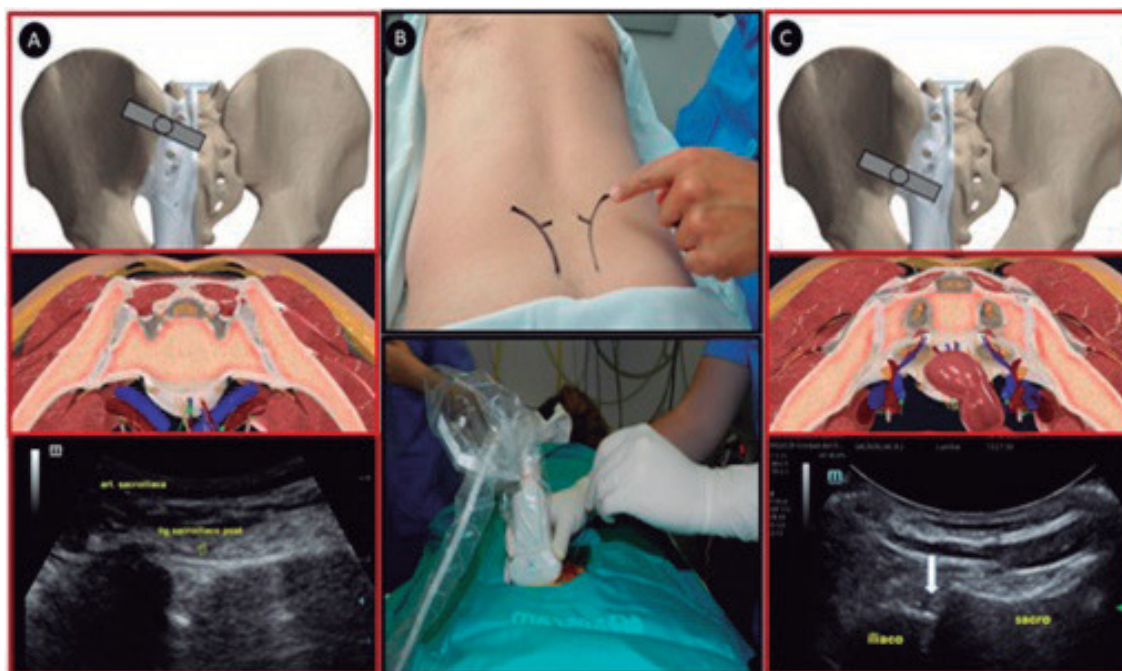
pacientes con EspA axial presentan como denominador común la presencia de sacroilitis, la infiltración con corticoides guiado por técnicas de imagen ha sido considerada como una terapia efectiva desde hace más de 2 décadas, sobre todo en los pacientes que no respondan al tratamiento con AINEs. Inicialmente se desarrolló la técnica para la infiltración de la ASI en quirófano bajo guía fluoroscópica. En la última década se ha propuesto la alternativa de la realización de la infiltración de la ASI bajo guía ecográfica (fig.), obteniéndose muy buena efectividad, precisión y seguridad. Esta técnica se realiza de manera relativamente sencilla sin la necesidad imperiosa de un quirófano ni la exposición a radiación ionizante. Por todo ello, actualmente se considera la infiltración ecoguiada como una técnica válida, segura y fácil de realizar.

**Objetivos:** Principal: determinar la mejoría clínica (BASDAI, ASDAS, reactantes de fase aguda y EVA) tras la infiltración ecoguiada de corticoides en la articulación sacroilíaca de pacientes con espondiloartritis. Secundarios: determinar los factores de mejor respuesta clínica tras la infiltración ecoguiada de corticoides en la articulación sacroilíaca. Determinar cuáles son las complicaciones más frecuentes tras la infiltración ecoguiada de corticoides en la articulación sacroilíaca.

**Métodos:** Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de una serie de pacientes con EspA y sacroilitis que recibieron una infiltración ecoguiada de la ASI del 01 de junio 2020 hasta el 31 de mayo del 2021. Se realizó la comparación de las medias (t-Student) para las variables EVA y BASDAI antes y después del procedimiento. Se evaluó la asociación de variables con la respuesta clínica mediante el cálculo del Odds ratio.

**Resultados:** Se analizaron 32 pacientes con EspA (edad  $42,69 \pm 8,19$ , sexo femenino 56,25%) (tabla). Previa a la infiltración presentaban EVA  $7,88 \pm 0,79$  y BASDAI  $5,43 \pm 1,48$ . A los 3-4 meses un 75% mejoró, presentando: EVA  $3,81 \pm 2,33$  ( $-4,07$ ,  $p < 0,0001$ ) y BASDAI de  $3,24 \pm 1,6$  ( $-2,19$ ,  $p < 0,0001$ ). No se pudo determinar la asociación significativa de las variables con la respuesta clínica a la infiltración.

**Conclusiones:** La infiltración ecoguiada de corticoides en la ASI en pacientes con EspA y sacroilitis activa proporciona una mejoría clínica a los 3 meses. Siendo un procedimiento fácil de realizar, seguro,



**P058 Figura 1.** A: Imagen anatómica y ecográfica para el abordaje de los 2/3 superiores de la ASI. B: Abordaje en plano de la articulación con transductor curvo. C: Imagen anatómica y ecográfica para el abordaje del 1/3 inferior de la ASI.



Variable	n (%)
Sexo	
Masculino	14 (43.75)
Femenino	18 (56.25)
Edad	42.69 +/- 8.19
Tipo de EspA	
Espondilitis Anquilosante	14 (43.75)
Espondiloartritis no Radiográfica.	13 (40.62)
Espondiloartritis asociada a Enfermedad inflamatoria intestinal	3 (9.38)
Espondiloartritis Psoriásica	2 (6.25)
Tiempo de evolución (años)	3.94 +/- 2.55
Presencia del HLA B27 (+)	14 (43.75)
Rx de sacroiliacas según criterios de Nueva York	
Grado 0	8 (25)
Grado 1	7 (21.88)
Grado 2	13 (40.63)
Grado 3	4 (12.49)
Grado 4	0 (0)
Sacroilitis en RMN según criterios ASAS	
Derecha	7 (21.87)
Izquierda	7 (21.87)
Bilateral	14 (43.75)
Negativo	4 (12.51)
Manifestaciones extra axiales	16 (50)
Afectación periférica	10 (31.25)
Enfermedad inflamatoria intestinal	3 (9.38)
Psoriasis	2 (6.25)
Uveítis	1 (3.13)
Tratamiento	
Analgésicos no opioides	10 (31.25)
Analgésicos opioides	15 (45.87)
AINEs	17 (53.12)
Corticoides	8 (25)
FAMEs	10 (31.25)
Metotrexato	5 (15.62)
Salazopirina	3 (9.38)
Claversal	1 (3.13)
Azatioprina	1 (3.13)
Tratamiento biológico	18 (56.25)
Adalimumab	8 (25)
Golimumab	5 (15.62)
Etanercept	2 (6.25)
Secukinumab	2 (6.25)
Vedolizumab	1 (3.13)
ASDAS previo	3.27 +/- 0.86
Grado de actividad:	
inactivo (<1.3)	0 (0)
actividad moderada/baja (<2.1)	2 (6.25)
actividad alta (<=3.5)	19 (59.37)
actividad muy alta (>3.5)	11 (34.38)
BASDAI previo	5.43 +/- 1.48
Grado de actividad:	
baja (BASDAI <4)	2 (6.25)
alta (BASDAI ≥4)	30 (93.75)
PCR previa (VN <= 0.5mg/dl)	0.61 +/- 0.78
VSG previa (VN <= 10mm)	10.88 +/- 8.94
EVA dolor lumbar previo	7.88 +/- 0.79
Articulación sacroiliaca infiltrada	
Derecha	10 (31.25)
Izquierda	8 (25)
Bilateral	14 (43.75)

EspA=Espondiloartritis, HLA= antígeno leucocitario humano, RMN= resonancia magnética nuclear, ASAS= Assessment of SpondyloArthritis International Society, AINEs= antiinflamatorios no esteroideos, FAMEs= fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad, ASDAS= ankylosing spondylitis disease activity score, BASDAI= Bath ankylosing spondylitis disease activity index, PCR= proteína C reactiva, VSG= velocidad de sedimentación globular, EVA= escala visual analógica.

Perfil clínico de los pacientes.

de menor coste y sin exposición a radiación ionizante. Son necesarios más estudios, con mayor población y mejor diseño.

#### P059. MACHINE LEARNING DEL ÍNDICE ECOGRÁFICO DE ENTESIS MASEI Y OTRAS VARIABLES DE ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS

D. Castro Corredor<sup>1</sup>, L.Á. Calvo Pascual<sup>2</sup>, M.A. Ramírez Huaranga<sup>1</sup>, M. González Peñas<sup>1</sup>, J. Seoane Romero<sup>1</sup>, L. Martín de la Sierra López<sup>1</sup>, L.M. Jiménez Rodríguez<sup>1</sup> y M. Paulino Huertas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Ciudad Real. <sup>2</sup>Departamento de Métodos Cuantitativos. ICADE. Universidad Pontificia de Comillas.

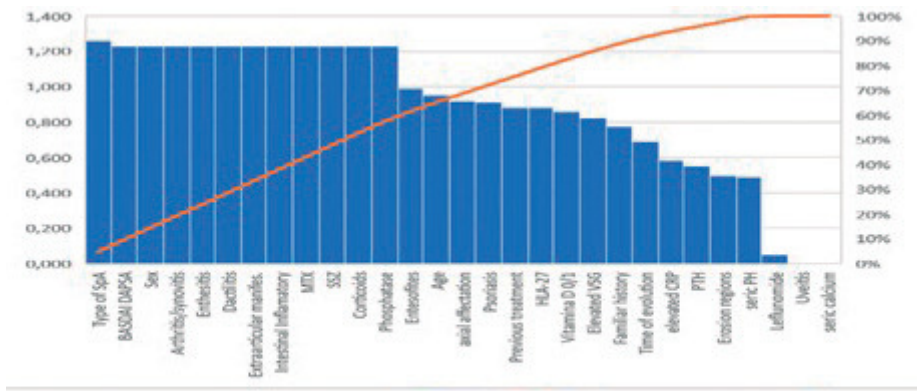
**Introducción:** Las espondiloartritis (EspA) son un grupo de enfermedades inflamatorias crónicas con afectación, principalmente del esqueleto axial, y también de articulaciones periféricas. La entesitis es uno de los órganos diana, y su inflamación conocida como entesitis puede pasar desapercibida. *Machine Learning* es una rama de la inteligencia artificial que estudia la construcción de una función  $y = f(X)$ , a partir de un conjunto finito de observaciones  $D = \{X, y\}$ , donde  $y$  es una variable endógena y  $X$  son variables explicativas. Con ello se pretende conseguir el mejor ajuste a los datos sin que se produzca el *overfitting*, intentando realizar predicciones del comportamiento de las variables que se estudian.

**Objetivos:** Obtener el mejor modelo *Machine Learning* que explique el índice MASEI (Madrid Sonographic Enthesitis Index) en las entesis en función de la actividad de la enfermedad (ASDAS, BASDAI y DAPSA) y otras variables en pacientes con espondiloartritis.

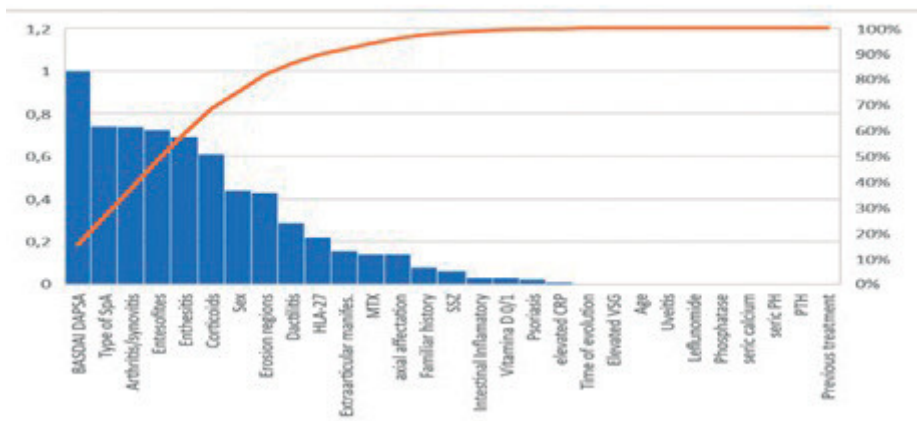
**Métodos:** Estudio observacional, descriptivo y transversal. Se analizaron 24 pacientes con EspA a los que se les realizó una ecografía musculoesquelética aplicando el índice MASEI y que fueron atendidos en nuestras consultas durante mayo 2021 a septiembre 2021 y bajo la aprobación del CEICm de nuestro centro. Se hizo una selección de las variables más relacionadas con MASEI calculando la información mutua y la relación chi-cuadrado, utilizando para ello la librería scikit-learn (python) y el programa informático *Matlab*, respectivamente. Con el paquete *Regression Learner* de *Matlab*, se obtuvo el modelo *Machine Learning* con menor error RMSE para 5 fold *cross-validation*, como resultado ser una regresión lineal.

**Resultados:** Para obtener modelos regresivos que expliquen el MASEI TOTAL se han elegido las variables: tipo de SpA, actividad BASDAI-DAPSA-ASDAS, artritis, entesofitos, corticoides y PCR porque presentan un alto grado de información mutua con MASEI y un alto índice chi-cuadrado (figs. 1 y 2). Con dichas variables hemos obtenido el modelo que presenta un menor error RSME para datos validados que ha resultado ser una regresión lineal, dada por la fórmula:  $MASEI = -9,29 - 2,29 * \text{tipo de EspA} + 10,42 * ASDAS + 4,08 * \text{Corticoides} + 8,2 * \text{Artritis/sinov.} + 4,46 * \text{Entesitis} - 8,6 * \text{PCR}$ . Las características estadísticas básicas de los coeficientes de esta ecuación se pueden consultar en la figura 3. Las características del modelo vienen especificadas en la figura 3. Como pruebas de bondad del ajuste del modelo, podemos ver en la figura 4, cómo los datos se ajustan a la diagonal y en las figuras 5 y 6, donde se observa una predicción y unos intervalos de confianza de nuestro modelo usando como ejes coordenados ASDAS y MASEI.

**Conclusiones:** Hemos obtenido un modelo lineal, que explica la variable MASEI como una combinación lineal explícita de las variables: tipo de EspA, ASDAS, corticoides, artritis/sinov, Entesitis y PCR. Nuestro modelo, además de sencillo, es óptimo, en el sentido de que para 5-fold *cross validation*, obtiene el menor error RSME, frente a otros métodos *Machine Learning*, como: redes neuronales, SVM, procesos de regresión gaussiana, etc. Nuestro modelo, es útil para construir intervalos de confianza, hacer predicciones y relacionar las variables mencionadas anteriormente.



**Figura 1.** Gráfico de Pareto. Correspondencia chi-cuadrada de las variables con MASEI TOTAL



**Figura 2.** Gráfico de Pareto, información mutua de MASEI con el resto de variables

**Model 1.1:** Trained

**Training Results**

RMSE (Validation)	8.6866
R-Squared (Validation)	0.66
MSE (Validation)	75.457
MAE (Validation)	7.177
Prediction speed	~960 obs/sec
Training time	11.357 sec

**Model Type**

Preset: Linear  
 Terms: Linear  
 Robust option: Off

**Optimizer Options**

Hyperparameter options disabled

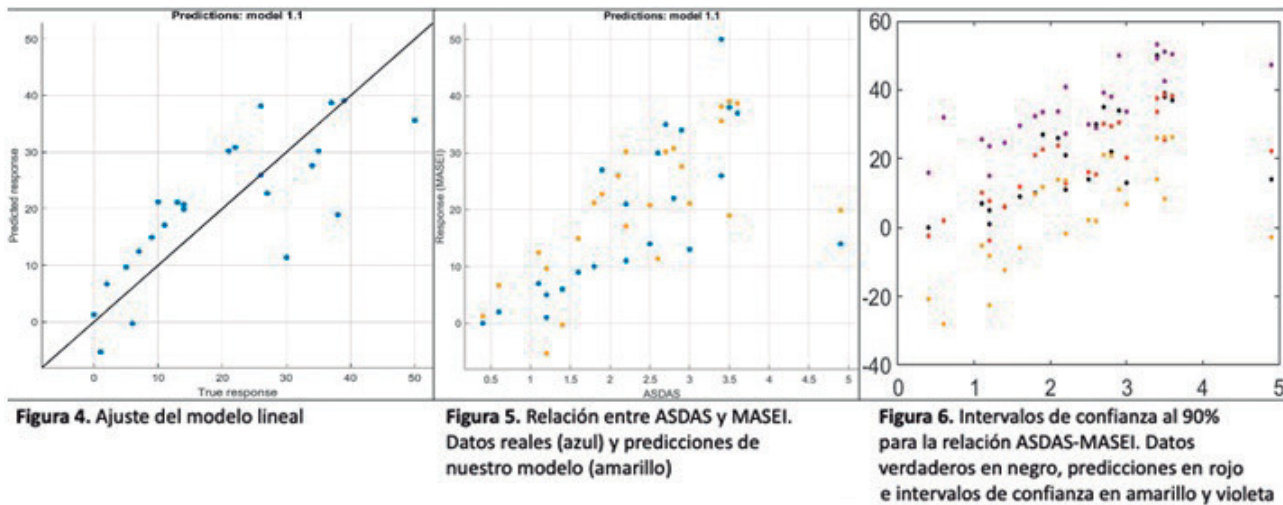
**Feature Selection**

All features used in the model, before PCA

**PCA**

PCA disabled

**Figura 3.** Características técnicas de la regresión lineal



P059 Figura 3

## P060. LOS PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA PRESENTAN ALTERACIONES EN LA ESFERA SEXUAL

M. Robustillo Villarino<sup>1</sup> y À.Martínez-Ferrer<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario de la Plana. Vila-Real. <sup>2</sup>Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

**Introducción:** La artritis psoriásica (APs) es un trastorno inflamatorio crónico que afecta principalmente a las articulaciones y las entesis. Además, se asocia con el síndrome depresivo (SD), la enfermedad cardiovascular, la hipertensión (HTA), la diabetes mellitus (DM), la obesidad y la psoriasis (Pso). Existen pocos estudios dirigidos a analizar la implicación de la afectación del aparato locomotor con las alteraciones de la calidad sexual (CS).

**Métodos:** Estudio observacional transversal. Se incluyeron consecutivamente pacientes diagnosticados de APs (criterios CASPAR), controlados en consultas externas de la sección de reumatología de un hospital universitario. Se recogieron variables sociodemográficas (edad, género, año del diagnóstico, salud percibida, estado civil, nivel de estudios, situación laboral, nivel de ingresos laborales); de enfermedad (afectación axial/periférica, localización y extensión de la Pso, tratamientos (AINE, glucocorticoides, FAME sintético o biológico), práctica de ejercicio físico, obesidad, DM, DL, HTA, tabaquismo, antecedentes de SD y de tratamiento psicológico o psiquiátrico). Se analizaron las alteraciones de la CS mediante cuestionarios validados autoaplicados: MGH-SFQ y CSFQ-14, que valoran los 4 dominios de la función sexual; Qualisex y DLQI diseñados para patología articular y dermatológica respectivamente que exploran aspectos sexuales. El análisis incluyó  $\chi^2$ , t-Student y ANOVA para analizar asociación entre variables en crudo; correlación de Pearson y regresión lineal múltiple para valorar asociaciones independientes.

**Objetivos:** Describir la existencia de alteraciones sexuales de pacientes con APs; analizar el efecto de las características sociodemográficas, comorbilidades (Pso, SD, factores de riesgo cardiovascular) y los tratamientos de los pacientes sobre la CS; y describir diferencias de CS en función del género.

**Resultados:** Se valoraron 75 pacientes cuyas características se reflejan en la tabla 1. La puntuación total y segregada por género de los cuestionarios de CS se reflejan en la tabla 2. Los determinantes independientes sobre la CS fueron la edad excepto para la valoración de Qualisex; la enfermedad psoriásica en todos los cuestionarios excepto para el dominio relaciones interpersonales del DLQI; el nivel de ingresos en el dominio deseo y orgasmo del CSFQ-14; la Pso en el dominio deseo y excitación del CSFQ-14; el tratamiento con AINE en el dominio deseo del CSFQ-14; el tratamiento con antiTNF en el dominio orgasmo del CSFQ-14; la DL según el CSFQ-14, los dominios deseo,

excitación y orgasmo, y el Qualisex; y el antecedente de SD según la valoración para el dominio orgasmo del CSFQ-14 y la puntuación del MGH-SFQ. No mostraron relación con la disfunción sexual el estado civil, nº de hijos, nivel de estudios, situación laboral, salud percibida, año al diagnóstico, psoriasis genital, afectación axial/periférica, HTA, DM, obesidad, tabaquismo, tratamiento con MTX y antiIL17.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes

N = 75	Media (DE)
Edad (años)	52 (0,91)
Número de hijos	1,33 (0,11)
Frecuencia	
Mujeres	40%
Salud percibida	Muy buena 1,33%
	Buena 37,33%
	Regular 49,33%
	Mala 10,47%
	Muy mala 1,33%
Tiempo de evolución de la enfermedad	Menos o igual a un año 14,67%
	Entre 1 y 5 años 36%
	Más de 5 años 49,33%
Estado civil	Casado 65,33%
	En pareja 18,67%
	Soltero 10,5%
Nivel de estudios	Divorciado 5,5%
	Primarios 38,67%
	Secundarios 22,67%
	Bachillerato o formación profesional 22,67%
	Universitarios o doctorado 16%
Situación laboral	Empleados a tiempo parcial 9,33%
	Empleado jornada completa 56%
	Jubilado 16%
	Desempleados 18,67%
Nivel de ingresos familiares anual	Por debajo de 16.000 euros/año 17,33%
	16.000 a 24.000 euros/año 29,33%
	24.000 a 66.500 euros/año 16%
	Pacientes que prefirieron no contestar 37,33%
Psoriasis	85,33%
Psoriasis genital	32%
Afectación axial	34,67%
Afectación periférica	97,33%
Tratamiento con AINE	32,43%
Tratamiento con MTX	57,33%
Tratamiento con antiTNFa	29,33%
Tratamiento con antiIL17	12%
Práctica de ejercicio físico regular	51%
Obesidad	26,67%
Diabetes	5,63%
Dislipemia	25,35%
Hipertensión	43,01%
Tabaquismo	29,33%
Antecedente de depresión	12%
Antecedente de tratamiento psicológico	14,67%
Antecedente de tratamiento psiquiátrico	16%

**Tabla P060**

Tabla 2. Resultados de los cuestionarios aplicados. MGH-SFQ, Qualisex, DLQI, CSFQ y dominios de la función sexual

	Total	Mujeres	Varones	p
MGH-SFQ [media (DE)]	11,71 (1,35)	6,93 (6,52)	14,76 (5,94)	0,0001
QUALISEX total [media (DE)]	2,98 (0,3)	3,28 (2,72)	2,75 (2,09)	0,44
DLQI total [media (DE)]	26,55 (0,18)	27,71 (3,45)	24,73 (5,61)	0,0083
DLQI relaciones interpersonales [media (DE)]	5,65 (0,57)	5,74 (1,0)	5,48 (1,09)	0,31
CSFQ-14 total [media (DE)]	38,8 (0,24)	31,79 (11,32)	43,66 (8,43)	0,0001
CSFQ-14 deseo/frecuencia [media (DE)]	6,08 (0,36)	4,93 (2,2)	6,93 (1,44)	0,0001
CSFQ-14 deseo/interés [media (DE)]	7,53 (0,13)	5,57 (2,7)	8,93 (2,34)	0,0001
CSFQ-14 placer [media (DE)]	2,94 (0,45)	2,5 (1,2)	3,25 (0,84)	0,0026
CSFQ-14 activación/excitación [media (DE)]	9,71 (0,38)	7,21 (3,27)	11,5 (2,98)	0,0001
CSFQ-14 orgasmo [media (DE)]	9,59 (0,55)	8 (3,22)	10,5 (2,54)	0,0005
CSFQ-14 fase deseo [media (DE)]	13,59 (0,45)	10,5 (4,42)	15,86 (3,17)	0,0001
CSFQ-14 fase activación [media (DE)]	9,71 (0,38)	7,21 (3,27)	11,5 (2,98)	0,0001
CSFQ-14 fase orgasmo [media (DE)]	9,59 (1,37)	8 (3,22)	10,5 (2,53)	0,0005
CSFQ-14 patológico [frecuencia (n)]	45,33 (34)	64,71 (22)	35,29 (12)	0,0001

**Conclusiones:** Los pacientes con APs presentan una CS deteriorada, especialmente las mujeres, los de mayor edad, bajo nivel de ingresos y DL. Los tratamientos antiinflamatorios ejercen un efecto beneficioso sobre la CS. Globalmente, la enfermedad crónica y la carga psicológica de padecerla, se comportan como factores predisponentes de disfunción sexual. El CSFQ-14 ofrece más información sobre la salud sexual y permite un estudio amplio de la misma, por lo que es el cuestionario de elección en la consulta de reumatología.

**P061. MODELO PREDICTIVO PARA EL DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS PSORIÁSICA EN LAS INTERCONSULTAS DE DERMATOLOGÍA SEGÚN EL CUESTIONARIO PURE-4**

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

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

**Objetivos:** Comprobar la utilidad del cuestionario PURE 4 en condiciones de práctica clínica real para identificar pacientes con artritis psoriásica en pacientes con psoriasis remitidos desde un servicio de dermatología.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes diagnosticados de psoriasis que han sido derivados desde Dermatología en los últimos 12 meses por sospecha de dominio articular según el cuestionario PURE-4 utilizado por este servicio. Se han recogido las siguientes variables: edad, sexo, obesidad, dislipemia, tabaco, antecedente familiar de psoriasis, forma de la psoriasis (placas, palmo-plantar, cuero cabelludo, uñas), tratamiento previo (tópico, metotrexato, otros, ninguno), índice PASI, cumplimiento de criterios CASPAR, diagnóstico reumatológico (artritis psoriásica sí/no), puntuación total en el cuestionario PURE-4, rigidez matutina en manos, entesitis aquilea, lumbalgia inflamatoria y necesidad de uso de antiinflamatorios por dolor articular en los últimos 3 meses. Se ha realizado un análisis estadístico descriptivo y se ha utilizado el test de la Chi cuadrado para comparar el diagnóstico de artritis psoriásica con los valores del PURE-4 (en el umbral de respuesta <sup>3</sup> 1 presenta una sensibilidad del 85,7% y una especificidad del 83,6%).

**Resultados:** En los últimos 12 meses el servicio de Dermatología de nuestro hospital realizó 33 interconsultas por sospecha de artritis psoriásica en pacientes diagnosticados de psoriasis. La media de edad fue de 46,4 ± 12,4 años, el 51,5% eran hombres. El 51,5% de los pacientes tenía un IMC mayor o igual a 25, solo el 30,3% tenía dislipemia y el 45,5% eran fumadores; el 90% de los pacientes no tenían antecedentes familiares de psoriasis. La forma de psoriasis más prevalente fue en placas (18%) seguida de la afectación ungual (6%), palmoplantar (3%), cuero cabelludo (3%) y en gotas (3%); el 51,5% de los pacientes estaba

con tratamiento tópico, el 9% con metotrexato y el 39,4% con otros tratamientos biológicos; la media del índice PASI fue de 6,2 ± 7,5. El 75,8% de los pacientes derivados no cumplían los criterios CASPAR; el 33,3% fueron diagnosticados de artritis psoriásica por el reumatólogo. De los 33 pacientes, 4 (12,1%) obtuvieron 0 puntos en el cuestionario PURE-4; 21 (63,6%), 1 punto; y 8 (24,3%), 2 puntos. Una vez valorados por Reumatología, el 75,5% no presentaba rigidez matutina en manos, el 93,9% tampoco presentaba entesitis aquilea y el 87,9% no tenía lumbalgia inflamatoria; solo un 24,2% de los pacientes había requerido AINE en los 3 meses previos por dolor articular. Finalmente, se analizó el diagnóstico de artritis psoriásica en comparación con el punto de corte del PURE-4 (tabla).

Comparación del diagnóstico de artritis psoriásica en función de la puntuación total en el cuestionario PURE-4

Puntuación total PURE-4	Valor chi cuadrado	Valor p
≥ 1	0,25	0,61
= 1	0,10	0,74
= 2	0,69	0,41

**Conclusiones:** El cuestionario PURE-4 con una puntuación mayor o igual a 1 no parece mejorar el diagnóstico de artritis en pacientes psoriásicos. Sería necesario implementar otros cuestionarios más completos, pero a la vez asequibles, a la hora de llevarlos a cabo durante la consulta de Dermatología y que incrementen la sensibilidad para derivarlos o no a Reumatología.

**P062. IMPLEMENTACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES DESARROLLADAS SOBRE EL MANEJO PSICOLÓGICO DE PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL**

A. Urruticoechea Arana<sup>1</sup>, J. Sanz<sup>2</sup>, D. Ginard<sup>3</sup>, Y. González-Lama<sup>4</sup>, X. Juanola<sup>5</sup>, M. Almirall Bernabé<sup>6</sup>, N. Borrue<sup>7</sup>, J. Gratacós<sup>8</sup> y E. Loza<sup>9</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Can Misses. Ibiza. <sup>2</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Puerta de Hierro. Majadahonda. <sup>3</sup>Servicio de Gastroenterología. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca. <sup>4</sup>Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Servicio de Gastroenterología y Hepatología. Hospital Puerta de Hierro. Majadahonda. <sup>5</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Bellvitge. IDIBELL. Barcelona. <sup>6</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. <sup>7</sup>Unidad de atención Crohn-Colitis (UACC). Servicio del Aparato Digestivo. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. <sup>8</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Parc Taulí Sabadell. I3PT. UAB. Barcelona. <sup>9</sup>Instituto de Salud Musculoesquelética. Madrid.

**Introducción:** Se estima que cerca de un 6% de los pacientes con espondiloartritis (EspA) presentan enfermedad inflamatoria intestinal (EII), y a la inversa, entre un 2-45% de los pacientes con EII tienen asociada una EspA. Sin embargo, también se considera que todas estas

cifras pueden estar infraestimadas. Tanto las EspA como la EII son enfermedades con un gran impacto psicológico en los pacientes. Se ha descrito además que los pacientes con alteraciones psicológicas no controladas utilizan con más frecuencia los servicios sanitarios (visitas no programadas, consultas telefónicas, visitas a urgencias), muestran una peor adhesión a los tratamientos y tienen una peor calidad de vida. Todo lo cual indica que se pueden beneficiar de una intervención psicológica. Aunque son enfermedades diferentes el tipo de impacto psicológico que producen, aunque con sus matices, es bastante similar.

**Objetivos:** Analizar la implementación de las recomendaciones sobre el manejo psicológico de pacientes con EspA y EII asociada y posibles barreras y facilitadores a su implementación.

**Métodos:** Estudio cualitativo. Se realizó una revisión narrativa de la literatura para identificar las recomendaciones sobre el manejo psicológico de pacientes con EspA y EII asociada y su grado de implementación. En base a ello se diseñó una encuesta para analizar el nivel de conocimiento de las recomendaciones, barreras y facilitadores a su implementación. Todos los resultados se discutieron en una reunión de grupo nominal y multidisciplinar de expertos reumatólogos y gastroenterólogos que definieron estrategias para incrementar el seguimiento de las recomendaciones.

**Resultados:** La revisión incluyó 4 artículos, dos incluyen recomendaciones directas sobre la identificación y manejo. Ninguno ha evaluado el grado de implementación de las recomendaciones en la práctica diaria. La encuesta mostró que el conocimiento de las mismas e implementación de estas recomendaciones es prácticamente nulo a pesar de ser un tema muy relevante para los profesionales que manejan estos pacientes. La falta de tiempo, de recursos y de reconocimiento se consideran como las principales barreras para la correcta identificación y manejo de los aspectos psicológicos en pacientes con EspA y EII. Se proponen una serie de actividades formativas y relacionadas con la práctica clínica para mejorar esta situación.

**Conclusiones:** Se precisa seguir trabajando en el campo de la implementación para conseguir una correcta identificación y manejo psicológico de los pacientes con EspA y EII.

### P063. NECESIDADES ACTUALES, IMPACTO Y PERSPECTIVA DE LOS PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE Y ARTRITIS PSORIÁSICA

E. Loza Santamaría<sup>1</sup>, P. Plazuelo<sup>2</sup> y CEADE<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Instituto de Salud Musculoesquelética. Madrid. <sup>2</sup>Coordinadora Española de Asociaciones de Espondiloartritis. Fuenlabrada.

**Objetivos:** Analizar las necesidades actuales de las personas con espondiloartritis (EspA) y artritis psoriásica (APs), su impacto en el día a día, y su opinión sobre los tratamientos, relación con el médico y las fuentes de información.

**Métodos:** Proyecto nacional promovido por la CEADE (Coordinadora Española de Asociaciones de Espondiloartritis). Se estableció un grupo de trabajo multidisciplinar formado por 1 reumatólogo y 2 pacientes de CEADE, que, con ayuda metodológica, diseñaron una encuesta estructurada (20 minutos de duración), en formato electrónico para ser contestada por pacientes con EspA y APs, mayores de 18 años residentes en España. La encuesta abrió el 28 de abril de 2021 utilizando los distintos canales de CEADE para comunicarse con sus socios y seguidores, y se cerró el 30 de junio de 2021. Se recogieron variables sociodemográficas y clínicas (edad, sexo, duración de la enfermedad), y variables relacionadas con los objetivos propuestos. Se realizó un análisis descriptivo.

**Resultados:** Se incluyeron 543 pacientes con EspA (55% EA, 86% mujeres, 61% entre 48-64 años, 25% con terapias biológicas) y 291 con APs (89% mujeres, 73% entre 48-64 años, 40% con terapias biológicas). En el último mes, el grado de fatiga, rigidez matutina y problemas de sueño en pacientes con EspA y APs fue considerable, con medias superiores a

8 (escala de 0 nada a 10 mucho). Casi el 80% de los pacientes con EspA refiere dolor lumbar bajo en el último mes y el 82,5% de los pacientes con APs afectación de rodillas, tobillos, pies y/o manos (dolor, rigidez, enrojecimiento), y el 51% dactilitis. Las actividades de la vida cotidiana más afectadas en las EspA y APs son la realización de ejercicio y la limpieza de la casa. El 70-74% de estos pacientes está preocupado por el dolor y casi el 60-66% por la pérdida de movilidad y autonomía. El impacto en la actividad laboral en los últimos años por estas enfermedades es muy elevado. El grado de satisfacción con el tratamiento fue bajo en las EspA, media 5,5 y algo mayor en las APs media 6,2 (escala 0 a 10), siendo más alto con las terapias biológicas en ambos grupos de enfermedades. El 70,2% de los pacientes con EspA y 66% con APs se ha acostumbrado a vivir con dolor diario. Muchos de los encuestados esperan que los tratamientos les ayuden a recuperar su calidad de vida y que mejoren el dolor, rigidez y fatiga (sobre el 50%), siendo la vía oral la preferida a la subcutánea e intravenosa en las EspA y APs. Todos también consideran que la vía oral es la que mayor influencia positiva tiene sobre la adherencia al tratamiento. El 22% de los encuestados con EspA y el 14% con APs refiere que su médico nunca le pregunta sobre los aspectos que limitan su vida, el 14,3% y 6% respectivamente que nunca habla sobre el impacto de la enfermedad en la calidad de vida, y el 43,8% (EspA) y 31,2% (APs) no marca los objetivos del tratamiento con el médico. Casi un 30% de los encuestados refiere que echa de menos tener más tiempo para transmitir dudas y preocupaciones al reumatólogo, y cerca del 25% querría más visitas de seguimiento. La tabla describe las fuentes de información y formatos sobre las EspA y APs que más se utilizan.

Fuentes de información sobre su enfermedad que más utiliza (respuesta múltiple)

	EspA	APs
<b>Fuente de información</b>		
Redes sociales	184 (33,9%)	68 (23,4%)
Asociaciones de pacientes	158 (29,1%)	77 (26,5%)
Sociedades científicas	70 (12,9%)	36 (12,4%)
Páginas web creadas por reumatólogos	165 (30,4%)	82 (28,2%)
Mi médico	197 (36,3%)	117 (40,2%)
Mi enfermera	33 (6,1%)	10 (3,4%)
Otro	11 (2,0%)	7 (6,9%)
<b>Formato</b>		
Ilustraciones gráficas o visuales sobre la enfermedad	184 (33,9%)	78 (26,8%)
Podcast	47 (8,6%)	12 (4,1%)
Videos	175 (32,2%)	72 (24,7%)
Contenido escrito (folletos, revistas, periódicos)	200 (37,8%)	100 (34,4%)
Noticias	148 (27,2%)	72 (24,7%)
Chatbot	8 (1,5%)	2 (0,7%)
Otro	10 (1,8%)	6 (0,7%)

**Conclusiones:** Actualmente el impacto de la EspA y APs en múltiples aspectos del día a día en los pacientes sigue siendo muy alto. Existen áreas de mejora en la relación médico-paciente y a los tratamientos.

### P064. REDUCED BURDEN ON PAID AND HOUSEHOLD WORK PRODUCTIVITY WITH STRINGENT THRESHOLDS OF DISEASE CONTROL: FURTHER RESULTS FROM LONG-TERM CERTOLIZUMAB PEGOL TREATMENT IN PATIENTS WITH PSORIATIC ARTHRITIS

C.C. Macía Villa<sup>1</sup>, W. Tillett<sup>2,3</sup>, L.C. Coates<sup>4</sup>, S. Kiri<sup>5</sup>, V. Taieb<sup>5</sup> and P.J. Mease<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés. <sup>2</sup>Royal National Hospital for Rheumatic Diseases. Bath (UK). <sup>3</sup>Department of Pharmacy and Pharmacology. University of Bath. Bath(UK). <sup>4</sup>University of Oxford. Oxford (UK). <sup>5</sup>UCB Pharma. Slough (UK). <sup>6</sup>Swedish Medical Center/Providence St. Joseph Health and University of Washington. Seattle. WA (USA).

**Introduction:** Psoriatic arthritis (PsA) is associated with a reduction in workplace productivity<sup>1</sup>, which may extend into household productivity<sup>2</sup>. Certolizumab pegol (CZP) is a tumor necrosis factor inhib-

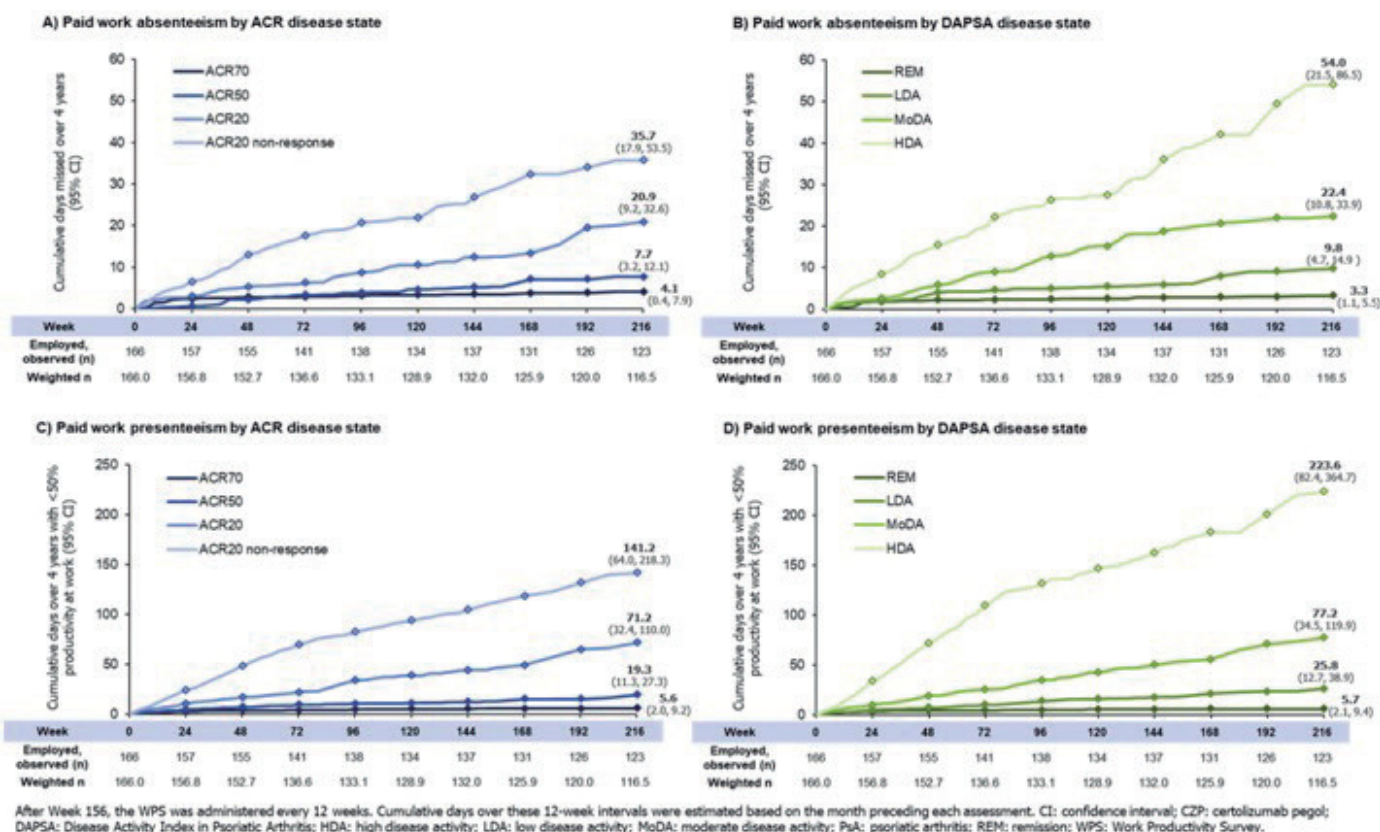


Figure 1. Paid work absenteeism and presenteeism by disease activity, assessed by (A, C) ACR 20/50/70 response criteria and (B, D) DAPSA disease states for CZP randomized population.

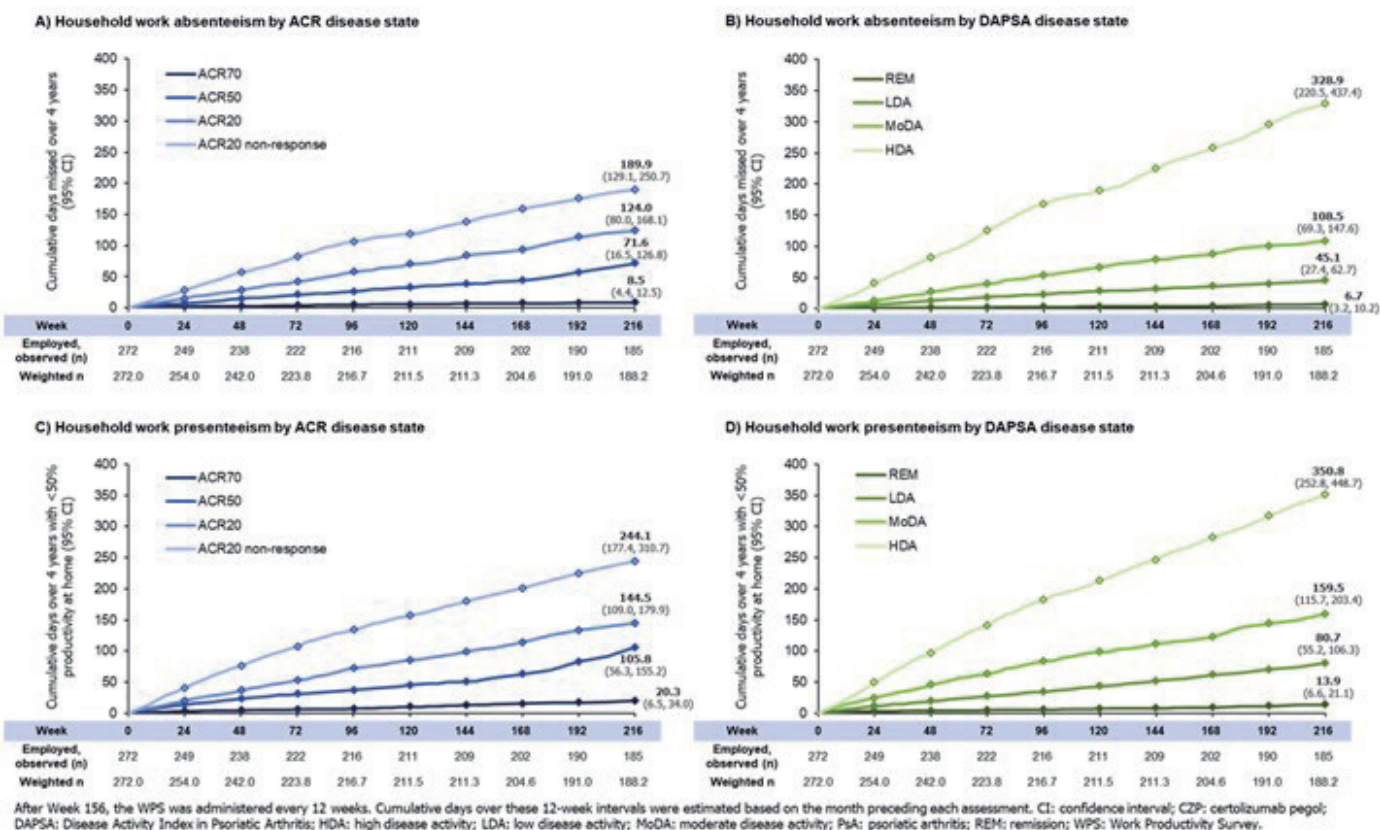


Figure 2. Household work absenteeism and presenteeism by disease activity, assessed by (A, C) ACR 20/50/70 response criteria and (B, D) DAPSA disease states for CZP randomized population.

itor, clinically effective at improving disease activity outcomes for patients (pts) with PsA<sup>3</sup>. We have previously reported an association between stringent thresholds of disease control in pts with PsA, measured by ACR response criteria, and paid/household work productivity<sup>4</sup>. However, it is also important to assess the relationship between disease activity and paid/household work productivity using a measure more relevant to real-world practice, such as Disease Activity Index in PsA (DAPSA). Our purpose was to evaluate the association between DAPSA disease states and burden on paid/household work productivity in pts with PsA during long-term treatment with CZP.

**Methods:** These analyses used data from pts originally randomized to CZP in RAPIDPsA (NCT01087788), a 216-week phase 3 study<sup>3</sup>. Pts were classified according to the ACR20/50/70 criteria and DAPSA disease states (high disease activity [HDA], moderate disease activity [MoDA], low disease activity [LDA] and remission [REM]). Paid/household work productivity, assessed with the arthritis-specific Work Productivity Survey, was compared for each threshold of disease control. An inverse probability weight model was used to account for predictors of dropout over 216 weeks. Cumulative days affected since study baseline were estimated using a weighted generalized estimating equations model.

**Results:** 273 pts were randomized to CZP, 183 (67.0%) of these pts completed Week 216. At baseline, 60.8% of pts were employed outside the home. Through Week 216, fewer days of paid work absence (absenteeism) were reported by pts achieving ACR70 (4.1 [95% confidence interval: 0.4, 7.9]), DAPSA REM (3.3 [1.1, 5.5]) and the intermediate measures, than ACR20 non-responders (35.7 [17.9, 53.5]) and those with DAPSA HDA (54.0 [21.5, 86.5]; Fig. 1A, B). These findings extended to household work absenteeism; again pts achieving ACR70 (8.5 [4.4, 12.5]) and DAPSA REM (6.7 [3.2, 10.2]) reported fewer absences than ACR20 non-responders (189.9 [129.1, 250.7]) and those with DAPSA HDA (328.9 [220.5, 437.4]; Fig. 2A, B). Improved ACR and DAPSA outcomes also correlated with larger reductions in the number of days with < 50% productivity at work/home (presenteeism; Fig. 1C, D & Fig. 2C, D), compared with absenteeism.

**Conclusions:** Cumulative estimates of the number of work days affected by PsA, as correlated with DAPSA status, support earlier findings<sup>4</sup> that achievement of more stringent thresholds of disease control are associated with reduced burden on paid/household work productivity.

**Acknowledgments:** Programming was undertaken by David Deering, Otis Rimmer and Domenico Magazzu with critical statistical input from Tommi Nurminen. Study Sponsor Statement: This study was funded by UCB Pharma. Editorial services were provided by Costello Medical and funded by UCB Pharma.

#### Bibliography

1. Kennedy M. Clin Exp Rheumatol. 2014;32:342-8.
2. Osterhaus JT. Arthritis Res Ther. 2014;16:R164.
3. van der Heijde D. RMD Open. 2018;4:e000582.
4. Tillett W. Value Health. 2020;23:S411.

#### P065. BIMEKIZUMAB IN PATIENTS WITH PSORIATIC ARTHRITIS: 3-YEAR RESULTS FOR OVERALL AND TUMOR NECROSIS FACTOR INHIBITOR (TNFI)-NAÏVE POPULATIONS FROM A PHASE 2B OPEN-LABEL EXTENSION STUDY

M.R. Queiro Silva<sup>1</sup>, P.J. Mease<sup>2</sup>, A.A. Deodhar<sup>3</sup>, J.F. Merola<sup>4</sup>, I.B. McInnes<sup>5</sup>, D. Assudani<sup>6</sup>, R. Bajracharya<sup>6</sup>, J. Coarse<sup>7</sup>, B. Ink<sup>6</sup> and G. Schett<sup>8</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. <sup>2</sup>Swedish Medical Center/Providence St. Joseph Health and University of Washington. Seattle. WA (USA). <sup>3</sup>Oregon Health & Science University. Portland. OR (USA). <sup>4</sup>Brigham and Women's Hospital. Harvard Medical School. Boston. MA (USA). <sup>5</sup>University of Glasgow. School of Medicine. Glasgow (UK). <sup>6</sup>UCB Pharma. Slough (UK). <sup>7</sup>UCB Pharma. Raleigh. NC (USA). <sup>8</sup>Institute for Clinical Immunology. Erlangen (Germany).

**Introduction:** Bimekizumab (BKZ) is a monoclonal IgG1 antibody that selectively inhibits interleukin (IL)-17F and IL-17A, and has demonstrated clinical improvements in joint and skin outcomes up to 152 weeks (wks) and an acceptable safety profile in patients (pts) with active psoriatic arthritis (PsA)<sup>1,2</sup>. We report the long-term efficacy and safety of BKZ treatment up to 3 years in the overall BKZ-treated population and TNFi-naïve (n) pts from a phase 2b dose-ranging study (BE ACTIVE; NCT02969525) and its open-label extension (OLE; NCT03347110).

**Methods:** BE ACTIVE and OLE study designs have been described previously.<sup>1,2</sup> Pts who completed 48 wks of BKZ treatment without meeting withdrawal criteria were eligible for OLE entry. All OLE pts received BKZ 160 mg every 4 wks after completing BKZ 160 mg or 320 mg in BE ACTIVE. Data are presented from Wk 48 to 152 for all BKZ-treated pts and the TNFi-n (defined as biologic DMARD-naïve) subgroup. Pre-planned subgroup analyses of efficacy outcomes are reported for the full analysis set (FAS; pts who received ≥ 1 dose BKZ with a valid primary efficacy variable measurement at baseline [BL]): ACR criteria 20/50/70; resolution of dactylitis (in pts with BL Leeds Dactylitis Index > 0) or enthesitis (in pts with BL Maastricht Ankylosing Spondylitis Enthesitis Score > 0); Psoriasis Area and Severity Index (PASI)100 (in pts with BL body surface area ≥ 3%); dual achievement of ACR50 + PASI100; and minimal/very low disease activity (MDA/VLDA) in PsA. Treatment-emergent adverse events (TEAEs) are reported for the safety set (SS; pts who received ≥ 1 dose BKZ in BE ACTIVE).

**Table 1.** Further efficacy outcomes up to 3 years

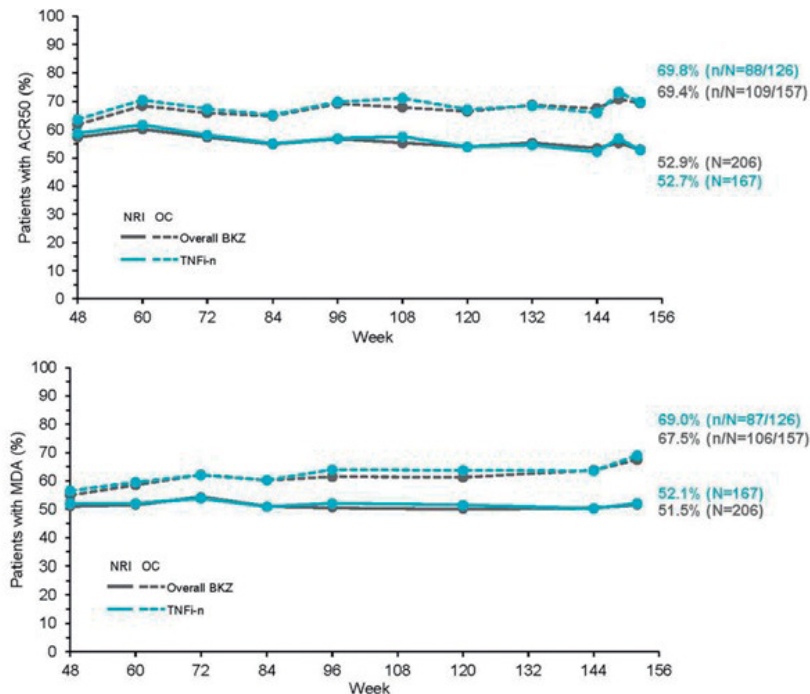
Efficacy (FAS)	Overall BKZ (N=206)		TNFi-n (N=167)	
	NRI n (%)	OC n/N (%)	NRI n (%)	OC n/N (%)
ACR20				
Wk 48	149 (72.3)	149/191 (78.0)	121 (72.5)	121/154 (78.6)
Wk 152	132 (64.1)	132/157 (84.1)	108 (64.7)	108/126 (85.7)
ACR50				
Wk 48	118 (57.3)	118/191 (61.8)	98 (58.7)	98/154 (63.6)
Wk 152	109 (52.9)	109/157 (69.4)	88 (52.7)	88/126 (69.8)
ACR70				
Wk 48	82 (39.8)	82/191 (42.9)	67 (40.1)	67/154 (43.5)
Wk 152	81 (39.3)	81/157 (51.6)	67 (40.1)	67/126 (53.2)
Dactylitis resolution [a]				
Wk 48	45 (76.3)	45/50 (90.0)	37 (78.7)	37/40 (92.5)
Wk 152	42 (71.2)	42/42 (100.0)	33 (70.2)	33/33 (100.0)
Enthesitis resolution [b]				
Wk 48	61 (57.0)	61/98 (62.2)	49 (55.1)	49/80 (61.3)
Wk 152	67 (62.6)	67/83 (80.7)	54 (60.7)	54/67 (80.6)
PASI100 [c]				
Wk 48	88 (64.2)	88/127 (69.3)	69 (63.3)	69/101 (68.3)
Wk 152	79 (57.7)	79/107 (73.8)	64 (58.7)	64/86 (74.4)
ACR50+PASI100 [c]				
Wk 48	63 (46.0)	63/127 (49.6)	54 (49.5)	54/101 (53.5)
Wk 152	63 (46.0)	63/106 (59.4)	51 (46.8)	51/85 (60.0)
MDA				
Wk 48	105 (51.0)	105/191 (55.0)	87 (52.1)	87/154 (56.5)
Wk 152	106 (51.5)	106/157 (67.5)	87 (52.1)	87/126 (69.0)
VLDA				
Wk 48	54 (26.2)	54/191 (28.3)	48 (28.7)	48/154 (31.2)
Wk 152	62 (30.1)	62/157 (39.5)	52 (31.1)	52/126 (41.3)

Full analysis set. All patients received BKZ 160 mg during the OLE (Wks 48–152) after completing BKZ 160 mg or 320 mg in BE ACTIVE. [a] in the subset of overall BKZ or TNFi-n patients with BL LDI > 0, NRI: N=59 or 47, respectively; [b] in the subset of overall BKZ or TNFi-n patients with BL MASES > 0, NRI: N=107 or 89, respectively; [c] in the subset of overall BKZ or TNFi-n patients with BL BSA ≥ 3%, NRI: N=137 or 109, respectively. BKZ: bimekizumab; BL: baseline; BSA: body surface area; DMARD: disease-modifying antirheumatic drugs; FAS: full analysis set; LDI: Leeds Dactylitis Index; MASES: Maastricht Ankylosing Spondylitis Enthesitis Score; MDA: minimal disease activity; NRI: non-responder imputation; OC: observed case; OLE: open-label extension; PASI: Psoriasis Area and Severity Index; TNFi-n: tumor necrosis factor inhibitor (biologic DMARD) naïve; VLDA: very low disease activity; wk: week.

Safety (SS) n (%) [EAIR/100 PY]	Overall BKZ (N=206) [a]
Any TEAE	184 (89.3) [126.4]
Serious TEAEs [b]	22 (10.7) [4.1]
Severe TEAEs [c]	14 (6.8) [2.5]
Permanent discontinuation of drug due to TEAEs	17 (8.3) [3.0]
Drug-related TEAEs	97 (47.1) [26.4]
Deaths	0
TEAEs of special monitoring	
Serious infections	4 (1.9) [0.7]
Infections and infestations	47 (22.8) [9.7]
Candida infections [d]	24 (11.7) [4.6]
Oral candidiasis [e]	19 (9.2) [3.5]
Increases in hepatic enzymes [f]	
ALT increased [g]	13 (6.3) [2.4]
AST increased [g]	10 (4.9) [1.8]
Hepatic enzyme increased [g]	4 (1.9) [0.7]
Adjudicated MACE	0
Malignancies [h]	1 (0.5) [0.2]
Adjudicated IBD [i]	1 (0.5) [0.2]
Injection site reactions	3 (1.5) [0.5]
Suicidal ideation and behavior [j]	1 (0.5) [0.2]

Safety set. All patients received BKZ 160 mg during the OLE (Weeks 48–152) after completing BKZ 160 mg or 320 mg in BE ACTIVE. No anaphylactic reactions, major adverse cardiac events or deaths were reported. [a] Results of patients who received BKZ in the full safety set; TEAEs from time on placebo are not included, including two patients who completed placebo treatment but did not continue in the study; [b] serious TEAEs met at least one of the following criteria: death; life-threatening; significant or persistent disability/incapacity; congenital anomaly/birth defect; initial inpatient hospitalization or prolongation of hospitalization; important medical event that, based upon appropriate medical judgment, may jeopardize the patient and may require medical or surgical intervention to prevent one of the other outcomes listed in the definition of serious; [c] severe defined as the subject is unable to work normally or to carry out his/her usual activities, or the AE is of definite clinical consequence; [d] all fungal infections were localized, not systemic; [e] all oral candidiasis TEAEs were mild to moderate, none of the cases were serious; [f] no cases of Hy's law were reported; [g] preferred term; [h] malignant melanoma in situ; [i] microscopic colitis; [j] during dose-blind phase; patient was withdrawn.<sup>1</sup> AE: adverse event; ALT: alanine aminotransferase; AST: aspartate aminotransferase; BKZ: bimekizumab; EAIR: exposure-adjusted incidence rate; IBD: inflammatory bowel disease; MACE: major adverse cardiovascular event; OLE: open-label extension; PY: patient-years; SS: safety set; TEAE: treatment-emergent adverse event.

Figure 2. Table 2. Safety outcomes up to 3 years.



[a] Data for Wks 108/132/148 not included as not all components of MDA were collected. NRI and OC data shown for all timepoints from Wks 48–152. All patients received BKZ 160 mg during the OLE (Wks 48–152) after completing BKZ 160 mg or 320 mg in BE ACTIVE. BKZ: bimekizumab; DMARD: disease-modifying antirheumatic drugs; MDA: minimal disease activity; NRI: non-responder imputation; OC: observed case; OLE: open-label extension; TNFi-n: tumor necrosis factor inhibitor (biologic DMARD) naïve; wk: week.

Figure 3. ACR 50 and MDA responders up to 3 years.



**Results:** In BE ACTIVE, 206 pts were randomized at BL and 184 were enrolled in the OLE<sup>1,2</sup>. Of pts randomized at BL, 167 were TNFi-n. Over half of TNFi-n pts achieved ACR50 at Wks 48/152 (58.7/52.7% non-responder imputation [NRI]; 63.6/69.8% observed case [OC]; Table 1; Fig.). At Wk 152, the majority of TNFi-n pts had resolution of dactylitis (70.2% NRI; 100.0% OC) and enthesitis (60.7% NRI; 80.6% OC). The proportion of TNFi-n pts with PASI100 at Wks 48/152 was high (63.3/58.7% NRI; 68.3/74.4% OC). At Wk 152, a large proportion of TNFi-n pts had dual achievement of ACR50+PASI100 (46.8% NRI; 60.0% OC). The proportions of TNFi-n pts achieving MDA/VLDA at Wk 152 were 52.1%/31.1% NRI, respectively; 69.0%/41.3% OC, respectively (Table 1; Fig.). Over 152 wks, the exposure-adjusted incidence rate per 100 pt-years for all BKZ-treated pts was 4.1 for serious TEAEs, 0.7 for serious infections and 4.6 for Candida infections (Table 2). One event was adjudicated by an independent committee as inflammatory bowel disease (microscopic colitis). All Candida infections were localized, mild/moderate and resolved with appropriate anti-fungal therapy (the majority were oral candidiasis). Overall, 17 pts (8.3%) discontinued study treatment due to TEAEs.

**Conclusions:** High thresholds of disease control were achieved by > 50% of TNFi-n pts treated with BKZ up to 3 years, reflected in long-term improvements in joint and skin outcomes. The safety profile of BKZ up to 3 years in pts with PsA reflects previous observations<sup>1,2</sup>.  
**Acknowledgements:** This study was funded by UCB Pharma. Editorial services were provided by Costello Medical and funded by UCB Pharma.

#### Bibliografía

- Ritchlin CT. Lancet. 2020;395:427-40.
- McInnes IB. Ann Rheum Dis. 2020;79:1153-4.

#### P066. LA PRESENCIA DE ENTESITIS AQUÍLEA DURANTE LA EXPLORACIÓN FÍSICA EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL RADIOGRÁFICA SE ASOCIA A PEORES MEDIDAS DE RESULTADO TRAS 2 AÑOS DE SEGUIMIENTO. DATOS DE REGISPONSER-AS

C. López-Medina, M.Á. Pucho-Larrubia, L. Ladehesa-Pineda, R. Granados, P. Font-Ugalde y E. Collantes-Estévez

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

**Introducción:** La entesitis representa una de las manifestaciones clínicas más importantes en la espondiloartritis axial (EspAax). La prevalencia y la carga de enfermedad asociada a este síntoma ha sido ampliamente estudiado en pacientes con EspAax y artritis psoriásica (APso). Sin embargo, son pocos los estudios que evalúan de forma específica la entesitis aquílea y su impacto a lo largo del tiempo.

**Objetivos:** a) Evaluar la prevalencia de pacientes con entesitis aquílea durante el examen físico en pacientes con EspAax radiográfica; b) Evaluar la asociación de la entesitis aquílea con las puntuaciones en los cuestionarios reportados por los pacientes (PROs); c) Evaluar el impacto de la entesitis aquílea en las medidas de resultado tras 2 años de seguimiento.

**Métodos:** Estudio observacional y prospectivo a 2 años de seguimiento, que incluye 749 pacientes con EspAax radiográfica del estu-

dio REGISPONSER-AS. Los pacientes fueron divididos en dos grupos según la presencia de entesitis aquílea en la exploración física durante la visita del estudio. Se evaluó el EVA Global, BASDAI, ASDAS, BASFI y componentes físico y mental del cuestionario SF12. Se realizaron regresiones lineales utilizando los PROs como variable dependiente y la presencia de entesitis aquílea como variable explicativa, ajustando los modelos según el uso de biológicos y edad. El impacto de la entesitis aquílea en los PROs tras dos años de seguimiento se evaluó mediante modelos mixtos para medidas repetidas, ajustando los modelos según el uso de biológicos y la edad. Finalmente, se evaluó la proporción de pacientes que alcanzan un ASDAS baja actividad (ASDAS-LDA) y ASDAS enfermedad inactiva (ASDAS-ID) tras dos años de seguimiento entre los dos grupos.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 749 pacientes (edad media 48,4 años; 75,3% hombres). 46 (6,1%) pacientes tenían entesitis aquílea en la exploración física el día de la visita de estudio. Los pacientes con entesitis aquílea mostraron un incremento significativo (coeficiente beta, 95%CI) en el EVA Global (1,32, 0,52-2,12), BASDAI (1,49, 0,81-2,18), ASDAS (0,45, 0,12-0,77) y BASFI (9,54, 1,78-17,30) en comparación con los pacientes sin entesitis, tras ajustar por los factores de confusión. El impacto de la entesitis aquílea sobre los PROs tras dos años de seguimiento se representa en la tabla. Los pacientes con entesitis aquílea mostraron mayores puntuaciones en el EVA Global, BASDAI y ASDAS tras 2 años de seguimiento ajustando por edad y uso de biológicos. Además, el porcentaje de pacientes que alcanzaron un ASDAS-LDA tras 2 años de seguimiento fue menor en pacientes con entesitis aquílea en comparación con aquellos sin entesitis (15,9% vs. 31,5%, p = 0,030). No hubo diferencias con respecto a la proporción de pacientes que alcanzaron ASDAS-ID.

**Conclusiones:** En pacientes con EspAax radiográfica, la presencia de entesitis aquílea en la exploración física se asoció a peores medidas de resultado tras dos años de seguimiento, en comparación con pacientes sin entesitis aquílea. La probabilidad de alcanzar un estado de baja actividad (ASDAS-LDA) fue menor en pacientes con entesitis aquílea con respecto a aquellos sin entesitis.

#### P067. EFECTIVIDAD Y TOLERABILIDAD DE GUSELKUMAB EN PACIENTES CON PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIÁSICA, EN PRÁCTICA CLÍNICA. EXPERIENCIA DE 13 HOSPITALES ESPAÑOLES

E. Beltrán Catalán<sup>1</sup>, M. Ferran<sup>1</sup>, V. Rocamora<sup>2</sup>, M. Llamas<sup>3</sup>, E. del Alcázar<sup>4</sup>, J.M. Carrascosa<sup>4</sup>, A. Urruticoechea<sup>5</sup>, J.L. López Esteban<sup>6</sup>, D. Vidal<sup>7</sup>, J. Riera<sup>8</sup>, L. Rodríguez<sup>9</sup>, S. Armesto<sup>10</sup>, J.M. Fernández<sup>11</sup>, G. Aparicio<sup>12</sup>, S. Pérez<sup>13</sup>, L. Crespi<sup>1</sup>, S. Castañeda<sup>3</sup>, L. Mateo Soria<sup>4</sup>, M. Aparicio<sup>4</sup>, P. Zarco<sup>6</sup>, R. Almodovar<sup>6</sup>, D. Reina Sanz<sup>7</sup>, J. Ramírez Gracia<sup>8</sup>, E. Rubio<sup>9</sup>, A. Sellas Fernández<sup>11</sup>, A. Erra Durán<sup>12</sup>, M.L. García Vivar<sup>13</sup>, E. Galíndez Agirregoikoa<sup>13</sup> y F. Gallardo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital del Mar. Barcelona. <sup>2</sup>Hospital de Manacor. <sup>3</sup>Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. <sup>4</sup>Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. <sup>5</sup>Hospital Can Misses. Ibiza. <sup>6</sup>Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. <sup>7</sup>Hospital Moisès Broggi. Sant Joan Despí. <sup>8</sup>Hospital Clínic i Provincial. Barcelona. <sup>9</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>10</sup>Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>11</sup>Hospital Arnau de Vilanova. Lleida. <sup>12</sup>Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. <sup>13</sup>Hospital de Basurto. Bilbao.

Tabla P066

Impacto de la entesitis aquílea sobre los PROs tras 2 años de seguimiento: modelos mixtos para medidas repetidas.

	Entesitis aquílea en la exploración física, N = 46	No entesitis aquílea en la exploración física, N = 703	p-valor	p-valor ajustado por edad y uso de terapia biológica
	Media (DE)	Media (DE)		
EVA Global	5,1 (2,8)	4,3 (2,6)	0,015	0,010
BASDAI	4,8 (2,7)	3,9 (2,7)	< 0,001	< 0,001
ASDAS	2,9 (1,1)	2,6 (1,0)	0,007	0,005
BASFI	43,8 (29,7)	40,0 (27,4)	0,245	0,161
SF12 componente mental	33,3 (11,4)	35,3 (10,7)	0,128	0,110
SF12 componente físico	47,4 (14,2)	48,2 (12,2)	0,547	0,281

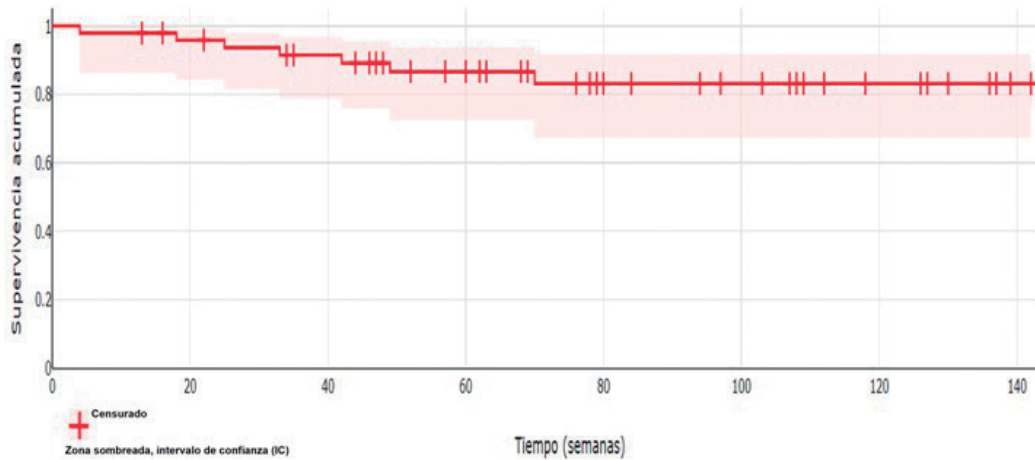


Figura 1. Curva supervivencia (Kaplan-Meier de no persistencia).

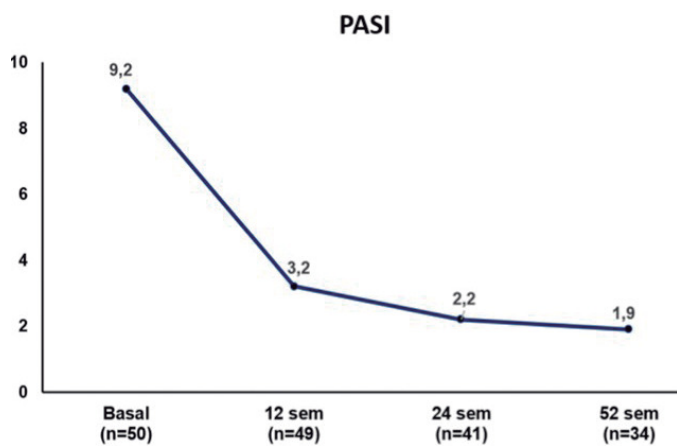


Figura 2. Respuesta PASI absoluto al tratamiento con guselkumab.

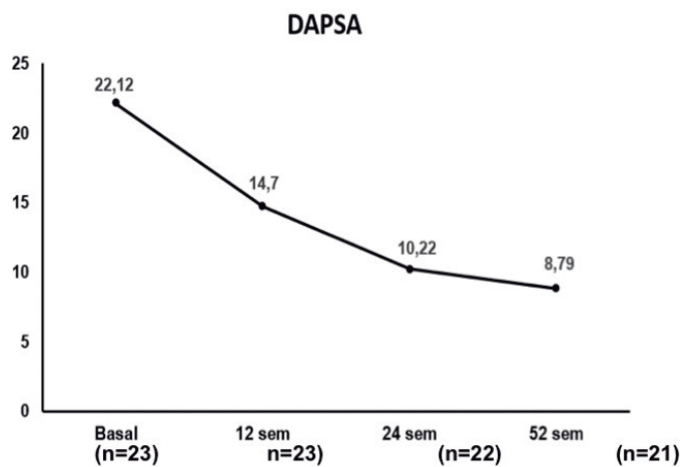


Figura 3. Respuesta DAPSA al tratamiento con guselkumab en pacientes con actividad articular moderada-alta.

**Introducción:** El guselkumab es un anticuerpo monoclonal que bloquea de manera selectiva la subunidad p19 de la interleucina 23 y que ha sido aprobado para el tratamiento de la psoriasis de moderada a grave<sup>1,2</sup>. De manera adicional ha recibido recientemente la aprobación de la EMA en su indicación en artritis psoriásica activa en pacientes adultos por su eficacia en los diferentes ensayos clínicos<sup>3-5</sup>. Sin embargo, dada la rigurosidad en los criterios de selección de pacientes en los ensayos clínicos realizados generalmente, un elevado por-

centaje de pacientes no se ven representados en los resultados de dichos estudios. Por eso, es importante conocer el comportamiento de las diferentes alternativas terapéuticas en práctica clínica.

**Objetivos:** Evaluar la efectividad y tolerabilidad de guselkumab en práctica clínica en los primeros pacientes con psoriasis y artritis psoriásica tratados desde la fecha de su aprobación para psoriasis en España, en nuestras consultas conjuntas dermatología-reumatología.

**Métodos:** Se realizó una recogida de datos retrospectiva multicéntrica, en la que participaron 13 hospitales, incluyendo un total de 50 pacientes con artritis psoriásica confirmada por un reumatólogo. Limitaciones: recogida no estandarizada de información en un estudio retrospectivo de datos práctica clínica. La experiencia inicial puede estar influenciada por un uso predominante a criterio dermatológico en pacientes con dominio cutáneo refractario a otras terapias o con limitación al uso o indicación de otros tratamientos biológicos para control de la artropatía.

**Resultados:** Se registraron 26 mujeres y 24 varones con un periodo de seguimiento medio de 18 meses (3-32 m). El 94% de los pacientes habían hecho biológico previo (22% solo 1 biológico). Las características clínicas de los pacientes están representadas en la tabla. Siete pacientes discontinuaron el fármaco (6 por falta de eficacia, 1 por pérdida de seguimiento; ninguno por efecto adverso) tras un periodo medio de tiempo de 8 meses (4-16 m) indicando una supervivencia del fármaco del 86% en el primer año de tratamiento (fig. 1). El PASI inicial absoluto de 9,2 se redujo a 3,2 a la semana 12; 2,2 a la semana 24; 1,9 a la semana 52 (fig. 2). Los pacientes con DAPSA en baja actividad (DAPSA < 14) o en remisión (DAPSA ≤ 4) mantuvieron respuesta al final del periodo del estudio excepto un paciente en remisión que pasó a baja actividad. Los pacientes con actividad articular moderada (DAPSA 14-28) o elevada (DAPSA > 28) partían en su conjunto de un DAPSA medio de 22,6 que se redujo a 14,2 en semana 12 y a 10,4 en semana 24 indicando baja actividad articular que se mantuvo en dicha respuesta en semana 52 (fig. 3). Tres pacientes de un total de 23 de este grupo no tuvo respuesta o desarrollo fallo a guselkumab (4, 7 y 16 meses de tratamiento).

**Conclusiones:** Son los primeros datos de práctica clínica habitual en centros de nuestro entorno en pacientes con psoriasis y artritis psoriásica en el que se administra guselkumab por indicación dermatológica. Muestran una buena efectividad y tolerabilidad del fármaco, convirtiéndolo en una nueva alternativa terapéutica para el tratamiento de este dominio de la patología.

**Bibliografía**

1. Blauvelt et al. J Am Acad Dermatol. 2017;76(3):405-17.
2. Reich et al. J Am Acad Dermatol. 2017;76(3):418-31.
3. Langley et al. Br J Dermatol. 2017.
4. Mease et al. Lancet. 2020;395:1126-36.
5. Deodhar et al. Lancet. 2020;395:1115-25.

**P068. EFECTIVIDAD DE GUSELKUMAB EN ARTRITIS PSORIÁSICA: DATOS EN VIDA REAL**

M. Navidad Fuentes, V. Ruiz del Valle y S. Quirosa Flores

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

**Introducción:** La artritis psoriásica (APs) es una enfermedad crónica inmunomediada que afecta principalmente a las articulaciones y que lleva asociada un importante aumento de comorbilidades y riesgo cardiovascular. En las últimas décadas se han realizado descubrimientos sobre las vías patogénicas de la enfermedad que han permitido el desarrollo de nuestras estrategias terapéuticas como los fármacos biológicos. El tratamiento temprano y las estrategias *treat-to-target* han conseguido una gran mejora en el manejo de la enfermedad, pero sigue habiendo muchos casos refractarios y nuevas investigaciones son necesarias. Guselkumab es un anticuerpo monoclonal IgG1 $\lambda$  humano que se une selectivamente a la proteína IL-23, una citoquina reguladora implicada en la actividad de las subpoblaciones linfocitarias T, a su vez encargadas de producir citoquinas efectoras. Se ha demostrado que el bloqueo de la IL-23 normaliza la producción de citoquinas proinflamatorias. El guselkumab fue aprobado por la FDA para el tratamiento de la artritis psoriásica en 2020.

**Objetivos:** Analizar la efectividad en vida real de guselkumab en una cohorte de pacientes con artritis psoriásica.

**Métodos:** Se realizó un estudio observacional prospectivo en pacientes diagnosticados de artritis psoriásica de un centro hospitalario en el área sudeste de España, que recibieron tratamiento con guselkumab desde abril de 2020. Se registraron datos demográficos y basales de los pacientes y se analizaron variables de respuesta como índice DAPSA, presencia de entesitis y dactilitis, afectación cutánea mediante BSA, y persistencia del fármaco a las 12 y 24 semanas de tratamiento. Además, se llevó a cabo el registro de eventos adversos.

**Resultados:** 29 pacientes con artritis psoriásica, 20 mujeres, con una media de edad de 52  $\pm$  2,47 años, fueron incluidos en este análisis. La media de años de evolución de la enfermedad fue de 10,14  $\pm$  1,68 años. Las variables demográficas y basales de los pacientes aparecen detalladas en la tabla. La línea de tratamiento en la que se utilizó guselkumab fue por lo general avanzada; en el 93,11% de los casos era tercera línea o superior. La figura 1 contiene la descripción de los fármacos modificadores de la enfermedad (no convencionales) previos en esta cohorte de pacientes. El valor medio de DAPSA al inicio del tratamiento fue de 25,02  $\pm$  2,446. Tras 12 semanas, el índice DAPSA era de 17,51  $\pm$  2,855, y tras 24 semanas de tratamiento, había bajado a 12,37  $\pm$  3,547 puntos, siendo esta diferencia estadísticamente significativa con  $p < 0,01$ . El porcentaje de entesitis presentó una reducción significativa, de 37,93% basal a 3,84% a las 24 semanas. El índice BSA tuvo una media de 12,54  $\pm$  5,94 basal, con una reducción significativa a las 12 y a las 24 semanas ( $p < 0,0001$ ) (fig. 2). Según su puntuación en índice DAPSA, se clasificó a los pacientes en las categorías remisión, baja actividad de la enfermedad y enfermedad activa (fig. 3). Un tercio

de los pacientes alcanzaron la remisión completa, y otro tercio consiguieron una baja actividad de la enfermedad a las 24 semanas. La persistencia del tratamiento fue del 89,65% en ambas revisiones de las 12 y 24 semanas, pues solo 3 pacientes abandonaron el tratamiento a las 12 semanas. No se registraron eventos adversos relativos al fármaco, incluyendo reacciones locales en el lugar de inyección.

Características demográficas y basales de la cohorte de pacientes

Baseline Patient Characteristics	Guselkumab 100 mg/8 weeks (n = 29)
Age at inclusion, mean [95%CI], years	52 $\pm$ 2.47
Sex	
Female, n (%)	20, 68.9%
Male, n (%)	9, 31.1%
BMI, mean [IC95%]	27.83 $\pm$ 1.825
Smoker, n (%)	7, 24.13%
Disease duration of PsO mean [95%CI], years	13.52 $\pm$ 2.08
Disease duration of PsA mean [95%CI], years	10.14 $\pm$ 1.68
Number of tender joints, (0-66)	8.4 $\pm$ 1.4
Number of swollen joints, (0-68)	2.48 $\pm$ 0.5
Patient's assesment of pain (0-10)	5.8 $\pm$ 0.47
Patient's activity (VAS) (0-10)	6 $\pm$ 0.44
C-reactive protein, mg/dl	1.8 $\pm$ 0.57
DAPSA mean [95%CI]	25.02 $\pm$ 2.44
Entesitis, n (%)	11, (37.93%)
Dactylitis, n (%)	3, (10.34%)
HLA-B27 +, n (%)	2, (6.89%)
BSA mean [95%CI]	12.54 $\pm$ 5.94
Previous DMARDs:	
MTX used, n (%)	22, (75.86%)
MTX dose, mg/week	10.94 $\pm$ 0.5
Line of treatment (tsDMARDs and bDMARDs):	
First, n (%)	0
Second, n (%)	2, (6.89%)
Third, n (%)	8, (27.58%)
Fourth, n (%)	8, (27.58%)
Fifth, n (%)	2, (6.89%)
Sixth, n (%)	3, (10.34%)
Seventh, n (%)	5, (17.24%)
Eighth, n (%)	1, (3.44%)

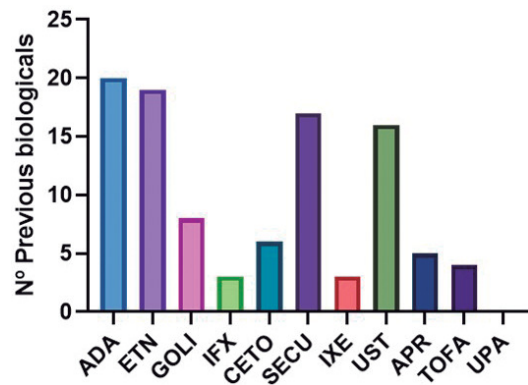


Figura 1. DMARDs no convencionales empleados previamente en la cohorte.

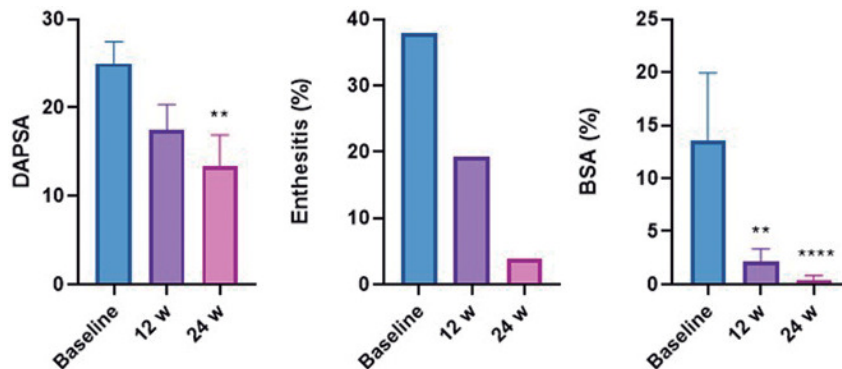
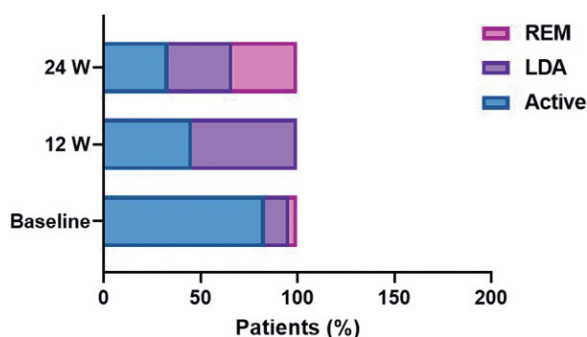


Figura 2. Evolución de DAPSA, entesitis y BSA a las 12 y 24 semanas de tratamiento (\*\*  $p < 0,01$ , \*\*\*\*  $p < 0,0001$ ).



**Figura 3.** Porcentaje de pacientes en remisión (“REM”), baja actividad (“LDA”) y enfermedad activa (“Active”) a las 12 y 24 semanas de tratamiento.

**Conclusiones:** El guselkumab es efectivo y seguro para las manifestaciones de la artritis psoriásica en una cohorte de pacientes en vida real.

**P069. CARACTERÍSTICAS DE LAS IMÁGENES EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS MEDIANTE UN NUEVO SISTEMA DE PUNTUACIÓN DE LA IMAGEN POR RESONANCIA MAGNÉTICA DE LA ENTESITIS DEL TALÓN (HEMRIS): ANÁLISIS POST HOC DE UN ENSAYO DE FASE 3 CON SECUKINUMAB**

E. de Miguel Mendieta<sup>1</sup>, X. Baraliakos<sup>2</sup>, P. Sewerin<sup>3</sup>, E. Pournara<sup>4</sup>, C. Kleimond<sup>5</sup>, A. Shekhawat<sup>6</sup>, A. Wiedon<sup>7</sup> y F. Behrens<sup>8</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario La Paz. Madrid. <sup>2</sup>Rheumazentrum Ruhrgebiet Herne. Ruhr-Universität Bochum. Herne (Alemania). <sup>3</sup>Department and Hiller Research Unit of Rheumatology. Universidad Heinrich Heine Düsseldorf. Düsseldorf (Alemania). <sup>4</sup>Novartis fPharma AG. Basilea (Suiza). <sup>5</sup>ClinProhct GmbH. Eurasburg (Alemania). <sup>6</sup>Novartis Healthcare Private Limited. Hyderabad (India). <sup>7</sup>Novartis Pharma GmbH. Núremberg (Alemania). <sup>8</sup>Rheumatology & Fraunhofer Institute for Translational Medicine and Pharmacology ITMP. Fraunhofer Cluster Immune-Mediated Diseases (CIMD). Frankfurt/Main (Alemania).

**Introducción y objetivos:** El talón es un punto anatómico frecuentemente afectado por la entesitis en la espondiloartritis (EspA)<sup>1</sup>. El grupo *Outcome Measures in Rheumatology* (OMERACT) ha desarrollado y validado el sistema de puntuación de la entesitis del talón por resonancia magnética (HEMRIS), que tiene en cuenta las características inflamatorias y estructurales de la entesitis<sup>2</sup>. ACHILLES (NCT02771210), un ensayo prospectivo controlado y aleatorizado, investiga tanto variables clínicas como de imagen en pacientes (pts)

con EspA y entesitis del talón<sup>3</sup>. Presentamos un análisis *post hoc* del sistema HEMRIS en datos de IRM del talón enmascarados y analizados de forma centralizada del ensayo ACHILLES (N = 204).

**Métodos:** Este estudio incluyó pts (≥ 18 años) con artritis psoriásica activa o con EspA axial, con entesitis del talón clínica y positiva por IRM, refractaria al tratamiento estándar (fármacos antiinflamatorios no esteroideos o inhibidores del factor de necrosis tumoral). Los pts fueron aleatorizados a secukinumab (SEC) s.c. 150 mg, 300 mg o placebo (PBO) al inicio, en las semanas (S) 1, 2, 3 y 4, y posteriormente cada 4S. En la S24, los pacientes con PBO pasaron a SEC 150 o 300 mg. Los investigadores locales confirmaron la entesitis del talón positiva por IRM en todos los pacientes y la definieron como tendinitis y/o edema de médula ósea (EMO) en la zona del tendón de Aquiles y/o la aponeurosis plantar. Las IRM se realizaron en tres momentos: selección (SEL) y a las S24 y S52. En el presente análisis, todas las IRM fueron reevaluadas por dos revisores centrales cegados de forma consensuada para los parámetros definidos a priori basados en el sistema HEMRIS.

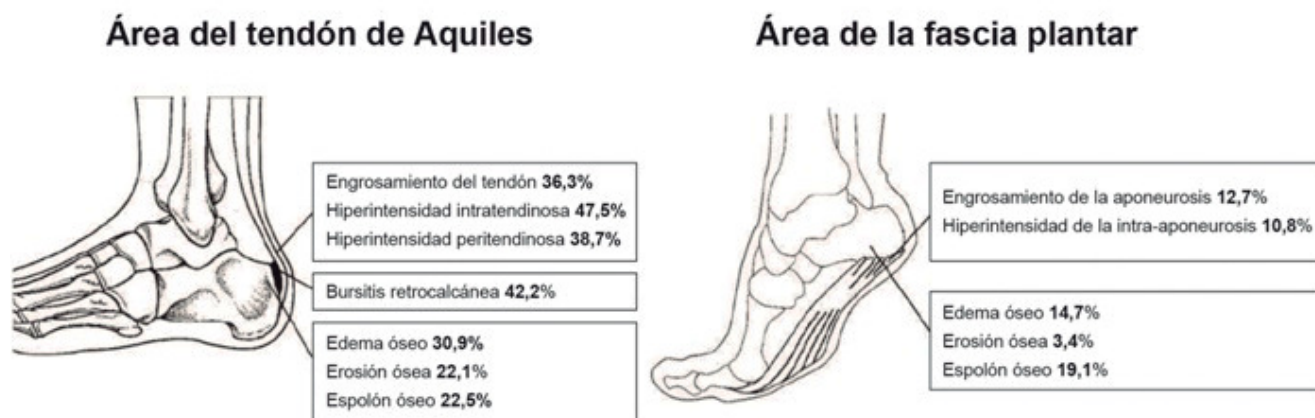
**Resultados:** Los parámetros estructurales e inflamatorios en la SEL se muestran en la Figura. En la SEL, 156/204 (76,5%) pts presentaban una puntuación total de inflamación entésica > 0, 131/204 (64,2%) una puntuación total de daño estructural > 0 y 171/204 (83,8%) presentaban alguna inflamación entésica y/o daño estructural, considerando tanto el tendón de Aquiles como la fascia plantar. La media de la puntuación total de la inflamación de la entesis en el momento de la SEL fue de 3,58 (N = 204) y el cambio medio (DE) desde la SEL hasta la S24 y la S52 fue de -1,05 (2,11) y -1,26 (2,28) en el grupo de SEC frente a -0,74 (2,21) y -1,17 (2,73) en el grupo de placebo, respectivamente. La puntuación media del daño estructural total en la SEL fue de 1,85 (N = 204) y el cambio medio (DE) desde la SEL a la S24 y a la S52 fue de -0,01 (0,71) y -0,09 (0,66) en el grupo SEC frente a 0,12 (0,56) y 0,06 (0,83) en el grupo PBO-SEC, respectivamente. Las puntuaciones medias en la SEL y el cambio medio a lo largo del tiempo para los parámetros individuales se presentan en la tabla 1 y la tabla 2, respectivamente.

Tabla 1. Patologías inflamatorias y estructurales-Puntuación media en el cribado

Puntuación media (DE)	Secukinumab (N = 102)	Placebo (N = 102)
Hiperintensidad intratendinosa/aponeurosis	0,90 (1,09)	0,96 (1,18)
Hiperintensidad peritendinosa/aponeurosis	0,86 (1,13)	0,96 (1,27)
Bursitis retrocalcánea en el tendón de Aquiles	0,90 (1,19)	0,84 (1,14)
EMO	0,92 (1,38)	0,80 (1,26)
Engrosamiento del tendón/aponeurosis	0,85 (1,16)	0,89 (1,13)
Erosión ósea	0,37 (0,70)	0,25 (0,57)
Espolón óseo	0,70 (1,19)	0,63 (1,19)

Los datos presentados son los observados. Patologías notificadas para la zona del tendón de Aquiles y la fascia plantar, excepto la bursitis (solo en el tendón de Aquiles). N representa el número de pacientes incluidos en el análisis durante la selección.

**Figura. Patologías inflamatorias y estructurales en la selección**



P069 Figura

Tabla P069

Tabla 2. Patologías inflamatorias y estructurales - cambio medio desde la selección hasta la semana 24

Cambio medio (DE); IC95%	Secukinumab (N = 91)	Placebo (N = 90)
Hiperintensidad intratendinosa/aponeurosis	-0,12 (-0,03); -0,11, -0,13	-0,20 (-0,17); -0,16, -0,24
Hiperintensidad peritendinosa/aponeurosis	-0,32 (-0,27); -0,26, -0,37	-0,19 (-0,20); -0,15, -0,23
Bursitis retrocalcánea en el tendón de Aquiles	-0,35 (-0,22); -0,31, -0,40	-0,08 (-0,16); -0,04, -0,11
EMO	-0,26 (-0,26); -0,21, -0,32	-0,28 (-0,16); -0,24, -0,31
Engrosamiento del tendón/aponeurosis	-0,01 (-0,01); -0,01, -0,01	0,02 (-0,01); 0,02, 0,02
Erosión ósea	-0,02 (0); -0,02, -0,02	0,08 (0,10); 0,06, 0,10
Espolón óseo	0,02 (0,04); 0,01, 0,03	0,02 (-0,01); 0,02, 0,02

Los datos presentados son los observados, Patologías notificadas para la zona del tendón de Aquiles y la fascia plantar, excepto la bursitis (solo en el tendón de Aquiles). N representa el número de pacientes incluidos en el análisis durante en la S24.

**Conclusiones:** Según el nuevo sistema HEMRIS, no se confirmó la inflamación entésica ni el daño estructural en el 16,2% de los pts con EspA incluidos en el ensayo ACHILLES. Las mejoras en las puntuaciones medias de inflamación total y daño estructural total fueron mayores en los pacientes tratados con SEC en comparación con los tratados con placebo. La magnitud de la mejora observada en los pacientes tratados con SEC fue más pronunciada en la hiperintensidad peritendinosa/aponeurosis, la bursitis y la erosión ósea.

#### Bibliografía

- Schett G, et al. Nat Rev Rheumatol. 2017;13:731-41.
- Mathew AJ, et al. J. Rheumatol. 2019;46:1232-8.
- Behrens F, et al. Arthritis Rheumatol. 2019;71 (suppl 10). Abstract 2503.

#### P070. EFECTOS DE SECUKINUMAB SOBRE EL RIESGO CARDIOMETABÓLICO Y LA INFLAMACIÓN SISTÉMICA EN PACIENTES CON PSORIASIS, ARTRITIS PSORIÁSICA Y ESPONDILOARTRITIS AXIAL: RESULTADOS DE LOS ANÁLISIS POST HOC DE LOS DATOS AGRUPADOS DE 19 ESTUDIOS CLÍNICOS DE FASE 3/4

A. Mera Varela, J. Merola<sup>3</sup>, I. McInnes<sup>4</sup>, A. Deodhar<sup>5</sup>, E. Quebe-Fehling<sup>6</sup>, M. Aassi<sup>6</sup>, M. Peine<sup>6</sup> and N. Mehta<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario de Santiago de IDIS. Facultad de Medicina. USC. Santiago de Compostela. <sup>2</sup>Universidad

de Santiago de Compostela. <sup>3</sup>Department of Dermatology and Department of Medicine. Division of Rheumatology. Brigham and Women's Hospital. Harvard Medical School. Newton. MA (EE. UU.). <sup>4</sup>University of Glasgow. School of Medicine. Glasgow. Escocia (Reino Unido). <sup>5</sup>Oregon Health & Science University. Portland (EE. UU.). <sup>6</sup>Novartis Pharma AG. Basilea (Suiza). <sup>7</sup>NHLBI/National Institutes of Health. Bethesda. MD (EE. UU.).

**Introducción y objetivos:** La psoriasis (PsO), la artritis psoriásica (APs) y la espondiloartritis axial (EspAax) son enfermedades inflamatorias inmunomediadas (IMID) crónicas que requieren tratamiento a largo plazo. La inflamación sistémica en estas IMID está asociada a la enfermedad cardiovascular (CV)<sup>1,2</sup>. La proteína C reactiva ultrasensible (PCRus) es un marcador de riesgo CV subrogado e independiente. Recientemente, la ratio neutrófilo-linfocito (RNL) ha emergido como un nuevo biomarcador inflamatorio que predice la enfermedad CV y la mortalidad general<sup>3</sup>. En este trabajo se describe el efecto de la inhibición de la IL-17A con secukinumab sobre los parámetros de riesgo CV en pacientes con PsO, APs y EspAax durante 1 año de tratamiento.

**Métodos:** Este es un análisis *post hoc* de un conjunto de estudios fase 3/4 de secukinumab en PsO, APs y EspAax. Los criterios de exclusión relacionados con la enfermedad CV incluyeron la hipertensión no controlada y la insuficiencia cardíaca congestiva. Se evaluaron los parámetros tradicionales (índice de masa corporal [IMC],

Tabla P070

Tabla 1. Parámetros de riesgo inflamatorio: semanas 12/16 y 52

	PsO			aPs			EspAax		
	Secukinumab		PBO (N = 692)	Secukinumab		PBO (N = 681)	Secukinumab		PBO (N = 727)
	300 mg (N = 3.285)	150 mg (N = 765)		300 mg (N = 887)	150 mg (N = 907)		300 mg (N = 76)	300 mg (N = 1.177)	
<b>Población total</b>									
PCRus (mg/L)									
Basal	2,3	2,6	2,5	4,6	4,2	4,4	6,8	6,2	6,0
Semana12/16 <sup>^</sup>	1,8*	1,7*	2,2	2,4*	2,6*	4,3	2,2*	2,9*	5,4
Semana 52	1,9	1,9	-	2,4	2,5	-	3,6	2,7	-
RNL									
Basal	3,2	2,5	2,6	2,6	2,6	2,5	2,2	2,5	2,5
Semana12/16 <sup>^</sup>	2,1*	2,1*	2,4	2,2*	2,2*	2,5	2,0 <sup>§</sup>	2,1*	2,5
Semana 52	2,0	2,1	-	2,1	2,2	-	2,1	2,1	-
<b>Subgrupo de pacientes de alto riesgo (PCRus &gt; 10 mg/L en APs/EspAax y &gt; 4 mg/L en PsO)</b>									
PCRus (mg/L)									
	N = 757	N = 272	N = 219	N = 244	N = 219	N = 167	N = 28	N = 420	N = 262
Basal	7,3	8,0	8,7	17,5	19,9	17,4	16,6	19,6	23,3
Semana12/16 <sup>^</sup>	4,5 <sup>†</sup>	4,0 <sup>†</sup>	6,6	5,2*	5,8*	14,3	5,2*	6,3*	16,2
Semana 52	4,2	4,2	-	4,8	6,2	-	5,8	5,5	-
RNL									
Basal	2,8	2,9	3,0	3,0	3,3	3,1	2,7	3,0	2,9
Semana12/16 <sup>^</sup>	2,2*	2,3*	2,8	2,4*	2,5	2,9	2,1 <sup>§</sup>	2,3*	2,7
Semana 52	2,2	2,3	-	2,2	2,4	-	2,1	2,2	-

\*Valor p < 0,0001, † < 0,001 y § < 0,01 frente a PBO. Los valores P son bilaterales y derivan de la prueba de Wilcoxon de 2 muestras para la igualdad de las distribuciones sin ajustar por multiplicidad. El punto basal se define como la última observación, antes o el día de la primera dosis del fármaco del estudio. Los datos se presentan "según lo observado" en los pacientes con un valor basal y al menos un valor posterior al inicial. <sup>^</sup>La evaluación de la diferencia en el cambio respecto al valor basal se realizó en la semana 16 en los estudios de APs y EspAax y en la semana 12 en los estudios de PsO. PBO, placebo; PCRas, proteína C reactiva ultrasensible; RNL, ratio neutrófilo-linfocito; SEC, secukinumab.

**Tabla P070**

Tabla 2. Factores de riesgo CV tradicionales: semana 52

Mediana		Pso		APs		EspAax	
		Secukinumab		Secukinumab		Secukinumab	
		300 mg (N = 3.285)	150 mg (N = 765)	300 mg (N = 887)	150 mg (N = 907)	300 mg (N = 76)	300 mg (N = 1.177)
Glucemia en ayunas (mmol/L)	Basal	5,2	5,2	5,2	5,2	4,8	5,0
	S 52	5,2	5,2	5,3	5,2	5,1	5,1
Presión arterial sistólica (mmHg)	Basal	128,0	127,0	126,0	128,0	127,5	124,0
	S 52	127,0	126,0	126,0	126,5	124,0	122,0
Presión arterial diastólica (mmHg)	Basal	80,0	80,0	80,0	80,0	80,0	78,0
	S 52	80,0	80,0	78,0	80,0	79,0	77,0
Índice de masa corporal (Kg/m <sup>2</sup> )	Basal	27,9	28,4	28,1	29,1	25,6	27,2
	S 52	28,0	28,6	28,3	29,3	27,9	25,7
Ratio colesterol total/HDL	Basal	3,9	4,0	3,4	3,6	3,4	3,4
	S 52	4,0	4,1	3,5	3,6	3,4	3,3
Triglicéridos (mmol/L)	Basal	1,3	1,4	1,3	1,3	1,0	1,1
	S 52	1,4	1,6	1,4	1,4	1,1	1,2

El punto basal se define como la última observación, antes o el día de la primera dosis del fármaco del estudio. Los datos se presentan "según lo observado" en los pacientes con un valor basal y al menos un valor posterior al inicial. HDL, lipoproteína de alta densidad (del inglés *high density lipoprotein*); S, semana.

glucosa en ayunas, presión arterial, colesterol y lípidos) y los parámetros de riesgo CV inflamatorio (PCRus, recuento absoluto de neutrófilos y RNL). El análisis estadístico exploratorio del cambio de la mediana desde el inicio hasta la semana 12 (PsO) o la semana 16 (APs/EspAax) para secukinumab frente a placebo se realizó mediante la prueba de Wilcoxon de 2 muestras. Se realizaron análisis de subgrupos en los pacientes de alto riesgo (PCRus basal > 10 mg/L en APs/EspAax y > 4 mg/L en PsO).

**Resultados:** En total, se incluyeron 9.197 pacientes de 19 ensayos clínicos (8 en PsO, n = 4.742; 5 en APs, n = 2.475; 6 en EspAax, n = 1.980). Todos los parámetros de riesgo CV tradicionales se mantuvieron estables en los pacientes tratados con secukinumab a lo largo de 1 año (tabla 1). La administración de secukinumab redujo rápidamente tanto la PCRus como la RNL, en comparación con el placebo en la semana 12 (PsO) o en la semana 16 (APs/EspAax) en la población general y en los pacientes de alto riesgo definidos por tener una PCRus basal elevada (todos p < 0,01). Esta reducción se mantuvo durante al menos 1 año de tratamiento con secukinumab en todas las indicaciones (tabla 2). En aquellos pacientes cuyos datos de seguimiento disponibles permitieron realizar un análisis exploratorio a lo largo de cinco años, secukinumab indujo reducciones sostenidas de la PCRus y la RNL; los factores de riesgo CV tradicionales no cambiaron.

**Conclusiones:** Secukinumab redujo rápidamente la PCRus y la RNL en pacientes con IMID con una elevada carga inflamatoria sistémica. Los factores de riesgo CV tradicionales se mantuvieron estables durante al menos 1 año en pacientes con PsO, APs y EspAax.

**Bibliografía**

1. Papagoras, et al. *Joint Bone Spine*. 2014;81:57-63.
2. Aksentijevich, et al. *Trends Cardiovasc Med*. 2020;30:472-8.
3. Kim, et al. *JAMA Cardiol*. 2018;3:455-62.

**P071. SECUKINUMAB PROPORCIONA MEJORAS CLÍNICAS EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA OLIGOARTICULAR ACTIVA: RESULTADOS DE UN ANÁLISIS CONJUNTO DE 5 ESTUDIOS FASE 3**

D. Reina Sanz<sup>1</sup>, A. Ogdie<sup>2</sup>, D. Gladman<sup>3</sup>, L. Coates<sup>4</sup>, E. Pournara<sup>5</sup>, X. Meng<sup>6</sup>, B. Parikh<sup>6</sup> y P. Mease<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Complex Hospitalari Moisès Broggi. Barcelona. <sup>2</sup>University of Pennsylvania. Filadelfia. PA (EE. UU.). <sup>3</sup>Schroeder Arthritis Institute. Krembil Research Institute. Toronto Western Hospital. Toronto. ON (Canadá). <sup>4</sup>Nuffield Department of Orthopaedics. Rheumatology and Musculoskeletal Sciences. University of Oxford. Oxford (Reino Unido). <sup>5</sup>Novartis Pharma AG. Basilea (Suiza). <sup>6</sup>Novartis Pharmaceuticals Corporation. East Hanover. NJ (EE. UU.). <sup>7</sup>Swedish Medical Center/ Providence St. Joseph Health and University of Washington. Seattle. WA (EE. UU.).

**Introducción y objetivos:** La artritis psoriásica (APs) oligoarticular, definida como la afectación de ≤ 4 articulaciones, afecta aproximadamente al 50% de la población con APs.<sup>1,2</sup> La carga de la enfermedad es comparable a la de los pacientes con enfermedad oligoarticular o poliarticular, y la mayoría de ellos evolucionan de una APs oligoarticular a una forma poliarticular.<sup>1,2</sup> La eficacia de los fármacos biológicos en pacientes con APs oligoarticular es limitada, ya que los criterios de inclusión para los ensayos controlados y aleatorizados en APs suelen requerir ≥ 3 articulaciones tumefactas y dolorosas. Se evaluó la eficacia del inhibidor de la IL17, secukinumab (SEC), en pacientes con APs oligoarticular de 5 estudios fase 3.

**Métodos:** Este análisis *post hoc* incluyó a pacientes con APs oligoarticular de los ensayos FUTURE 2-5 y MAXIMISE (NCT01649375, NCT01989468, NCT02294227, NCT02404350 y NCT02721966). La APs oligoarticular se definió como la presencia de 1-4 articulaciones dolorosas y 1-4 tumefactas al inicio, según el número de articulaciones dolorosas de 78 articulaciones (NAD78) y el número de articulaciones tumefactas de 76 (NAT76), respectivamente. En este análisis, los pacientes se agruparon según el tratamiento recibido en la semana (S) 12 y en la S52: S12 (SEC 300 mg, SEC 150 mg con o sin dosis de carga [DC], o placebo [PBO]) y S52 (cualquier SEC 300 mg o SEC 150 mg). La eficacia se evaluó mediante la proporción de pacientes que lograron una mejora del 50% en la actividad de la enfermedad (DAPSA50), DAPSA75, baja actividad de la enfermedad (LDA) y remisión (REM) basada en la puntuación DAPSA, resolución de NAD78, resolución de NAT76 y una mejora de ≥ 0,35 puntos en la puntuación del Índice de Discapacidad del Cuestionario de Evaluación de la Salud (HAQ). Se proporcionan estadísticas descriptivas para cada punto final mediante estudio de casos observados. Se utilizó un análisis de regresión logística para identificar los posibles predictores de la respuesta DAPSA en las S12 y 52; posteriormente se realizaron análisis de regresión logística multivariante.

**Resultados:** Se incluyeron 84 pacientes en este análisis: 48 con APs activa de los ensayos FUTURE 2-5 y 36 con APs activa y manifestaciones axiales del ensayo MAXIMISE. En la tabla se presentan los datos demográficos y las características basales de la enfermedad. En la S12, se observaron mejoras notables en los grupos de SEC vs. PBO en todas las variables evaluadas (figs. 1A, 2A). Estas mejoras se mantuvieron o aumentaron hasta la S52 (figs. 1B, 2B). Más del 90% de los pacientes que recibieron cualquier SEC 300 mg o SEC 150 mg alcanzaron LDA o REM en la S52 (fig. 1B). En la S52, una mayor proporción de pacientes que recibieron cualquier SEC 300 mg vs. cualquier SEC 150 mg alcanzó resultados más altos de DAPSA 75 y DAPSA REM (fig. 1B). En la S12, la edad más joven fue un factor predictivo de la consecución de DAPSA LDA o REM y de la consecución

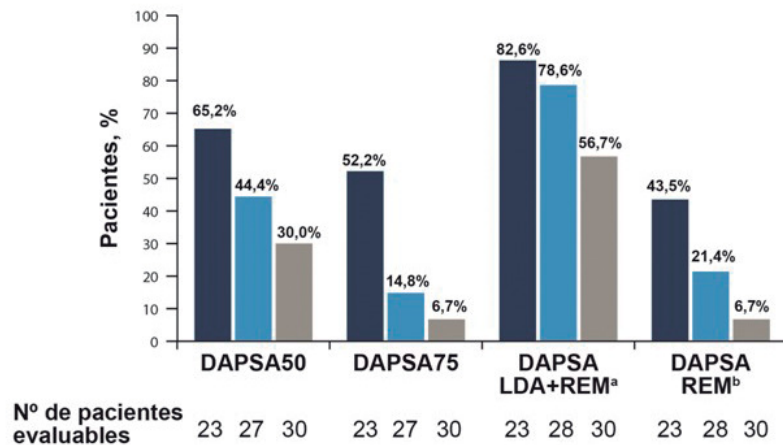
## Datos demográficos y características basales de la enfermedad

Características	SEC 300 mg (n = 23)	SEC 150 mg, agrupados (n = 30)	PBS (n = 31)
Edad, media (DE), años	38,8 (13,3)	43,2 (12,1)	46,8 (14,3)
Hombres, n (%)	16 (69,6)	19 (63,3)	19 (61,3)
Caucásicos n (%)	22 (95,7)	29 (96,7)	31 (100)
IMC, media (DE), Kg/m <sup>2</sup>	27,0 (5,8)	29,4 (6,0)	28,1 (4,3)
NAD78, media (DE)	3,3 (0,9)	3,3 (1,0)	3,4 (0,7)
NAT76, media (DE)	3,0 (1,1)	2,7 (1,1)	2,7 (1,0)
DAPSA, media (DE)	18,0 (4,7)	16,7 (4,8)	17,6 (4,5)
HAQ-DI, media (DE)	0,9 (0,5)	1,1 (0,7)	1,0 (0,7)
Tiempo desde el diagnóstico de APs media (DE), años	3,0 (3,5)	4,1 (6,4)	5,1 (5,8)

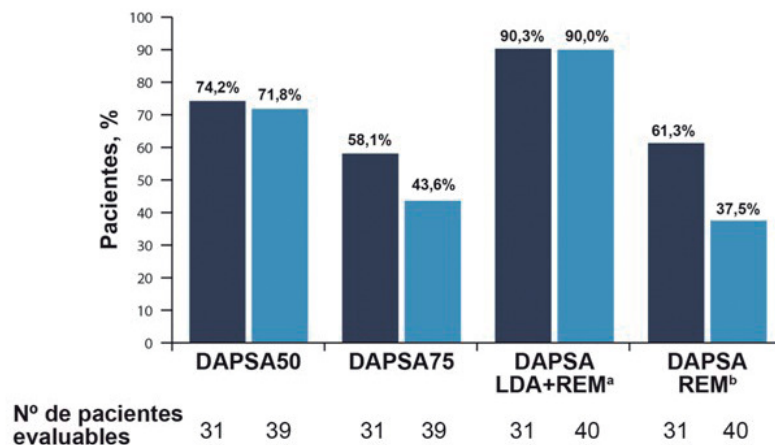
DAPSA: actividad de la enfermedad en artritis psoriásica (del inglés *Disease Activity in Psoriatic Arthritis*); HAQ-DI: índice de Discapacidad del Cuestionario de Evaluación de la Enfermedad (del inglés *Health Assessment Questionnaire-Disability Index*); IMC: índice de masa corporal; NAD78: número de articulaciones dolorosas de 78 articulaciones; NAT76: número de articulaciones tumefactas de 76 articulaciones; PBO: placebo; SEC: secukinumab.

**Figura 1.** Proporción de pacientes con APs oligoarticular que alcanzan una respuestas DAPSA en la (A) semana 12 y (B) semana 52 (observados).

**A** ■ Secukinumab 300 mg agrupados (n = 23) ■ Secukinumab 150 mg agrupados (n = 30) ■ Placebo (n = 31)



**B** ■ Cualquier Secukinumab 300 mg (n = 35)<sup>c</sup> ■ Cualquier Secukinumab 150 mg (n = 49)<sup>d</sup>



APs, artritis psoriásica; DAPSA, Actividad de la Enfermedad en Artritis Psoriásica (del inglés *Disease Activity in Psoriatic Arthritis*); LDA, baja actividad de la enfermedad (del inglés *low disease activity*); PBS, placebo; REM, remisión; SEC, secukinumab.

<sup>a</sup> DAPSA REM+LDA se define como DAPSA ≤ 14.

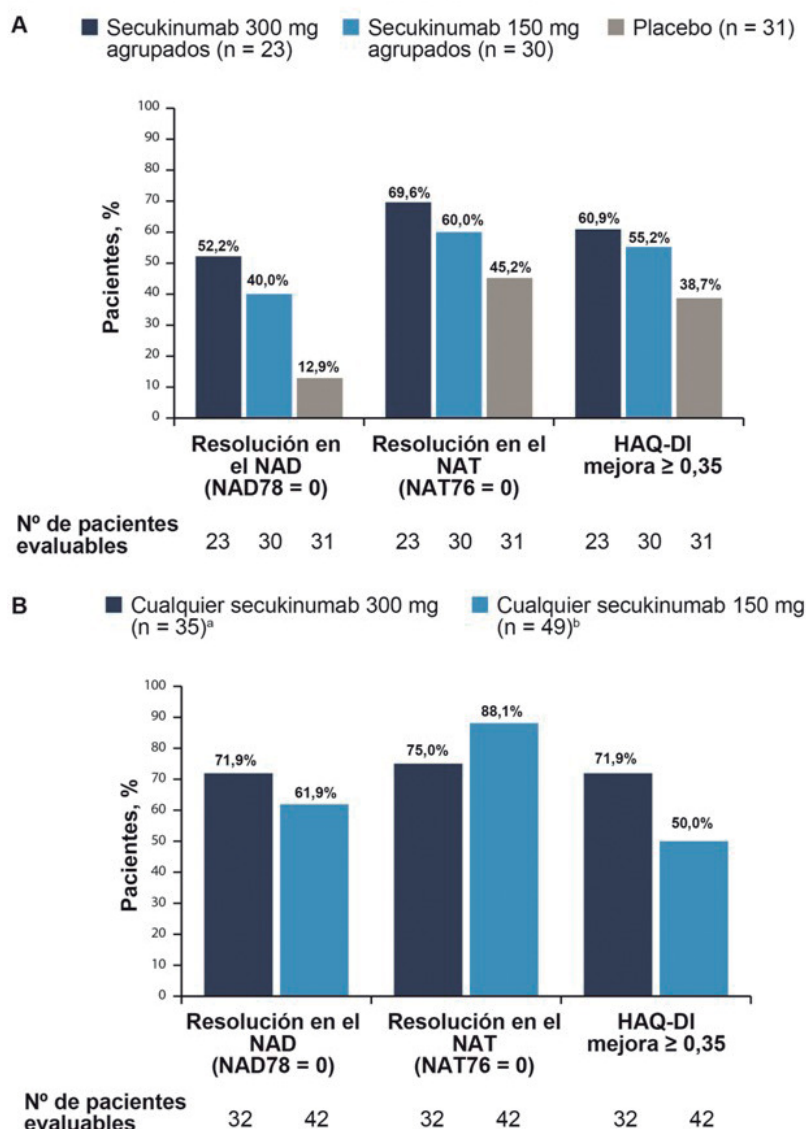
<sup>b</sup> DAPSA REM se define como DAPSA ≤ 4.

<sup>c</sup> Incluye a los pacientes inicialmente aleatorizados a PBO que fueron reasignados a SEC 300 mg después de la semana 12.

<sup>d</sup> Incluye a los pacientes inicialmente aleatorizados a PBO que fueron reasignados al SEC 150 mg después de la semana 12.

**Figura 1**

**Figura 2.** Proporción de pacientes con APs oligoarticular que alcanzan la resolución en el NAD, la resolución en el NAT y una mejora de la puntuación del HAQ-DI  $\geq 0,35$  puntos en (A) la semana 12 y (B) la semana 52 (observados).



APs, artritis psoriásica; HAQ-DI, Índice de Discapacidad del Cuestionario de Evaluación de la Salud (del inglés *Health Assessment Questionnaire-Disability Index*); NAD78, número de articulaciones dolorosas de 78 articulaciones; NAT76, número de articulaciones tumefactas de 76 articulaciones; PBO, placebo; SEC, secukinumab.  
<sup>a</sup>Incluye a los pacientes inicialmente aleatorizados a PBO que fueron reasignados a SEC 300 mg después de la semana 12.  
<sup>b</sup>Incluye a los pacientes inicialmente aleatorizados a PBO que fueron reasignados a SEC 150 mg después de la semana 12.

P071 Figura 2

de DAPSA50, mientras que un NAT inicial más bajo fue un factor predictivo de la consecución de DAPSA REM ( $p < 0,05$ ). No se identificaron predictores en la S52.

**Conclusiones:** SEC proporciona mejoras superiores vs. PBO en una serie de variables de la actividad de la enfermedad y la disfunción en pacientes con APs oligoarticular en la S12, con respuestas sostenidas hasta la S52.

**Bibliografía**

- Huscher D, et al. *Arthritis Rheumatol.* 2015;67(suppl 10). Abstract 679.
- Gladman D, et al. *Arthritis Rheumatol.* 2019;71(suppl 10). Abstract 2495.

**P072. IMPACTO DE LA DISCONTINUACIÓN DEL TRATAMIENTO INTERMEDIA EN LA EFICACIA DE SECUKINUMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA ACTIVA Y ESPONDILITIS ANQUILOSANTE: ANÁLISIS INTERMEDIO DE LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO SERENA**

- C. Sanabra Palau<sup>1</sup>, U. Kiltz<sup>2</sup>, P. Sfrikakis<sup>3</sup>, N. Gullick<sup>4</sup>, G. Katsifis<sup>5</sup>, A. Kandyli<sup>6</sup>, J. Brandt-Jrgens<sup>7</sup>, P. Goupille<sup>8</sup>, N. Maiden<sup>9</sup>, K. Gaffney<sup>10</sup>, M. Aassi<sup>11</sup>, B. Schulz<sup>11</sup>, E. Pournara<sup>11</sup> y P. Jagiello<sup>11</sup>

<sup>1</sup>D de Novartis Farmacéutica. S.A. Barcelona. <sup>2</sup>Rheumazentrum Ruhrgebiet Herne. Ruhr-Universität Bochum. Herne (Alemania). <sup>3</sup>National Kapodistrian University of Athens Medical School. Atenas (Grecia).



<sup>4</sup>University Hospitals Coventry & Warwickshire. Coventry (Reino Unido).

<sup>5</sup>Rheumatology Clinic Naval Hospital of Athens. Atenas (Grecia).

<sup>6</sup>Rheumatology Outpatient Clinic. Laso General Hospital. Atenas (Grecia).

<sup>7</sup>Rheumatologische Schwerpunktpraxis. Berlin (Alemania). <sup>8</sup>University Hospital of Tours. Rheumatology department. Tours (Francia). <sup>9</sup>Craigavon Area Hospital. Southern Health & Social Care Trust. Portadown. Craigavon (Reino Unido). <sup>10</sup>Norfolk and Norwich University Hospital NHS Trust. Norwich (Reino Unido). <sup>11</sup>Novartis Pharma AG. Basilea (Suiza).

**Introducción y objetivos:** El secukinumab (SEC) ha demostrado eficacia a largo plazo y un perfil de seguridad favorable en pacientes (pts) con artritis psoriásica (PsA) y espondilitis anquilosante (EA) en ensayos fase 3<sup>1,2</sup>. SERENA es un estudio observacional longitudinal en curso de más de 2900 pts con psoriasis moderada-severa, PsA activa y EA realizado en 438 centros de toda Europa con una duración prevista de hasta 5 años<sup>3</sup>. Se describe el impacto de la discontinuación del tratamiento (Tx) intermedia en la eficacia de SEC en pts con APs o EA activa del estudio SERENA.

**Métodos:** El análisis intermedio incluyó datos de 534 pts de PsA y 470 de EA reclutados entre octubre de 2016 y octubre de 2018 y con un seguimiento  $\geq 2$  años. Los pts ( $\geq 18$  años) con APs o EA activa debían haber recibido al menos 16 semanas (S) de Tx con SEC antes de participar en el estudio. La discontinuación del Tx se definió como la interrupción de SEC  $\geq 3$  meses entre la última inyección y la reintroducción. Las evaluaciones de eficacia incluyeron el recuento de articulaciones tumefactas y dolorosas en los pts con APs, y la Evaluación Global de los Pts (PtGA) y la puntuación BASDAI en los pts con EA antes y durante la discontinuación del Tx y tras la reintroducción de SEC. Se incluyeron los pts con evaluaciones en al menos 2 puntos temporales. Se utilizó como basal la última evaluación anterior a la discontinuación del Tx intermedia. La evaluación más cercana a los 6 meses después de la reintroducción se consideró como evaluación posterior a la reintroducción de SEC.

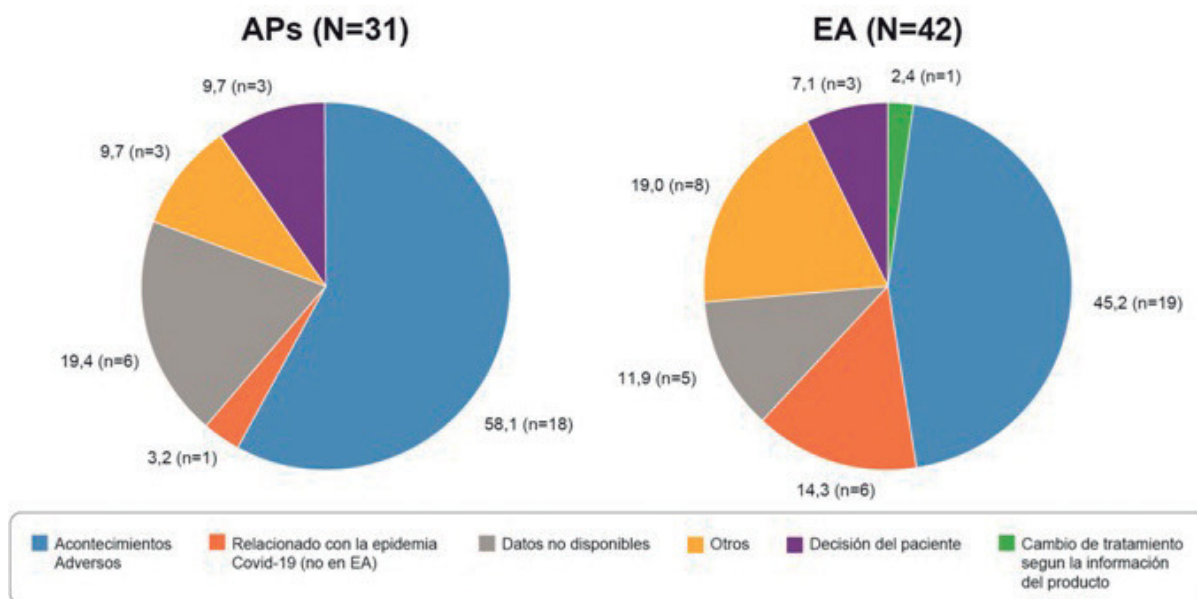
**Resultados:** Un total de 31 pts con APs (5,8%) y 42 (8,9%) con EA tuvieron una discontinuación del Tx intermedia desde el inicio del tratamiento con SEC. La duración media (DE) de la discontinuación del Tx fue de 24,8 (16,4) y 26,4 (22,9) S para los pts con APs y EA, respectivamente. La duración media (DE) del Tx con SEC antes de la discontinuación del Tx fue de 86,8 (50,3) y 90,2 (46,9) S, y después de la discontinuación fue de 73,6 (44,4) y 63,2 (46,8) S. Los motivos más frecuentes fueron los acontecimientos adversos (AA) notificados en 18 (58,1%) pts con APs y 19 (45,2%) con EA, la decisión del pt notificada en 3 (9,7%) pts con APs y 3 (7,1%) con EA, y los motivos relacionados con la COVID-19 notificados en 1 (3,2%) pt con APs y 6 (14,3%) con EA (fig. 1). Más del 80% de los pts con APs y el 76% con EA reiniciaron SEC sin dosis de carga tras la discontinuación del Tx. El recuento de articulaciones tumefactas y dolorosas aumentó en los pts con APs desde la última evaluación antes de la discontinuación del Tx [1,3 (1,0) y 7,2 (11,4); n = 6] hasta la primera evaluación durante la discontinuación del Tx [4,0 (1,4) y 16,5 (19,1); n = 2], y bajó gradualmente tras la reintroducción de SEC [0,4 (0,5) y 2,0 (0,7); n = 5]. El PtGA y el BASDAI se estabilizaron en los pts con EA desde la última evaluación antes de la discontinuación del Tx hasta la primera evaluación durante la discontinuación del Tx y tras la reintroducción de SEC (fig. 2).

**Conclusiones:** La discontinuación del Tx intermedio con SEC se produjo por una serie de razones en la práctica clínica, principalmente debido a los AA y a la decisión del pt. La mayoría de los pts reiniciaron el tratamiento con SEC sin fase de carga. No se observó un impacto notable de la discontinuación del Tx intermedia en la eficacia de SEC.

#### Bibliografía

1. Mease P, et al. Ann Rheum Dis. 2018;77(6): 890-2.
2. Pavelka K, et al. Arthritis Res Ther. 2017;19(1):285.
3. Kiltz, U et al. Adv Ther. 2020;37:2865-83.

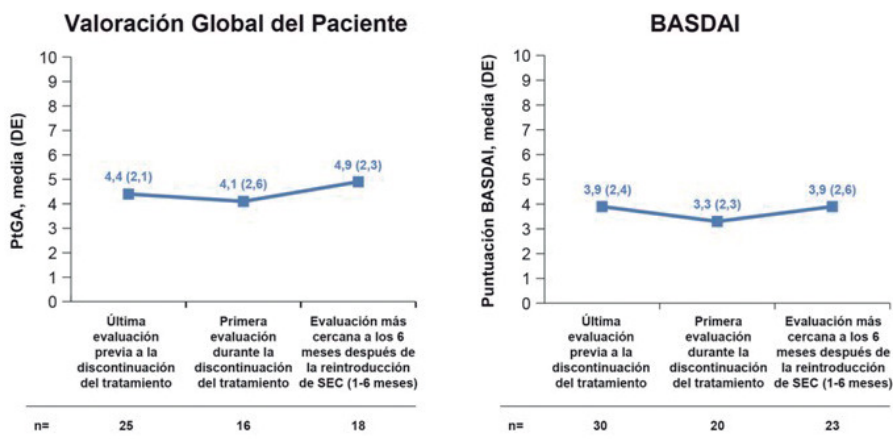
**Figura 1.** Motivos de la discontinuación del tratamiento con secukinumab en pacientes con APs y EA



Si un paciente tuvo más de una discontinuación del tratamiento, se incluyó la discontinuación de mayor duración. AA, acontecimiento adverso; APs, artrosis psoriásica; EA, espondilitis anquilosante; n, número de pacientes con datos disponibles; N, número de pacientes con discontinuación del tratamiento.

Figura 1

**Figura 2.** Evaluación global del paciente y puntuación del BASDAI antes de la discontinuación del tratamiento, durante la discontinuación del tratamiento y después de la reintroducción en pacientes con EA



Si un paciente tuvo más de una discontinuación del tratamiento intermedio, se incluyó la discontinuación con 1. Las evaluaciones en todos los periodos temporales (antes/durante/después de la discontinuación del tratamiento intermedio) y 2. La duración más larga.

BASDAI, Índice de Actividad de la Enfermedad en Espondilitis Anquilosante de Bath (del inglés *Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index*); DE, desviación estándar; EA, Espondilitis Anquilosante; n, número de pacientes con datos disponibles; PtGA, evaluación global del paciente (del inglés *patient's global assessment*); SEC, secukinumab.

P072 Figura 2

**P073. SECUKINUMAB DEMUESTRA UNA MEJORA CONTINUA DE LA SINOVITIS Y LA ENTESITIS MEDIANTE ECOGRAFÍA EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA: RESULTADOS A 52 SEMANAS DE UN ESTUDIO DE FASE 3**

E. Naredo Sánchez<sup>1</sup>, M.A. d'Agostino<sup>2</sup>, G. Schett<sup>3</sup>, C. Gaillez<sup>4</sup>, C. Guerrero<sup>5</sup>, P. Hanova<sup>6</sup>, T. Cazenave<sup>7</sup>, M.S. Stoenoiu<sup>8</sup>, M. Backhaus<sup>9</sup>, G. Mouterde<sup>10</sup>, M. Boers<sup>11</sup>, A.-M. Duggan<sup>12</sup>, P. Goyanka<sup>12</sup> y P. Conaghan<sup>13</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid. <sup>2</sup>Rheumatology. Fondazione Policlinico Universitario "Gemelli". IRCCS. Roma (Italia). <sup>3</sup>Universitätsklinikum Erlangen. Department of Internal Medicine 3-Rheumatology and Immunology. Erlangen (Alemania). <sup>4</sup>Novartis Pharma AG. Basilea (Suiza). <sup>5</sup>Dermatologico Country. Jalisco (México). <sup>6</sup>Department of Rheumatology. Institute of Rheumatology. Prague (República Checa). <sup>7</sup>Instituto de Rehabilitación Psicofísica. Buenos Aires (Argentina). <sup>8</sup>Rheumatology department. Cliniques Universitaires Saint-Luc. Institut de Recherche Expérimentale et Clinique (IREC). Bruselas (Bélgica). <sup>9</sup>Department of Internal Medicine. Rheumatology and Clinical Immunology. Park-Klinik Weissensee Academic Hospital of the Charité. Berlín (Alemania). <sup>10</sup>Rheumatology department. CHU Montpellier. Montpellier (Francia). <sup>11</sup>Department of Epidemiology and Data Science and Amsterdam Rheumatology and Immunology Center. Amsterdam UMC. Vrije Universiteit. Amsterdam (Países Bajos). <sup>12</sup>Novartis Ireland Limited. Dublin. Irlanda. <sup>13</sup>Novartis Healthcare Pvt Ltd. Hyderabad (India). <sup>14</sup>Leeds Institute of Rheumatic and Musculoskeletal Medicine. University of Leeds. Leeds (Reino Unido).

**Introducción y objetivos:** La ecografía con el modo power-Doppler (PDUS) es una herramienta de imagen sensible y no invasiva para evaluar un amplio espectro de inflamación articular y periarticular en la artritis psoriásica (APs)<sup>1,2</sup>. ULTIMATE (NCT02662985) es el primer gran ECA que utilizó la puntuación global de sinovitis por ecografía de OMERACT (GLOESS) como objetivo primario, para demostrar los beneficios tempranos de secukinumab, durante 12 semanas, sobre la sinovitis en pacientes con PsA<sup>3</sup>. En este estudio presentamos la sensibilidad al cambio de la ecografía en la evalua-

ción de sinovitis y la entesitis, la eficacia clínica y la seguridad de secukinumab hasta las 52 semanas.

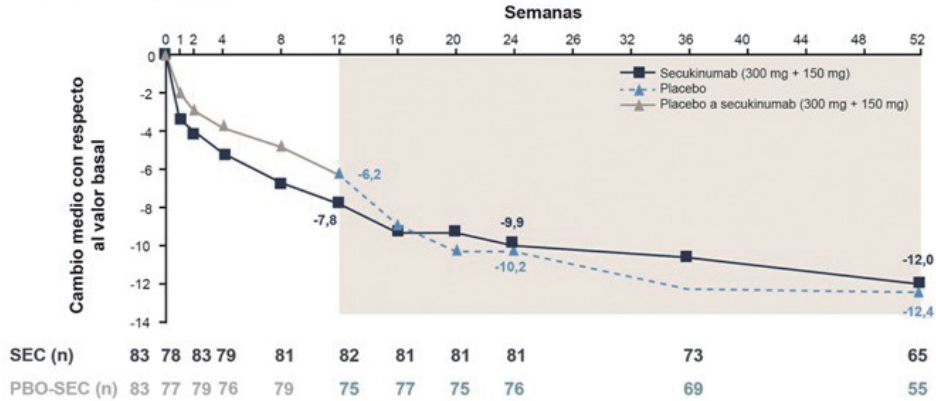
**Métodos:** Se trató de un estudio a 52 semanas con un tratamiento doble ciego controlado con placebo de 12 semanas, seguido de un tratamiento abierto de 12 semanas y una extensión del tratamiento abierto de 6 meses en todos los pacientes. El diseño detallado del estudio y los criterios de selección se han descrito anteriormente<sup>3,4</sup>. La respuesta a la sinovitis y la entesitis por ecografía se midieron mediante el GLOESS y la puntuación global de entesitis OMERACT (definiciones 1 y 2)<sup>4</sup> en los pacientes, respectivamente. También se evaluaron otros marcadores clave de la APs: afectación articular (respuestas ACR), de las entesis (SPARCC), de la piel (respuestas PASI), de dactilitis (LDI) y la función física (HAQ-DI). Solo se presentaron datos observados.

Resultados de eficacia clínica en la semana 52 (período de extensión)

	Secukinumab (300 mg + 150 mg; N = 83)	Placebo-secukinumab (N = 83)
Respondedores,%		
ACR20	89	84
ACR50	68	72
ACR70	48	47
PASI 90	59	74
PASI 100	55	48
Resolución de la dactilitis (LDI = 0)	89	92
Cambio con respecto al valor basal, media (DE)		
Índice de la entesitis del SPARCC	-3,0 (2,3)	-3,6 (3,4)
HAQ-DI	-0,8 (0,6)	-0,7 (0,6)

La respuesta del PASI se calculó para los pacientes con BSA ≥ 0,3%. En la semana 52, los m del ACR fueron 65 y 57, los del PASI fueron 22 y 23, y los del LDI fueron 18 y 13 para los grupos de secukinumab y placebo-secukinumab, respectivamente. ACR, American College of Rheumatology; BSA, Área de superficie corporal (del inglés *Body Surface Area*); DE, desviación estándar; HAQ-DI, Índice de Discapacidad del Cuestionario de Evaluación de la Salud (del inglés *Health Assessment Questionnaire Disability Index*); LDI, Índice de la dactilitis de Leeds (del inglés *Leeds Dactylitis Index*); N, número de pacientes aleatorizados; m, número de pacientes evaluables; PASI; Índice de la Severidad del Área de la Psoriasis (del inglés *Psoriasis Area and Severity Index*); SPARCC, *Spondyloarthritis research consortium of Canada*.

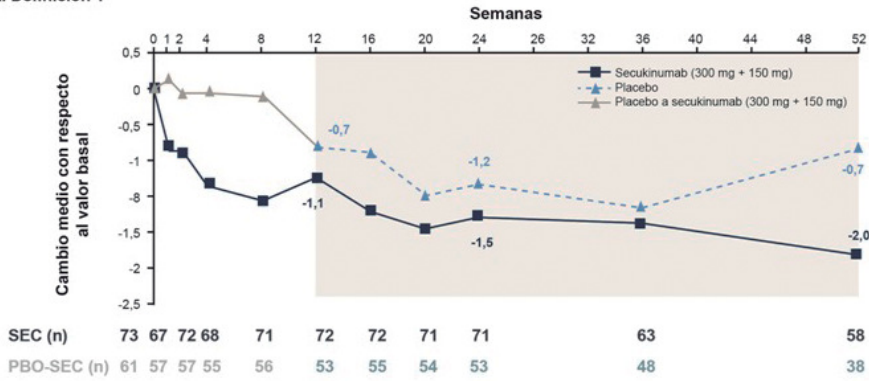
**Figura 1.** Cambio medio con respecto al valor basal en el GLOESS por tratamiento hasta la semana 52.



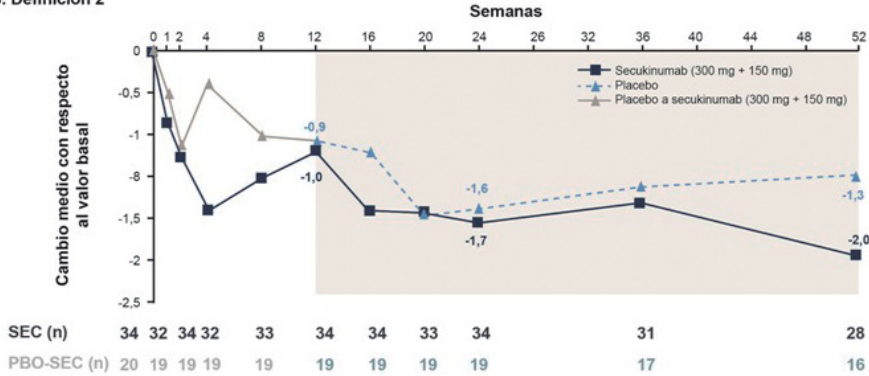
Los datos se presentan según lo observado. Período abierto desde la semana 12 a la 52 (área sombreada). GLOESS = Puntuación Global de Sinovitis OMERACT-EULAR mediante una puntuación combinada PDUS de 24 articulaciones emparejadas. El rango de la puntuación GLOESS es de 0 a 144. EULAR, Liga Europea Contra el Reumatismo (del inglés *European League Against Rheumatism*); GLOESS, puntuación global de sinovitis OMERACT-EULAR (del inglés *OMERACT-EULAR global synovitis score*); OMERACT, Medidas de Resultado en Reumatología (del inglés *Outcome Measures in Rheumatology*); PBO-SEC, placebo-secukinumab; PDUS, ecografía Power-Doppler (del inglés *power Doppler ultrasound*); SEC, secukinumab.

**Figura 2.** Cambio medio con respecto a la puntuación global de entesitis OMERACT basal hasta la Semana 52

**A. Definición 1**



**B. Definición 2**



Los datos se presentan según lo observado. Período abierto de la Semana 12 a la 52 (área sombreada). La Definición 1 de la puntuación global de entesitis OMERACT (PDUS oscila entre 0 y 48 y es la suma de la señal del modo B (0 = ausencia, 1 = presencia) y de la señal PD en 12 zonas de entesitis; la Definición 2 oscila entre 0 y 36 y es la suma de la señal de PD en 12 sitios. En cada punto temporal, sólo se incluyen los pacientes con un valor basal y ese punto temporal. Sólo se incluyeron los pacientes con valores positivos (>0 al inicio).

EULAR, Liga Europea Contra el Reumatismo (del inglés *European League Against Rheumatism*); GLOESS, puntuación global de sinovitis OMERACT-EULAR (del inglés *OMERACT-EULAR global synovitis score*); N, número total de pacientes aleatorizados; n, número de pacientes evaluables; OMERACT, Medidas de Resultado en Reumatología (del inglés *Outcome Measures in Rheumatology*); PBO-SEC, placebo-secukinumab; PDUS, ecografía Power-Doppler (del inglés *power Doppler ultrasound*); SEC, secukinumab.

**Resultados:** Se reclutaron 166 pacientes, de los cuales el 90% (75/83) de los participantes del grupo de secukinumab y el 83% (69/83) de los del grupo placebo-secukinumab completaron las 52 semanas. Se observó una mejora continuada del GLOESS tanto en el grupo de secukinumab como en el de placebo-secukinumab tras el cambio a la terapia activa en la semana 12 hasta la semana 52 (fig. 1). Se observó una tendencia similar de mejora en la puntuación global de entesitis OMERACT (definición 1 y 2) hasta la semana 52 en ambos grupos (fig. 2). Se observaron tasas de respuesta clínica sostenida en múltiples marcadores de la enfermedad y de la función física hasta la semana 52 tanto en el grupo de secukinumab como en el de placebo-secukinumab (tabla). No hubo hallazgos de seguridad nuevos o inesperados.

**Conclusiones:** ULTIMATE demostró la sensibilidad al cambio y valor discriminativo de la ecografía en la evolución de la sinovitis y la entesitis en APs, lo cual apoya su uso en los ensayos clínicos, y confirmó los beneficios rápidos y continuos de secukinumab durante 52 semanas. También se observó una eficacia sostenida en las principales manifestaciones clínicas de la APs, con un perfil de seguridad coherente con los resultados anteriores.

**Bibliografía**

1. D'Agostino MA, Coates LC. J Rheumatol. 2019;46:337-9.
2. Uson J, et al. Rheumatol Clin. 2018;14:27-35.
3. D'Agostino MA, et al. Arthritis Rheumatol. 2020;72 (suppl 10).
4. Boers M, et al. Ann Rheum Dis. 2021;80:314.

**P074. BAJAS TASAS DE PROGRESIÓN RADIOGRÁFICA TRAS 2 AÑOS DE TRATAMIENTO CON GUSELKUMAB (TREMFYA®), UN INHIBIDOR SELECTIVO DE LA SUBUNIDAD P19 DE LA INTERLEUCINA-23: RESULTADOS DE UN ESTUDIO DE FASE 3, ALEATORIZADO, DOBLE CIEGO, CONTROLADO CON PLACEBO DE PACIENTES NAÏVE A TRATAMIENTO BIOLÓGICO CON ARTRITIS PSORIÁSICA ACTIVA**

P.J. Mease<sup>1</sup>, A.B. Gottlieb<sup>2</sup>, I.B. McInnes<sup>3</sup>, P. Rahman<sup>4</sup>, A.P. Kollmeier<sup>5</sup>, X.L. Xu<sup>5</sup>, Y. Jiang<sup>6</sup>, S. Sheng<sup>6</sup>, M. Shawi<sup>7</sup>, S.D. Chakravarty<sup>8,9</sup>, F. Lavie<sup>7</sup>, S. Díaz-Castroverde<sup>10</sup> y D. van der Heijde<sup>11</sup>

<sup>1</sup>Centro Médico Sueco/Providence St. Joseph Health y Universidad de Washington. Seattle. WA (EE. UU.). <sup>2</sup>Escuela Icahn de Medicina Mt. Sinai. Dermatología. Nueva York (EE. UU.). <sup>3</sup>Escuela de Medicina Veterinaria y Ciencias de la Salud. Universidad de Glasgow. Glasgow (Reino Unido). <sup>4</sup>Universidad Memorial de Newfoundland. Centro de

Investigación Genética Craig L Dobbin. St. John's (Canadá). <sup>5</sup>Janssen Investigación y Desarrollo. LLC. Inmunología. San Diego. CA (EE. UU.). <sup>6</sup>Janssen Investigación y Desarrollo. LLC. Bioestadística. Spring House (EE. UU.). <sup>7</sup>Janssen Servicios Globales. LLC. Inmunología. Horsham (EE. UU.). <sup>8</sup>Janssen Asuntos Científicos. LLC. Inmunología. Horsham (EE. UU.). <sup>9</sup>Universidad de Medicina de Drexel. Philadelphia. PA (EE. UU.). <sup>10</sup>Departamento Médico Janssen. Madrid. <sup>11</sup>Centro Médico Universitario de Leiden. Reumatología. Leiden (Países Bajos).

**Introducción y objetivos:** El guselkumab (GUS), un inhibidor de la subunidad p19 de la IL-23, es eficaz en el tratamiento de pacientes con psoriasis y artritis psoriásica (APs). En el estudio de fase 3, doble ciego, controlado con placebo (PBO) DISCOVER-2, GUS 100 mg administrado cada 4 u 8 semanas (C4S o C8S) mejoró significativamente los síntomas articulares y cutáneos. Los pacientes tratados con GUS tuvieron menores cambios promedio en la progresión radiográfica en semana 24 en comparación con los tratados con PBO<sup>1</sup>. Las tasas de respuesta clínica y un perfil de seguridad favorable se mantuvieron hasta semana 100<sup>2,3</sup>. En esta publicación se detallan las evaluaciones radiográficas que comprenden la tercera sesión de lectura hasta la semana 100 de DISCOVER-2, así como la relación entre los cambios radiográficos y los resultados clínicos.

**Métodos:** Adultos sin tratamiento biológico previo (bio-naïve) con APs activa (≥ 5 recuento de articulaciones inflamadas; ≥ 5 recuento de articulaciones dolorosas; CRP ≥ 0,6 mg/dL) se aleatorizaron (1:1:1) a GUS 100 mg C4S; GUS 100 mg en semana (s) 0, s4 y luego C8S; o PBO con cambio a GUS 100 mg C4S (PBO→C4S) en s24; con seguimiento hasta s100. La sesión de lectura radiográfica 3 incluyó evaluaciones en semana 0, 24, 52 y 100 (o si hubiese interrupción después de s52) de pacientes que continuaron el tratamiento del estudio en s52. Los evaluadores estaban ciegos tanto para el grupo de tratamiento como para el punto temporal. Se evaluaron los cambios medios observados en las puntuaciones del índice de van der Heijde-Sharp (vdH-S) modificado para APs, el estrechamiento del espacio articular y la erosión. Los cambios en las puntuaciones totales de vdH-S de la s0 a la s100 se determinaron en todos los pacientes, hubiesen logrado o no respuesta clínica en s100 evaluada por ACR20/50/70, baja actividad de la enfermedad (LDA) basada en DAPSA (≤ 14) o PASDAS (≤ 3,2), MDA y puntuación HAQ-DI normalizada (< 0,5).

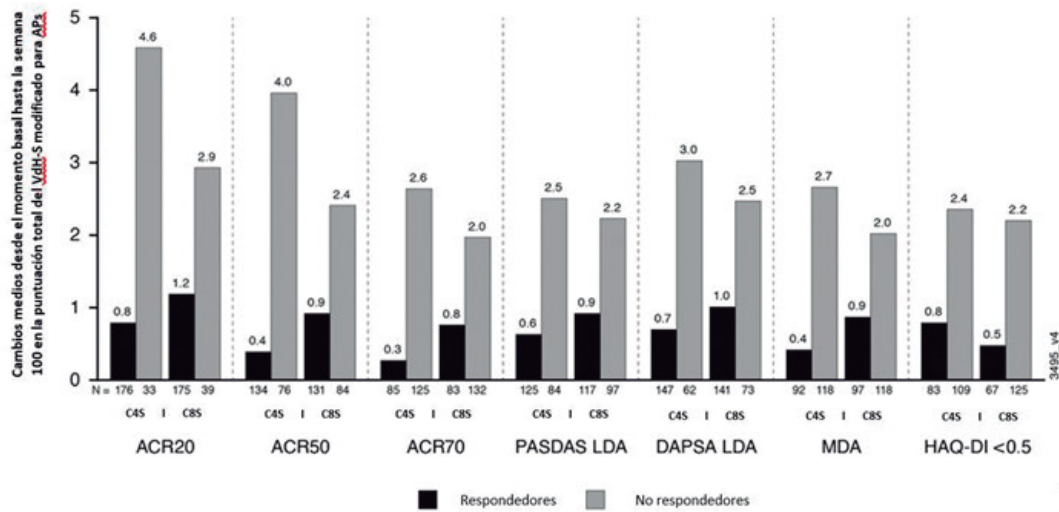
**Resultados:** De 739 pacientes que participaron y fueron tratados, 664 tenían datos evaluables de la lectura 3 y 629 pacientes tenían datos evaluables de la s52 a la s100. Las puntuaciones basales medias totales de vdH-S fueron 28,0 (C4S), 23,9 (C8S) y 25,6

**Tabla: Erosión observada, estrechamiento del espacio articular y puntuación total de vdH-S modificado para APs hasta semana 100 de DISCOVER-2.**

	GUS C4S			GUS C8S			PBO→GUS C4S		
<b>Puntuación en el momento basal del vdH-S modificado para APs, n</b>	221			228			215		
<b>Erosión</b>	14.2 (23.3)			12.0 (21.9)			12.1 (21.9)		
<b>Estrechamiento del espacio articular</b>	13.8 (21.8)			11.9 (19.5)			13.5 (21.6)		
<b>Total</b>	28.0 (43.6)			23.9 (40.4)			25.6 (42.4)		
<b>Cambio medio (DE) de la puntuación del vdH-S modificado para APs</b>	<b>S0-24</b> N=221	<b>S24-52</b> N=221	<b>S52-100</b> N=211	<b>S0-24</b> N=228	<b>S24-52</b> N=228	<b>S52-100</b> N=216	<b>S0-24</b> N=215	<b>S24-52</b> N=213	<b>S52-100</b> N=202
<b>Erosión</b>	0.27 (1.91)	0.36 (1.77)	0.45 (2.90)	0.51 (1.96)	0.20 (1.24)	0.26 (1.75)	0.73 (2.20)	0.25 (1.85)	0.09 (1.98)
<b>Estrechamiento del espacio articular</b>	0.21 (1.17)	0.21 (1.11)	0.30 (1.32)	0.17 (0.69)	0.12 (0.66)	0.20 (0.92)	0.39 (1.72)	0.09 (1.11)	0.04 (1.90)
<b>Total</b>	0.48 (2.70)	0.57 (2.66)	0.75 (4.02)	0.68 (2.36)	0.31 (1.57)	0.46 (2.42)	1.12 (3.80)	0.34 (2.79)	0.13 (3.74)

Datos presentados como media (desviación estándar); S=semana

**Figura. Cambios medios en la puntuación vdH-S total modificada para APs desde semana 0 hasta 100 para pacientes que lograron o no respuestas clínicas en semana 100.**



P074 Figura 2

(PBO a C8S). La progresión media del daño articular desde la semana 0 a la 24 fue numéricamente menor en los pacientes tratados con GUS que con PBO para las puntuaciones de erosión, estrechamiento del espacio articular (JSN) y vdH-S total (tabla), en consonancia con los resultados de la lectura 1. Los cambios medios en las puntuaciones radiográficas desde la s52 hasta la s100 indicaron bajas tasas de progresión radiográfica en los grupos tratados con GUS. Entre los pacientes aleatorizados con GUS, los cambios medios en la puntuación de vdH-S desde s0 hasta la s100 fueron numéricamente más bajos para los pacientes que lograron una respuesta clínica evaluada mediante diferentes escalas (ACR20/50/70, DAPSA LDA, PASDAS LDA, MDA y HAQ-DI < 0,5) en comparación con los pacientes que no lograron respuesta en s100 (fig.).

**Conclusiones:** En pacientes bio-naïve con APs activa y con un mayor riesgo de progresión radiográfica, GUS 100 mg (C4S o C8S) se asoció con tasas bajas de progresión radiográfica a lo largo de 2 años. Los pacientes que lograron una respuesta clínica en las diferentes escalas de actividad de la enfermedad o función física en s100, tuvieron cambios medios más bajos en las puntuaciones vdH-S modificadas para APs en comparación con los que no respondieron.

#### P075. EFECTO DE SECUKINUMAB VERSUS ADALIMUMAB EN COMPONENTES ACR CENTRALES Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA: RESULTADOS DEL ESTUDIO EXCEED

J. Gratacós Masmitjà, P. Goupille<sup>2</sup>, F. Behrens<sup>3</sup>, L.C. Coates<sup>4</sup>, P.J. Mease<sup>5</sup>, D.D. Gladman<sup>6</sup>, P. Nash<sup>7</sup>, A. Kavanaugh<sup>8</sup>, R. Martin<sup>9</sup>, W. Bao<sup>9</sup>, C. Gaillez<sup>10</sup> e I. McInnes<sup>11</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Parc Taulí. Sabadell. Departament de Medicina Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona. <sup>2</sup>University of Tours. Department of Rheumatology and INSERM-CIC1415. Tours (Francia). <sup>3</sup>Goethe University. Rheumatology University Hospital and Fraunhofer Institute for Molecular Biology and Applied Ecology IME. Branch for Translational Medicine and Pharmacology TMP and Fraunhofer Cluster of Excellence for Immune-Mediated Diseases CIMD. Frankfurt (Alemania). <sup>4</sup>University of Oxford. Nuffield Department of Orthopaedics. Rheumatology and Musculoskeletal Sciences. Oxford (Reino Unido) <sup>5</sup>Swedish Medical Centre/Providence St. Joseph Health

and University of Washington. Rheumatology Research Division. Seattle (EE. UU.). <sup>6</sup>Toronto Western Hospital. University of Toronto. Schroeder Arthritis Institute. Ontario (Canadá). <sup>7</sup>Griffith University. Department of Medicine. Brisbane (Australia). <sup>8</sup>University of California San Diego. School of Medicine. Rheumatology. Allergy. Immunology Division. La Jolla (EE. UU.). <sup>9</sup>Novartis Pharmaceuticals Corporation. Immunology. Hepatology and Dermatology. East Hanover (EE. UU.). <sup>10</sup>Novartis Pharma AG. Immunology. Hepatology and Dermatology. Basel (Suiza). <sup>11</sup>University of Glasgow. Institute of Infection. Immunity and Inflammation. College of Medical. Veterinary and Life Sciences. Glasgow (Reino Unido).

**Introducción y objetivos:** EXCEED (NCT02745080) fue el primer ensayo clínico comparativo con tratamiento activo completamente ciego en evaluar la eficacia y seguridad de secukinumab versus adalimumab en monoterapia en pacientes con artritis psoriásica (APs) activa con la variable primaria de American College of Rheumatology (ACR) 20 a la semana 52. Aunque secukinumab no mostró superioridad significativa vs. adalimumab, se observaron respuestas numéricamente superiores para otras variables musculoesqueléticas e índices compuestos.<sup>1</sup> El objetivo de este análisis secundario fue explorar el efecto de secukinumab y adalimumab en componentes ACR centrales, función y calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

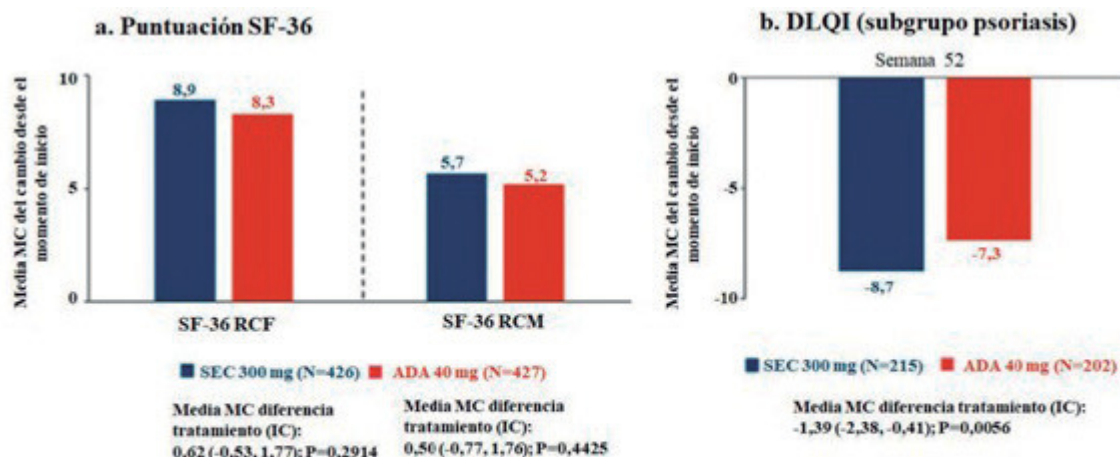
**Métodos:** En el estudio EXCEED los pacientes fueron aleatorizados 1:1 a recibir secukinumab 300 mg (N = 426) subcutáneo (s.c.) en el momento de inicio del estudio, semanas 1-4, seguido de una vez cada 4 semanas hasta la semana 48, o adalimumab 40 mg (N = 427) s.c. en el momento de inicio seguido de la misma dosis cada 2 semanas hasta la semana 50. Las variables primarias y secundarias clave y exploratorias a la semana 52 han sido publicadas anteriormente.<sup>1</sup> Para ajustar los desbalances en las características basales, se realizó un análisis de apoyo para la respuesta ACR50 usando un modelo de regresión logística y un modelo de medias truncadas para el Health Assessment Questionnaire-Disability Index (HAQ-DI) con el género y el hábito tabáquico como factores. Se llevó a cabo un análisis exploratorio de los componentes ACR centrales con secukinumab vs. adalimumab a la semana 52, usando un modelo de medidas de efectos mixtos repetidos que incluyó recuento de articulaciones dolorosas y tumefactas, evaluación global del paciente y del médico, dolor APs (EVA) y velocidad de sedi-

**Tabla P075**

Componentes ACR centrales a la semana 52

Variables	Secukinumab 300 mg (N = 426)		Adalimumab 40 mg (N = 427)		p
	MI, media ± EE	Cambio MMC desde MI ± EE	MI, media ± EE	Cambio MMC desde MI ± EE	
Puntuación articulaciones dolorosas (basada en 78 articulaciones)	19,4 ± 13,86	-14,27 ± 0,44	20,6 ± 14,81	-13,90 ± 0,45	0,5549
Puntuación articulaciones tumefactas (basada en 76 articulaciones)	9,7 ± 7,30	-8,41 ± 0,19	10,2 ± 7,86	-8,06 ± 0,20	0,1962
Evaluación global del paciente	64,0 ± 19,67	-33,81 ± 1,14	61,9 ± 20,75	-31,61 ± 1,19	0,1825
Evaluación global del médico	60,0 ± 17,12	-46,24 ± 0,80	61,4 ± 15,92	-43,63 ± 0,84	0,0243
Dolor APs (EVA)	58,6 ± 23,49	-30,21 ± 1,18	57,9 ± 22,42	-29,44 ± 1,23	0,6500
Velocidad de sedimentación globular (mm/h)	23,8 ± 18,93	-9,63 ± 0,62	23,9 ± 17,99	-9,28 ± 0,64	0,7029

La MMC y los p-valores nominales proceden de un modelo de medidas de efectos mixtos repetidos con grupo de tratamiento, visita de análisis como factores, peso y puntuación en el MI como covariantes, y por tratamiento y puntuación en el MI como términos de interacción, estructura de covarianza no estructurada. ACR, American College of Rheumatology; APs, artritis psoriásica; EE, error estándar; EVA, Escala Visual Analógica; MI, momento de inicio; MMC, medias de mínimos cuadrados; N, número total de pacientes aleatorizados.



Se presentó DLQI solo en pacientes que tienen ≥3% de su área de superficie corporal afectada por implicación de psoriasis cutánea en el momento de inicio (subgrupo de psoriasis). Media MC, IC 95%, y p-valores proceden de un MMRM con grupo de tratamiento y visita de análisis como factores, peso y puntuación basal como covariantes, y tratamiento por visita de análisis, y puntuación basal por visita de análisis como términos de interacción, además de una estructura de covarianza no estructurada.

ADA, adalimumab; CVRS, calidad de vida relacionada con la salud; DLQI, Dermatology Life Quality Index; IC, intervalo de confianza; MC, mínimos cuadrados; MMRM, modelo mixto de medidas repetidas; N, número total de pacientes aleatorizados; RCF, resumen del componente físico; RCM, resumen del componente mental; SEC, secukinumab; SF-36, Short Form Health Survey.

**P075 Figura.** Análisis de CVRS a la semana 52.

mentación globular. Las variables CVRS también fueron exploratorias y evaluadas basadas en puntuaciones del Short Form Health Survey resumen del componente físico/mental (SF-36 RCF/RCM) y Dermatology Life Quality Index (DLQI).

**Resultados:** Las características demográficas y basales de la enfermedad fueron comparables entre grupos de tratamiento, excepto por un desbalance en el sexo (mujeres: 51,2% vs. 46,4%) y hábito tabáquico (sí: 21,8% vs. 17,8%) en los grupos secukinumab y adalimumab, respectivamente. A la semana 52, las respuestas ACR50 fueron 49,0% y 44,8% (p = 0,0929) y el cambio medio HAQ-DI desde el momento de inicio fue -0,69 y -0,58 (p = 0,0314) en los grupos secukinumab y adalimumab, respectivamente tras ajustar por el género y el hábito tabáquico. No se observaron grandes diferencias en los componentes ACR centrales en ambos grupos de tratamiento a la semana 52 (Tabla). A la semana 52, secukinumab presentó una mejora similar en la puntuación SF-36 PCS/MCS y una mejora numéricamente superior en DLQI comparado con adalimumab (fig.).

**Conclusiones:** La respuesta a secukinumab fue similar a la observada con adalimumab en lo que respecta a componentes ACR centrales y calidad de vida basada en SF-36 a la semana 52. Se demostró mayor respuesta en HAQ-DI y DLQI con secukinumab comparado con adalimumab.

**Bibliografía**

1. McInnes IB, et al. Lancet. 2020;395:1496-505.

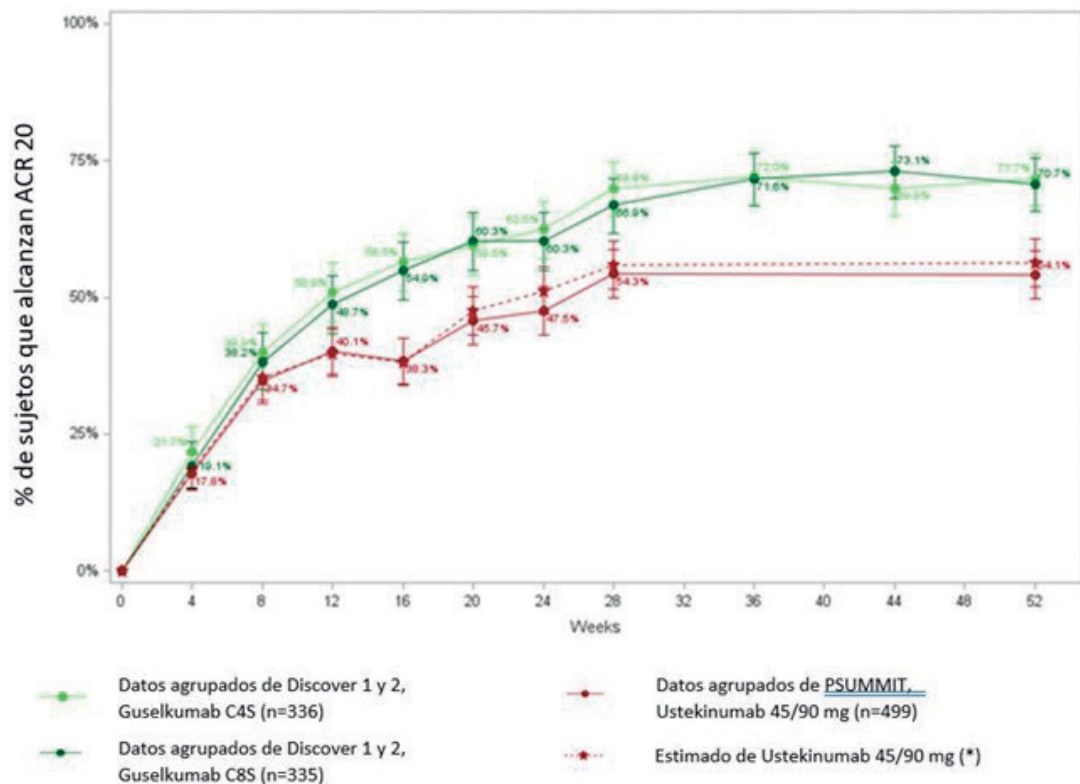
**P076. COMPARACIÓN DE LA EFICACIA DE GUSELKUMAB FRENTE A USTEKINUMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA: UNA COMPARACIÓN AJUSTADA UTILIZANDO DATOS DE PACIENTES INDIVIDUALES DE LOS ENSAYOS DISCOVER 1&2 Y PSUMMIT**

J. Diels<sup>1</sup>, P. Thilakarathne<sup>2</sup>, A. Schubert<sup>3</sup>, F. Hassan<sup>4</sup>, S. Peterson<sup>5</sup>, S. Díaz-Castroverde<sup>6</sup> y W. Noel<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Janssen Pharmaceutica. Departamento de HEMAR. Beerse (Bélgica). <sup>2</sup>Janssen-Cilag Ltd. Departamento de HEMAR. Beerse (Bélgica). <sup>3</sup>Janssen-Cilag Polonia. Departamento de HEMAR. Varsovia (Polonia). <sup>4</sup>Janssen-Cilag Ltd. Departamento de HEMAR. High Wycombe (Reino Unido). <sup>5</sup>Janssen Servicios Globales. LLC. Organización de Estrategia Comercial Global Janssen Inmunología. Raritan, NJ (EE. UU.). <sup>6</sup>Departamento Médico Janssen. Madrid.

**Introducción y objetivos:** El guselkumab es un anticuerpo monoclonal (mAb) anti-interleucina (IL)-23 recientemente aprobado para el tratamiento de la artritis psoriásica (APs). En dos ensayos fase III de pacientes con APs (DISCOVER 1 y 2), guselkumab demostró ser superior frente a placebo. Para esta indicación no se dispone de una comparación directa entre guselkumab y ustekinumab (mAb anti-IL-12 y anti-IL-23). Las comparaciones indirectas basadas en los efectos relativos del tratamiento frente a placebo solo permiten análisis hasta la semana (s) 24 debido al cambio de placebo a brazos de tratamiento activo. El objetivo de este estudio fue comparar indirectamente la efi-

Figura 1. Respuesta ACR 20 para guselkumab frente a ustekinumab en pacientes naïve



P076 Figura

cacia articular y cutánea de guselkumab frente a ustekinumab hasta la s52, utilizando datos agrupados de los ensayos DISCOVER 1 y 2 y PSUMMIT 1 y 2, ajustando las diferencias de población entre ellos.

**Métodos:** Los datos de los pacientes, como las características basales, resultados de respuesta ACR y el índice de gravedad del área de psoriasis (PASI) de los brazos de guselkumab de DISCOVER 1 y 2 se combinaron con los datos de los ensayos de ustekinumab PSUMMIT 1 y 2. Los análisis se realizaron por separado para poblaciones naïve a biológicos (naïve) o con experiencia previa a los mismos (bio-experimentada). Las diferencias en las características de los pacientes entre las poblaciones del ensayo se ajustaron mediante regresión logística multivariable, incluyendo el sexo, la edad, el índice de masa corporal, el uso previo de inhibidores de TNF, duración de la enfermedad, PASI y número de articulaciones inflamadas y dolorosas. Este método de comparaciones indirectas permite el análisis de la eficacia comparativa más allá del período de inducción controlado. Los *odds ratio* resultantes de este modelo se tradujeron en tasas de respuesta previstas para ustekinumab, suponiendo que la misma población de pacientes estaba inscrita en los brazos del ensayo de guselkumab.

**Resultados:** La mayoría de las características basales de los pacientes tratados con guselkumab (100 mg cada 8 semanas (C8S); 100 mg cada 4 semanas (C4S)) fueron comparables a las de los pacientes tratados con ustekinumab 45/90 mg, tanto en el grupo de pacientes naïve como en el grupo de pacientes bio-experimentado. La probabilidad de alcanzar ACR 20 en ambas poblaciones (naïve o bio-experimentada) fue significativamente mayor para guselkumab frente a ustekinumab en la s52 para ambos regímenes de dosificación de guselkumab (naïve ACR 20: C8S OR = 1,88 [1,28; 2,76], C4S OR = 1,92 [1,29; 2,86]; bio-experimentado ACR20: C8S OR = 2,72 [1,17; 6,31], C4S OR = 4,77 [1,95; 11,63]). De manera similar, guselkumab fue superior a ustekinumab en PASI 90 en la s52 en pacientes naïve y bio-experimentados con BSA  $\geq$  3% en el momento basal (naïve: C8S OR = 2,59 [1,68; 3,99]), C4S OR = 3,19 [2,03; 5,00], y bio-experimentados: C8S OR

= 3,96 [1,39; 11,27], C4S OR = 13,10 [4,18; 41,04]). La figura representa los resultados agrupados del ensayo DISCOVER 1 y 2 sin ajustar y las proporciones estimadas del grupo de pacientes tratados con ustekinumab que lograron ACR 20 en el grupo de pacientes naïve hasta la s52 utilizando el método descrito anteriormente.

**Conclusiones:** La comparación ajustada utilizando datos individuales de pacientes de estudios pivotaes de fase III demuestra que ambas dosis de guselkumab son significativamente más eficaces que ustekinumab en los resultados tanto de piel como articulaciones en pacientes naïve y bio-experimentados hasta la s52.

#### P077. HOW IS EARLY SPONDYLOARTHRTIS DEFINED IN THE LITERATURE? RESULTS FROM A SYSTEMATIC REVIEW

D. Benavent<sup>1</sup>, D. Capelusnik<sup>2</sup>, D. van der Heijde<sup>3</sup>, R. Landewé<sup>4</sup>, D. Poddubnyy<sup>5</sup>, A. van Tubergen<sup>6</sup>, L. Falzon<sup>7</sup>, S. Ramiro<sup>8</sup> and V. Navarro-Compán<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Rheumatology. Hospital Universitario La Paz. IdiPaz. Madrid. <sup>2</sup>Department of Rheumatology. Instituto de Rehabilitación Psicofísica (IREP). Ciudad de Buenos Aires (Argentina). <sup>3</sup>Department of Rheumatology. Leiden University Medical Center. Leiden (The Netherlands). <sup>4</sup>Department of Clinical Immunology and Rheumatology. Amsterdam University Medical Center. Department of Rheumatology. Zuyderland Medical Center. Heerlen (The Netherlands). <sup>5</sup>Department of Gastroenterology. Infectiology and Rheumatology. Charité Universitätsmedizin Berlin. Berlin (Germany). <sup>6</sup>Department of Medicine. Division of Rheumatology. Maastricht University Medical Center and School for Public Health and Primary Care (CAPHRI). Maastricht University. Maastricht (The Netherlands). <sup>7</sup>University of Sheffield. South Yorkshire (UK). <sup>8</sup>Department of Rheumatology. Leiden. University Medical Center. Department of Rheumatology. Zuyderland Medical Center. Heerlen (The Netherlands).

**Introduction:** The term “early spondyloarthritis (SpA)” has been frequently used to refer to the first phase of the disease, however, no standardized definition on “early” has been established. The ASAS-SPEAR (SPondyloarthritis EARly definition) project aims at developing a consensual definition on what is meant by “early SpA”. In order to inform the ASAS-SPEAR working group, it is highly relevant to assess the current meaning of “early SpA” in the literature.

**Objectives:** To identify all possible definitions of “early SpA” employed in the literature, including “early axial SpA (axSpA)” and “early peripheral SpA (pSpA)”.

**Methods:** A systematic literature review was conducted in Medline, EMBASE and the Cochrane Library (through April 28<sup>th</sup>, 2021). Eligibility criteria were studies with any design, in adults that included any mention of “early SpA” or its subtypes in the title or abstract. Two reviewers independently identified eligible studies and extracted data, including the literal definition of early SpA used in each of them. The proportion of studies reporting a definition was calculated, and the different definitions were assessed, including the core of the definition: whether they were based on symptom duration, disease duration, radiographic damage, a combination of them or any other aspects, and their boundaries.

**Results:** Out of 9,651 titles identified, 355 publications reporting data from 186 studies were included (291 full papers, 64 conference abstracts). Among them, 217 (61%) were cohort studies, 72 (20%) were reviews and 46 (13%) were clinical trials. Over time, an increasing number of publications on early SpA were identified: < 2005 (n = 34), 2005-2010 (n = 48), 2011-2015 (n = 109) and 2016-2020 (n = 164). Overall, 63 studies (34%) included the term “early axSpA”, 60 (32%) “early ankylosing spondylitis (AS)”, 58 (31%) “early SpA”, 4 (2%) “early non-radiographic axSpA (nr-axSpA)” and 1 (1%) “early pSpA”. In total, 116 (62%) studies reported a specific definition: 40 (34%) based it on symptom duration, 35 (30%) on radiographic damage, 32 (28%) on disease duration, 6 (5%) on both symptom/disease duration and radiographic damage, and 3 (3%) on other aspects. Symptom duration was defined as the time since the

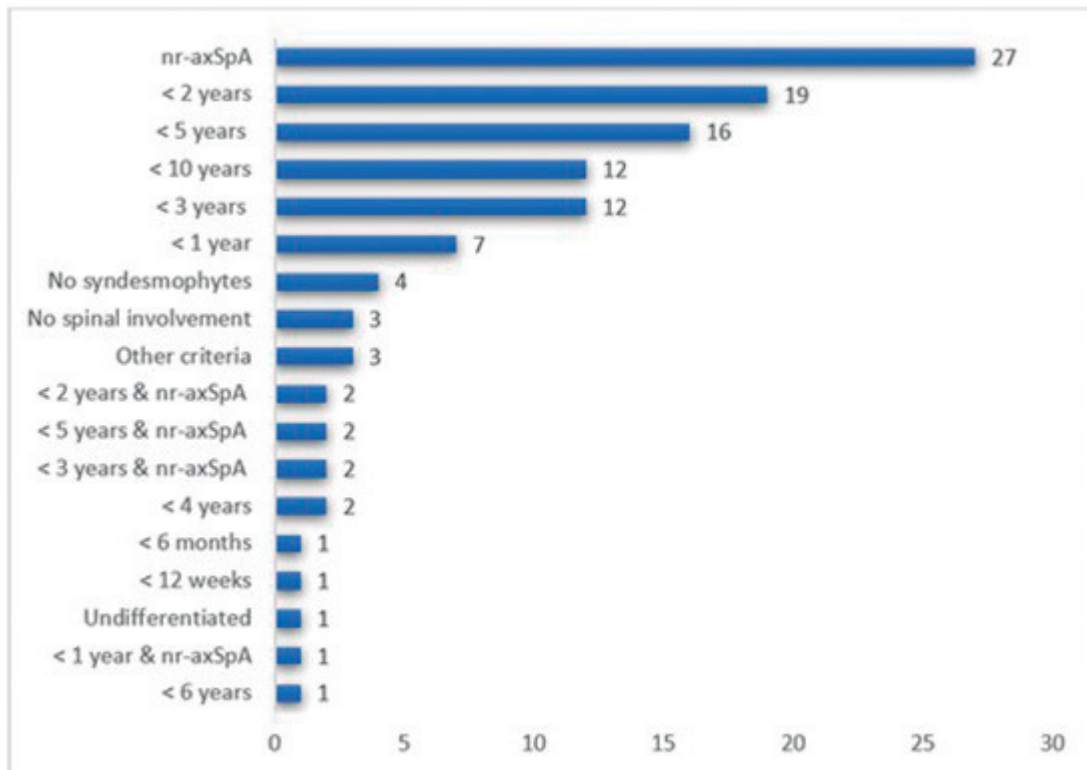
onset of low back pain in 21/40 (53%) studies. Thirty-five of 116 studies (30%) included a definition referred to “early SpA”, 38 (33%) to “early axSpA”, 38 (33%) to “early AS”, 4 (3%) to “early nr-axSpA”, and 1 (1%) to “early pSpA”. The figure shows the 18 distinct definitions that were identified. The three most used definitions per subtype of disease are shown in the table. Regarding the studies that referred to “early axSpA”, the most used definition was symptom/disease duration < 5 years, whereas for “early AS” was symptom/disease duration < 10 years. After 2010, the definition of “early axSpA” based on the absence of radiographic sacroiliitis was less used compared to before 2010 (5/30, 17% vs. 3/8, 38%).

Top 3 candidate definitions for “early SpA” and subtypes

	Core of the definition	Number of studies, n (%)
SpA (n = 35)	nr-axSpA	10 (29%)
	< 2 years duration	10 (29%)
	< 1 year duration	6 (17%)
AxSpA (n = 38)	< 5 years duration	12 (34%)
	< 3 years duration	9 (24%)
	nr-axSpA duration	8 (21%)
AS/r-axSpA (n = 38)	< 10 years duration	9 (24%)
	nr-axSpA	7 (18%)
	< 2 years duration	6 (16%)
nr-axSpA (n = 4)	nr-axSpA	2 (50%)
	< 1 year & nr-axSpA	1 (25%)
	< 5 years & nr-axSpA	1 (25%)
pSpA (n = 1)	< 12 weeks duration	1 (100%)

“Duration” refers to symptom duration or disease duration.

**Conclusions:** Over time, the term “early SpA” and its subtypes are increasingly used. Despite addressing early SpA, more than one third of the studies did not include a clear definition of the term. The studies reporting a definition of early SpA showed a large heterogeneity, with two out of three of them based on the duration of symptoms or disease. These results emphasize the need for a standardised definition of early SpA.



Number of studies stratified by the core of the definition.



## P078. TREATING SPONDYLOARTHRITIS EARLY: DOES IT MATTER? RESULTS FROM A SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW

D. Capelusnik<sup>1</sup>, D. Benavent<sup>2</sup>, D. van der Heijde<sup>3</sup>, R. Landewé<sup>4</sup>, D. Poddubnyy<sup>5</sup>, A. van Tubergen<sup>6</sup>, L. Falzon<sup>7</sup>, V. Navarro-Compán<sup>2</sup> and S. Ramiro<sup>8</sup>

<sup>1</sup>Department of Rheumatology. Instituto de Rehabilitación Psicosfísica (IREP). Ciudad de Buenos Aires (Argentina). <sup>2</sup>Department of Rheumatology. Hospital Universitario La Paz. IdiPaz. Madrid. <sup>3</sup>Department of Rheumatology. Leiden University Medical Center. Leiden (The Netherlands). <sup>4</sup>Department of Clinical Immunology and Rheumatology. Amsterdam University Medical Center. Department of Rheumatology. Zuyderland Medical Center. Heerlen (The Netherlands). <sup>5</sup>Department of Gastroenterology. Infectiology and Rheumatology. Charité Universitätsmedizin Berlin. Berlin (Germany). <sup>6</sup>Department of Medicine. Division of Rheumatology. Maastricht University Medical Center and School for Public Health and Primary Care (CAPHRI). Maastricht University. Maastricht (The Netherlands). <sup>7</sup>University of Sheffield. South Yorkshire (UK). <sup>8</sup>Department of Rheumatology. Leiden University Medical Center. Department of Rheumatology. Zuyderland Medical Center. Heerlen (The Netherlands).

**Introduction:** So far, no consensus has been reached on a definition of early SpA. The ASAS-SPEAR (SPondyloarthritis EARly definition) project aims to develop a consensual definition. Therefore, it is important to know whether treatment earlier in the disease course compared to treatment of established disease leads to better outcomes in axSpA.

**Objectives:** To summarize the evidence on the relationship between symptom duration or the presence of radiographic damage and clinical response in patients with axSpA treated with NSAIDs, bDMARDs or tsDMARDs.

**Methods:** A SLR was conducted using Medline, EMBASE and the Cochrane Library (April 28, 2021), supplemented by hand-searches in the FDA website. Randomized controlled trials (RCTs) and cohort studies in patients with axSpA addressing the impact of symptom duration or disease duration and presence of radiographic damage on treatment response (to NSAIDs, b/tsDMARDs) were included. Based on a cut-off of symptom/disease duration or the absence/presence of radiographic damage, groups of 'early' and 'established' disease were compared. Treatment outcomes were measures of disease activity, function or quality of life. Two reviewers independently identified eligible studies and extracted the data, including the risk of bias (RoB) assessment. For categorical outcomes we calculated relative risk (RR), relative risk ratio (RRR) and number needed to treat (NNT), and differences in differences (DID) for continuous outcomes.

**Results:** From the 8769 articles retrieved, 23 were included and 3 added by hand-search, most of them with low RoB. Nineteen studies

(9 RCTs) compared groups based on symptom (n = 6)/disease duration (n = 13) and 7 studies (4 RCTs) based comparisons on absence/presence of radiographic damage in posthoc analyses. When early axSpA was defined by symptom duration in RCTs (n = 4), in patients with nr-axSpA, early treatment was associated with higher RR and RRR and lower NNT for ASAS40 in two studies (table); a third study showed that patients achieving ASDAS-ID and ASAS-PR had shorter symptom duration than those not achieving this. Lastly, in one study including patients with axSpA patients, no difference in treatment response was observed based on symptom duration. In most of the cohort studies using a definition based on symptom/disease duration (n = 10), no association was found between symptom/disease duration and treatment response (n = 8). Only in one cohort study, disease duration was a significant predictor of quality of life, and in another cohort study, it was a predictor of functional improvement. When early axSpA was defined based on disease duration or the presence of radiographic damage, there was no significant difference in response to treatment between early and established axSpA.

**Conclusions:** Studies addressing treatment response based on symptom duration or radiographic damage in axSpA are scarce. When defining early axSpA based on symptom duration, in nr-axSpA, treatment with bDMARDs may lead to better outcomes compared to established axSpA whereas in axSpA there is no difference in response to treatment between early and established disease. When early axSpA is defined based on disease duration or radiographic damage, no differences in response to treatment are found between early and established disease.

## P079. SECUKINUMAB EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL: PERFIL DE UTILIZACIÓN DEL FÁRMACO Y EFECTIVIDAD A 6 MESES. ESTUDIO MULTICÉNTRICO

J.J. Alegre Sancho<sup>1</sup>, V. Núñez Monje<sup>1</sup>, C. Campos Fernández<sup>2</sup>, I. Balaguer Trull<sup>2</sup>, M. Robustillo Villarino<sup>3</sup>, M. Aguilar Zamora<sup>4</sup>, M. Garijo Bufort<sup>4</sup>, J.M. López Gómez<sup>5</sup>, C. Peña González<sup>6</sup>, I. de la Morena Barrio<sup>7</sup>, D. Bedoya Sanchis<sup>7</sup>, L. Yankova Komsalova<sup>8</sup>, A. Conesa Mateos<sup>9</sup>, A. Martínez Cristóbal<sup>10</sup>, F.J. Navarro Blasco<sup>11</sup>, J.M. Senabre Gallego<sup>12</sup> y F. Sivera<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Dr Peset. Valencia.

<sup>2</sup>Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario. Valencia.

<sup>3</sup>Servicio de Medicina interna. Sección de Reumatología. Hospital Universitario de la Plana. Villareal. <sup>4</sup>Sección de Reumatología. Hospital de Sagunto. <sup>5</sup>Departamento de Reumatología. Hospital General Universitario Elda. <sup>6</sup>Hospital Comarcal Francesc de Borja. Gandía. <sup>7</sup>Hospital Clínico Universitario de Valencia. <sup>8</sup>Hospital de Dénia-Marina

<sup>9</sup>Hospital General Universitario de Sagunto. <sup>10</sup>Hospital General Universitario de Sagunto. <sup>11</sup>Hospital General Universitario de Sagunto. <sup>12</sup>Hospital General Universitario de Sagunto.

**Table P078**

Assessment of treatment response in RCTs based on symptom duration

Study	Population	Early vs. established (years)	RR (early vs. established)	RRR (IC95%)	NNTs (early vs. established)
ASAS20 Landewé 2014	axSpA	< 5 vs. ≥ 5	1.5 vs. 1.5	0.96 (0.53-1.73)	5.5 vs. 4.8
ASAS40 Sieper 2012	nr-axSpA	< 5 vs. ≥ 5	8.2 vs. 1.6	5.24 (1.12-24.41)	2.4 vs. 9.1
Kay 2019	nr-axSpA	< 5 vs. ≥ 5	5.0 vs. 3.3 3.6 vs. 3.5	1.52 (0.60-3.87) 1.01 (0.46-2.20)	2.1 vs. 3.9 2.1 vs. 2.9
ASDAS-MI Kay 2019	nr-axSpA	< 5 vs. ≥ 5	5.1 vs. 6.5 7.1 vs. 6.4	0.78 (0.19-3.16) 1.11 (0.34-3.66)	2.7 vs. 4.9 2.1 vs. 3.0
Symptom duration					
Study	Population	Responders	Non responders	p value	
ASDAS-ID Sieper 2019	nr-axSpA	6.1 ± 6.2	8.3 ± 8.1	< 0.001	
ASAS-PR Sieper 2019	nr-axSpA	5.3 ± 5.7	8.0 ± 7.8	< 0.001	
Cell colours	In favor of early disease		In favor of establish disease	Non significant	

Tabla P079

Características demográficas y clínicas al inicio del tratamiento con SEC	
Edad (años), media (DE)	48,8 (11,6)
Sexo (hombre), n (%)	239 (59,9)
HLA-B27, n (%)	180 (54,1)
Diagnóstico, n (%)	
EspAax	178 (44,6)
APs	221 (55,4)
Tiempo desde el diagnóstico hasta el inicio de SEC (años), media (DE)	7,4 (7,1)
Dislipidemia, n (%)	107 (26,8)
Hipertensión, n (%)	96 (24,1)
FAMES previos, n (%)	
Biológicos	250 (62,7)
Convencionales	257 (64,4)
Sintéticos dirigidos	10 (2,5)
Línea de tratamiento de SEC, n (%)	
1ª	149 (37,3)
2ª	114 (28,6)
≥ 3	136 (34,1)
Monoterapia, n (%)	257 (64,4)

Variable	Datos BL y de efectividad a los 6 meses desde el inicio de SEC			
	Basal	n	Mes 6	n
BASDAI (EspAax), media (DE)	6,4 (1,8)	170	4,3 (2,2) <sup>*</sup>	111
DAS28-PCR (APs) media (DE)	3,9 (1,1)	100	2,9 (1,1) <sup>*</sup>	65
PCR (mg/dl), media (DE)	5,7 (11,8)	369	4,4 (8,5)	286
EVA dolor, (0-100), media (DE)	63 (24,5)	250	40,2 (26,6)	167
EVA paciente, (0-100), media (DE)	61,2 (25,4)	183	35,9 (26,4)	126
EVA médico, (0-100), media (DE)	51,4 (23,5)	155	26,6 (21,7)	104

\*p < 0,001. APs, artritis psoriásica; BASDAI, Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index; DE, desviación estándar; EspAax, espondiloartritis axial; EVA, escala visual analógica; DAS28-PCR: Disease Activity Score 28- basado en la PCR; FAMES, fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad; HLA, antígeno leucocitario humano (*human leukocyte antigen*); PCR, proteína C-reactiva; SEC, secukinumab

Salud. Dénia. <sup>9</sup>Hospital General Universitario de Castellón. <sup>10</sup>Departamento de Reumatología. Hospital Universitario La Ribera. Alzira. <sup>11</sup>Hospital General Universitario de Elche. <sup>12</sup>Sección de Reumatología. Hospital Marina Baixa. La Vila Joiosa.

**Introducción:** El secukinumab (SEC) ha demostrado eficacia en varios ensayos clínicos tanto en espondiloartritis axial (EspAax, incluyendo la espondilitis anquilosante y la espondiloartritis axial no radiográfica) como en artritis psoriásica (APs)<sup>1</sup>. Sin embargo, los datos sobre el uso y la efectividad de secukinumab en práctica clínica son limitados<sup>2-6</sup>.

**Objetivos:** El objetivo de este estudio es describir el uso y la efectividad de SEC en pacientes (pts) con EspAax y APs en el entorno de la práctica clínica real en hospitales de la Comunidad Valenciana.

**Métodos:** El presente estudio es un estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico en pacientes con EspAax o APs que habían recibido/estaban recibiendo SEC, de acuerdo con la práctica clínica habitual en servicios de reumatología a lo largo de 5 años. Se recogieron los datos demográficos y las características clínicas de todos los pts al inicio del tratamiento con SEC y se evaluó la efectividad mediante el BASDAI (*Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index*) (EspAax), el DAS28-PCR (*Disease Activity Score 28-* basado en la proteína C-reactiva) (APs), los niveles de proteína C reactiva (PCR) y la evaluación global del paciente, del médico y del dolor medido a través de escala visual analógica (EVA). Presentamos las características basales (BL) de los pts y los resultados de efectividad a los 6 meses tras el inicio de SEC.

**Resultados:** En total, se incluyeron 399 pts (EspAax 44,6%; APs, 55,4%), 59,9% hombres, con una edad media de 48,8 años. La mitad de los pts presentaban algún tipo de comorbilidad (50,4%), siendo la hipertensión (26,8%) y la dislipidemia (24,1%) las más frecuentes. SEC se administró como biológico de 1ª línea en el 37,3% y como 2ª línea en el 28,6% de los pts, principalmente en monoterapia (64,4%, tabla). Se observó una mejora significativa ( $\Delta$  - 2,1) en el BASDAI (media), en pts con EspAax, y del DAS28-PCR ( $\Delta$  - 1,0) en pts con APs (tabla). Con ello, el 47,7% (EspAax) y el 66,1% (APs) de los pts alcanzaron baja actividad o remisión de la enfermedad (BASDAI < 4 y DAS28-PCR  $\leq$  3,2). Además, se evidenció una mejora numérica en las puntuaciones medias de EVA y en los niveles de PCR tras el tratamiento con SEC (tabla).

**Conclusiones:** Este estudio demuestra que en la Comunidad Valenciana los pts con espondiloartropatía inician el tratamiento con SEC principalmente en 1ª y 2ª línea y como monoterapia. Además, tras 6 meses de tratamiento, SEC mejora significativamente la actividad de la enfermedad de la EspAax y de la APs de acuerdo con los índices BASDAI y DAS28-PCR, respectivamente.

**Bibliografía**

1. Cosentyx (secukinumab) Prescribing information. Novartis Pharmaceuticals Corp; 2020.
2. Emperiale V, et al. Ann Rheum Dis. 2019;78(Suppl 2):1812-3.
3. García Porrúa C, et al. Reum Clí. 2021;17 (3):150-4.
4. Merino Argumanez C, et al. Arthritis Rheumatol. 2019;71(suppl 10).
5. Pinto Tasende JA, et al. Reum Clí. 2019;17(4): 203-6.
6. Alonso S, et al. Front Med. 2021;8(740).

**P080. ESTUDIO TRANSVERSAL, OBSERVACIONAL Y MULTICÉNTRICO PARA LA VALIDACIÓN DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DEL CUESTIONARIO PURE-4**

M.R. Queiro Silva, I. Belinchón Romero<sup>2</sup>, A. López-Ferrer<sup>3</sup>, M. Ferran i Farrés<sup>4</sup>, R. Rivera Díaz<sup>5</sup>, D. Vidal Sarro<sup>6</sup>, L. Rodríguez Fernández-Freire<sup>7</sup>, P. de la Cueva Dobao<sup>8</sup>, J. Santos Juanes<sup>2</sup>, V. Rocamora Duran<sup>9</sup>, C. Sanabra Palau<sup>10</sup>, G. Guinea Uzabal<sup>10</sup> y V. Martín Vázquez<sup>10</sup>, en nombre del PURE<sup>4</sup> Study Group

- <sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. <sup>2</sup>Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario de Alicante-ISABIAL. Universidad Miguel Hernández. Alicante. <sup>3</sup>Servicio de Dermatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. <sup>4</sup>Servicio de Dermatología. Hospital del Mar. Barcelona. <sup>5</sup>Servicio de Dermatología. Hospital 12 de Octubre. Madrid. <sup>6</sup>Servicio de Dermatología. Hospital de Moisés Broggi. Sant Joan Despí. <sup>7</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. <sup>8</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. <sup>9</sup>Servicio de Dermatología. Hospital de Manacor. Islas Baleares <sup>10</sup>Novartis Pharmaceuticals Spain.

Tabla P080

Características sociodemográficas y clínicas basales (evaluación I)

Características	Con diagnóstico de APs (n = 35)	Sin diagnóstico de APs (n = 226)	No evaluable (n = 7)	Total (n = 268)
Edad, media (DE)	50,5 (10,0)	46,5 (12,9)	49,9 (11,2)	47,1 (12,6)
Mujeres, n (%)	14 (40,0%)	97 (42,9%)	4 (57,1%)	115 (42,9%)
Tiempo desde el diagnóstico, años, media (DE)	19,7 (14,2)	18,3 (12,8)	22,4 (9,0)	18,6 (12,9)
Tratamiento actual para la psoriasis, n (%)	32 (91,4%)	199 (88,1%)	7 (100,0%)	238 (88,8%)
Fototerapia, n (%)	5 (15,6%)	16 (8,0%)	0 (0,0%)	21 (8,8%)
Tópico, n (%)	20 (62,5%)	66 (33,2%)	3 (42,9%)	89 (37,4%)
Convencional sistémico no biológico, n (%)	7 (21,9%)	40 (20,1%)	2 (28,6%)	49 (20,6%)
Biológico, n (%)	8 (25,0%)	91 (45,7%)	4 (57,1%)	103 (43,3%)
Inhibidores de la fosfodiesterasa-4, n (%)	0 (0,0%)	8 (4,0%)	0 (0,0%)	8 (3,4%)
Otros, n (%)	0 (0,0%)	3 (1,5%)	0 (0,0%)	3 (1,3%)
PASI, media (DE)	8,7 (5,5)	7,0 (5,0)	4,2 (3,1)	7,2 (5,1)
Leve (PASI < 7), n (%)	11 (31,4%)	95 (42,0%)	5 (71,4%)	111 (41,4%)
Moderado/grave (PASI ≥ 7), n (%)	24 (68,6%)	131 (58,0%)	2 (28,6%)	157 (58,6%)

APs, artritis psoriásica; PASI, Psoriasis Area and Severity Index; DE, desviación estándar.

**Introducción y objetivos:** Recientemente, el cuestionario *Psoriatic arthritis Uncluttered Red screening Evaluation* (PURE-4) fue adaptado culturalmente al español siguiendo una metodología estandarizada<sup>1</sup>. Un grupo de expertos en psoriasis y artritis psoriásica (APs) ha recomendado recientemente el uso de la versión en español del PURE-4 debido a su reducido número de ítems, su elevada sensibilidad y especificidad y su factibilidad de implementación en la práctica clínica. El objetivo de este trabajo es validar la versión española del cuestionario PURE-4.

**Métodos:** Estudio transversal, observacional y multicéntrico realizado con recogida de datos primarios en condiciones de práctica clínica habitual en España. En el estudio se incluyeron pacientes adultos con diagnóstico de psoriasis, de cualquier momento de evolución y cualquier tipo de gravedad, que voluntariamente aceptaron participar. Variable principal: validación del cuestionario PURE-4 en términos de sensibilidad, especificidad, viabilidad, fiabilidad (consistencia interna) y validez de constructo. El estudio consta de dos evaluaciones transversales: evaluación I (visita realizada por un dermatólogo, seguida de una visita independiente al reumatólogo dentro de las 4 semanas posteriores a la visita al dermatólogo y programada de acuerdo a la práctica clínica habitual) y evaluación II (los pacientes sin APs en la evaluación I serán valorados por el reumatólogo un año ± 2 meses después y el reumatólogo realizará la confirmación diagnóstica de la APs según su criterio y recogerá las características clínicas). Dado que los datos de la evaluación II aún no están disponibles, presentamos aquí los datos de la evaluación I.

**Resultados:** Se incluyeron 268 pacientes evaluables, el 57,1% hombres, con una edad media (DE) de 47,1 (12,6) años, un tiempo medio (DE) desde el diagnóstico de 18,6 (12,9) años y en su mayoría recibían tratamiento para la psoriasis (88,8%), siendo el más común el tratamiento biológico (43,3%). La puntuación media (DE) de PURE-4 para todos los pacientes fue de 1,4 (1,3), siendo 2,3 (1,1) para los pacientes con APs y 1,3 (1,3) para los pacientes sin diagnóstico de APs (tabla). 268 (100,0%) pacientes respondieron el cuestionario PURE-4 completo. El área bajo la curva ROC fue 0,7185 (IC95%: 0,6391, 0,7978), mostrando una buena calidad de ajuste o calidad del cuestionario (fig.). Mediante el índice de Youden, que determina el punto de corte óptimo para la clasificación de los pacientes, se identificó que una puntuación ≥ 2 indicaba un diagnóstico de APs. El cuestionario PURE-4 mostró una sensibilidad del 77,1% y una especificidad del 61,1%.

**Conclusiones:** PURE-4 es un cuestionario válido y compatible con la práctica clínica en dermatología. Podría ser respondido por los pacientes en la sala de espera y revisado por los dermatólogos durante la visita para apoyar la derivación a reumatología. PURE-4 también podría ayudar a los reumatólogos a diagnosticar precozmente a los pacientes con APs en práctica clínica.

#### Bibliografía

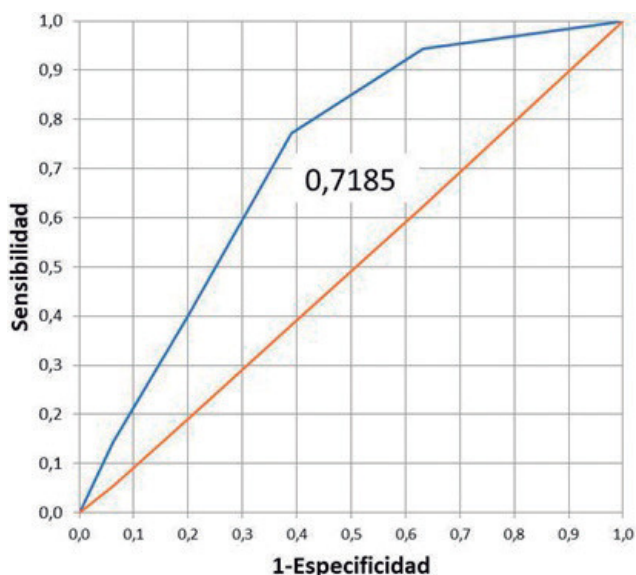
1. Actas Dermosifiliogr. 2020;111(8):655-64.

#### P081. EFECTO DE GUSELKUMAB (TREMIFYA®), UN INHIBIDOR SELECTIVO DE IL-23P19, EN LOS OBJETIVOS RELACIONADOS CON EL DOMINIO AXIAL EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA ACTIVA: RESULTADOS DE UN ESTUDIO DE FASE 3, ALEATORIZADO, DOBLE CIEGO, CONTROLADO CON PLACEBO DURANTE 2 AÑOS

P.J. Mease<sup>1</sup>, P.S. Helliwell<sup>2</sup>, D.D. Gladman<sup>3</sup>, D. Poddubnyy<sup>4,5</sup>, X. Baraliakos<sup>6</sup>, S.D. Chakravarty<sup>7,8</sup>, A.P. Kollmeier<sup>9</sup>, X.L. Xu<sup>9</sup>, S. Sheng<sup>9</sup>, S. Xu<sup>9</sup>, M. Shawi<sup>10</sup>, S. Díaz-Castroverde<sup>11</sup>, D. van der Heijde<sup>12</sup> y A. Deodhar<sup>13</sup>

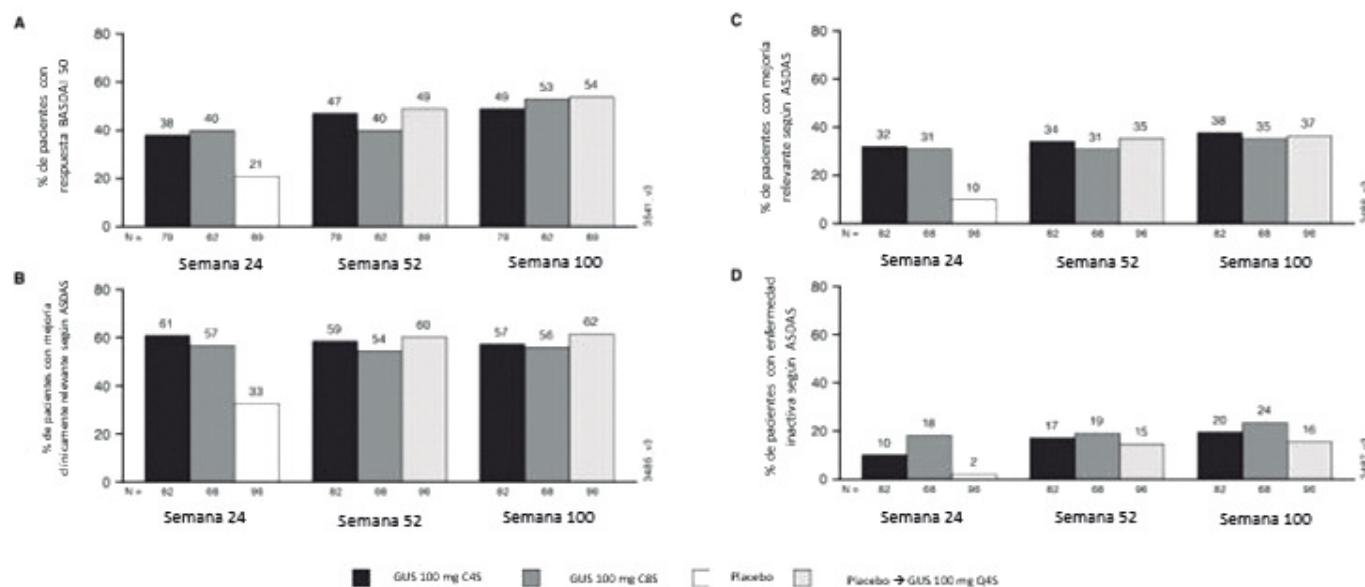
<sup>1</sup>Centro Médico Sueco/Providence St. Joseph Health y Universidad de Washington. Seattle. WA (EE. UU.). <sup>2</sup>Universidad de Leeds. Leeds (Reino Unido). <sup>3</sup>Hospital Toronto Western y Universidad de Toronto. ON. Canadá. <sup>4</sup>Charite Universitätsmedizin Berlin Campus Benjamin Franklin. Berlín (Alemania). <sup>5</sup>Centro de Investigación Alemán de Reumatología. Berlín (Alemania). <sup>6</sup>Rheumazentrum Ruhrgebiet. Universidad Ruhr de Bochum. Herne (Alemania). <sup>7</sup>Janssen Asuntos Científicos. LLC. Horsham. PA (EE. UU.). <sup>8</sup>Universidad de Medicina de Drexel. Philadelphia. PA (EE. UU.). <sup>9</sup>Janssen Investigación y desarrollo. LLC. Spring House. PA/La Jolla. CA (EE. UU.). <sup>10</sup>Janssen Servicios Globales. LLC. Horsham. PA (EE. UU.). <sup>11</sup>Departamento Médico Janssen. Madrid. <sup>12</sup>Centro Médico Univeritario de Leiden. Leiden (Países Bajos). <sup>13</sup>Universidad de Salud y Ciencia de Oregón. Portland. OR (EE. UU.).

**Introducción:** El guselkumab (GUS), un inhibidor selectivo de la subunidad p19 de la interleucina 23 (IL-23), dio lugar a mejoras medias de las puntuaciones BASDAI mayores frente a placebo (PBO)



Área bajo la curva ROC (evaluación I).

Figura. Porcentaje de pacientes con APs con sacroilitis confirmada por el investigador que lograron una respuesta BASDAI 50 (A), una mejoría clínicamente relevante (disminución  $\geq 1,1$ ) (B), mejoría relevante (disminución  $\geq 2,0$ ) (C) y enfermedad inactiva ( $< 1,3$ ) (D) según ASDAS hasta semana 100 (NRI).



en semana (s) 24 en pacientes con artritis psoriásica (APs) activa y sacroilitis confirmada por el investigador en un análisis *post hoc* de datos agrupados de dos ensayos de fase 3, DISCOVER-1 y 2. Las mejorías en estos síntomas de la afectación axial se mantuvieron durante 1 año. Nuestro objetivo fue evaluar más a fondo el mantenimiento del efecto de GUS sobre los síntomas de la afectación axial durante 2 años en los pacientes con APs naïve a tratamiento biológico (naïve) del estudio DISCOVER-2 con sacroilitis confirmada por el investigador.

**Métodos:** En este estudio de fase 3, doble ciego, controlado con PBO, 739 pacientes naïve con APs activa ( $\geq 5$  articulaciones inflamadas,  $\geq 5$  articulaciones dolorosas, CRP  $\geq 0,6$  mg/dL) fueron aleatorizados 1:1:1 a ser tratados con GUS 100 mg cada 4 semanas (C4S; n = 245), GUS 100 mg en s0, s4, luego C8S (n = 248) o con PBO (n = 246), haciendo el cambio PBO a GUS 100 mg C4S en s24. Se evaluaron pacientes con síntomas axiales y sacroilitis identificados por el investigador (radiografía o resonancia magnética previa, o radiografía pélvica en el momento de cribado). La eficacia se evaluó mediante

	GUS C4S N=82	GUS C8S N=68	PBO→GUS C4S N=96
<b>Cambio en la puntuación BASDAI</b>			
Semana 24, media de mínimos cuadrados (IC 95%)	-2.5 (-2.9, -2.0)	-2.4 (-3.0, -1.8)	-1.2 (-1.7, -0.7)
Media (DE)	-2.5 (2.0)	-2.6 (2.4)	-1.4 (2.4)
Semana 52, media (DE)	-2.9 (2.3)	-2.7 (2.5)	-2.9 (2.6)
Semana 100, media (DE)	-3.0 (2.3)	-3.1 (2.6)	-3.3 (2.6)
<b>Cambio en la puntuación de mBASDAI (excluye pregunta 3)</b>			
Semana 24, media de mínimos cuadrados (IC 95%)	-2.4 (-2.9, -1.9)	-2.4 (-2.9, -1.8)	-1.2 (-1.7, -0.7)
Media (DE)	-2.5 (2.1)	-2.6 (2.5)	-1.3 (2.3)
Semana 52, media (DE)	-2.7 (2.6)	-2.6 (2.5)	-2.9 (2.4)
Semana 100, media (DE)	-3.3 (2.6)	-3.1 (2.6)	-3.0 (2.4)
<b>Cambio en la puntuación del dolor espinal (BASDAI pregunta 2)</b>			
Semana 24, media de mínimos cuadrados (IC 95%)	-2.2 (-2.7, -1.7)	-2.3 (-2.9, -1.7)	-0.9 (-1.5, -0.4)
Media (DE)	-2.3 (2.6)	-2.5 (2.8)	-1.1 (2.5)
Semana 52, media (DE)	-2.6 (2.7)	-2.5 (2.7)	-2.5 (2.7)
Semana 100, media (DE)	-2.8 (2.7)	-3.1 (2.8)	-3.0 (2.8)
<b>Cambio en la puntuación ASDAS</b>			
Semana 24, media de mínimos cuadrados (IC 95%)	-1.3 (-1.6, -1.1)	-1.3 (-1.6, -1.1)	-0.6 (-0.8, -0.4)
Media (DE)	-1.4 (1.0)	-1.5 (1.2)	-0.7 (1.1)
Semana 52, media (DE)	-1.5 (1.1)	-1.5 (1.3)	-1.5 (1.3)
Semana 100, media (DE)	-1.6 (1.2)	-1.7 (1.2)	-1.6 (1.2)

las puntuaciones de cambio en BASDAI, BASDAI modificado (mBASDAI, excluyendo pregunta 3 [dolor articular periférico]), pregunta 2 de BASDAI (dolor espinal) y el porcentaje de pacientes que lograron respuesta BASDAI 50, puntuación de dolor espinal  $\leq 2$  y respuesta ASDAS  $\leq 100$ . Los resultados relacionados con el dominio axial también se analizaron según HLA-B27 ( $\pm$ ) en 149 pacientes.

**Resultados:** 246 pacientes tenían sacroilitis confirmada por el investigador. Las características en el momento basal fueron similares entre los grupos de tratamiento (62% hombres; edad media 44,4 años); las puntuaciones medias de BASDAI oscilaron entre 6,5 y 6,6. En s24, la media de mínimos cuadrados/cambios en la media en las puntuaciones de BASDAI (-2,4/-2,6) y ASDAS (-1,3/-1,5) fueron mayores en los pacientes tratados GUS que en los tratados con PBO. Los cambios en la media desde el momento basal se mantuvieron hasta  $\leq 100$  en los pacientes tratados con GUS para las puntuaciones BASDAI (-3,1), dolor espinal (-3,1), mBASDAI (3,1) y ASDAS (1,7). Se observaron patrones de respuesta similares para las tasas de respuesta de BASDAI 50 entre los pacientes tratados con GUS (s24, 38-40%; s100, 49-54%). En s24, los pacientes tratados con GUS tuvieron tasas de respuesta más altas para alcanzar enfermedad inactiva, mejoría relevante y mejoría clínicamente relevante en comparación con PBO y evaluadas según ASDAS. Las tasas de respuesta (NRI) se mantuvieron o, en algunos casos, aumentaron aún más a los 2 años. Se observaron resultados consistentes para alcanzar ASDAS LDA (baja actividad) y puntuación de dolor espinal  $\leq 2$  [datos no mostrados (DNS)]. Las mejorías relacionadas con GUS en los síntomas axiales hasta la s100 fueron generalmente consistentes entre los pacientes que tenían HLA-B27  $\pm$  (DNS).

**Conclusiones:** En pacientes naïve con APs activa y sacroilitis confirmada por el investigador, GUS proporcionó mejorías duraderas en los síntomas axiales hasta  $\leq 100$ , con un porcentaje sustancial de pacientes que lograron y mantuvieron mejorías clínicamente significativas.

#### P082. LA CARGA DE ENFERMEDAD AUTOINFORMADA MEDIANTE EL CUESTIONARIO MULTIDIMENSIONAL (MDHAQ/RAPID3) ES MAYOR EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS QUE EN ARTRITIS REUMATOIDE, A PESAR DEL MENOR NÚMERO DE MUJERES

R.M. Morlá Novell<sup>1</sup>, B. Frade-Sosa<sup>1</sup>, T. Li<sup>2</sup>, G. Luta<sup>2</sup>, J. Gómez-Puerta<sup>1</sup>, R. Sanmartí<sup>1</sup> y T. Pincus<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Clínic de Barcelona. <sup>2</sup>Department of Biostatistics. Bioinformatics and Biomathematics. Georgetown University. Washington DC (EE. UU.). <sup>3</sup>Department of Rheumatology. Rush University Medical Center. Chicago (EE. UU.).

**Introducción y objetivos:** En general, las mujeres tienen puntuaciones más altas que los hombres en la mayoría de las respuestas de

cuestionarios autoinformados, incluyendo MDHAQ/RAPID3 (*Multi-dimensional Health Assessment Questionnaire/RAPID3*)<sup>1</sup>. Este cuestionario multidimensional se validó inicialmente en pacientes con artritis reumatoide (AR), pero se comprobó que también era informativo en las enfermedades estudiadas, incluidas las espondiloartritis (EspA)<sup>2</sup>, dónde la mayoría de pacientes son hombres. En este estudio se comparan las puntuaciones obtenidas de MDHAQ/RAPID3 en pacientes con AR y EspA, estudiadas según género femenino o masculino.

**Métodos:** Se reclutaron los pacientes que cumplían criterios de clasificación para AR (EULAR/ACR, 2010), EspA axial (ASAS, 2009) y artritis psoriásica (CASPAR, 2006) que acudían a la visita rutinaria a la Unidad de Artritis del Servicio de Reumatología y accedían a participar en el estudio. Completaron el cuestionario MDHAQ que incluye: función física (FN), adaptada de HAQ con una puntuación final al aplicar la tabla de correlación entre 0-10, 3 escalas EVA (0-10) para medir dolor (PN), valoración global del paciente (VGP) y fatiga (FT) además de una lista de verificación de 60 síntomas en el último mes (ROS60, 0-60) y de la autoevaluación de 48 articulaciones dolorosas (RADAI, 0-48). RAPID3 es un índice (0-30) de actividad sumatorio de FN + PN + VGP. Los medias y desviaciones estándar (DE) de la edad, la educación y las 7 puntuaciones del MDHAQ se calcularon en los pacientes con AR vs. EspA, y en los subconjuntos de pacientes femeninos vs. masculinos con AR o EspA. Las diferencias de medias no ajustadas se evaluaron con la prueba t de Student y  $\chi^2$  y se analizaron las diferencias de medias ajustadas por edad, género y educación mediante un análisis de covarianza.

**Resultados:** Se estudiaron 170 pacientes, 102 con AR y 68 con EspA, de los que 82% y 47% eran mujeres, respectivamente ( $p < 0,001$ ), sin diferencias significativas en edad y educación entre los 2 grupos (tabla). Las medias de las 7 variables de MDHAQ analizadas fueron más altas en pacientes con EspA que en los de AR, aunque solo la diferencias para FN fué estadísticamente significativa (tabla). Sin embargo, dentro de los grupos de AR y EspA, las 7 puntuaciones no fueron más altas en mujeres que en hombres, pero solo estadísticamente significativas en AR para PN, VGP, RAPID3 y fatiga y en EspA solo para fatiga. En el análisis ajustado se observó que FN, PATGL, FT y RAPID3 fueron estadísticamente mayores en EspA que en AR (tabla).

**Conclusiones:** La carga de la enfermedad autoinformada medida por MDHAQ/RAPID3 fue mayor en pacientes con EspA que en los de AR, a pesar de tener una menor proporción de mujeres, con puntuaciones globalmente más altas en este cuestionario multidimensional. Las diferencias de género pueden conducir a la subestimación de la mayor carga de enfermedad autopercebida en EspA en comparación con AR.

**Tabla P082**

Diferencia de medias en las puntuaciones MDHAQ entre pacientes con AR y EspA

	AR, n = 102	EspA, n = 68	AR: Mujeres (n = 84)/Hombres (n = 18)	EspA: Mujeres (n = 32)/Hombres (n = 36)	Diferencias de medias: AR-EspA (IC95%) no ajustada	Diferencias de medias: AR-EspA (IC95%) ajustada para edad, género, y educación
Datos sociodemográficos						
Edad, media (DE)	58,8 (12,2)	55,7 (12,2)				
Género, femenino (%)	84 (82,4%)	32 (47,1%)*				
Años de educación, media (DE)	11,8 (4,3)	11,4 (3,7)				
Variables MDHAQ, medias (DE)						
Función física (0-10)	2,4 (1,8)	3,0 (2,1)*	2,5 (1,8)/1,9 (1,6)	3,1 (2,0)/2,9 (2,2)	-0,6 (-1,2, -0,02)	-0,7 (-1,3, -0,05)*
Dolor (0-10 EVA)	4,5 (2,8)	4,9 (3,0)	4,8 (2,8)/3,3 (2,4)*	5,5 (2,9)/4,4 (3,0)	-0,4 (-1,3, 0,5)	-0,8 (-1,7, 0,1)
VGP (0-10 EVA)	4,6 (2,8)	5,3 (2,9)	4,9 (2,8)/3,4 (2,6)*	5,9 (2,8)/4,7 (3,0)	-0,6 (-1,5, 0,2)	-1,1 (-2,0, -0,2)*
RAPID3 (0-30)	11,6 (6,8)	13,3 (7,3)	12,3 (6,8)/8,5 (6,1)*	14,6 (7,2)/12,2 (7,3)	-1,7 (-3,8, 0,4)	-2,7 (-4,9, -0,5)*
Fatiga (0-10 EVA)	4,2 (2,9)	4,5 (3,1)	4,7 (2,9)/2,0 (2,1)*	5,5 (3,1)/3,6 (2,9)*	-0,3 (-1,2, 0,6)	-1,0 (-1,9, -0,04)*
Autoevaluación de articulaciones dolorosas RADAI (0-48)	12,4 (11,0)	13,4 (11,9)	13,2 (11,4)/8,6 (8,5)	15,6 (13,1)/11,5 (10,6)	-1,0 (-4,5, 2,4)	-2,2 (-5,8, 1,4)
Revisión 60 síntomas (0-60)	12,6 (10,0)	15,2 (10,9)	13,3 (10,3)/9,4 (7,8)	16,0 (10,3)/14,6 (11,6)	-2,6 (-5,8, 0,6)	-2,5 (-5,8, 0,7)

\* $p < 0,05$ .

**Bibliografía**

1. Sokka T. Arthritis Res Therapy. 2009;11: R7.
2. Castrejón I. J Clin Rheum. 2013;19:169-74.

**P083. CUANTIFICACIÓN DE LA RESPUESTA ENTÉSICA AL TRATAMIENTO CON TERAPIAS BIOLÓGICAS EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS, MEDIANTE EL ANÁLISIS INFORMÁTICO DE IMÁGENES ECOGRÁFICAS**

M. Tortosa Cabañas, C.A. Guillén Astete, Á. Andreu Suárez y A.M. Palomeque Vargas

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

**Introducción:** La entesitis es la piedra angular de la fisiopatología de las espondiloartritis. Recientemente nuestro grupo ha demostrado que el análisis informático de imágenes estáticas puede ser usado en la evaluación de pacientes con enfermedades inflamatorias entésicas con una buena validez intrapaciente, intraobservador y de sensibilidad al cambio.

**Objetivos:** El propósito de este estudio es determinar el tipo de evolución entésica que tienen los pacientes tratados con tres terapias biológicas distintas, en función de los hallazgos ecográficos medidos mediante el análisis informático de imágenes estáticas.

**Métodos:** Se incluyeron imágenes de pacientes con espondiloartritis y entesitis que iniciaron una terapia biológica con un anti-TNF alfa, un inhibidor de la IL17 o un inhibidor de la IL12/23. Las imágenes seriadas tenían que haber sido obtenidas con el mismo equipo de ecografía y con los mismos ajustes de imagen en escala de gris y power doppler para cada paciente. Además hizo falta disponer del registro clínico asociado al periodo de obtención de las correspondientes imágenes. Para homogenizar los resultados del análisis entre ajustes distintos entre distintos pacientes se recurrió al índice de media de intensidades de grises (iMIG), que ha demostrado discriminar apropiadamente la patología inflamatoria de la mecánica o de los controles sanos, así como ser sensible al cambio.

**Resultados:** Se incluyeron 14 pacientes: seis tratados con antiTNF alfa (tabla 1 pacientes 1 al 6), cuatro con un inhibidor IL17 (tabla 1 pacientes 7 al 10) y cuatro con un inhibidor de la IL12/23 (tabla 1 pacientes 11 al 14). Todos los estudios ecográficos fueron a nivel del tendón de Aquiles. Los pacientes 2, 3, 5, 7, 10, 11 y 12 tenían entesofitos. En el análisis global el iMIG no mostró diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de tratamiento en el momento del inicio de este, en la valoración intermedia y en la final (p = 0,588, 0,739 y 0,674, respectivamente). Los pacientes con entesofitos presentaron iMIG basales, intermedios y finales significativamente mayores que los pacientes sin entesofitos aquilea: 1,26 DE 0,14 vs. 0,85 DE 0,05 (t = 7,407, p =.001), 1,24 DE 0,15 vs. 0,97 DE 0,1 (t = 3,659, p =.006); y 1,21 DE 0,12 vs. 1,05 DE 0,07 (t = 2,342,

p = 0,037), respectivamente. Analizando solamente a los pacientes sin entesofitos el iMIG final mostró diferencias estadísticamente significativas entre los tres tratamientos administrados (ANOVA, F = 8,142, p = 0,027), siendo relevantes entre el uso de IL12/23 y aTNF a favor de los primeros (Bonferroni, p = 0,03). En el mismo subgrupo de pacientes sin entesofitos, el análisis de las iMIG a lo largo del tiempo demostró diferencias estadísticamente significativas entre el iMIG final y el iMIGbasal (Friedman -1,938 p = 0,000).

**Conclusiones:** El análisis informático de imágenes ecográficas utilizando el iMIG distingue la respuesta terapéutica en pacientes sin entesofitos ecográfica. La interposición de entesofitos impide la correcta visualización de la entesis y no permite detectar cambios ecográficos en zonas específicas de la imagen. Aunque existen indicios de que el uso de este análisis también podría predecir el comportamiento de ciertas terapias, es conveniente plantear estudios prospectivos con controles ecográficos homogéneos.

**P084. DETECCIÓN DE CAMBIOS ECOGRÁFICOS CUANTITATIVOS TRAS LA INFILTRACIÓN CORTICOIDEA DE LA BURSA PREAQUÍLEA EN PACIENTES CON ENTESOPATÍAS INFLAMATORIAS O MECÁNICAS**

C.A. Guillén Astete, M. Tortosa Cabañas, Á. Andreu Suárez y M.M. Serrano Warleta

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

**Introducción:** La sensibilidad al cambio del estroma de los tendones ha sido recientemente demostrada en sujetos sanos durante el ejercicio físico tutelado, mediante el análisis informático de imágenes ecográficas estáticas.

**Objetivos:** Determinar si la misma estrategia de análisis es capaz de detectar cambios entésicos en pacientes que han recibido infiltración de corticoides en la bursa preaquilea.

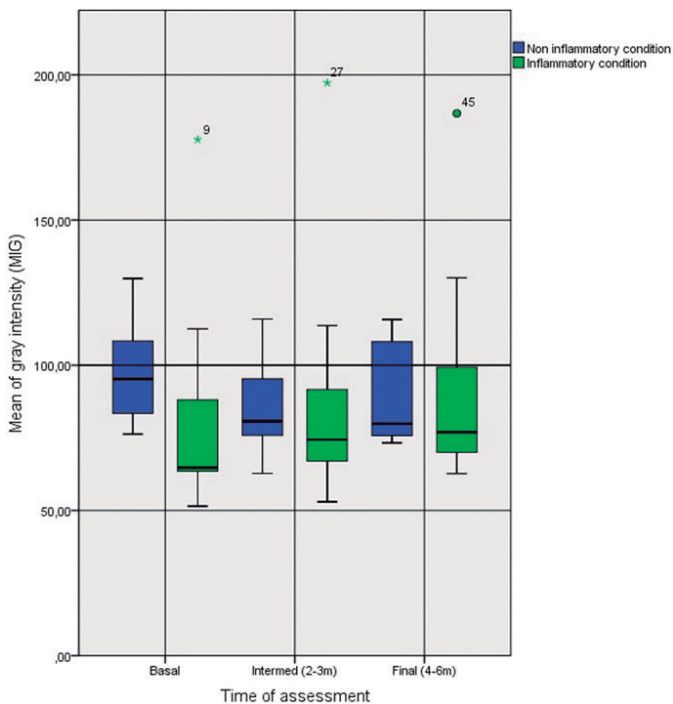
**Métodos:** Se seleccionaron imágenes de pacientes que habían recibido infiltraciones de corticoides (40 mg de acetónido de triamcinolona) en la bursa preaquilea. Los registros debían tener al menos un estudio ecográfico basal, uno entre el primer y segundo mes y uno entre el tercer y sexto mes. Todas las imágenes se realizaron con el mismo ecógrafo, por el mismo operador y con los mismos ajustes de ganancia y frecuencia. El análisis se hizo con el programa ImageJ que permitió el registro de la media de intensidades de gris (MIG), dispersión de intensidades de gris (DIG) y moda de intensidades de gris (MoIG).

**Resultados:** Se seleccionaron 18 colecciones de imágenes. 8 correspondieron a entesopatías mecánicas (sin diagnóstico de espondiloartritis), 5 a pacientes con espondiloartritis axial y 5 a pacientes con artritis psoriásica. Los cocientes de MIG, DIG y MoIG de la entesis lesionada respecto de su control fueron respectivamente, 1,12 DE 0,14, 0,88 DE 0,42 y 2,04 DE 1,54 para el grupo de patología mecá-

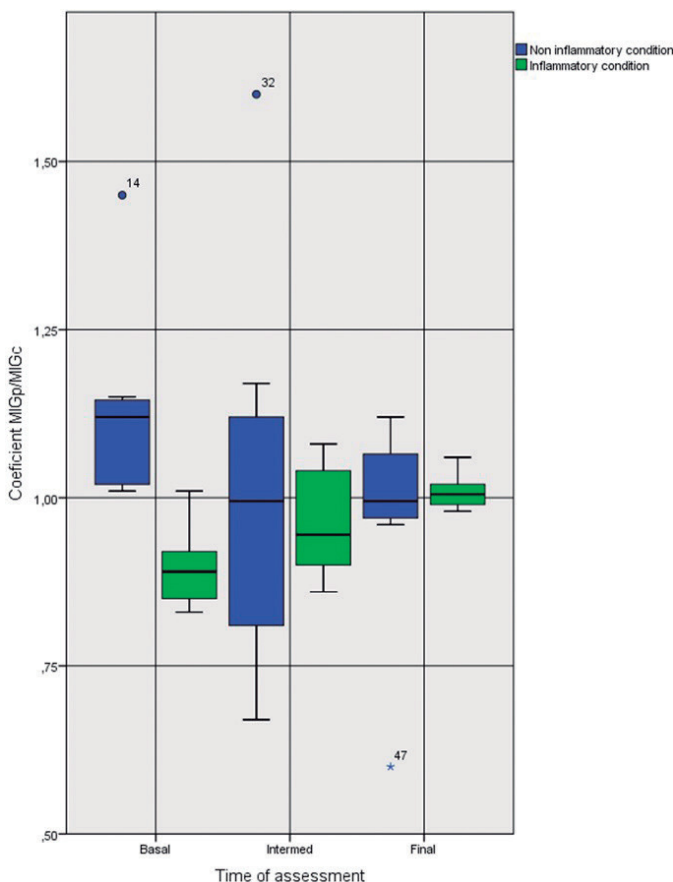
**Tabla P083**

Lista de pacientes observados retrospectivamente e incluidos en el análisis. Después de la observación ecográfica final, se indica la continuidad o no del tratamiento hasta el momento (m: meses)

Paciente	Terapia	Entesofitos	MIG basal	iMIG basal	Observación intermedia	iMIG intermedio	Observación final	iMIG final	Seguimiento
1	antiTNF		71,424	0,85	+6m	0,89	+6m	0,94	Mantiene tratamiento +24m
2	antiTNF	+	156,415	1,48	+5m	1,51	+6m	1,52	Suspendido por clínica en entesis
3	antiTNF	+	164,323	1,32	+6m	1,34	+6m	1,35	Suspendido por clínica en entesis
4	antiTNF		69,321	0,78	+4m	0,80	+6m	0,94	Suspendido por clínica axial
5	antiTNF	+	141,473	1,14	+6m	1,19	+4m	1,18	Suspendido por clínica en entesis
6	antiTNF		68,483	0,85	+3m	1,03	+5m	1,05	Mantiene tratamiento +20m
7	anti-IL17	+	135,432	1,34	+5m	1,26	+4m	1,15	Mantiene tratamiento +22m
8	anti-IL17		72,225	0,90	+6m	1,02	+4m	1,06	Mantiene tratamiento +20m
9	anti-IL17		80,465	0,89	+3m	1,03	+6m	1,03	Suspendió por clínica articular.
10	anti-IL17	+	122,254	1,16	+6m	1,11	+4m	1,04	Mantiene tratamiento +24m
11	anti- IL12/23		71,401	0,79	+8m	1,01	+4m	1,1	Suspendido por clínica axial.
12	anti- IL12/23	+	134,41	1,12	+6m	1,08	+6m	1,07	Mantiene tratamiento +18m
13	anti- IL12/23		75,42	0,94	+4m	1,12	+6m	1,16	Mantiene tratamiento +20m
14	anti- IL12/23		69,112	0,84	+3m	0,9	+8m	1,12	Mantiene tratamiento +18m



**Figura 1.** Evolución de la MIG tras la infiltración de corticoides en el grupo de patología mecánica e inflamatoria.



**Figura 2.** Evolución en el tiempo del coeficiente de medias de intensidad de grises patológico/sano. MIGp: Media de intensidad de grises en la entesis patológica. MIGc: Media de intensidad de grises en la entesis control del mismo paciente.

nica y 0,89 DE 0,05, 1 DE 0,04 y 0,96 DE 0,03 para el grupo de patología inflamatoria. Se detectaron diferencias estadísticamente significativas en el cociente MIG entre pacientes con enfermedades inflamatorias y con lesiones mecánicas ( $t = 4,69$ ,  $p = 0,000$ ). Entre los pacientes con patología inflamatoria, el cambio entre el MIG basal y a los 3-6 meses fue estadísticamente significativo (82,59 DE 37,68 vs. 92,02 DE 38,67;  $t = -5,69$ ,  $p = 0,000$ ). Los cambios entre la DIG y MoIG no fueron significativos ( $t = 0,899$ ,  $p = 0,392$  y  $t = -1,542$ ,  $p = 0,158$ , respectivamente). Entre los pacientes con patología mecánica no hubo diferencias significativas entre las MIG, DIG ni MoIG final y basales ( $t = 1,921$ ,  $p = 0,096$ ;  $t = -1,533$ ,  $p = 0,169$ ; y  $t = 1,761$ ,  $p = 0,122$ , respectivamente). La figura 1 resume la evolución de las medidas cuantitativas entre pacientes con patología inflamatoria y mecánica tras la infiltración. La figura 2 resume los cambios en el índice de media de intensidad de grises (iMIG) en los dos grupos de pacientes. En pacientes con enfermedades inflamatorias, los cambios entre iMIG final y basal tienden a la normalización (se acercan a la unidad) mientras que, en pacientes con procesos mecánicos, la variación del iMIG muestra un comportamiento menos definido.

**Conclusiones:** El análisis informático de imágenes estáticas en escala de grises permite detectar los cambios observados en la entesis aquilea de pacientes con enfermedades inflamatorias tipo espondiloartritis. Además, el índice de cambio de intensidad de grises tiende a normalizarse (aproximarse a la unidad) tras una infiltración. Sin embargo, esto no se ha demostrado en procesos mecánicos. Se intuye que la acción de los corticoides en los procesos mecánicos no actúa sobre el origen del problema por lo que la manifestación estructural con traducción cuantitativa en el estudio de la media, dispersión y moda de intensidades de grises se comporta de forma errática. La capacidad de la MIG de detectar cambios evolutivos en patología inflamatoria anticipa un potencial de utilidad en el seguimiento de pacientes con espondiloartritis y compromiso entésico.

#### P085. CAMBIOS POSINFLAMATORIOS Y DEGENERATIVOS EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA Y MANIFESTACIONES AXIALES: ANÁLISIS *POST HOC* DE UN ENSAYO FASE 3, DOBLE CIEGO Y ALEATORIZADO

M.V. Navarro Compán<sup>1</sup>, X. Baraliakos<sup>2</sup>, E. Pournara<sup>3</sup>, L. Coates<sup>4</sup>, R. White<sup>5</sup>, B. Schulz<sup>3</sup> y R. Landewé<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Rheumatology service. Hospital Universitario La Paz-IdiPaz. Madrid.

<sup>2</sup>Rheumazentrum Ruhrgebiet Herne. Ruhr-Universität Bochum. Herne (Germany).

<sup>3</sup>Novartis Pharma AG. Basel (Suiza).

<sup>4</sup>Nuffield Department of Orthopaedics. Rheumatology and Musculoskeletal Sciences. University of Oxford. Oxford (Reino Unido).

<sup>5</sup>Novartis Ireland Limited. Dublin (Irlanda).

<sup>6</sup>Amsterdam Rheumatology & Clinical Immunology Center. Amsterdam. Netherlands. Zuyderland MC. Heerlen (Países Bajos).

**Introducción y objetivos:** La artritis psoriásica (APs) axial es la única manifestación de APs aún no claramente definida, sin disponibilidad de criterios clínicos y de imagen universalmente aceptados<sup>1</sup>. MAXIMISE, el primer ensayo clínico aleatorizado que ha probado la eficacia de FAME biológicos en el manejo de manifestaciones axiales de la APs, proporciona datos de imagen por resonancia magnética (RM) en una población de pacientes (pts) con APs con diagnóstico clínico de enfermedad axial y puede abordar la falta de datos para determinar el papel de RM en el diagnóstico y clasificación de la APs axial<sup>2</sup>. Hasta ahora, las lesiones estructurales como las lesiones grasas, que han mostrado seguir resolución de la inflamación en la columna de pts con espondiloartritis axial (EspAx)<sup>3</sup> o la presencia de cambios degenerativos (CDs) que pueden retrasar o confundir el diagnóstico de APs axial no han sido evaluados en ninguna cohorte de pts con APs con afectación axial. Este análisis exploratorio post-hoc de RM basales del estudio MAXIMISE<sup>3</sup> investigó: (1) cambios postinflamatorios mediante *FAt Spondyloarthritis*

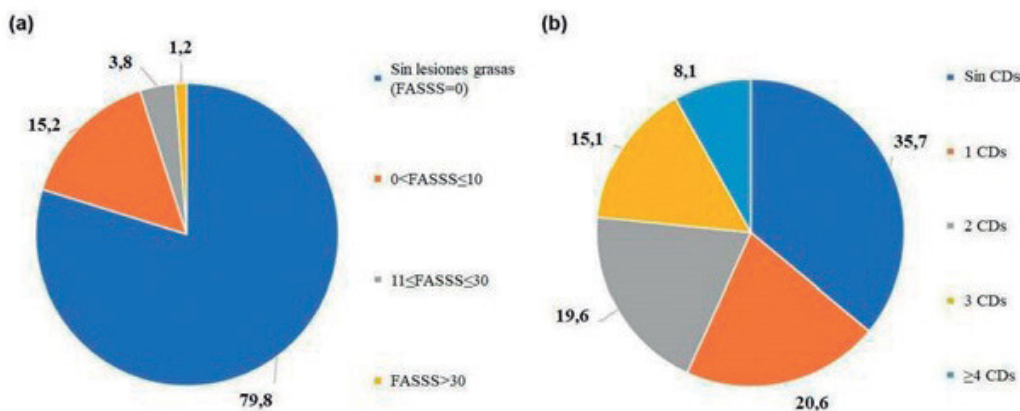
**Tabla P085**

Cambios específicos degenerativos (localizaciones combinadas) por localizaciones espinales y subespinales (población general)

Variable, n (%)	Toda la columna	Cervical	Torácica	Lumbar
Modic	107 (22,1)	26 (5,4)	10 (2,1)	88 (18,1)
Nódulo de Schmorl con o sin EMO	57 (11,8)	2 (0,4)	44 (9,1)	22 (4,5)
Hernia de disco/zona de alta intensidad	178 (36,7)	102 (21,0)	29 (6,0)	116 (23,9)
Erosión	33 (6,8)	2 (0,4)	10 (2,1)	26 (5,4)
Esclerosis	1 (0,2)	0	1 (0,2)	0
Grado Pfirrmann $\geq 3$	248 (51,1)	80 (16,5)	39 (8,0)	203 (41,9)

Los siguientes cambios como que una puntuación de 1 en cualquiera denota una puntuación general de 1, fueron combinados de la siguiente manera: Modic 1 y Modic 2; nodo de Schmorl con EMO y nodo de Schmorl sin EMO; hernia de disco y zona de alta intensidad. El grado de Pfirrmann fue dicotomizado en cada UDV: una puntuación de 1 o 2 = 0; una puntuación de 3 o más = 1. EMO, edema de médula ósea; n, número de pacientes con al menos una UDV mostrada como "presente" para la variable asociada del cambio espinal degenerativo en toda la columna; UDV, unidad disco vertebral.

**Figura. (a) Prevalencia de categorías FASSS, (b) prevalencia de cambios degenerativos**



CDs, cambios degenerativos; FASSS, *FAt Spondyloarthritis Spine Score*.

**P085 Figura**

*Spine Score* (FASSS)<sup>4</sup>, (2) cambios inflamatorios en elementos posteriores de la columna (proceso espinal) y (3) la prevalencia de CDs<sup>5</sup>.

**Métodos:** Se relevaron las RM basales espinales (T1 y STIR) de pts del estudio MAXIMISE que cumplieron los criterios clínicos predefinidos de enfermedad axial activa (BASDAI  $\geq 4$ , dolor espinal (EVA)  $\geq 40$  y respuesta inadecuada a  $\leq 2$  NSAIDs, N = 485). FASSS es un método de puntuación que aborda el espectro de lesiones grasas de acuerdo a la localización anatómica y diversidad fenotípica con una puntuación agregada entre 0 y 456 para las 23 unidades de disco vertebrales (UDVs)<sup>4</sup>. Se documentó el proceso espinal inflamatorio (PEi). En la lectura del protocolo se incluyeron también los cambios degenerativos, como Modic 1, Modic 2, el nodo de Schmorl con o sin edema de médula ósea (EMO), degeneración de disco (hernia o zona de alta intensidad marginalmente localizada), erosión, esclerosis, y cambios Pfirrmann<sup>3,5</sup>.

**Resultados:** No se identificaron lesiones grasas en aproximadamente el 80% de los pts (fig. 1a). La FASSS media (DE) en el momento de inicio para la población general fue 1,8 (5,7), 0,2 (1,2), 1,0 (3,6) y 0,6 (1,9) para las regiones espinales, cervicales, torácicas y lumbares, respectivamente. Se documentó PEi para el 11,1% de los pts. Aproximadamente el 63% de los pts tuvieron al menos un tipo de CD (fig. 1b). Los CDs más prevalentes para la población general fueron: cambios Pfirrmann (grado  $\geq 3$ ), 51,1%; degeneración de disco, 36,7%; Modic 1 o Modic 2, 22,1%; nódulo de Schmorl con o sin EMO, 11,8%. La proporción de pts con cambios específicos en sublocalizaciones espinales se presenta en la tabla.

**Conclusiones:** La relectura de RM basales del estudio MAXIMISE, la cohorte más grande de pts con APs con enfermedad axial activa diagnosticada mediante criterios clínicos, reveló lesiones grasas y CDs en aproximadamente el 20% y el 63% de los pts, respectivamente, mientras la PEi ocurrió mucho menos frecuentemente. Estos

datos arrojan luz sobre las características de imagen de los pts con APs y manifestaciones axiales.

**Bibliografía**

1. Feld J, et al. *Nat Rev Rheumatol*. 2018;14:363-71.
2. Baraliakos X, et al. *Ann Rheum Dis*. 2020;80(5):582-90.
3. Baraliakos X, et al. *Ann Rheum Dis*. 2014;73(10):1819-25.
4. Pedersen SJ, et al. *Athritris Res Ther*. 2013;15(6):R216.
5. De Bruin F, et al. *Rheumatology*. 2016;55(1):56-65.

**P086. EFICACIA DE SECUKINUMAB EN PACIENTES NAÏVE A ANTITNF EN ESPONDILOARTRITIS AXIAL: ANÁLISIS POST HOC DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS MEASURE Y PREVENT A LAS 52 SEMANAS**

X. Juanola Roura<sup>1</sup>, M. Magrey<sup>2</sup>, J.A. Walsh<sup>3</sup>, F. Huang<sup>4</sup>, H. Kameda<sup>5</sup>, J. Wang<sup>6</sup>, C. Herrem<sup>7</sup>, P. Pertel<sup>8</sup> y H. Marzo-Ortega<sup>9</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Bellvitge. IDIBELL. Barcelona. <sup>2</sup>Case Western Reserve University School of Medicine. Division of Rheumatology. Ohio (EE. UU.). <sup>3</sup>Salt Lake City Veteran Affairs Medical Center. University of Utah Medical Center. Salt Lake City. Division of Rheumatology. Utah (EE. UU.). <sup>4</sup>Chinese PLA General Hospital. Beijing. Department of Rheumatology and Immunology. Beijing (China). <sup>5</sup>Toho University (Ohashi Medical Center). Department of Internal Medicine. Division of Rheumatology. Tokio (Japón). <sup>6</sup>Novartis Pharmaceuticals Corporation. Immunology. Hepatology and Dermatology. East Hanover (EE. UU.). <sup>7</sup>Novartis Pharma AG. Rheumatology. Basilea (Suiza). <sup>8</sup>Novartis Pharma AG. Immunology. Hepatology and Dermatology. Basilea (Suiza). <sup>9</sup>NIHR Leeds Biomedical Research Centre. Leeds Training Hospitals NHS Trust and LIRMM. University of Leeds. NIHR Leeds Musculoskeletal Biomedical Research Unit. Leeds (Reino Unido).



Tabla P086

Variables de eficacia a las semanas 16 y 52 en pacientes naïve a antiTNF con EspAax

Variables	Semana	Cualquier SEC 150 mg (N = 932)	SEC 300 mg (N = 57)	PBO (N = 569)
ASAS40, n (%)	16	399 (42,8) <sup>†</sup>	25 (43,9) <sup>†</sup>	134 (23,6)
	52	508 (54,5)	33 (57,9)	–
ASAS 5/6, n (%)	16	414 (44,4) <sup>†</sup>	24 (42,1) <sup>†</sup>	125 (22,0)
	52	508 (54,5)	33 (57,9)	–
Remisión parcial ASAS, n (%)	16	166 (17,8) <sup>†</sup>	12 (21,1) <sup>†</sup>	35 (6,2)
	52	240 (25,8)	13 (22,8)	–
Mejora importante ASDAS-PCR, n (%)	16	266 (28,5) <sup>†</sup>	16 (28,1) <sup>†</sup>	43 (7,6)
	52	336 (36,1)	20 (35,1)	–
ASDAS-PCR EI, n (%)	16	171 (18,3) <sup>†</sup>	11 (19,3) <sup>†</sup>	31 (5,4)
	52	247 (26,5)	13 (22,8)	–
BASDAI50, n (%)	16	356 (38,2) <sup>†</sup>	22 (38,6) <sup>§</sup>	110 (19,3)
	52	459 (49,2)	27 (47,4)	–
Dolor nocturno de espalda, cambio medio desde MI ± EE	16	-31,82 ± 0,87	-37,99 ± 3,56 <sup>†</sup>	-18,12 ± 1,13
	52*	-41,31 ± 27,58	-46,56 ± 24,30	–
Nivel general de rigidez matutina, cambio medio desde MI ± EE	16	-3,23 ± 0,09 <sup>†</sup>	-3,62 ± 0,35 <sup>†</sup>	-1,95 ± 0,11 <sup>†</sup>
	52*	-4,24 ± 2,75	-4,71 ± 2,74	–

Datos presentados como INR. <sup>†</sup>p < 0,001 vs. placebo; <sup>§</sup>p < 0,01 vs. placebo; \*cambio medio ± DE. ASAS, Assessment of SpondyloArthritis international Society; ASDAS, Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score; BASDAI, Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index; DE, desviación estándar; EE, error estándar; EI, enfermedad inactiva; EspAax, espondiloartritis axial; iFNT, inhibidor del factor de necrosis tumoral; INR, imputación no respondedores; MI, momento de inicio; PBO, placebo; PCR, proteína C reactiva; SEC, secukinumab.

**Introducción y objetivos:** El secukinumab ha demostrado eficacia significativa en pacientes con espondilitis anquilosante y espondiloartritis axial no radiográfica (EspAx-nr)<sup>1-5</sup>. Sin embargo, la evidencia sobre la eficacia de secukinumab en el conjunto de la EspAax es limitada. El objetivo fue evaluar la eficacia de secukinumab, de forma agrupada de los 6 ensayos clínicos fase 3, en pacientes con EspAax (EspAx-nr y espondilitis anquilosante) naïve a inhibidores del factor de necrosis tumoral (antiTNF) durante 52 semanas.

**Métodos:** Este análisis *post hoc* incluyó datos de pacientes naïve a antiTNF en los ensayos MEASURE 1-5 (espondilitis anquilosante) y PREVENT (EspAx-nr). Las evaluaciones incluyeron la proporción de pacientes que alcanzaron ASAS40, ASAS 5/6, remisión parcial ASAS (ASAS-RP), mejora importante ASDAS-PCR, enfermedad inactiva ASDAS-PCR (ASDAS-CRP EI), BASDAI50, y cambio medio en el dolor nocturno de espalda y rigidez matutina con secukinumab 150 mg, secukinumab 300 mg o placebo a la semana 16. La sostenibilidad fue medida en pacientes tratados con secukinumab a la semana 52. Los datos se presentan como imputación de no respondedores.

**Resultados:** Se incluyeron en el estudio un total de 1.558 pacientes naïve a anti-TNF (secukinumab 150 mg, N = 932; secukinumab 300 mg, N = 57 y placebo, N = 569) con una edad media de 39,3 ± 11,58 años. A la semana 16, se observaron mejoras significativas en los pacientes tratados con secukinumab *versus* placebo en todos los resultados de eficacia (tabla), con resultados mantenidos hasta la semana 52.

**Conclusiones:** Secukinumab 300 mg y 150 mg proporcionó mejoras significativas y mantenidas en los síntomas y signos de las EspAax en pacientes naïve a antiTNF independientemente del estado radiográfico.

#### Bibliografía

- Baeten D, et al. N Engl J Med 2015;373:2534-48.
- Pavelka K, et al. Arthritis Res Ther 2017;19:285.
- Kivitz AJ, et al. Rheumatol Ther 2018;5:447-62.
- Feng H, et al. Chin Med J 2020;133:2521-31.
- Deodhar A, et al. Arthritis Rheumatol 2021;73:110-20.

#### P087. NECESIDADES PERCIBIDAS POR LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL EN LA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

A. Román Pascual<sup>1</sup>, M. Herrero Álvarez<sup>2</sup>, C. Alfaro Iznaola<sup>2</sup>, O. Carvajal del Castillo<sup>2</sup>, M. Rico Pajares<sup>2</sup>, E. Alonso Villán<sup>2</sup> y G. Ares Mateos<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario General de Villalba. <sup>2</sup>Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Madrid.

**Introducción:** La artritis idiopática juvenil (AIJ) es la enfermedad reumatológica crónica más frecuente en la infancia. Tiene una gran repercusión en el estilo de vida de los pacientes y sus cuidadores, que han de asegurar la adherencia a los controles y tratamientos médicos.

**Objetivos:** Objetivo primario: conocer la calidad asistencial en la Consulta de Reumatología Pediátrica de 2 hospitales universitarios y las necesidades percibidas por los familiares de los pacientes con AIJ. Objetivo secundario: proponer estrategias para mejorar la calidad asistencial y las necesidades de los cuidadores y pacientes con AIJ.

**Métodos:** Estudio longitudinal, prospectivo y descriptivo, de una cohorte de pacientes entre 0 y 18 años en seguimiento por AIJ en la Consulta Externa de Reumatología Pediátrica de 2 hospitales universitarios. Se elaboró un cuestionario multirrespuesta basado en el utilizado en el proyecto europeo "SHARE" de la Paediatric Rheumatology International Trials Organisation (PRINTO). El cuestionario se entregó a las familias de los pacientes del estudio vía digital o en formato físico. Los datos fueron recogidos en una base de datos con la aplicación online de Google Forms. El análisis de los datos sociodemográficos, clínicos y sociales del cuestionario se realizó mediante estadística descriptiva.

**Resultados:** Se recopilieron 19 encuestas. El 84% fueron completadas por la madre del paciente. El 52,6% de los pacientes son hombres y la edad media en el momento del diagnóstico es de 7,83 años (1-16). La distribución por categorías de AIJ era: 68,4% AIJ oligoarticular, 10,5% AIJ poliarticular seronegativa, 10,5% AIJ indiferenciada, 10,6% las 4 categorías restantes. El tiempo medio transcurrido desde la derivación hasta la 1ª consulta con el reumatólogo pediátrico (RP) fue de 14 días (1-30). El 84,2% de los pacientes fueron atendidos por primera vez por un RP. Las familias fueron informadas respecto a manejo de brotes (84,2%), tratamientos (79%) e inmunizaciones (52,6%). El 72,3% de ellas recibían respuesta para consultas no urgentes en menos de 48 horas. El 89,5% de los pacientes eran vistos por un oftalmólogo pediátrico. Esa cita coincidía en día con reumatología solo en un 21% de casos. El 50% de los pacientes susceptibles de ser transferidos a unidades de transición han recibido información referente al proceso.

**Conclusiones:** Pese al pequeño tamaño muestral, se extraen aspectos positivos reconocidos por las familias de los pacientes de nuestra cohorte: escasa demora en la 1ª consulta, atención específica por RP, información adecuada sobre manejo de brotes y tratamientos. Se identifican aspectos mejorables como la atención conjunta en la misma consulta de especialistas en Reumatología y Oftalmología Pediátricas y la información sobre la transición a unidades de adultos. Es necesario continuar esta línea de investigación y establecer protocolos/vías clínicas que permitan alcanzar una mejor calidad asistencial.

**P088. FACTORES DETERMINANTES DE LA EVALUACIÓN GLOBAL DE LA ACTIVIDAD POR EL MÉDICO DISTINTA DE CERO EN PERÍODOS DE INACTIVIDAD DE LA ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL**

A.I. Rebollo Giménez<sup>1</sup>, A. Alongi<sup>2</sup>, G. Giancane<sup>1-3</sup>, R. Naddei<sup>1-4</sup>, V. Natoli<sup>1</sup>, N. Ruperto<sup>1</sup>, A. Consolaro<sup>1-3</sup> y A. Ravelli<sup>5</sup>

<sup>1</sup>*Clinica de Pediatría y Reumatología. IRCCS Istituto Giannina Gaslini. Génova (Italia).* <sup>2</sup>*Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione Civico Di Cristina e Benfratelli. Palermo (Italia).* <sup>3</sup>*Departamento de Neurociencia. Rehabilitación. Oftalmología. Genética y Ciencias Maternoinfantiles. Universidad de Génova (Italia).* <sup>4</sup>*Departamento de Ciencias de la Medicina Traslacional. Sección Pediátrica. Universidad de Nápoles Federico II. Nápoles (Italia).* <sup>5</sup>*Dirección Científica. IRCCS Istituto Giannina Gaslini. Génova (Italia).*

**Introducción:** Los criterios provisionales de ACR del 2011 para determinar enfermedad inactiva (ID) en la artritis idiopática juvenil (AIJ) requieren que la evaluación global de la actividad de la enfermedad

por el médico (PhGA) se marque como 0 en la escala analógica visual (VAS). Sin embargo, algunos investigadores han notado la tendencia de los médicos a marcar PhGA > 0 incluso en la resolución de enfermedad activa. Debido a que la PhGA y el recuento de articulaciones activas son las dos principales medidas dependientes del médico incluidas en los criterios de ID, el análisis de su discordancia puede ser importante para abordar el problema. Nuestro objetivo es investigar la frecuencia con la que el médico puntúa PhGA > 0 y un recuento de articulaciones activas (AJC) = 0 en niños con AIJ así como buscar determinantes de la divergencia entre las dos medidas.

**Métodos:** Los datos se han extraído de una base de datos transversal y multinacional de 7.265 pacientes que tenían AIJ según los criterios ILAR (International League of Association of Rheumatology) y que fueron reclutados entre 2011 y 2016. El reumatólogo pediátrico registró en la visita del estudio tanto la PhGA como la AJC. Los determinantes de discordancia entre PhGA y AJC = 0 se estudiaron mediante regresión logística multivariable y análisis de dominancia.

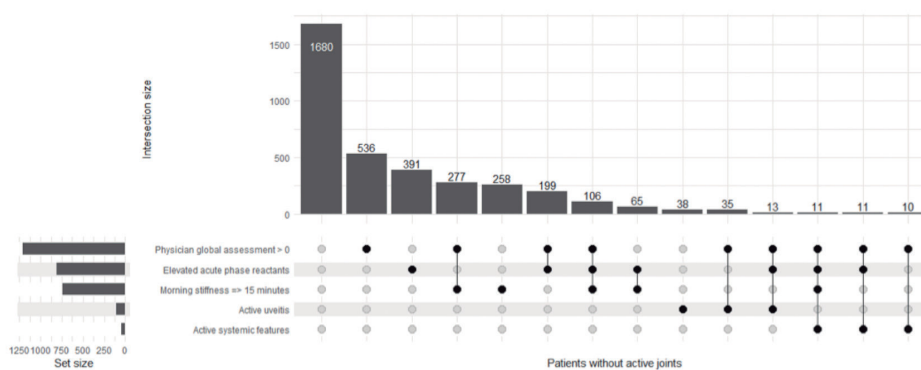


Figura 1. UpSet Plot. Impacto de no cumplir con cada elemento individual de los criterios de ID de 2011 en pacientes que tenían un AJC de 0.

Variable	N	Odds ratio	p
Elevated acute phase reactants	3491	1.64 (1.34, 1.99)	<0.001
Active systemic features	3491	3.97 (1.85, 8.98)	<0.001
Active uveitis	3491	4.65 (2.98, 7.25)	<0.001
Pain VAS > 0	3491	2.23 (1.82, 2.75)	<0.001
Tender joint count > 0	3491	19.45 (13.34, 29.22)	<0.001
Restricted joint count > 0	3491	4.04 (3.33, 4.91)	<0.001
Enthesitis (history)	3491	7.06 (3.67, 14.40)	<0.001
ILAR category		Reference	
Oligoarthritis	1469		
Systemic	452	1.55 (1.17, 2.04)	0.002
RF negative polyarthritis	801	1.14 (0.91, 1.42)	0.245
RF positive polyarthritis	124	1.75 (1.12, 2.73)	0.014
Psoriatic	113	1.41 (0.87, 2.25)	0.159
ERA	371	1.63 (1.21, 2.18)	0.001
Undifferentiated	161	1.17 (0.77, 1.76)	0.458
Physical health score > 0	3491	1.55 (1.24, 1.94)	<0.001
Psychosocial health score > 0	3491	1.24 (1.03, 1.50)	0.026

Figura 2. Predictores de discordancia entre PhGA y AJC.

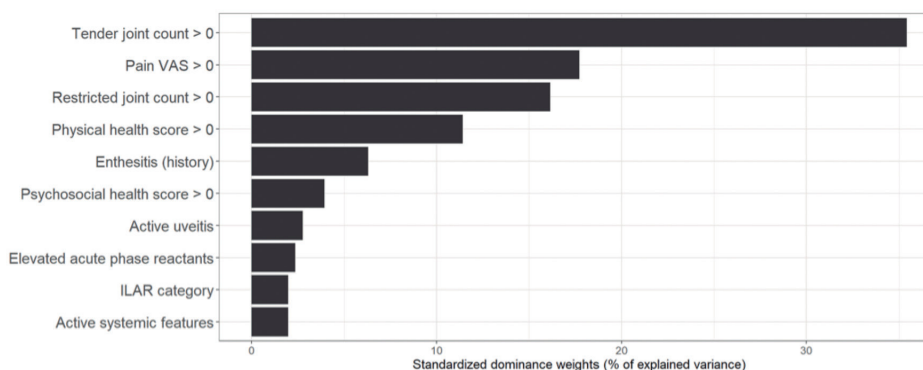


Figura 3. Análisis de dominancia.

**Resultados:** El PhGA se puntuó > 0 en 1211 (32,4%) de 3.668 pacientes que tenían un AJC de 0. En 536 pacientes (14,6%) la PhGA fue el motivo único más frecuente para no cumplir con la definición de ID en pacientes con AIJ = 0 (fig. 1). Se identificaron asociaciones independientes con evaluación discordante para recuento de articulaciones tumefactas o con limitación del rango articular, antecedentes de entesis, presencia de uveítis activa o características sistémicas, artritis relacionada con entesitis o artritis sistémica, aumento de los reactantes de fase aguda, VAS del dolor > 0 y deterioro del bienestar físico o psicosocial (fig. 2). En el análisis de dominancia, el recuento de articulaciones dolorosas representó el 35,43% de la varianza de PhGA, seguido de VAS > 0 (17,72%), recuento de articulaciones limitadas > 0 (16, 14%) y puntuación de salud física > 0 (11,42%) (fig. 3).

**Conclusiones:** muchos reumatólogos pediátricos no marcan una puntuación PhGA = 0 a los pacientes que no tienen articulaciones activas. La presencia de dolor en articulaciones que no cumplen la definición de articulación activa utilizada en AIJ fue el principal determinante de este fenómeno.

#### Bibliografía

- Wallace CA, Giannini EH, Huang B, et al. American College of Rheumatology provisional criteria for defining clinical inactive disease in select categories of juvenile idiopathic arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2011;63(7):929-36.
- Shoop-Worrall SJW, Verstappen SMM, Baildam E, et al. How common is clinically inactive disease in a prospective cohort of patients with juvenile idiopathic arthritis? The importance of definition. *Ann Rheum Dis*. 2017;76(8):1381-8.
- Giancane G, Campone C, Gicchino MF, et al; Paediatric Rheumatology International Trials Organisation. Determinants of Discordance Between Criteria for Inactive Disease and Low Disease Activity in Juvenile Idiopathic Arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2021;73(12):1722-9.
- Taylor J, Giannini EH, Lovell DJ, et al. Lack of Concordance in Inter-rater Scoring of the Provider's Global Assessment of Children With Juvenile Idiopathic Arthritis With Low Disease Activity. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2018;70(1):162-6.

#### P089. COMPARACIÓN ENTRE ENZIMOINMUNOANÁLISIS Y QUIMIOLUMINISCENCIA PARA DETERMINAR LA CONCENTRACIÓN DE CALPROTECTINA SÉRICA Y SU ASOCIACIÓN CON VARIABLES CLÍNICAS EN REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

H. Codes-Méndez<sup>1</sup>, B. Magallares<sup>1</sup>, L. Martínez-Martínez<sup>2</sup>, H.S. Park<sup>1</sup>, D. Lobo-Prat<sup>1</sup>, L. Sainz<sup>1</sup>, I. Gich<sup>3,4,5</sup>, Y. Alvaro<sup>2</sup>, E. Moltó<sup>2</sup>, V. Calahorra<sup>2</sup>, S. Boronat<sup>6</sup> y H Corominas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. <sup>2</sup>Servicio de Inmunología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. <sup>3</sup>CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). <sup>4</sup>Departamento de Epidemiología Clínica. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. <sup>5</sup>Instituto de Investigación Biomédica. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. <sup>6</sup>Servicio de Pediatría. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

#### Tabla P089

Tabla 2. Asociación entre EIA y CLIA con las variables clínico-analíticas

	Remisión		Rto. Art. EF		Rto. Art. ECO		JADAS EF		JADAS ECO	
	b	p	b	p	b	p	b	p	b	p
CS(EIA)	0,43	0,011	0,14	0,027	0,08	0,024	0,09	0,000	0,06	0,000
CS(CLIA)	0,53	0,000	-0,00	0,945	0,31	0,320	0,05	0,021	0,04	0,015
	Sexo		Edad		VSG		PCR			
	b	p	b	p	b	p	b	p		
CS(EIA)	0,00	0,997	0,05	0,207	0,00	0,487	0,05	0,027		
CS(CLIA)	-0,24	0,362	0,01	0,795	0,02	0,105	0,08	0,000		

b: coeficiente de regresión; p: significación estadística.

**Introducción:** La calprotectina sérica (CS) es un biomarcador emergente en la medida de la inflamación. Se puede determinar mediante diferentes técnicas, como el enzoinmunoanálisis (EIA) o la quimioluminiscencia (CLIA). Sin embargo, no hay estudios que comparen si existe correlación entre los dos métodos diagnósticos en enfermedades reumatológicas pediátricas.

**Objetivos:** (i) Evaluar si existen diferencias entre los valores de CS determinados por el método de EIA (Bühlmann®) y CLIA (QUANTA Flash®) en pacientes con enfermedades reumáticas autoinmunes sistémicas (ERAS) en edad pediátrica. (ii) Evaluar qué variables clínicas y analíticas se asocian con la elevación de CS en cada uno de los métodos.

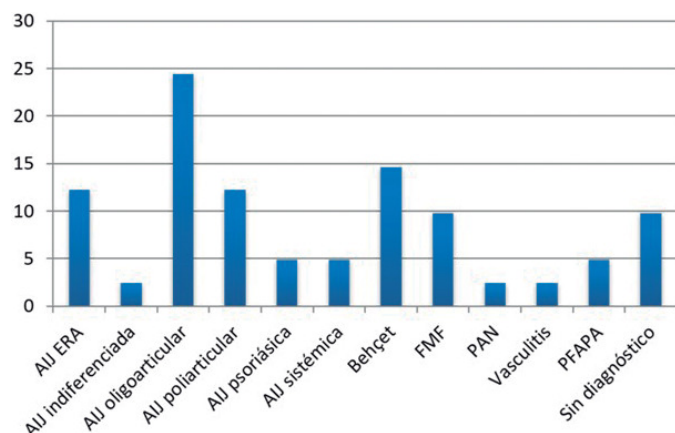
**Métodos:** Estudio transversal analítico incluyendo pacientes de una consulta monográfica de reumatología pediátrica entre 02/2017 y 05/2021. Se incluyeron 41 pacientes con ERAS que tuvieran al menos un análisis de CS determinado por EIA en sus controles rutinarios (144 sueros) a los que se les volvió a determinar CS, esta vez usando el método CLIA. Las variables recogidas fueron sexo, edad, remisión según juicio clínico, recuento de articulaciones inflamadas según exploración física (Rto EF) y según ecografía (Rto Eco), el *Juvenile Arthritis Disease Activity Score* según exploración física (JADAS-27 EF) y según ecografía (JADAS-27 Eco), la proteína C reactiva (PCR) y la velocidad de sedimentación globular (VSG). Para el análisis estadístico se realizó una correlación intraclase (CCI) y una prueba t de muestras emparejadas para comparar los dos métodos. Se realizó una regresión lineal univariante para estudiar la asociación entre la EIA, CLIA y variables clínico-analíticas.

**Resultados:** Incluimos a 41 pacientes, siendo el 50,1% del sexo femenino y con una media de edad de 13,1 ± 3,8) años. Los detalles de las características descriptivas de la muestra se observan en la tabla 1. El 66,7% estaba en remisión clínica a criterio del especialista. Los detalles con respecto a los diagnósticos de los pacientes incluidos en la muestra se pueden observar en la figura 1, siendo el más frecuente la artritis idiopática juvenil (AIJ). Se observó un CCI de Pearson estadísticamente significativo de 0,77 (IC95% 0,70-0,83; p = 0,00) como medida única entre EIA y CLIA, y con un promedio de 0,87 (IC95% = 0,82-0,91; p = 0,000). En la figura 2 se observa la dispersión de dicha correlación. En cambio sí se observó una diferencia estadísticamente significativa de la media entre los dos métodos de 0,58 (IC95% = 0,40-0,77; p = 0,000). En la figura 3 se muestra dicha representación, observándose mayor diferencia en CS (EIA) > 4 µg/ml. Se observó asociación significativa entre EIA y remisión clínica, recuento articular, JADAS y PCR; y también entre CLIA y remisión clínica, JADAS y PCR. El análisis realizado se muestra en la tabla 2.

Tabla 1. Características descriptivas de la muestra

	Media ± SD	Rango	Mediana
PCR	2,6 (± 6,5)	0,5-62,7	0,7
VSG	10,1 (± 11,0)	1-64	6
Calprotectina EIA	3,1 (± 1,8)	0-10	2,7
Calprotectina CLIA	2,5 (± 1,6)	0,1-10,6	2,1
Rto EF	0,8 (± 2,7)	0-17	0
Rto Eco	1,6 (± 5,0)	0-34	0
JADAS-27 EF	2,8 (± 8,0)	0-57	0
JADAS-27 Eco	3,7 (± 10,2)	0-67	0

**Conclusiones:** Existe buena correlación entre los métodos de EIA y CLIA para determinar el valor de calprotectina sérica en pacientes con ERAS en edad pediátrica. Se observaron diferencias significativas entre los dos métodos por encima del valor de 4 µg/ml. Este hecho podría explicarse por las diferencias metodológicas, ya que el CLIA discrimina mejor en valores altos que el EIA. Se ha observado asociación entre ambos métodos y variables de remisión o actividad de la enfermedad.



AIJ ERA: AIJ relacionada con entesitis; FMF: Fiebre Mediterránea Familiar; PAN: Poliarteritis Nodosa; PFAPA: Periodic Fever, Aphthous Stomatitis, Pharyngitis, Adenitis.

Figura 1. Diagnósticos y su frecuencia expresada mediante porcentajes en la muestra.

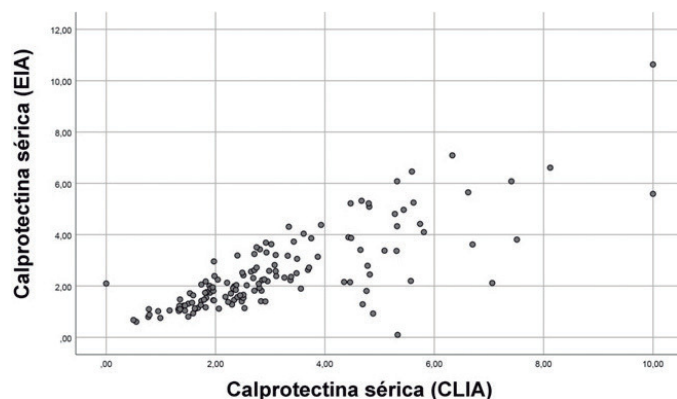


Figura 2. Diagrama de dispersión representando la correlación entre EIA y CLIA.

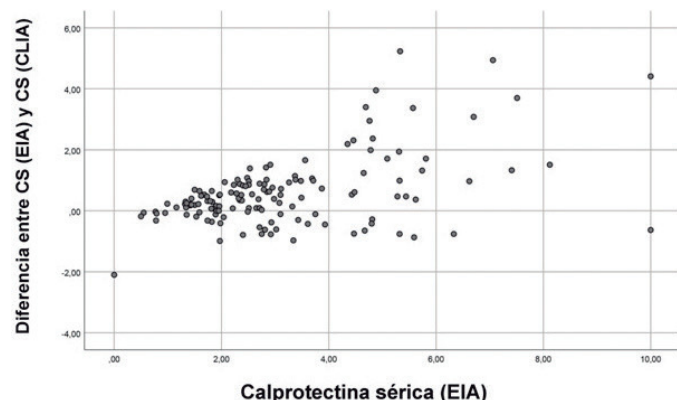


Figura 3. Diagrama de dispersión representando la correlación entre EIA y la diferencia entre EIA y CLIA.

**P090. ACTIVIDAD EN AIJ EN LA UNIDAD DE TRANSICIÓN**

K.S. Carpio Astudillo, C. Bourgeois Avella<sup>1</sup>, D. Clemente Garulo<sup>2</sup>, J.C. López-Robledillo<sup>2</sup>, L. Trives Folguera<sup>1</sup>, F. Montero Reyes<sup>1</sup>, J.M. Álvaro-Gracia<sup>1</sup>, I. Monteagudo Sáez<sup>1</sup> y J. C. Nieto-González<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. <sup>2</sup>Unidad de Reumatología Pediátrica. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

**Introducción:** La artritis idiopática juvenil (AIJ) consiste en un grupo heterogéneo de artritis inflamatorias de inicio en la infancia. De acuerdo con la información disponible en estudios previos, estos pacientes experimentarían una mejoría de la actividad de su enfermedad, de la afectación funcional e incluso alcanzarían la remisión a medida que llegan a la edad adulta<sup>1</sup>. Las unidades de transición buscan coordinar una atención ininterrumpida en pacientes con este tipo de patologías con el objetivo de mejorar su capacidad de controlar la enfermedad<sup>2</sup>. Nuestra unidad de transición está conformada por pacientes en las edades comprendidas entre los 18 y los 25 años de edad que han sido previamente diagnosticados de alguna patología reumatológica durante la infancia. Nuestro objetivo primario fue describir el grado actividad de los pacientes con AIJ en el momento en el cual son transferidos a nuestra unidad y el mantenimiento de la remisión durante el seguimiento.

**Métodos:** Se trata de un estudio observacional retrospectivo y longitudinal a partir de una cohorte de pacientes con AIJ que han sido transferidos a nuestra unidad de transición. Los pacientes que fueron seleccionados debían tener al menos una visita y encontrarse en seguimiento activo. Fueron recolectados datos demográficos, el subtipo de AIJ a la cual pertenecían, los tratamientos recibidos previamente y el tratamiento al momento de la transferencia, los brotes tanto a nivel articular como ocular, la remisión definida según los criterios de Wallace<sup>3</sup> y cambios realizados en el tratamiento durante el seguimiento.

**Resultados:** De diciembre del 2016 a diciembre del 2021 nuestra unidad de transición recibió un total de 184, de estos 127 tenían como diagnóstico previo AIJ y 1 tenía una uveítis crónica asintomática. Las características demográficas de los pacientes se muestran en la tabla. Del total de 127 pacientes con AIJ, 34 (26,8%) tenían datos de actividad al momento de la transferencia y 53 (41,8%) tuvieron al menos un brote durante el seguimiento. Calculamos el porcentaje de pacientes con actividad de su enfermedad al momento de ser transferidos a nuestra unidad y el porcentaje de pacientes que tuvieron un brote durante el seguimiento.

Características demográficas de los pacientes con AIJ incluidas en el estudio

	Total (n: 127)	Activos (n:34)	Inactivos (n:93)
Sexo (femenino) n (%)	84 (66,1)	24 (70,6)	60 (64,5)
Edad media (IR)	8,64 (3-13)	9,1 (3-13)	8,4 (3-12,9)
Infiltraciones previas n(%)	43 (33,9)	16 (47,1)	27 (29)
FAMEc previo a la transferencia	98 (76,6)	26 (76,5)	72 (77,4)
FAMEb previo a la transferencia	79 (61,7)	20 (58,8)	59 (63,4)
Uveítis	23 (18,1)	8 (23,5)	15 (16,1)
<b>Subtipo de AIJ n (%)</b>			
Oligoarticular persistente	43 (33,9)	12 (35,3)	31 (33,3)
Oligoarticular extendida	16 (12,6)	3 (8,8)	13 (14)
Poliarticular RF -	25 (19,7)	6 (17,6)	19 (20,4)
Poliarticular RF +	3 (2,4)	1 (2,9)	2 (2,15)
Espondiloartritis	24 (18,9)	8 (23,5)	16 (17,2)
Sistémica	9 (7,1)	2 (5,9)	7 (7,5)
Psoriásica	7 (5,5)	2 (5,9)	5 (5,4)

**Conclusiones:** Un 25% de pacientes con AIJ tienen datos de actividad de la enfermedad al momento de ser transferidos a nuestra unidad de transición y los brotes son dos veces más frecuentes durante el seguimiento cuando se encuentran activos al momento de la transferencia.

## Bibliografía

1. Sabbagh S, Ronis T, White PH. Pediatric rheumatology: addressing the transition to adult-orientated health care. *Research and Reviews*. 2018;10:83-95.
2. Relas H, Luosujärvi R, Kosola S. Outcome of transition phase patients with juvenile idiopathic arthritis. *Modern Rheumatology*. 2018;28(5):32-7.
3. Wallace CA, Ruperto N, Giannini EH, Childhood Arthritis and Rheumatology Research Alliance, Pediatric Rheumatology International Trials Organization, Pediatric Rheumatology Collaborative Study Group. Preliminary criteria for clinical remission for select categories of juvenile idiopathic arthritis. *J Rheumatol*. 2004;31:2290-4.

### P091. 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

L. Martínez Mitjana<sup>1</sup>, M. López Corbeto<sup>1</sup>, A. Pluma Sanjurjo<sup>2</sup> y E. Moreno Ruzafa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Reumatología Pediátrica. Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. <sup>2</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

**Introducción:** Las enfermedades reumáticas 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 tenga un buen

control de la enfermedad materna. En nuestro centro disponemos de una Unidad de embarazo en pacientes con enfermedades reumáticas integrada por reumatología, ginecología y neonatología. Se ha establecido un protocolo para el seguimiento de los bebés hijos de madres con enfermedad reumática o positividad de anticuerpos de especial interés durante el embarazo en la unidad de reumatología pediátrica durante el primer año de vida. Los hijos de madres con positividad de anticuerpos Anti-Ro/La/RNP, fueron valorados por cardiología pediátrica. Presentamos los datos de la experiencia desde la aplicación de este protocolo a finales de 2019 hasta el momento actual.

**Métodos:** Hasta el momento actual, se han valorado un total de 26 niños en la Unidad de Reumatología pediátrica. Se recogieron las características maternas de la enfermedad, los tratamientos administrados, las complicaciones de embarazos previos y el perfil inmunológico (tabla 1). En cuanto a los embarazos actuales, 7 de los 23 embarazos presentaron alguna complicación, dos de ellos embarazos gemelares detallados en la tabla 2. De los 26 bebés valorados en la consulta de reumatología pediátrica, 3 presentaron un lupus neonatal con afectación cutánea, los 3, hijos de madres con Anti Ro +. A los 12 bebés de madres con anticuerpos Anti Ro/La/RNP, se les realizó en el momento del nacimiento y al año de vida una valoración por cardiología pediátrica con realización de un ECG ± ecocardiografía. Ninguno presentó un bloqueo auriculoventricular (AV). 8 de las 12 gestantes recibieron tratamiento preventivo con HDQ. No ha habido infecciones que pudiesen asociarse al tratamiento inmunosupresor realizado por la madre durante la gestación. Una niña de 7 meses, hija de una madre con AR, presentó una pielonefritis por *E. coli*. La madre no había recibido tratamiento inmunosupresor 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.

**Tabla P091**

Tabla 1. Características maternas

	Diagnóstico	Complicaciones embarazos previos	Tratamiento en embarazo	Perfil inmunológico	
1	LES	1 aborto espontáneo	No	ANA+ Anti Ro+	
2	AIJ		Certolizumab		
3	AR		Prednisona < 7,5 mg/día	FR/CCP+	
4	AR		Certolizumab + prednisona < 7,5 mg/día	FR/CCP+	
5	AIJ		HDQ	ANA+	
6	AR		No	FR/CCP/ANA+	
7	Sjögren		No	ANA+, Anti- Ro/La +	
8	AIJ		No		
9	AIJ		ETN	ANA+	
10	SANA		HDQ	ANA+, Anti-Ro+	
11	Sjögren	HDQ	ANA+, Anti- Ro/La +		
12	LES	1 muerte fetal	HDQ +heparina	ANA+, Anti-Ro/cardioliipina+	
13	AIJ		No	ANA+, Anti-Ro+	
14	SAF obstetric		AAS + heparina	Anticoagulante lúpico+, anti-cardioliipina/glicoproteína +	
15	LES		AZT+ HDQ	ANA+	
16	LES		HDQ	ANA+, Anti-Ro+	
17	LES		No	ANA+, anti-DNA+	
18	Sjogren		No	ANA+, Anti- Ro/La +	
19	LES		1 muerte fetal	HDQ+Heparina	ANA+, Anti- Ro/DNA/RNP+
20	LES		4 abortos espontáneos	No	ANA+
21	LES SAF			HDQ+ AAS+ Heparina	ANA+, Anti- Ro/La/Anticoagulante lúpico/anti-cardioliipina/glicoproteína +
22	LES		HDQ+ AAS+ Heparina	ANA+, Anti- Ro/Anticoagulante lúpico+	
23	AR		No	FR/CCP+	

HDQ: hidroxycloquin, AZT: azatioprina.

**Tabla P091**

Tabla 2. Complicaciones del embarazo/parto

AR		Alteraciones registro tocográfico fetal: inducción parto, pretérmino bajo peso (Gemelar)
AIJ	ANA+	Preeclampsia, pretérmino bajo peso (gemelar)
AR	ANA+	Síndrome HELLP
AIJ		Preeclampsia, Retraso crecimiento intrauterino
LES	ANA+	Preeclampsia, Retraso crecimiento intrauterino pretérmino bajo peso
LES	ANA+ Anti-DNA +	Preeclampsia, bajo peso
Sjögren	ANA+, Anti Ro+, Anti-La+	Amenaza de parto prematuro, bajo peso
LES	ANA+, Anti- Ro+, Anticoagulante lúpico +	Parto estacionario: cesárea

Existen estudios que relacionan determinadas enfermedades reumáticas con diferentes complicaciones durante el embarazo. Estas complicaciones deben conocerse para poder detectarlas de forma precoz. Igualmente, debemos conocer los efectos de los tratamientos utilizados para el control de las enfermedades en la gestación y el normal desarrollo del feto. 3/12 (25%) de los niños hijos de madres con anticuerpos Anti Ro,La o RNP presentaron un lupus neonatal con afectación cutánea. Las lesiones se autolimitaron en los primeros 3 meses de vida sin lesiones cicatriciales secundarias. No hemos tenido pacientes con bloqueo AV en nuestra serie. 8/12 madres con anticuerpos anti Ro/La/RNP recibieron de forma preventiva tratamiento con HDQ. Al tratarse de una complicación con una prevalencia baja (entorno al 1-2% de estos embarazos) debemos tener una serie mayor para poder valorar la eficacia de la HDQ como tratamiento preventivo del bloqueo AV.

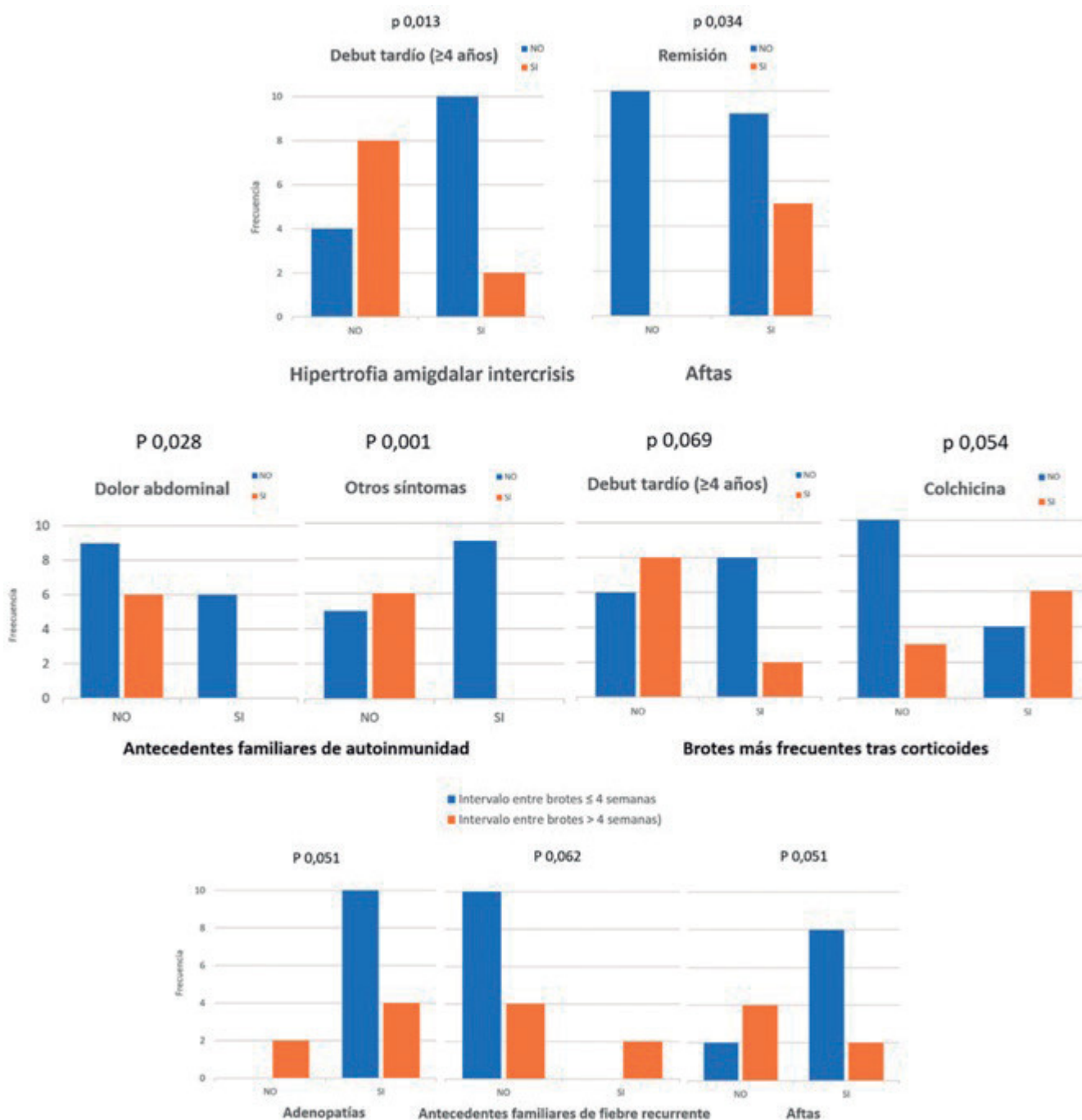
**P092. PFAPA; DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE UNA COHORTE**

E. Fernández Guill<sup>1</sup>, P. Mesa del Castillo Bermejo<sup>1</sup>, M.M. Piñeras García<sup>1</sup>, A. Egea Fuentes<sup>1</sup>, P. Pérez González<sup>1</sup>, P. Alcañiz Rodríguez<sup>2</sup>, C. Marras Fernández Cid<sup>1</sup>, N. Lozano Rivas<sup>1</sup>, J.J. Martínez Ferrin<sup>1</sup>, L.F. Linares Ferrando<sup>1</sup>, A. Bermúdez Torrente<sup>1</sup>, M.J. Moreno Ramos<sup>1</sup>, M. Castaño Sánchez<sup>1</sup>, F.A. Martínez Angosto<sup>1</sup>, A. Valcárcel Susarte<sup>1</sup> y J.E. Ruiz Sara<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia.

<sup>2</sup>Servicio de Pediatría. Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia.

**Introducción:** El PFAPA es el síndrome de fiebre recurrente más frecuente en la infancia. Cursa con fiebre de alto grado en brotes recurrentes y regulares, faringoamigdalitis, aftas orales y adenopatías laterocervicales; el pico de incidencia está entre los 2 y 5 años de



P092 Figura 1. Análisis estadístico variables cualitativas (chi cuadrado).

VARIABLES CUALITATIVAS	% DEL TOTAL	VARIABLES CUANTITATIVAS	MEDIA ± SE
Sexo (varón)	62,50%	Edad al debut (meses)	42,42 ± 6,80
Antecedentes personales autoinmunes	12,50%	Edad al diagnóstico (meses)	58,42 ± 6,03
Antecedentes familiares autoinmunes	37,50%	Retraso diagnóstico (meses)	16,04 ± 3,09
Antecedentes familiares de fiebre recurrente	25%	Edad actual (años)	5,83 ± 0,63
Antecedentes familiares de amigdalitis de repetición	12,50%	Seguimiento (años)	1,83 ± 0,19
Remisión	20,80%	Duración de la enfermedad en los que remiten (meses)	28,60 ± 7,13
Aftas	58,30%	Intervalo entre brotes al debut (semanas)	5,06 ± 0,60
Adenopatías	91,70%	Fiebre (°C)	39,66 ± 0,12
Faringitis	100%	Duración de la fiebre (días)	5,62 ± 0,83
Hipertrofia amigdalar intercrisis	50%	Gaslini score (% de tener test positivo)	3,61 ± 2,22
Otros síntomas	41,70%	Edad de remisión (años)	4,2 ± 0,73
Dolor abdominal	25%	Percentil peso	54,08 ± 8,35
Cefalea	16,70%	Percentil talla	65,08 ± 6,03
Debut en mayores de cuatro años	41,70%	PCR (mg/l)	6,52 ± 1,07
Artromialgias	16,70%	VSG (mm/h)	21,38 ± 2,76
Pródromos	4,20%	Neutrófilos (cél/mm <sup>3</sup> )	8530,76 ± 1030,67
Hiperhemia conjuntival	12,50%	Leucocitos (cél/mm <sup>3</sup> )	13493,33 ± 1593,00
Exantema	4,20%		
Dolor precordial	4,20%		
Estudio genético hecho	16,70%		
Corticoides acortan los intervalos entre brotes	41,70%		
Tratamiento con colchicina	37,50%		
ANA +	8,30%		
Buena respuesta a colchicina	60,00%		
Desarrollo psicomotor (bueno)	100%		

Figura 2 Tabla 1. Características de la cohorte de pacientes con PFAPA.

	DEBUT DE LA CLÍNICA (años)			REMISIÓN (6 meses sin brotes)		
	>=4 (media ± SE (N))	<4 (media ± SE (N))	p-Value	NO (media ± SE (N))	SI (media ± SE (N))	p-Value
Edad al diagnóstico (meses)	79,10 ± 10,86 (10)	43,64 ± 3,40 (14)	0,010*	62,47 ± 7,24 (19)	43,00 ± 5,68 (5)	0,196
Edad al debut (meses)	70,30 ± 10,67 (10)	22,50 ± 3,26 (14)	0,056	47,63 ± 7,98 (19)	22,60 ± 8,01 (5)	0,138
Retraso diagnóstico (meses)	9,10 ± 3,07 (10)	21,00 ± 4,45 (14)	0,010*	14,89 ± 3,54 (19)	20,40 ± 6,61 (5)	0,482
Edad actual (años)	7,80 ± 1,19 (10)	4,43 ± 0,36 (14)	0,021*	6,05 ± 0,77 (19)	5,00 ± 0,71 (5)	0,508
Seguimiento (años)	2,00 ± 0,98 (10)	1,71 ± 0,24 (14)	0,464	1,79 ± 0,18 (19)	2,00 ± 0,63 (5)	0,763
Duración de la enfermedad en los que han remitido (meses)	10,00 (1)	33,25 ± 6,97 (4)	0,232	0 (0)	28,60 ± 7,13 (5)	-
Intervalo entre brotes al debut (meses)	4,86 ± 1,03 (7)	5,22 ± 0,76 (9)	0,775	5,31 ± 0,73 (13)	4,00 ± 0,00 (3)	0,098
Grado de la fiebre (°C)	39,51 ± 0,17 (9)	39,86 ± 0,14 (7)	0,151	39,58 ± 0,14 (13)	40,00 ± 0,00 (3)	0,010*
Duración de la fiebre (días)	4,67 ± 0,33 (3)	5,90 ± 1,07 (10)	0,554	6,0 ± 1,05 (10)	4,33 ± 0,33 (3)	0,42
Gaslini (probabilidad de test genético positivo en %)	1,69 ± 1,35 (10)	4,99 ± 3,69 (14)	0,476	4,39 ± 2,78 (19)	0,66 ± 0,61 (5)	0,507

Figura 3 Tabla 2. Análisis estadístico de variables cuantitativas (t Student).

edad con ligero predominio en varones. El retraso diagnóstico es frecuente al simular faringoamigdalitis infecciosas de repetición. Es una enfermedad benigna y autolimitada que característicamente responde bien a una única dosis de corticoide a 1-2 mg/Kg, en ocasiones precisan tratamiento preventivo (p.ej. colchicina); la amigdalectomía suele ser curativa aunque es cruenta. La sospecha clínica es importante para su diagnóstico y tratamiento.

**Objetivos:** Describir una cohorte de pacientes diagnosticados de PFAPA y analizar las relaciones entre distintas variables de interés clínico.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes diagnosticados de PFAPA en una consulta de reumatología pediátrica de hospital de tercer nivel según los criterios diagnósticos de Marshall modificados. Se recogieron datos demográficos, epidemiológicos, clínicos y analíticos. Se analizaron las variables en busca de asociaciones estadísticas con el programa estadístico SPSS.

**Resultados:** Se recogieron datos de 24 pacientes, representados en la tabla 1. La enfermedad predominó en varones, con edad media al debut de casi 4 años y seguimiento medio de casi 2 años; la duración de los episodios febriles fue de 5 días, con una periodicidad de

5 semanas. La faringitis, adenopatías, aftas e hipertrofia amigdalар intercrisis ocurrieron en el 100, 91, 58 y 50% de los casos respectivamente. Otros síntomas no clásicos de PFAPA se observaron en más del 40% de los casos. La edad media de aquellos que cumplieron criterios de remisión (sin episodios en 6 meses) fue de 4 años, con una duración de la enfermedad superior a 2 años. Los antecedentes familiares de enfermedad autoinmune y de fiebre periódica fueron positivos en el 37,5% y 25% de los casos respectivamente, y el 12,5% de los pacientes presentaba antecedentes personales de enfermedad inmune. Al relacionar las diferentes variables (fig. 1 y tabla 2), la presencia de antecedentes familiares de enfermedad inmune se relacionó con una menor variabilidad de síntomas ( $p = 0,01$ ) y con menor dolor abdominal ( $p = 0,028$ ), presentando un PFAPA más "clásico". Los pacientes en remisión tuvieron fiebre de mayor grado ( $p = 0,01$ ) y aftas orales ( $p = 0,034$ ). El debut antes de los 4 años de edad se asoció con hipertrofia amigdalар intercrisis ( $p = 0,013$ ) y con mayor retraso al diagnóstico ( $p = 0,01$ ). La colchicina se utilizó con mayor frecuencia en aquellos pacientes en los que los corticoides acortaban el intervalo libre de síntomas, lo que ocurrió sobre todo en los niños con debut más temprano (ns). La presencia de aftas, adenopatías y la ausencia de antecedentes familiares de PFAPA se asociaron con menor intervalo entre brotes (n.s).

**Conclusiones:** Nuestra serie se ajusta a las características descritas en la literatura sobre el PFAPA. Como peculiaridades se identifican los antecedentes familiares de autoinmunidad como protectores frente a síntomas fuera del espectro clásico; las aftas orales y la fiebre de mayor grado como predictores de remisión. El debut temprano se asocia a un diagnóstico más tardío y a hipertrofia amigdalар intercrisis. La colchicina es una opción de tratamiento cuando se acortan los intervalos libres de síntomas con el corticoide.

**P093. AFECTACIÓN CERVICAL PRECOZ EN NIÑOS CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL Y SUS VARIANTES: UN DOMINIO FRECUENTE OLVIDADO EN LA PATOLOGÍA PEDIÁTRICA**

E. Pardo Campo<sup>1</sup>, M. Pino<sup>1</sup>, S. Burger<sup>1</sup>, I. Braña<sup>1</sup>, S. Fernández<sup>1</sup>, S. Alonso-Castro<sup>1</sup>, M. Alperi<sup>1</sup>, R. Queiro<sup>1</sup>, S. Murias<sup>2</sup> y J. Rodríguez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. <sup>2</sup>Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

**Introducción y objetivos:** La afectación de la columna cervical no suele reconocerse en las primeras fases de la artritis idiopática juvenil (AIJ) siendo una manifestación poco frecuente. Sabemos que la AIJ es la enfermedad reumática crónica más común en la infancia. Sin embargo la afectación cervical es una manifestación rara en las fases iniciales de la enfermedad siendo extremadamente infrecuente como manifestación única. Es por ello por lo que todavía no se conoce con exactitud la frecuencia y características clínicas de esta afectación además de la evolución de los pacientes. Sí está descrita como complicación tardía, además de ser considerada de mal pronóstico. Por todo ello nuestro objetivo es describir las características clínicas de los pacientes con AIJ que han experimentado afectación cervical como manifestación de inicio de la enfermedad.

**Métodos:** Se ha realizado un estudio observacional de pacientes con AIJ que presentan afectación cervical como forma de inicio de la enfermedad obteniendo los datos de un total de 75 pacientes con AIJ en seguimiento por la Unidad de Reumatología Pediátrica del Hospital Central de Asturias. Hemos revisado las historias clínicas y seleccionamos aquellos con afectación cervical como forma de inicio.

**Resultados:** Se detectaron 3 casos de AIJ donde la afectación cervical constituyó la forma de inicio de la enfermedad siendo tres diferentes tipos de AIJ (tabla). El primer caso se acompañó al diagnóstico de artralgia cervical y cefalea con afectación oligoarticular y dactilitis. El segundo caso se acompañó de artralgia cervical intensa con picos febriles, exantema urticarial evanescente y artritis de carpos. El ter-

cer caso debutó como única manifestación con importante limitación movilidad cervical con retraso motor leve apareciendo posteriormente afectación oligoarticular y afectación lumbar además de uveítis aguda anterior del ojo derecho a los 3 meses del diagnóstico. Disponemos de confirmación mediante resonancia magnética (RM) medular de uno de los casos con hallazgos de entesitis cervical (fig. 1) y mielopatía medular secundaria (fig. 2). En el caso de la AIJ sistémica monofásica la evolución fue de curso autorresolutivo sin precisar tratamiento esteroideo ni inmunoglobulinas intravenosas. La primera línea de tratamiento en los otros dos casos fueron los glucocorticoides siendo necesaria la introducción posterior de metotrexato. Ante la falta de eficacia en ambos casos se inició terapia biológica dirigida con inhibidores del TNF con adalimumab. En la actualidad dos de las tres pacientes se encuentran asintomáticas a nivel cervical y una de ellas con importante mejoría a nivel de funcionalidad pendiente de seguir estrecha evolución.

	Nº pacientes (3)
Edad media (años)	3,5
Sexo	Femenino
Inicio afectación cervical	Artralgia cervical 2/3 Limitación y rigidez 1/3
Diagnóstico	AIJ tipo artritis psoriásica de inicio precoz AIJ sistémica monofásica AIJ oligoarticular ANA positivo
Antecedentes Familiares	1/3 Abuelo con psoriasis.
VSG y/o PCR elevadas	3/3
ANA positivos	2/3
HLAB27 positivo	0/3
Uveítis aguda anterior	1/3
Afectación lumbar	1/3
Artrocentesis diagnóstica inflamatoria	3/3
Radiografía cervical patológica	0/3
RM cervical patológica	1/3
RM lumbar patológica	1/3
Corticoterapia	2/3
Metotrexato	2/3
AntiTNF	2/3



**Figura 1.** RM medular cervical: En las secuencias con CIV se identifica un ligero realce del ligamento supra e interespinal entre las apófisis espinosas desde C6 a T1.





**Figura 2.** RM medular cervical: Lesión mal definida hiperintensa en el espesor del parénquima medular desde C3 a C6 en secuencias potenciadas en T2 y STIR, asociada a un leve engrosamiento del parénquima sin captación en la secuencias con contraste.

**Conclusiones:** La AIJ en sus diferentes formas debe ser considerada como diagnóstico diferencial en niños que presenten cervicalgia, limitación o rigidez cervical. Esta manifestación puede pasar desapercibida en nuestros pacientes y retrasar el diagnóstico. Debemos considerar su aparición en las diferentes categorías dentro de la AIJ. En pacientes con AIJ es necesario preguntar de manera activa y explorar el área cervical en cada consulta. La resonancia magnética puede ser de gran ayuda para el diagnóstico de estos pacientes. Un tratamiento dirigido precoz con inhibidores de antiTNF puede ayudar a la remisión de la sintomatología cervical.

#### P094. EXPERIENCIA CON ABATACEPT EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL ASOCIADA A UVEÍTIS

I. González Fernández, P. Rodríguez González, D. Fernández Fernández, M. Sánchez-Wonenburger, P. Castro Santamaría, A. Mata Ojeros, J.L. Puga Guzmán, R. dos Santos Sobrin, E. Pérez-Pampín, A. Souto Vilas y A. Mera Varela

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

**Introducción:** En la edad pediátrica la enfermedad reumática más frecuente es la artritis idiopática juvenil (AIJ), siendo la uveítis su complicación extraarticular más frecuente. El tratamiento de la uveítis asociada a AIJ (AIJ-U) sigue siendo un desafío debido a la agresividad de la enfermedad y la frecuencia de las complicaciones, entre las que destaca la ceguera irreversible. El uso de corticoides tópicos y sistémicos, metotrexato, ciclosporina o algunos fármacos biológicos como Adalimumab constituyen el pilar del tratamiento en la AIJ-U. Se ha planteado el uso de abatacept en pacientes refractarios a otras terapias biológicas.

**Objetivos:** Evaluar la eficacia de abatacept en el tratamiento de la AIJ-U a partir de los datos disponibles en la literatura científica.

**Métodos:** Se realiza una revisión sistemática de la literatura científica siguiendo la declaración PRISMA, utilizando como bases de datos: Medline, Embase, Cochrane Library y Web of Science.

**Resultados:** De acuerdo con los criterios de inclusión se seleccionaron 89 referencias bibliográficas. 64 pacientes de 6 estudios fueron seguidos durante un tiempo medio de 12 meses. La edad media de aparición de la AIJ ha sido de 5,3 años, con un tiempo de evolución de la enfermedad entre 7 y 12 años. Un alto porcentaje de pacientes incluidos en las series revisadas presentaban déficits de agudeza visual y complicaciones secundarias a la inflamación ocular (sinquias, queratopatía en banda, cataratas, edema quístico macular y/o hipertensión ocular). Todos los pacientes mostraban refractariedad a los FAME sintéticos convencionales y FAME biológicos anti-TNF. En todos los estudios la medida de resultado principal utilizada fue *Best Corrected Visual Acuity* (BCVA). Otras medidas de resultado utilizadas fueron el número de brotes de uveítis, la velocidad de sedimentación globular (VSG) y la proteína C reactiva (PCR); o el número de células presentes en la cámara anterior del ojo. 4 series de casos mostraron una mejoría o estabilización de la agudeza visual después del tratamiento con abatacept. 2 estudios proporcionaron cambios en la agudeza visual, pero que no resultaron estadísticamente significativas. En lo referido a la eficacia de abatacept, se pudo observar una disminución en la gravedad de la inflamación ocular y/o su remisión completa en la mayoría de los estudios incluidos. No se pudo realizar un metanálisis debido a la falta de resultados comparables. Sin embargo, los datos sugieren una clara recuperación de los pacientes AIJ-U refractarios al tratamiento convencional.

**Conclusiones:** El abatacept se muestra como un fármaco prometedor en el tratamiento de la AIJ-U, considerando su eficacia en la mejoría de la agudeza visual, así como en el control de los brotes y la disminución de los síntomas inflamatorios oculares. Sin embargo, son necesarios más estudios comparativos para corroborar su eficacia.

#### Bibliografía

1. Sen ES, Ramanan AV. Juvenile idiopathic arthritis-associated uveitis. *Clin Immunol*. 2020;211:108322.
2. Constantin T, Foeldvari I, Anton J, et al. Consensus-based recommendations for the management of uveitis associated with juvenile idiopathic arthritis: The SHARE initiative. *Ann Rheum Dis*. 2018;77(8):1107-17.

#### P095. ESTUDIO DEL RETRASO DIAGNÓSTICO EN PACIENTES CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL

L. Martínez Mitjana, M. López Corbeto y E. Moreno Ruzafa

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

**Introducción:** La artritis idiopática juvenil (AIJ), es la causa más frecuente de artritis inflamatoria en niños menores de 16 años. No obstante, no disponemos de estudios que evalúen el viaje del paciente hacia un diagnóstico y atención precisos en nuestra área. El tiempo hasta el diagnóstico es una medida de calidad fundamental ya que aumentos de este pueden suponer un incremento de la comorbilidad del paciente con AIJ.

**Objetivos:** Describir y analizar el tiempo hasta el diagnóstico desde el inicio de los síntomas en los pacientes con AIJ e identificar factores asociados con el paciente relacionados con un mayor tiempo de diagnóstico.

**Métodos:** Realizamos un estudio de cohortes retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de pacientes diagnosticados de AIJ según los criterios ILAR y atendidos en la unidad de Reumatología Pediátrica (URP) desde el año 2009 hasta la actualidad. Se recogieron variables epidemiológicas, de la enfermedad, profesional de derivación, ingreso y consultas a urgencias previas al diagnóstico y variables analíticas. El tiempo hasta el diagnóstico (TD) se definió como el tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico establecido en la URP. Se ha categorizado el retraso en

el TD aquellos tiempos mayores a dos meses. También se evaluó el tiempo hasta la derivación (THD) definido como el tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y la fecha de derivación a la URP. Las variables cualitativas se expresan en valores absolutos y porcentajes. La normalidad se ha explorado con el test Kolmogorov-Smirnov. Las variables cuantitativas se expresan con medianas y RIC al presentar una distribución no normal. En el análisis bivariado, las variables cualitativas se han comparado con la prueba  $\chi^2$  y las cuantitativas con regresión logística. El nivel de significación estadística se ha fijado en 0,05. Los análisis se han realizado con STATA/IC 15.1.

**Resultados:** Se han incluido 60 pacientes, 40 niñas (66,67%) con una medida de edad de 8,01 años (DE 4,43). Todos los pacientes provienen de un medio urbano. El subtipo de AIJ más frecuente es el oligoarticular con 28 pacientes (46,67%). El 61,67% de los pacientes fueron derivados por pediatría de primaria. El TD fue de 3,68 meses de mediana (RIC 2,34-10,10), y el THD fue de 2,76 meses de mediana (RIC 1,25-8,32). 11 pacientes (18,33%) no presentaron un retraso diagnóstico en comparación a 49 (81,66%) que fueron diagnosticados con más de 2 meses de demora. El subtipo de AIJ con mayor TD fue la poliarticular FR negativo 9,26 meses, pero sin objetivar diferencias significativas entre los diferentes subtipos ( $p = 0,523$ ). No se objetivaron asociaciones significativas entre el retraso al diagnóstico y el resto de variables.

Variables	N = 60
Edad (años), media (DE)	8,01 (4,43)
Niñas, n (%)	40 (66,7%)
Subtipo AIJ, n (%)	
Oligoarticular	28 (46,67%)
Poliarticular FR positivo	3 (5%)
Poliarticular FR negativo	7 (11,67%)
Sistémica	5 (8,33%)
Artritis relacionada con entesitis	11 (18,33%)
Psoriásica	6 (10%)
Antecedentes familiares	
Sí, n (%)	24 (40%)
No, n (%)	36 (60%)
Ingresos previos	
Sí, n (%)	17 (28,33%)
No, n (%)	43 (71,67%)
Visitas a urgencias	
Sí, n (%)	33 (55%)
No, n (%)	27 (45%)
Profesional de derivación	
Pediatría atención primaria	37 (61,67%)
Pediatría de urgencias	6 (10%)
Pediatría hospitalaria	10 (16,67%)
Traumatología	6 (10%)
Otro	1 (1,67%)
Anticuerpos antinucleares	
Positivos	29 (49,15%)
Negativos	30 (50,85%)
Manifestaciones articulares	
Sí, n (%)	59 (98,33%)
No, n (%)	1 (1,67%)
Manifestaciones sistémicas	
Sí, n (%)	13 (21,67%)
No, n (%)	47 (78,33%)
Manifestaciones gastrointestinales	
Sí, n (%)	2 (3,33%)
No, n (%)	58 (96,67%)
Manifestaciones cutáneas	
Sí, n (%)	10 (16,67%)
No, n (%)	50 (83,33%)
Manifestaciones neurológicas	
Sí, n (%)	1 (1,67%)
No, n (%)	59 (98,33%)
VSG (mm/h), mediana (RIC)	34 (24-56)

**Conclusiones:** El TD en los Pacientes con AIJ de nuestra cohorte es de 3,68 meses de mediana, tiempo similar a otras cohortes descritas previamente a nivel europeo, siendo la AIJ poliarticular FR la que presenta mayor TD. No se han encontrado diferencias significativas que relacionen el retraso diagnóstico y los profesionales de derivación o consultas previas a urgencias o ingresos previos. El diseño

retrospectivo del estudio y la no inclusión de variables socioeconómicas o población de ámbito rural constituyen limitaciones importantes del estudio a considerar en futuras investigaciones.

**P096. ¿CÓMO DIAGNOSTICAR LA ARTRITIS PSORIÁSICA JUVENIL? ESTUDIO OBSERVACIONAL PROSPECTIVO MULTICÉNTRICO EN NIÑOS CON SOSPECHA DIAGNÓSTICA**

N. Palmou-Fontana<sup>1</sup>, C. Redondo-Figuero<sup>1</sup>, A. López Sundh<sup>1</sup>, A. Rogero García<sup>1</sup>, P. Mesa del Castillo<sup>2</sup>, G. Díaz-Cordovés<sup>3</sup>, B. Magallares<sup>4</sup>, M.J. Cabero<sup>1</sup>, M.Á. González-Gay<sup>1</sup> y P. Collado<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Servicios de Reumatología, Pediatría y Dermatología. Hospital Universitario Marques de Valdecilla. Santander Cantabria. <sup>2</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. <sup>3</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Regional Universitario de Málaga. <sup>4</sup>Servicio de Reumatología. Hospital de Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. <sup>5</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid.

**Introducción:** La artritis idiopática juvenil (AIJ) constituye un grupo heterogéneo de enfermedades articulares inflamatorias. The International League of Associations for Rheumatology (ILAR) clasifica y define 7 subtipos de AIJ por la presencia de características clínicas específicas y no específicas, con exclusiones. Entre estas enfermedades se encuentra la artritis psoriásica juvenil (APsJ). Hasta la fecha, existen dos clasificaciones diagnósticas pediátricas basadas en criterios clínicos (criterios de clasificación de ILAR y criterios de clasificación de Vancouver). Sin embargo, el borrador propuesto en la actual clasificación de AIJ ha supuesto un gran debate, ya que esta entidad ha desaparecido como tal<sup>1</sup>. En los adultos se utilizan los criterios CASPAR. Estos criterios presentan una especificidad del 91,4% y una sensibilidad del 98,7%, por lo que la clasificación diagnóstica es más fácil. Sin embargo, las peculiaridades propias de la infancia, hace que existan algunas diferencias a considerar.

**Objetivos:** Comparar los 3 diferentes criterios de clasificación la APsJ en niños identificados como tal en la consulta rutinaria de reumatología, utilizando las aplicadas a la población infantil (ILAR y Vancouver) y CASPAR de los adultos.

**Métodos:** Estudio observacional prospectivo multicéntrico iniciado en 2020. Se incluyeron consecutivamente pacientes atendidos en la consulta externa de reumatología pediátrica con sospecha diagnóstica de APsJ. Se recogieron características sociodemográficas, clínicas, y antecedentes familiares (AF) de psoriasis para valorar el cumplimiento de los criterios de clasificación diagnóstica (ILAR, Vancouver y CASPAR).

**Resultados:** Treinta y dos niños fueron incluidos, con predominio del sexo femenino (24 niñas). La mediana de edad al diagnóstico es 13,5 (IQR: 4,5). El inicio de la clínica fue predominantemente oligoarticular (19, 59,5%) seguido de poliarticular (5, 18,6%) monoarticular (n: 5) y onicopatía (n: 2) 6,2%. La psoriasis cutánea estuvo presente en 20 niños (62,5%). El antecedente familiar de psoriasis se recogió en 24 pacientes, de 1er grado en 19 pacientes (54%) y de segundo grado en 5 (15,6%). Dentro de las manifestaciones extraarticulares destacaron la dactilitis (14,) 3,8%; y afectación ungueal n: 12 (37,5%). El factor reumatoide (FR) resultó negativo en 100% de los niños, los ANAS (+) n: 11 (34,4%), HLAB27(+) n: 3 (9,4%). Veintisiete niños que cumplían los criterios Vancouver (20 niños, diagnóstico definido (62,5%) IC95% (43,5% a 77,1%) y 7 diagnóstico probable (21,9% IC95% 11,0-38,8%), mientras que 20 niños cumplieron criterios ILAR (62,5%, IC 43,5-77,1%). En cuanto a los criterios CASPAR, se diagnostican 27 niños (84,4%, IC 68,2-93,1). La concordancia diagnóstica entre los criterios ILAR y CASPAR y entre los criterios ILAR y Vancouver (diagnóstico definido) fue débil (K = 0,17 y K = 0,41), mientras que la concordancia fue total (K = 1,00,) entre los criterios CASPAR y Vancouver.

**Conclusiones:** A pesar de los cambios mínimos entre los criterios Vancouver e ILAR, los criterios de exclusión de ILAR limitan el diagnóstico de PsA en la infancia. Dado que los CASPAR y Vancouver consiguen detectar un número mayor de pacientes con APsJ en nuestra serie (predominio de adolescentes), podría considerarse la aplicación de los Criterios CASPAR en el subgrupo de niños con debut tardío<sup>1</sup>.

#### Bibliografía

1. Martini A, Ravelli A, Avcin T, et al, for the Pediatric Rheumatology International Trials Organization (PRINTO). Toward New Classification.

### P097. 11 AÑOS EVALUANDO A RESIDENTES: EXPERIENCIA EN EL DESARROLLO DE LA ECOE 2.0-CNE-SER

A. Naranjo<sup>1</sup>, V. Jovani<sup>2</sup>, A. Pérez Gómez<sup>3</sup>, E. Casado<sup>4</sup>, J.C. Nieto<sup>5</sup>, C. de la Puente<sup>6</sup>, B. Hernández Cruz<sup>7</sup>, A. Turrión<sup>8</sup>, M. Galindo<sup>9</sup>, M. Andrés<sup>10</sup> y J. de Toro<sup>11</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas. <sup>2</sup>Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante. <sup>3</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Príncipe de Asturias. Madrid. <sup>4</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Parc Taulí. Sabadell. <sup>5</sup>Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. <sup>6</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. <sup>7</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. <sup>8</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Salamanca. <sup>9</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. <sup>10</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Alicante. <sup>11</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de A Coruña. Universidade da Coruña.

**Introducción:** La SER, en colaboración con la comisión nacional de la especialidad, organiza desde 2010 una evaluación clínica objetiva y estructurada (Ecoe) como modelo de evaluación final a los MIR con el objetivo de conocer el nivel de competencia alcanzado, y útil para acceder a la calificación de mención y mención especial de la especialidad. Desde 2017 se han incluido en la ECOE a los MIR de 3<sup>er</sup>

año. En la convocatoria 2021, debido a la pandemia por COVID, se planteó una evaluación mixta mediante una prueba virtual (utilizando la plataforma de formación Moodle de la SER; 40% de la calificación total) y de práctica clínica (60% de la calificación total) con la evaluación realizada mediante el mini-Cex en cada unidad docente. Presentamos los resultados de experiencia piloto con la prueba virtual.

**Métodos:** La prueba virtual consistió en la resolución de 10 casos clínicos con 90 preguntas en total a completar en 120 minutos el mismo día y hora en toda España. Los MIR se conectaron desde un ordenador del servicio de Reumatología y fueron supervisados por un tutor durante el desarrollo de la prueba. Los casos clínicos correspondieron a pacientes reales derivados tanto desde atención primaria como de interconsultas hospitalarias. Cada caso clínico constaba entre 8 y 10 situaciones en la evolución del paciente y con preguntas encadenadas en diferentes formatos (preguntas tipo opción múltiple, emparejamientos, preguntas de respuesta abierta y preguntas con respuestas anidadas tipo cloze) en donde se evaluaban una serie de "competencias" como la anamnesis dirigida, conocimientos, interpretación de imágenes y razonamiento clínico. Como entrenamiento a los MIR, se incluyeron varios casos ejemplo en la plataforma durante la semana previa a la evaluación.

**Resultados:** Se han presentado 49 participantes en la edición 2021 (26 MIR de 3<sup>er</sup> año y 23 MIR de 4<sup>o</sup> año). En las tablas se exponen los resultados de la prueba y la comparativa con ediciones ECOE previas. La puntuación promedio fue similar en la prueba virtual comparado con las diez ECOE presenciales previas. Se detectaron las siguientes áreas de mejora: interpretación de imágenes radiológicas, tratamiento en situaciones especiales como es la insuficiencia renal o de efectos adversos de las terapias biológicas y dirigidas en la artritis reumatoide. Se han evaluado un total de 324 residentes entre las 11 ediciones ECOE, que alcanzaron una media de 614 puntos (DE 80), con una mediana de 609 puntos. Se han otorgado 103 menciones (> 650 puntos) y 4 menciones especiales (> 800). Los MIR participantes han valorado con una media de 4,6 la importancia de evaluar sus competencias profesionales sobre un total de 5 puntos (fig.).

**Conclusiones:** Hemos comprobado que los resultados de esta versión virtual ECOE son similares a las ediciones anteriores utilizando

Tabla 1: Resultados MIR 3<sup>o</sup> vs MIR 4<sup>o</sup> año

	1. total ARTRITIS	2. total Ro+	3. total GOTA	4. total EPID	5. total LES	6. total NIÑO	7. total UVEITIS	8. total OSTEOPOR	9. total HOMBRO	10. ESTAD-PIDEMIOI
MIR 3	75,57	56,29	58,91	75,52	73,67	59,03	68,42	59,77	69,66	58,17
MIR 4	75,61	56,06	64,24	79,19	79,23	64,28	72,54	60,57	64,96	60,96
MIR 3 y 4	<b>75,50</b>	<b>55,14</b>	<b>60,79</b>	<b>76,55</b>	<b>76,16</b>	<b>61,36</b>	<b>69,73</b>	<b>60,55</b>	<b>70,08</b>	<b>62,73</b>

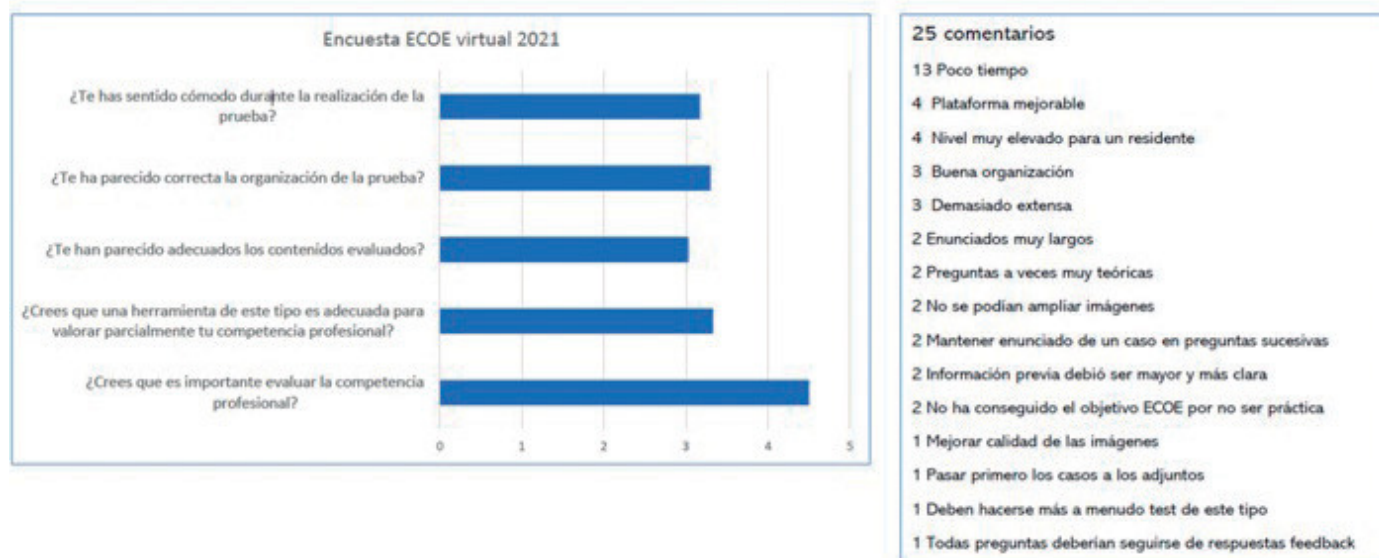
Puntuación total			
	MIR 3	MIR 4	MIR 3 y 4
media	635	664	642
minimo	543	468	403
máximo	756	768	768
DT	57	86	61

**tabla 2: Resultados de las diferentes ediciones de la ECOE.**  
**En 2020 no se realizó debido a la pandemia.**

	2010 tarragona	2011 málaga	2012 Zaragoza	2013 Tenerife	2014 Santiago	2015 Sevilla	2016 Barcelona	2017 Palma de Mallorca	2018 Alicante	2019 Málaga	2021 Virtual
media	592	621	572,8	611,5	617,4	625,2	631,7	655,0	600,4	590,3	642
DT	70	174	48,8	69,3	93,8	61,9	85,4	84,5	70,4	62,3	61
minimo	372	478	505	525	505	502,4	432,5	461,8	454,8	420,8	403
maximo	872	718	652	785	765	734,1	809,6	866,7	776,9	709,0	768
especial >800	2	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0
mencion > 650	2	4	4	3	7	11	8	23	10	10	21
< 500	1	0	0	0	0	0	1	3	3	5	3
partic	14	14	20	13	19	28	23	43	51	51	49

P097 Figura 2

**Encuesta de satisfacción de los participantes**  
 (desde 0: muy desacuerdo, a 5 puntos: muy de acuerdo)



P097 Figura 3

la ECOE estandarizada presencial. Se detectan tanto fortalezas (organización y corrección más sencillas) como debilidades (satisfacción algo menor de los MIR y área de mejora en la parte técnica y tiempo asignado). No obstante, señalar que en esta modalidad virtual no se evalúan competencias importantes como son: la relación con el paciente, la anamnesis estándar, la exploración física y la realización de técnicas. Entendemos esta evaluación como complementaria, externa y objetiva, a la realizada en cada unidad docente mediante el mini-Cex estructurado. Tenemos que estar satisfechos porque los MIR de Reumatología han mostrado suficiencia de forma mayoritaria.

**P098. PRONÓSTICO FUNCIONAL DE PACIENTES CON FIRES TRATADO CON INMUNOTERAPIA: REVISIÓN SISTEMÁTICA**

P. Cabezudo García<sup>1</sup>, Y. López Moreno<sup>1</sup>, H. Antolí Martínez<sup>1</sup>, N.L. Ciano Petersen<sup>1</sup> y N. Mena-Vázquez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Instituto de Investigación Biomédica de Málaga. UGC Neurociencias. Hospital Regional Universitario de Málaga. <sup>2</sup>UGC de Reumatología. Instituto de Investigación Biomédica de Málaga. Hospital Regional Universitario de Málaga.

**Introducción:** El síndrome de epilepsia relacionada con infecciones febriles (FIRES) se caracteriza por un estado epiléptico refractario

## Características de los estudios incluidos

Estudio	Población	Inmunoterapia (IT)	Resultado	CE
Horino et al. 2021	FIRES n = 6 pacientes Varones: 5/6 pacientes (83,3%) Rango de edad entre 4 y 8 años	n = 6/6 pacientes (100%) Por tipo IT: GC = 6/6 pacientes (100%) IVIg = 6/6 pacientes (100%) Dexametasona intratecal = 6/6 pacientes (100%)	Buen pronóstico total IT = 1/6 pacientes (16,6%) Buen pronóstico por tipo IT: GC = 1/6 pacientes (16,6%) IVIg = 1/6 pacientes (16,6%) Dexametasona intratecal = 1/6 pacientes (16,6%) Mortalidad IT = 0/6 (0%)	2-
Nass et al. 2021	FIRES n = 6 pacientes Varones: 1/6 pacientes (16,6%) Rango de edad entre 17 y 51 años	n = 6/6 pacientes (100%) Por tipo IT: GC = 6/6 pacientes (100%) IVIg = 5/6 pacientes (83,3%) PLEX = 3/6 pacientes (50,0%) RTX = 1/6 pacientes (16,6%) CFM = 1/6 pacientes (16,6%)	Buen pronóstico total IT = 4/6 pacientes (66,6%) Buen pronóstico por tipo IT: GC = 4/6 pacientes (66,6%) IVIg = 3/5 pacientes (60,0%) PLEX = 2/3 pacientes (66,6%) RTX = 1/1 pacientes (100%) CFM = 1/1 pacientes (100%) Mortalidad IT = 0/6 (0%)	2-
Lai et al. 2020	FIRES n = 25 pacientes Varones = 17/25 pacientes (68%) Mediana (RIC) de edad en años = 8 (5,0-11,0)	N = 25/25 pacientes (100%) Por tipo IT: GC = 22/25 pacientes (88%) IVIg = 23/25 pacientes (92%) PLEX = 11/25 pacientes (44%) RTX = 5/25 pacientes (2%) CFM = 2/14 pacientes (10%) Anakinra = 25/25 pacientes (100%)	Buen pronóstico total IT = 6/20 pacientes (30%) Buen pronóstico por tipo IT Anakinra = 6/20 pacientes (30%) Resto tipos de IT = N/A Mortalidad IT = 3/20 (15%)	2+
Peng et al. 2019	FIRES n = 7 pacientes Varones = 4/7 pacientes (57,1%) Rango de edad entre 1,5 y 13 años	n = 7/7 pacientes (100%) Por tipo IT: GC = 5/7 pacientes (71,4%) IVIg = 7/7 pacientes (100%) PLEX = 2/7 pacientes (28,5%)	Buen pronóstico total IT = 4/7 pacientes (57,1%) Buen pronóstico por tipo IT GC = 3/5 pacientes (60%) IVIg = 4/7 pacientes (57,1%) PLEX = 1/2 pacientes (50%) Mortalidad IT = 0/7 pacientes (0%)	2-
Farias-Moeller et al. 2018	FIRES n = 5 pacientes Varones = 3/5 pacientes (60%) Rango de edad entre 4 y 16 años	n = 5/5 pacientes (100%) Por tipo IT: GC = 5/5 pacientes (100%) IVIg = 5/5 pacientes (100%) PLEX = 4/5 pacientes (80%) RTX = 4/5 pacientes (80%) CFM = 1/5 pacientes (25%) Anakinra = 4/5 pacientes (80%)	Buen pronóstico total IT = 2/5 pacientes (40%) Buen pronóstico por tipo IT GC = 2/5 pacientes (40%) IVIg = 2/5 pacientes (40%) PLEX = 1/4 pacientes (25%) RTX = 1/4 pacientes (25%) CFM = 0/1 pacientes (0%) Anakinra = 1/4 pacientes (25%) Mortalidad IT = 0/5 pacientes (0%)	2-
Patil et al. 2016	FIRES n = 15 pacientes Varones = 12/15 pacientes (80%) Mediana (RIC) de edad en años de 6,0 (3,0-15,0)	n = 14/15 pacientes (93,3%) Por tipo IT: GC = 13/14 pacientes (92,8%) IVIg = 7/14 pacientes (50%)	Buen pronóstico total IT = 7/14 pacientes (50%) Buen pronóstico por tipo IT GC = 7/13 pacientes (53,8%) IVIg = 2/7 pacientes (28,5%) Mortalidad IT = 3/14 pacientes (21,4%) Buen pronóstico no IT = 1/1 pacientes (100%) Mortalidad no IT = 0/1 pacientes (0%)	2+

de nueva aparición que se asocia con resultados cognitivos deficientes. Parece que la disfunción del sistema inmunológico innato es un contribuyente etiológico clave, con un papel potencial para la interleucina-1 $\beta$  y la interleucina-6. Algunas series de casos han tratado de ver la evolución de estos pacientes con inmunoterapia.

**Objetivos:** Describir la frecuencia de pacientes con FIRES tratados con inmunoterapia (IT) que lograron un buen resultado funcional.

**Métodos:** Se realizó una búsqueda bibliográfica en Medline y Embase hasta diciembre 2021. La estrategia de búsqueda incluyó los términos MeSH y el texto libre y términos relacionados de "FIRES", "Febrile Infection-Related Epilepsy Syndrome", "Immunotherapy", "Immunotherapies", "Therapeutic", "Therapy", "Therapies", "Treatment", "Treatments". Se incluyeron estudios originales: ensayos clínicos y estudios observacionales (transversales, cohortes y estudio caso-control) con  $\geq 5$  pacientes y en los que se pudiera obtener datos del pronóstico funcional. Según el tipo de participante, se incluyeron los estudios con pacientes FIRES según panel de expertos de estatus epiléptico. Según el tipo de intervención, la selección fue de los estudios que al menos un paciente hubiera recibido algún tipo IT. La principal medida de resultado estudiada fue el buen resultado funcional definido como una puntuación de Rankin modificada (mRS)  $\leq 2$  en el último seguimiento disponible. Como criterios de valoración secundarios se incluyó porcentaje de fallecimientos; respuesta a primera línea de IT (mega dosis esteroides intravenosos, inmunoglobulinas

intravenosas y/o plasmaféresis) y a segunda línea de IT (resto de IT); y respuesta para cada tipo individual de IT. La calidad de la evidencia fue analizada a través de una lectura del texto completo y siguiendo las directrices de la Red escocesa de Directrices Intercolegiales (SIGN).

**Resultados:** Se identificaron mediante la búsqueda sistemática 339 artículos publicados entre 1988 y 2021, se eliminaron 63 duplicados, 211 tras la lectura del título y el resumen y 59 tras la lectura completa del artículo, seleccionando finalmente para el estudio 6 artículos con un total de 64 pacientes. Todos los estudios incluidos fueron series de casos retrospectivos. Las características de los estudios incluidos se muestran en la tabla. Un total de 63/64 (98,4%) pacientes con FIRES recibieron IT y se incluyeron en el estudio 58/63 se podían obtener datos sobre pronóstico funcional. Del total de los pacientes incluidos que habían recibido IT (n = 58), 24/58 pacientes (41,4%) presentaron buen pronóstico, 34/58 (58,6%) mal pronóstico y 6/58 (10,3%) presentaron mortalidad. Por tipo de inmunoterapia recibida, obtuvieron un buen pronóstico 17/35 pacientes (48,5%) que recibieron GC sistémicos; 12/30 (40,0%) IVIg; 4/9 (44,4%) plasmaféresis; 7/24 (29,1%) anakinra.

**Conclusiones:** El uso de IT en FIRES es frecuente a pesar de la ausencia de ensayos clínicos aleatorizados. Aproximadamente la mitad de los pacientes con FIRES responden a IT, mientras que la otra mitad permaneces en una situación de dependencia y mortalidad. Los pacientes con IT de primera línea tuvieron mejor pronóstico que

segunda línea de IT, probablemente porque la segunda línea de IT se utiliza en la enfermedad más grave y refractaria.

#### **P099. MEJORÍA Y CARACTERIZACIÓN EN LA REALIZACIÓN DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA EN UNA UNIDAD DE ESPONDILOARTRITIS. EXPERIENCIA DEL PROYECTO SPA UNITS**

X. Juanola Roura, L. Farran<sup>1</sup>, M. Tormo<sup>1</sup>, E. Brugarolas<sup>1</sup>, P. Vidal<sup>1</sup>, L. Valencia<sup>1</sup>, J. Hernández Gañán<sup>2</sup>, J. Narváez<sup>1</sup>, J.M. Nolla<sup>1</sup> y J.A. Narváez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.

<sup>2</sup>Servicio de Radiología. Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.

**Introducción:** La atención del paciente con espondiloartritis axial (EspAax) ha experimentado en los últimos años un cambio favorable muy importante. La publicación de los nuevos criterios de clasificación, la disponibilidad de medidas validadas para la valoración de la actividad, la funcionalidad y la calidad de vida o la irrupción de fármacos muy eficaces en el control de la enfermedad son ejemplos de la mejora implementada. Existen sin embargo algunos aspectos con posibilidades de mejora en el proceso global del manejo de estos pacientes. Mediante el Proyecto SpA Units en colaboración con la Unidad de Soluciones Innovadoras de Novartis y la consultora Deloitte se ha realizado una caracterización del modelo asistencial de las Espondiloartritis en diversas Unidades del territorio nacional con el fin de hacer un diagnóstico de la situación e identificación de áreas de mejora. Durante el periodo 2020-2021 se implementó este proyecto en el Servicio de Reumatología del Hospital Universitari de Bellvitge. La identificación de las necesidades de cada Unidad permitió definir soluciones personalizadas. Presentamos la solución implementada en la realización precoz de resonancia magnética (RM) y los resultados obtenidos.

**Métodos:** Inicialmente se realizó un análisis del proceso global que permitió identificar las siguientes áreas de mejora: 1) Conocimiento de la enfermedad por parte del paciente, 2) Mejoría en la derivación precoz al Servicio de Reumatología desde el Servicio de Rehabilitación de pacientes con sospecha de EspAax, 3) Implementación de la digitalización de los cuestionarios, 4) Definición de un programa para potenciar el ejercicio físico, 5) Inclusión de terapia y apoyo psicológico y 6) Optimización del circuito de Radiología para la realización de RM de articulaciones sacroilíacas. Para la optimización del circuito de RM se realizó en primer lugar una estimación de la demanda de RM mensuales requeridas y se estableció una franja horaria que se reservó para la realización de dichas exploraciones. Se acordó implementar un signo de atención en el sistema que indica la entrada de una solicitud por parte de la unidad monográfica de EspAax. Las solicitudes eran revisadas por un radiólogo experimentado y programadas en tiempo y franja horaria establecida. Se realizaron reuniones multidisciplinares (Radiología-Reumatología) con periodicidad mensual para el seguimiento de la optimización del sistema y para la evaluación de casos concretos.

**Resultados:** En los últimos 6 meses la capacidad para la realización de RM ha aumentado un 36%, situándose la media actual en 9,5 RM mensuales frente a las 6,1 anteriores. La lista de espera para la RM ha pasado de 156 días para el conjunto del servicio a 27,5 días (reducción del 82%) para la Unidad de EspAax y a 94 días al conjunto del Servicio (reducción del 40%). De las 42 RM realizadas referidas por la unidad de EspAax, 22 fueron en mujeres y 20 en varones; el 50% de las RM fueron para la evaluación de posible diagnóstico de EspAax y el 50% restante para la valoración de la actividad en aras de un posible cambio de tratamiento.

**Conclusiones:** El análisis exhaustivo del proceso asistencial en la EspAax permite identificar áreas de mejora. La implementación de soluciones específicas puede suponer una clara mejoría en proceso asistencial global de estos pacientes.

#### **P100. ESTUDIO MULTICÉNTRICO CUALITATIVO SOBRE EXPERIENCIA DEL USO DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS/DIRIGIDOS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS. ¿QUÉ PIENSAN NUESTROS PACIENTES?**

O. Rusinovich Lovgach<sup>1</sup>, A.V. Esteban Vázquez<sup>2</sup>, M. Sanz Jardón<sup>3</sup>, N. Molina Esteban<sup>4</sup>, M.C. Uyaguari Morocho<sup>2</sup>, T. Cobo Ibáñez<sup>2</sup>, A.M. Rodríguez Pérez<sup>1</sup>, L. Álvarez Moreno<sup>1</sup>, M. Cano Hernández<sup>1</sup>, M. Pavía Pascual<sup>1</sup>, P. Navarro Palomo<sup>1</sup>, M. Machattou<sup>1</sup>, N. de la Torre Rubio<sup>1</sup>, M. Fernández Castro<sup>1</sup>, H. Godoy Tundidor<sup>1</sup>, C. Merino Argumáñez<sup>1</sup>, B. García Magallon<sup>1</sup>, J. Sanz Sanz<sup>1</sup>, M. Espinosa Malpartida<sup>1</sup>, C. Barbadiño Mateos<sup>1</sup>, L.F. Villa Alcázar<sup>1</sup>, C. Isasi Zaragoza<sup>1</sup>, J. Campos Esteban<sup>1</sup> y J.L. Andreu Sánchez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. <sup>2</sup>Hospital Universitario Infanta Sofía. Madrid. <sup>3</sup>Hospital Universitario La Paz. Madrid. <sup>4</sup>Hospital Universitario Doce de Octubre. Madrid.

**Introducción:** La aparición de fármacos modificadores de enfermedad biológicos (FAMEb) y sintéticos dirigidos (FAMEsd) ha significado un cambio sustancial en el control de nuestros pacientes.

**Objetivos:** Conocer el punto de vista del paciente a la hora de iniciar un tratamiento con FAMEb/sd, con el fin de mejorar la asistencia sanitaria, la relación médico-paciente, la adherencia al tratamiento y la experiencia de uso de los FAME biológicos o dirigidos.

**Métodos:** Realizar análisis cualitativo a través de cumplimentación del cuestionario por una muestra consecutiva de 130 pacientes atendidos en las consultas de Reumatología de cuatro hospitales madrileños, desde el día 29 de agosto hasta el 21 de enero de 2022 con posterior análisis de discurso y contenido a través de grupos focales con pacientes. Se realizó un análisis estadístico descriptivo. La relación de dependencia entre distintas variables cualitativas se exploró mediante test de chi cuadrado.

**Resultados:** Se recogieron 130 encuestas (ver características generales en la tabla). La mayoría de los pacientes (68,46%) sintieron esperanza cuando se les comunicó que iban a comenzar el tratamiento con FAMEb/sd, un 26,9% alivio, un 22,3% alegría y el 27,7% miedo y preocupación. Al 76,15% de los pacientes se les explicó el cambio terapéutico, las ventajas de los FAMEb/sd (60%), su mecanismo de acción (48,5%) y las precauciones a tener en cuenta (38,5%). El 84,5% de los pacientes consideraron que la información proporcionada fue suficiente y el lenguaje fue adecuado en el 92,6% de los casos. Al 22,6% de los pacientes se les recomendaron otras fuentes de información, un 52,6% buscaron información adicional por su cuenta, siendo las fuentes más utilizadas el servicio de búsqueda de internet (34,2%), el prospecto del fármaco correspondiente (22,8%) y la página de la sociedad española de reumatología (23,7%). Al 60,5% de los encuestados se les informó sobre los posibles riesgos asociados con el tratamiento, el 49,4% refirió preocuparse más cuando contraía una infección. A la mayoría de los pacientes encuestados se les recomendó realizar vacunación frente a la gripe (81,5%) y neumococo (69,2%), de los cuáles las recibieron 74,6% y 54,6% respectivamente. Se apreció una dependencia estadísticamente significativa entre la recomendación de la vacuna y la vacunación, se vacunó la mayoría (91,5%) de aquellos pacientes que recibieron la recomendación ( $p < 0,001$ ). El 87% de los encuestados acudía a sus citas programadas siempre y nunca olvidaba de tomar la medicación (37,04%). El 51,5% de los pacientes refirieron que con el tratamiento biológico/dirigido habían experimentado "bastante mejoría", un 38,5% indicó que les "ha cambiado la vida", el 10% reportaron poca o nula mejoría. Se observó que los hombres referían un grado de mejoría máximo con una frecuencia significativamente mayor que las mujeres (77% vs. 37% respectivamente), OR 5,79 ( $p < 0,009$ , IC95% 1,42, 23,67). A la pregunta "¿en qué aspectos ha notado usted mayores cambios?", los encuestados respondieron: mejoría de dolor, disminución brotes de la enfermedad (67%), mejoría de estado de ánimo (38,6%) y recuperar la actividad laboral (31,8%).

## Características generales

Sexo	56 mujeres (79%), 15 varones (21%)
Edad media	53,72 ± 14,41 años
Etnia	76,2% caucásica 21% hispana 1,4% asiática 1,4% afroamericana
Diagnóstico	43,7% artritis reumatoide 21,2% espondiloartritis axial 14% artritis psoriásica 8,4% conectivopatías 12,7% otros diagnósticos
Duración media de la enfermedad	15,7 años (± 11,63)
Tª medio en tratamiento con FAMEb/sd	5,96 años (± 4,36)

**Conclusiones:** En nuestro medio, en los programas de educación se informa adecuadamente al paciente, pero parece necesario hacer mayor énfasis en la importancia del cumplimiento terapéutico, proporcionar más información sobre seguridad e insistir en la recomendación y el cumplimiento de las vacunaciones previas aconsejables.

### P101. UTILIDAD DE REDOSER EN LA REDUCCIÓN DE DOSIS DE TERAPIA BIOLÓGICA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS INFLAMATORIAS EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

S. Manrique Arija<sup>1</sup>, A. Cabezas Lucena<sup>1</sup>, J. Godoy Navarrete<sup>2</sup>, M.C. Morales del Águila<sup>1</sup>, R. Redondo Rodríguez<sup>1</sup> y N. Mena Vazquez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UGC de Reumatología. Instituto de Investigación Biomédica de Málaga. Hospital Regional Universitario de Málaga. Universidad de Málaga. <sup>2</sup>UGC Reumatología. Complejo Hospitalario de Jaén. UGC de Reumatología. Instituto de Investigación Biomédica de Málaga.

**Objetivos:** Describir el porcentaje de pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias (ERI) que continúan en reducción de dosis (RD) de terapia biológica (TB) en práctica clínica tras 24 meses. Identificar los posibles factores asociados a la recaída.

**Métodos:** Diseño: estudio observacional retrospectivo. Pacientes con espondiloartritis axial (EspA axial), artritis psoriásica (APS) y artritis reumatoide (AR) en reducción de dosis de TB. Criterios de inclusión: EspA axial según Criterios ASAS, APS según Criterios CASPAR y AR según criterios ACR2010, que han iniciado reducción de dosis de tratamiento con TB entre 2009-2019. Protocolo: los pacientes con TB son seguidos prospectivamente en una consulta monográfica con protocolo preestablecido en el HRU de Málaga. El día de RD = visita basal (v0). Variables principales: Reducción mantenida: % pacientes que mantuvieron reducción de dosis desde el inicio de la optimización hasta la fecha índice (recogida de datos). Recaída a los 24 meses: % pacientes que tras iniciar reducción de dosis volvieron a dosis previa o habitual. Otras variables: Recaída a los 6 y 12m, demográficas, tiempo al diagnóstico y evolución de la enfermedad, clínico-analíticas: actividad de la enfermedad (medida por: DAS28, DAPSA y BASDAI) y función física (medida por: HAQ, BASFI). Tratamiento previo con otra TB. Adecuación de reducción de dosis según REDOSER<sup>1</sup>: 1. Apropiado, 2. Inapropiado; 3. Dudoso. Análisis estadístico: Descriptivo, bivalente, regresión logística multivariante (VD: recaída).

**Resultados:** Se incluyeron 129 pacientes con EspA axial, APS y AR en RD de TB. El tiempo medio desde el inicio de la TB hasta la optimización fue de 38,1 meses (16,6-73,1). El tiempo medio en RD de dosis entre los pacientes que recayeron fue de 19,5 (± 15,7) meses. Tras 24 meses de seguimiento, un 79,1% de los pacientes (102 pts) consiguieron una reducción de dosis mantenida. A los 12 meses y 24 meses, recayeron un 13,9% y un 7% de los pacientes respectivamente. Al final del seguimiento no hubo diferencias entre actividad inflamatoria basal y tras 24 meses en reducción de dosis medida por los diferentes índices DAS 28 (1,9 (0,7) vs. 2,1 (1,

7), p = 0,323; DAPSA (5,4 (4,9), vs. 4, 8 (4, 7), p = 0,718; y BASDAI (1,5 (1,1) vs. 1,4 (1,3), p = 0,867). Posteriormente, tras la evaluación retrospectiva de lo apropiado que hubiera sido la RD según la herramienta REDOSER<sup>1</sup>, al final del seguimiento, se observó que un 85% de pacientes que mantenían la reducción de dosis tenían un REDOSER apropiado y un 14, 5% dudoso y ninguno inadecuado. p < 0,001. Al comparar REDOSER se vio que la reducción habría sido más adecuada en EspA axial y APS que en AR respectivamente 79,4% vs. 85,7% vs. 56, 9%, p = 0,026. En el análisis multivariante las variables que se asocian de forma independiente a la recaída son: la actividad inflamatoria [OR = 3,567; p = 0,022; el tiempo de evolución OR = 1,007; p = 0,018; el retraso diagnóstico [OR = 1,010; p = 0,029] y REDOSER inadecuado [OR = 4,226 p < 0,001]; R2 = 0,386.

**Conclusiones:** La reducción de dosis de TB en ERI es posible en la mayoría de los pacientes con un mantenimiento de la actividad inflamatoria a los 24 meses con respecto al basal. La recaída se asoció con un mayor tiempo de evolución de la ERI, un mayor retraso diagnóstico, mayor actividad inflamatoria medida por los respectivos índices y un resultado de REDOSER dudoso o Inapropiado, pudiendo ser esta herramienta ser muy útil usándola previamente a la valoración de reducción de TB.

### P102. SÍNDROMES PARANEOPLÁSICOS EN REUMATOLOGÍA. ANÁLISIS DE UNA COHORTE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

I. González Fernández, C. Moriano Morales, X.E. Larco Rojas, C. Sieiro Santos, P. Pérez García, C. Álvarez Castro y E. Díez Álvarez

Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de León.

**Introducción:** Los síndromes paraneoplásicos son un conjunto de síntomas y signos debido a una neoplasia (tumor sólido o hematológico) que pueden presentarse antes o después del diagnóstico oncológico. Los de semiología reumatológica son raros y pueden simular cualquier entidad reumatológica<sup>1</sup>, siendo identificados porque la respuesta terapéutica y/o las alteraciones en las pruebas complementarias no son las esperadas.

**Objetivos:** Valorar principales características clínico-epidemiológicas de pacientes con diagnóstico de síndrome paraneoplásico reumatológico así como aspectos relacionados con la neoplasia subyacente y la respuesta a los distintos tratamientos en un hospital de tercer nivel.

**Métodos:** Estudio observacional descriptivo de pacientes con síndrome paraneoplásico reumatológico en nuestro centro entre 2011 y 2021. Analizamos características clínico-epidemiológicas como sexo, edad media al diagnóstico del tumor, relación con hábitos tóxicos, debut de síndrome paraneoplásico respecto al diagnóstico de la neoplasia, tumor de origen, existencia de metástasis al diagnóstico, parámetros analíticos (marcadores tumorales, reactantes de fase aguda y autoinmunidad), tratamientos prescritos y remisión o no del cuadro reumatológico.

**Resultados:** Se incluyeron 27 pacientes, de los que, el 51,9% eran mujeres y el 48,1% hombres con edad media al diagnóstico del tumor de 67,8 ± 11,6 años. En el 67% el síndrome fue diagnosticado previo al tumor con un retraso diagnóstico de 3,44 ± 3,86 meses. Un 59,3% tenía exposición a hábitos tóxicos. Se observó, entre los antecedentes personales, 22,2% enfermedad reumatológica (la artritis gotosa fue la entidad más común en un 66,7%) y 11,1% enfermedad oncológica. El 88,8% presentaba un tumor sólido y los orígenes fueron pulmonar (37,5%), digestivo (25%), urológico (16,6%), ginecológico (8,3%) y timoma (4,2%). El 11,1% restante eran hematológicos. El 48,1% presentaba metástasis al diagnóstico. A nivel analítico, se observó elevación en el 74% de marcadores tumorales (CEA 30%) y 81,5% de PCR (niveles > 5 mg/l). El 40,7% eran seropositivos (ANA

100%; FR 36,3%; ENAS 27,3%). Un 51,8% presentaban alteraciones en el hemograma, destacando la anemia en el 85,7% (normocítica-normocrómica 66,7%). Entre los tratamientos prescritos, 82,4% fueron intervenidos y un 62,9% recibieron tratamiento médico adyuvante (quimioterapia en un 82,4%; radioterapia en un 35,3% y hormonoterapia en un 11,7%). En un 15% el tratamiento fue paliativo. Tras el tratamiento del tumor primario, se alcanzó remisión del cuadro reumatológico en un 40,7% y, en aquellos que no, un 33,3% precisó FAME para control sintomático (metotrexato en un 66,7% e hidroxicloroquina en un 44,4%). Un 45% fallecieron por complicaciones relacionadas con el tumor. No se demostró relación estadísticamente significativa entre las distintas variables debido, probablemente, al tamaño muestral.

Clinica	% de pacientes
Síndrome general	81,5%
Artralgias inflamatorias	70,4%
Artritis	62,9%
Lesiones cutáneas	37%
Limitación funcional	25,9%
Acropaquias	14,8%
Periostitis	7,4%

Tipo de síndrome paraneoplásico	% de pacientes
Poliartritis paraneoplásica	51,8%
Polimalgia reumática paraneoplásica	11,1%
Dermatomiositis paraneoplásica	11,1%
Osteoartropatía hipertrófica	7,4%
Raynaud paraneoplásico	7,4%
Síndrome RS3PE	7,4%
Síndrome fascitis palmar	3,7%

**Conclusiones:** En nuestro estudio, el síndrome paraneoplásico reumatológico predominó en el sexo femenino con artralgias inflamatorias y la artritis como principales manifestaciones. Solo el 40,7% presentaban positividad para marcadores de autoinmunidad. A pesar de los tratamientos para la neoplasia, un 59,3% no alcanzó remisión del cuadro reumatológico precisando, de éstos, un 33% tratamiento con FAME para control sintomático.

**Bibliografía**

1. Castro Corredor D, et al. Síndromes reumáticos y tumor oculto. Experiencia de 10 años en un hospital universitario. *Reumatol Clin*. 2020;16(1):42-4.

**P103. CLASIFICACIÓN MACHINE LEARNING DE LOS NIVELES DE VITAMINA D EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS**

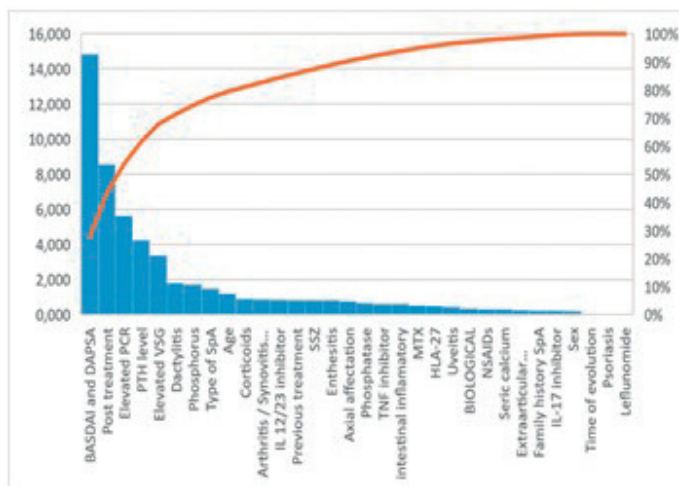
L.Á. Calvo Pascual, D. Castro Corredor<sup>2</sup>, E. Garrido Merchán<sup>1</sup>, M.A. Ramírez Huaranga<sup>2</sup>, M. González Peñas<sup>2</sup>, J. Seoane Romero<sup>2</sup>, L. Martín de la Sierra López<sup>2</sup>, L.M. Jiménez Rodríguez<sup>2</sup> y M. Paulino Huertas<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Métodos Cuantitativos. ICADE. Universidad Pontificia de Comillas. <sup>2</sup>Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Ciudad Real.

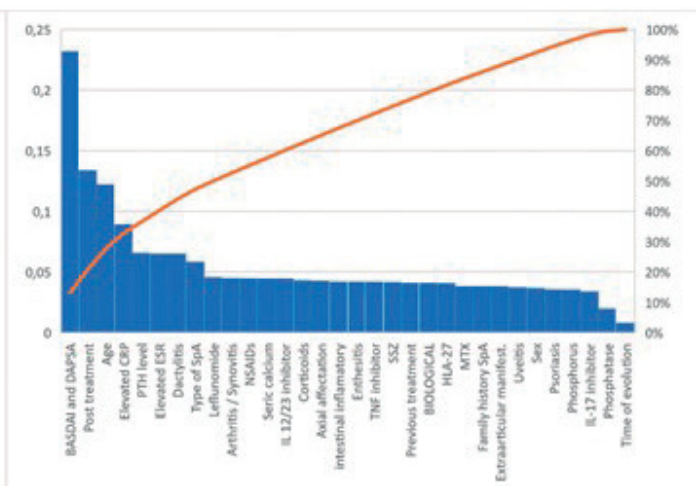
**Introducción:** En los últimos años, han ganado relevancia el uso de modelos Machine Learning en Reumatología. Estos modelos se usan para predecir o clasificar variables dependientes u objetivos de otras variables independientes o explicativas. Haciendo uso de estas técnicas, queremos arrojar luz acerca de un tema sobre el que, aún a día de hoy, existe controversia: la relación entre los niveles de 25-hidroxivitamina D y la actividad inflamatoria en pacientes con espondiloartritis. Las espondiloartritis (EspA) son un grupo de enfermedades inflamatorias crónicas con afectación, principalmente del esqueleto axial, y también de articulaciones periféricas. La entesis es uno de los órganos diana, y su inflamación conocida como entesitis puede pasar desapercibida.

**Objetivos:** En esta investigación tratamos de minimizar la estimación del error generalizado en las matrices de confusión para el problema de clasificación de la vitamina D en pacientes con EspA. Por otro lado, como el modelo que vamos a obtener, desde un punto de vista causal, va a ser una caja negra, vamos a obtener también un árbol de decisión, que aunque tenga menos poder predictivo que el método anterior, ofrezca una clasificación explícita y explicativa de los niveles de vitamina D en función de otras variables.

**Métodos:** Se trata de un estudio observacional, descriptivo y transversal. Hemos recopilado información de 116 pacientes con SpA (según criterios ASAS 2009) que fueron tratados en consulta ordinaria en el departamento de Reumatología del Hospital General Universitario de Ciudad Real entre junio de 2018 y junio de 2019. Con estos datos, hemos hecho una selección de las variables que más influyen en los niveles de vitamina D. Para ello, hemos calculado información mutua y estadísticos chi-cuadrado usando la librería *scikit-learn (python)* y el programa *Matlab*, respectivamente. Con el paquete Classification Learner de matlab, hemos obtenido el mejor modelo clasificatorio con el mejor ajuste para una validación de 10



**Figura 1.** Gráfica de Pareto con el estadístico chi-cuadrado de todas las variables respecto a los niveles de vitamina D.



**Figura 2.** Gráfica de Pareto con la información mutua de todas las variables respecto a los niveles de vitamina D.



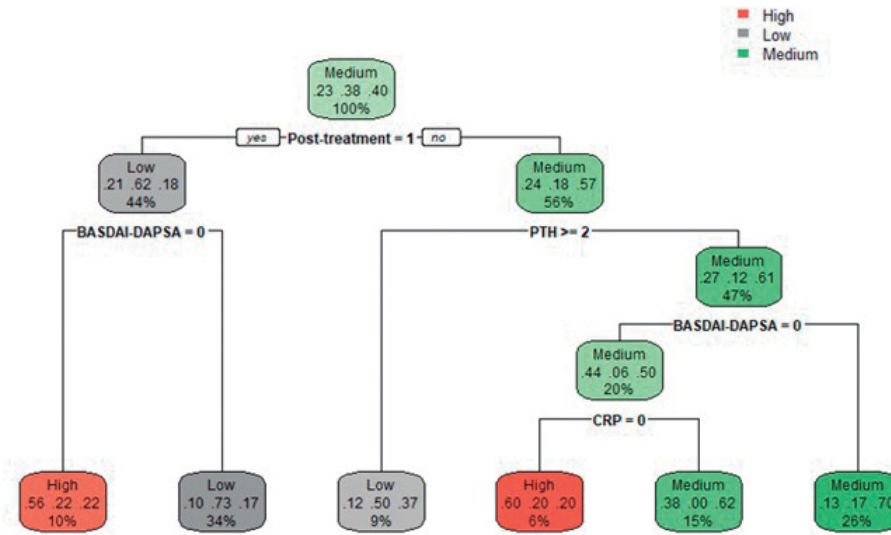


Figura 3. Árbol de decisión, calculado con una búsqueda aleatoria con una validación de 10 fold cross

Figura 2

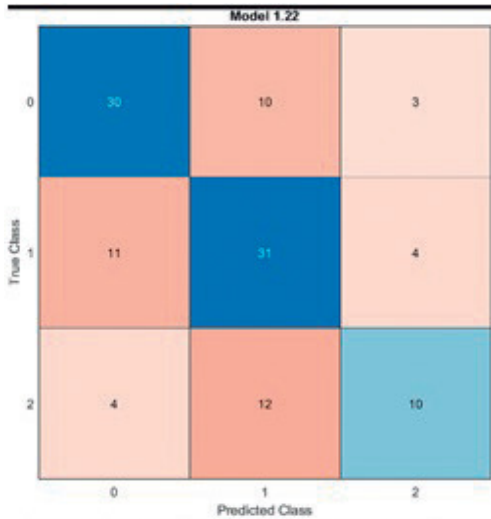


Figura 4. Matriz de confusión del método Ensemble con una validación de 10 fold cross

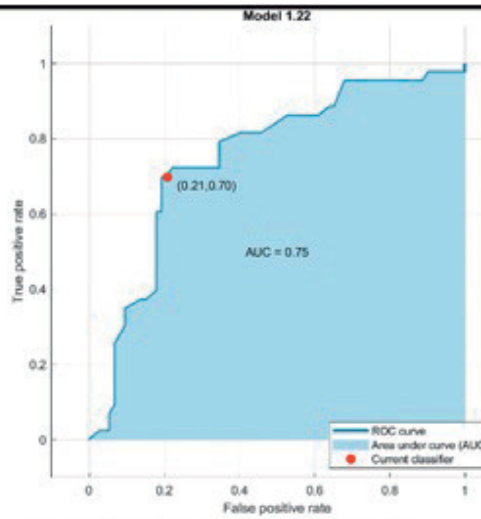


Figura 5. Curva ROC del método nuestro modelo de tipo Ensemble



Figura 6. Características técnicas de nuestro modelo de tipo Ensemble.

Figura 3

fold cross, que ha resultado ser un método de Ensemble. Por otro lado, el árbol de decisión lo hemos computado con el programa R.

**Resultados:** Después de hacer selección de variables con información mutua y los test chi-cuadrado (figs. 1 y 2), hemos obtenido que las variables más relevantes para construir modelos ML son: actividad BASDAI-DAPSA; nivel PCR; tratamiento posterior de Vitamina D y nivel PTH. Con estas variables hemos calculado un árbol de decisión (fig. 3), y, finalmente, hemos obtenido el mejor modelo clasificador para los niveles de vitamina D, que ha resultado ser un método *Ensemble*, cuyas características técnicas puede ser consultadas en la figura 6. Para este modelo obtenemos la matriz de confusión (fig. 4) y su curva Roc (fig. 5), que nos

muestra que es un modelo equilibrado con bastante área en su interior.

**Conclusiones:** Si tenemos en cuenta las variables más relevantes que hemos obtenido para la clasificación de vitamina D en pacientes con EspA, observamos que nuestra investigación coincide con estudios anteriores. Lo mismo ocurre, con respecto a la relación inversa entre los niveles inflamatorios medidos por BASDAI-DAPSA y los niveles de vitamina D. Esa relación, observada en estudios anteriores, es extendida y explicada de una manera más profunda gracias a nuestro árbol de decisión. Nuestro modelo Ensemble, aunque no es explicativo, ofrece la mejor clasificación de los niveles de vitamina D en pacientes con EspA.

**P104. MONITORING CHRONIC INFLAMMATORY MUSCULOSKELETAL DISEASES WITH A PRECISION DIGITAL COMPANION PLATFORM™– RESULTS OF THE DIGIREUMA FEASIBILITY STUDY**

D. Benavent<sup>1</sup>, F. Núñez-Benjumea<sup>2</sup>, L. Fernández-Luque<sup>2</sup>, V. Navarro-Compán<sup>1</sup>, M. Sanz<sup>1</sup>, E. Calvo<sup>3</sup>, L. Lojo<sup>3</sup>, A. Balsa<sup>1</sup> and Ch. Plasencia-Rodríguez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario La Paz, IdiPaz, Madrid. <sup>2</sup>Adhera Health Inc. Palo Alto, CA (USA). <sup>3</sup>Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid.

**Introduction:** Patients with rheumatic and musculoskeletal diseases (RMDs) require a tailored follow-up that is limited by the capacity of healthcare professionals. Innovative tools need to be implemented effectively in the clinical care of patients with RMDs.

**Objectives:** To test the feasibility of a Precision Digital Companion Platform™ for real-time monitoring of disease outcomes in patients with rheumatoid arthritis (RA) and spondyloarthritis (SpA).

**Methods:** Digireuma was a prospective study including patients with RA and SpA, using the digital Precision Digital Companion Platform, Adhera® for Rheumatology (ISRCTN11896540). During a follow-up of 3 months, patients were asked to report disease specific electronic patient reported outcomes (ePROs) on a regular basis

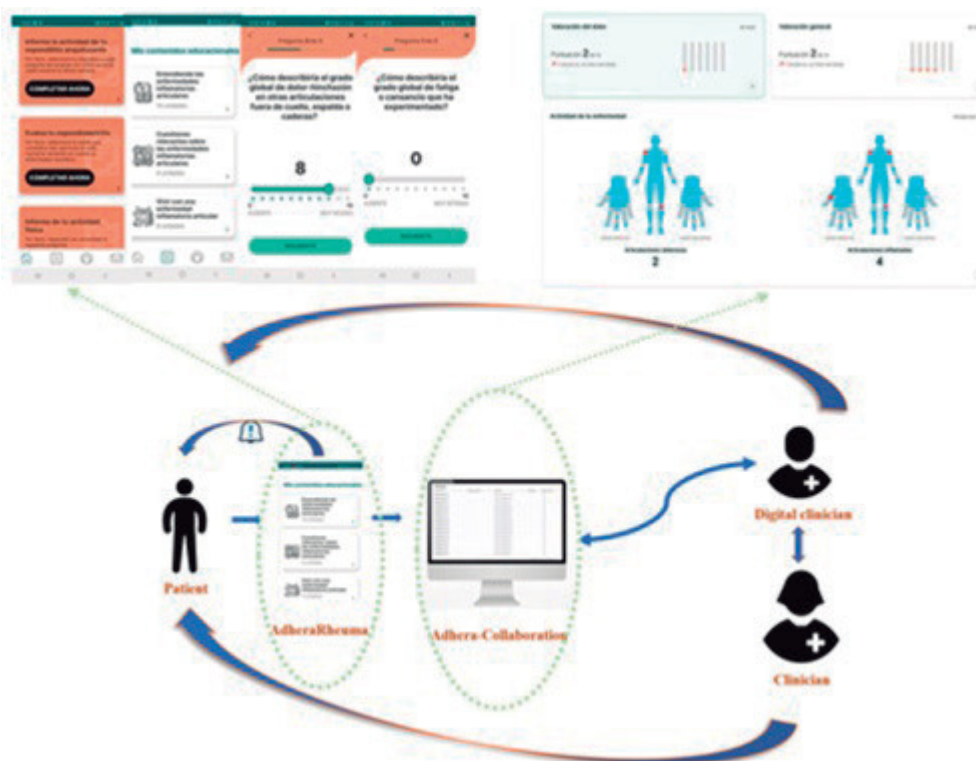
in the mobile solution. Two rheumatologists monitored these ePROs and, patients were contacted for online or face-to-face interventions when deemed necessary by clinicians (Fig.). Assessment measures included patient global assessment (PGA) of disease activity, tender joint count (TJC), swollen joint count (SJC), Health Assessment Questionnaire (HAQ) and pain visual analogue scale (VAS), for patients with RA; VAS, PGA, TJC, SJC, Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI), Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (BASFI) and ASAS Health Index (ASAS-HI), for patients with SpA. In addition, flares, changes in medication and recent infections were asked. Usability of the digital solution was measured by the Net-Promoter Score (NPS).

**Results:** Forty-six patients were recruited of whom 22 had RA and 24 SpA. Mean age was 48 ± 12 and 42 ± 9 years in the RA and SpA groups, respectively. 18/22 (82%) patients with RA and 9/24 (38%) with SpA were female. Among the total included patients, 41 (89%) completed the onboarding (18/22 (82%) RA, 23/24 (96%) SpA) and 37 (80%) submitted at least one entry. In the RA group who completed the onboarding (n = 18) there were a total of 4,019 total interactions (2,178 questionnaire items, 648 accesses to educational units, 105 quizzes and 1,088 rated messages), while patients with SpA (n = 23) had a total of 3160 interactions (1,637 questionnaire items, 684 accesses to educational units, 77 quizzes and 762 rated messages).

Onboarded patient engagement with e-PROs

Rheumatoid arthritis (n = 18)						
	PGA	TJC	SJC	VAS	HAQ	Total
ePROs completed	1.5 (0.25, 3)	2 (0.25, 3)	2 (0.25, 3)	2 (0, 3)	2 (1, 3)	9.5 (4.3, 15.8)
Patients with ≥ 1 entry	13 (72.2)	13 (72.2)	13 (72.2)	12 (66.7)	16 (88.9)	16 (88.9)
Spondyloarthritis (n = 23)						
	PGA	TJC	SJC	BASDAI	ASAS-HI	Total
ePROs completed	1 (0.3)	1 (0.3)	1 (0.3)	1 (0.2)	1 (0.2)	3 (1, 12)
Patients with ≥ 1 entry	16 (69.5)	16 (69.5)	16 (69.5)	14 (60.8)	14 (60.8)	21 (91.3)

Follow-up period was 3 months. Results are expressed in median (Q1, Q3) and n (%).



Digital monitoring in the study powered by Adhera® for Rheumatology. Screenshots in top depict the mobile interface (left) and clinical web application (right).

ePROs measurements completion rates for RA and SpA patients that completed any data during follow-up are shown in the table. Patients with RA completed a median of 9.5 ePROs during follow-up, whereas patients with SpA completed a median of 3. Regarding alerts, 15 patients generated a total of 26 alerts, of which 24 were flares (10 RA, 14 SpA) and 2 were problems with the medication (1 RA, 1 SpA). 18 (69%) of the alerts were managed remotely, 5 (19%) required a face-to-face intervention and in 3 (12%) patients did not respond before the consultation. Regarding usability and patient satisfaction, 14 patients provided feedback. According to the NPS, 9/14 were considered promoters, 4/14 passives and 1/14 detractor. The overall rating of these 14 patients for the app was 4.3 out of 5 stars.

**Conclusions:** This study shows that the use of a digital health solution is feasible in clinical practice. Based on these preliminary results, the next step will be to further implement the Precision Digital Companion Platform, Adhera® for Rheumatology, in a multicentric setting to analyze the added value for monitoring patients.

#### P105. RENDIMIENTO DE LA ACTIVIDAD DE LA ADENOSINA DESAMINASA EN EL LÍQUIDO SINOVIAL PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA ARTRITIS TUBERCULOSA: UN META-ANÁLISIS

J.C. Cortés Quiroz<sup>1</sup>, J. Ena<sup>1</sup>, J. Bernal<sup>2</sup> y J.C. Rosas<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna/Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. <sup>2</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa.

**Introducción:** La actividad de la adenosina desaminasa (ADA) ha mostrado su utilidad en el diagnóstico de la tuberculosis pleural, peritoneal y meníngea. Sin embargo, el rendimiento de la actividad de ADA en el líquido sinovial para el diagnóstico de la artritis tuberculosa ha recibido menos atención. Se ha realizado un metanálisis para determinar el rendimiento de ADA medida en el líquido sinovial para el diagnóstico temprano de artritis tuberculosa.

**Métodos:** Se ha realizado una búsqueda de información publicada en bases de datos MEDLINE, Embase, Cochrane Library, Web of Science y MedRxiv, así como de información no publicada en resúmenes de conferencias en el American College of Rheumatology y en la European League Against Rheumatism (EULAR) (2012-2021). También se buscó en las referencias de los artículos encontrados. Dos revisores aplicaron de forma independiente los criterios de selección, evaluaron la calidad y extrajeron los datos.

**Resultados:** Se incluyeron siete estudios independientes (N = 305 sujetos) que compararon la actividad de la ADA en el líquido sinovial con un método diagnóstico de referencia compuesto para la tuberculosis. En general, los estudios se clasificaron como de alta calidad (n = 3; 148 sujetos) y baja calidad (n = 4; 157 sujetos). La sensibilidad agrupada y la especificidad de la medición de la actividad de ADA fue del 94% (intervalo de confianza [IC] del 95%, 89-98; I2 = 23%) y 88% (IC95%, 83-92; I2 = 83%), respectivamente. El modelo de efectos aleatorios para el odds ratio diagnóstico agrupado fue de 67,1 (IC95%, 20,3-222,2; I2 = 30%). El área bajo la curva característica de operación del receptor fue de 0,96 (IC95% 0,92-0,99). La metarregresión no identificó la calidad del estudio, el país de publicación o el tipo de ensayo como fuente de heterogeneidad.

**Conclusiones:** La medición de la actividad de ADA en el líquido sinovial demuestra un buen rendimiento para el diagnóstico precoz de la tuberculosis articular.

Agradecimientos: el estudio fue apoyado con una beca de investigación de la Asociación para la Investigación en Reumatología de la Marina Baixa (AIRE-MB).

#### P106. ANÁLISIS DE LA DEMANDA A CONSULTAS EXTERNAS DE REUMATOLOGÍA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO. UN ESTUDIO EXPLORATORIO

J. Ivorra Cortés<sup>1</sup>, R. Cámara Gómez<sup>2</sup>, L. González Puig<sup>1</sup>, C. Páez Perales<sup>1</sup>, S. Leal Rodríguez<sup>1</sup>, A.V. Huaylla Quispe<sup>1</sup>, C. Riesco Barcena<sup>1</sup>, E. Grau García<sup>1</sup>, M. de la Rubia<sup>1</sup>, P. Muñoz Martínez<sup>1</sup>, L. Mas Sánchez<sup>1</sup>, I. Martínez Cordellat<sup>1</sup>, C. Nájera Herranz<sup>1</sup>, R. Negueroles Albuixech<sup>1</sup>, F. Ortiz-Sanjuán<sup>1</sup>, E. Vicens Bernabéu<sup>1</sup>, I. Cánovas Olmos<sup>1</sup>, J.J. Frago Gil<sup>1</sup>, J. Oller Rodríguez<sup>1</sup> y J.A. Román Ivorra<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. <sup>2</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

**Introducción:** La gestión de la demanda desde atención primaria (AP) a reumatología (REU) se suele abordar de una forma global mediante protocolos de derivación o sesiones formativas. Sin embargo, conocer si hay variabilidad en la demanda entre los distintos centros de salud podría ser relevante para valorar si es necesaria una aproximación dirigida a cada centro de salud dependiendo de sus necesidades.

**Objetivos:** Analizar la demanda de interconsultas a REU desde AP y su variabilidad entre los diferentes centros de salud de nuestro departamento de salud. Estudiar la influencia de datos demográficos sobre la misma y saber si la distribución de la demanda desde los centros de AP en otras especialidades guarda un patrón similar.

**Métodos:** Los datos se obtuvieron a través del sistema de información CUIDISS Lite® de nuestro departamento de salud. Para eliminar la posible influencia de la pandemia por COVID-19 se escogió para el análisis el año 2019. Como especialidades del aparato locomotor se analizaron las interconsultas solicitadas a REU y a cirugía ortopédica y traumatología (COT). Se desestimó incluir rehabilitación porque utiliza una vía diferente para derivación de pacientes. Endocrinología (END) y cardiología (CAR) fueron seleccionadas como especialidades médicas externas al aparato locomotor. Para cada especialidad se calculó la tasa de demanda (número de peticiones por mil habitantes adultos) de cada uno de los 15 centros de salud que atiende a una población mayor de 2.000 habitantes. Para estudiar la posible asociación en la distribución de la demanda entre los distintos centros de AP para las diferentes especialidades y su posible asociación con variables demográficas se empleó el coeficiente rho de Spearman (rho).

Centro de salud	Tasa de demanda × 1000 habitantes			
	REU	END	COT	CAR
1	24,58	11,78	29,14	12,23
2	26,84	12,77	37,77	14,39
3	14,93	9,45	32,32	16,22
4	15,76	11,90	41,38	11,43
5	22,77	13,02	40,01	11,79
6	19,29	12,77	39,77	21,17
7	34,87	11,48	49,59	17,21
8	17,11	12,64	38,94	14,93
9	19,35	13,98	49,78	16,28
10	17,16	11,26	39,55	12,63
11	18,12	8,86	29,22	13,65
12	16,90	12,77	40,22	16,45
13	15,93	7,17	26,11	21,41
14	33,59	9,91	53,76	19,07
15	28,89	13,42	48,24	17,36

**Resultados:** Las tasas de demanda por 1.000 habitantes (tabla) desde los 15 centros de primaria fueron (media, mínima y máxima): REU: 21,74 (14,94-34,87), COT: 39,72 (26,12-53,77), END: 11,55 (7,17-13,98), CAR: 15,74 (11,43-21,41). No se encontró correlación estadísticamente significativa en la distribución de la demanda desde AP a las diferentes especialidades: REU-COT (rho: 0,446; p = 0,095), REU-END (rho = 0,305; p = 0,270), COT-END (rho = 0,487; p = 0,065), REU-

CAR ( $\rho = 0,179$ ,  $p = 0,524$ ), COT-CAR ( $\rho = 0,204$ ,  $p = 0,467$ ), END-CAR ( $\rho = -0,079$ ,  $p = 0,780$ ) La demanda a REU tampoco se correlacionó de forma significativa con el tamaño de la población que atiende cada centro ( $\rho = 0,168$ ,  $p = 0,550$ ), porcentaje de mujeres de cada centro ( $\rho = -0,197$ ,  $p = 0,483$ ), o porcentaje de población > 50 años ( $\rho = -0,196$ ,  $p = 0,483$ ).

**Conclusiones:** Hay gran variabilidad en la demanda a REU entre los distintos centros de salud, no justificada por diferencias demográficas. Los patrones de demanda de cada centro de salud son diferentes para cada especialidad. Los planes de gestión de la demanda de consultas desde atención primaria y los de formación deben considerar esta realidad, y orientarse a las necesidades específicas de cada centro de salud.

**P107. PROTOCOLO DE MEJORA DE LA RUTA PRESCRIPCIÓN-DISPENSACIÓN-ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS DE ALTO IMPACTO ECONÓMICO A TRAVÉS DE UN FORMULARIO INTEGRADO EN HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA**

J. Moreno Morales<sup>1</sup>, J. Leon Navarro<sup>2</sup> y V. Cogolludo Campillo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario de Cartagena.  
<sup>2</sup>Enfermería. Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario de Cartagena.

**Introducción:** La comunicación del servicio de reumatología (o de otros servicios prescriptores de fármacos de alto impacto económico) con el servicio de farmacia hospitalaria resulta imprescindible de cara a la eficiencia en el tratamiento de nuestros pacientes. El sistema antiguo de nuestro centro demoraba en muchos casos la dispensación de dichos fármacos a nuestros pacientes por motivos del propio servicio de Reumatología o incluso de Farmacia. En nuestro centro la forma habitual de realizarlo era mediante la entrega de expediente físico al servicio de Farmacia. Esta vía demoraba el inicio del fármaco por diferentes razones (demora de entrega del expediente, demora en la prescripción del mismo, extravío del expediente, etc.).

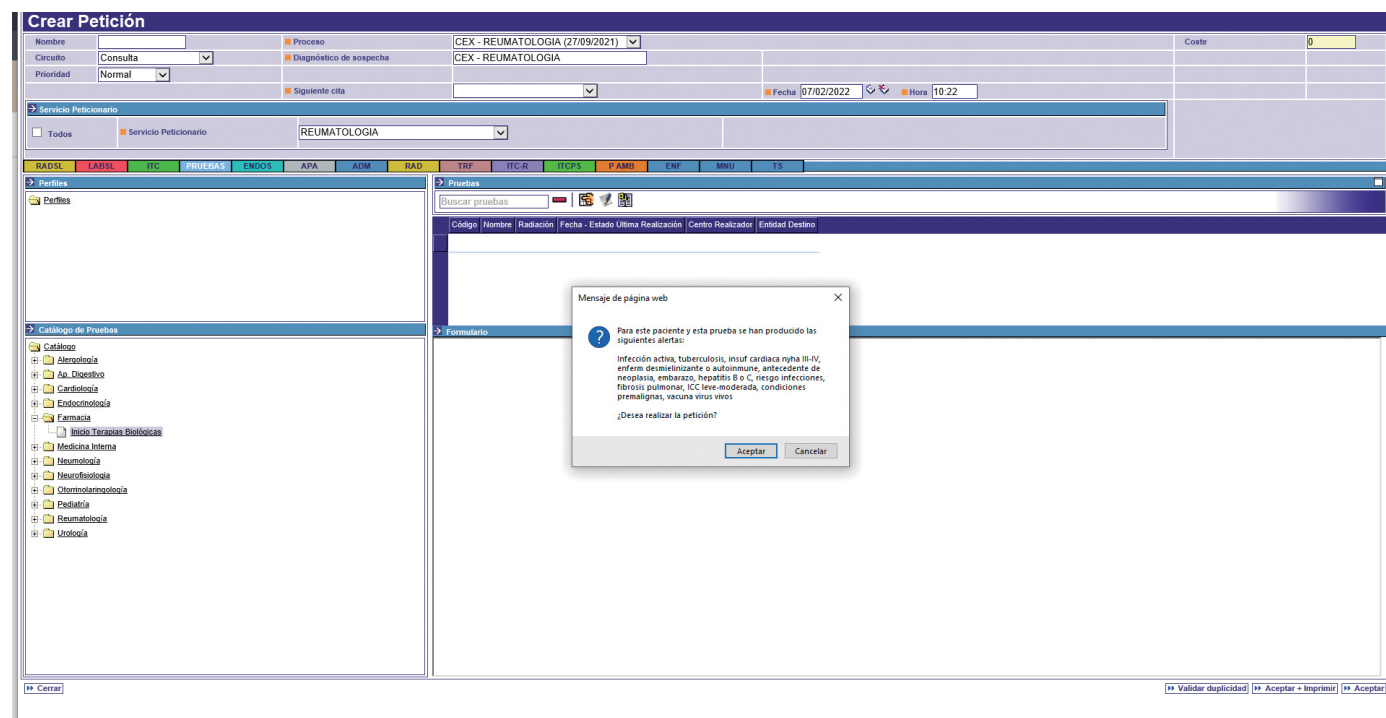
**Objetivos:** Disminuir el tiempo de demora desde que el reumatólogo prescribe el fármaco de alto impacto económico en la consulta, hasta que enfermería cita al paciente para educación en la adminis-

tración y conservación del fármaco, es decir inicia de forma efectiva el tratamiento.

**Campos del formulario**

Campo	Obligatorio	Origen datos
Filiación del paciente (nombre, apellidos, fecha nacimiento, historia clínica, etc.)	Sí	Propia historia clínica (SELENE)
Fecha creación	Sí	Propio Selene
Servicio	Sí	Propio Selene
Diagnóstico	Sí	Campo abierto (solicitante)
Peso	No	Campo abierto (solicitante)
Fármaco solicitado	Sí	Campo abierto (solicitante)
Dosis fármaco	Sí	Campo abierto (solicitante)
Frecuencia y vía de administración	Sí	Campo abierto (solicitante)
Monoterapia	Sí	Sí/No (solicitante)
Combinación	Sí	Sí/No (solicitante)
Combinación Sí: Fármaco y dosis	No	Campo abierto (solicitante)
Primer biológico/JAKi	Sí	Sí/No (solicitante)
Tratamiento biológico/JAK i previo (Posología y duración del tratamiento)	No	Campo abierto (solicitante)
Fecha ultima dosis biológico/JAKi previo	No	dd/mm/aaaa (solicitante)
Causa retirada biológico/JAKi previo	No	Cambo abierto (solicitante)
Enfermedad activa	No	Campo abierto (solicitante)
Observaciones	No	Campo abierto (solicitante)

**Métodos:** El servicio de Reumatología junto con sistemas de información del centro (SSII), hemos creado un formulario integrado en programa de gestión de la historia clínica (HC) (Selene), a través del cual una vez completado el mismo, cae notificación en buzón de farmacia. Dicho buzón se asigna a personal específico de Farmacia Hospitalaria. Una vez que Farmacia está en condiciones de dispensar el fármaco, traslada el mensaje al buzón de enfermería de Reumatología, que es la encargada de citar al paciente para recogida e inicio del tratamiento prescrito. El proceso (metodología cualitativa)



P107 Figura. Alertas a la hora de prescribir.

incluyó diferentes fases: Fase I, Reunión de un reumatólogo con un representante del equipo de SSII del hospital para el análisis del formulario y sus variables y la Verificación de viabilidad del sistema ante el proyecto. Fase II, Creación de un formulario en el programa de gestión de la historia clínica (HC) (Selene) por parte de SSII (se incluyen los campos en tabla). El formulario incluye una alarma sobre las contraindicaciones y precauciones en el empleo de estos fármacos (fig.). Fase III, Introducción de datos en nuevo formato a modo de prueba para ajustar la herramienta y los medios de comunicación entre servicios. Fase IV, Exportación del formulario a otros servicios del hospital, prescriptores de fármacos de alto impacto económico de dispensación hospitalaria.

**Resultados:** Hemos acortado el tiempo desde la dispensación hasta la administración del fármaco a una semana máximo, cuando el tiempo medio, previo a la instauración del sistema actual, estaba en 3 semanas. Los factores limitantes del sistema actual son la disponibilidad del fármaco en la farmacia del hospital y la disponibilidad de enfermería para citar al paciente e iniciar el fármaco.

**Conclusiones:** La elaboración de esta vía de comunicación integrada en la historia clínica, ha sido un gran avance para mejorar nuestra asistencia clínica. Hemos eliminado el factor humano en el manejo de expedientes físicos, y en el retraso hasta la dispensación del fármaco. Con el sistema actual, se ha acortado eficazmente el tiempo hasta la administración del fármaco, y con ello contribuido a la mejora de la calidad asistencial con nuestros pacientes.

#### P108. LEISHMANIASIS: DESCRIPCIÓN DE CASOS EN PACIENTES EN TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR DEL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SON LLÀTZER

L.M. López Núñez, S. Hernández Baldizón, I. Ros Vilamajó, A. Matas Palau y A. Juan Más

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

**Introducción:** La infección por *Leishmania sp.* es endémica en España, con una incidencia de 0,86 por 100,000 habitantes/año para la forma visceral (Lv) y 1,04 (leishmaniasis cutánea (Lc)) en 2017; Baleares es la más alta del Estado con 2,74x 100.000 habitantes/año<sup>1</sup>. El factor de necrosis tumoral (TNF $\alpha$ ), es clave en la respuesta inmune frente a la Leishmaniasis (L)<sup>2</sup>. En los últimos años la incidencia de L se ha incrementado en pacientes en tratamiento con anti-TNF $\alpha$ <sup>3</sup>. La gestión de riesgo de esta infección no está contemplada ni en las guías clínicas ni en consensos de las patologías reumáticas inflamatorias.

**Objetivos:** Valorar características clínicas y evolución de pacientes de la consulta de reumatología con diagnóstico de leishmaniasis (L).

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con enfermedad inmunomediada, del servicio de Reumatología del Hospital Universitario Son Llatzer en los que se diagnosticó L durante su seguimiento.

**Resultados:** Detectamos 11 casos de L, entre los años 2006 y 2022. Uno de ellos Lv y 10 con Lc. La edad media fue de 65  $\pm$  10 años, 9 del género masculino. Al momento del diagnóstico de Lc la lesión presentaba una evolución de 4,6 meses en promedio. El 73% (8/11) fue remitido a dermatología por su médico de atención primaria, mientras que solo el 27% (3/11) fue por su reumatólogo. En 9 casos de Lc la lesión fue única, 4 casos situada en la pierna, 3 en la cara y 2 en la muñeca. En la mayoría de los casos se describe como pápula eritematosa con centro ulcerativo o costroso de 2-3 cm de diámetro. El diagnóstico se realizó por biopsia cutánea y en médula ósea en el caso de Lv. Todos los casos cutáneos se resolvieron con antimonio de meglumina (G) intralesional. El caso de Lv recibió tratamiento sistémico con anfotericina. Con respecto al tratamiento de la patología reumatológica: 7 pacientes recibían anti-TNF $\alpha$  asociado a

metotrexato, 2 casos de anti-TNF $\alpha$  en monoterapia, y 2 casos en tratamiento con metotrexato en monoterapia. El tiempo promedio desde el inicio del tratamiento al diagnóstico de la infección fue de 4,4 años. De los anti TNF encontramos 2 pacientes con infliximab (IFX) y 7 pacientes con adalimumab (ADA). 5 pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide, 3 de artritis psoriásica y 3 de espondiloartritis. La terapia anti-TNF $\alpha$  se retiró en 7 de 9 casos y el 100% presentó brote de su enfermedad. Tras la resolución de la infección se reintrodujo el tratamiento en 6 casos.



Leishmaniasis en paciente en tratamiento con adalimumab.

**Conclusiones:** En 16 años hemos encontrado 11 casos de L en pacientes inmunocomprometidos de la consulta de Reumatología. Predomina la Lc; el género masculino; la lesión única en pierna de aspecto papuloeritematosa ulcerativa o costroso tras 4,4 años desde el inicio del tratamiento inmunosupresor. La L es una complicación frecuente en nuestros pacientes por lo que se requieren más estudios que aborden el problema.

#### Bibliografía

1. Humanes-Navarro AM, et al. Estimating human leishmaniasis burden in Spain using the capture-recapture method, 2016–2017. Plos ONE. 2021;16:e0259225.
2. Moya JM, et al. Complicaciones infecciosas asociadas al uso de fármacos antagonistas del factor de necrosis tumoral. Revisión de conjunto. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. 2005;23:551-9.
3. Marcoval J, Penín RM. Evolution of cutaneous leishmaniasis in the last 30 years in a tertiary hospital of the European Mediterranean coast. Int J Dermatol. 2017;56:750-3.

#### P109. A REDUCTION IN NEW REFERRALS FOR RHEUMATOID ARTHRITIS, OSTEOARTHRITIS AND CRYSTAL ARTHRITIS COMPARED TO GCA DURING COVID-19 PANDEMIC

M. Tormo Ratera<sup>1</sup>, M. Mirza<sup>2</sup> and R. Luqmani<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitari de Bellvitge. Rheumatology. L'Hospitalet de Llobregat. <sup>2</sup>Nuffield Orthopaedic Centre. Rheumatology. Oxford (United Kingdom).

**Introduction:** The COVID-19 pandemic has had profound effects on the Rheumatology department; we wanted to see if consequently referrals for Rheumatoid arthritis (RA), Crystal Arthritis (CA), Osteoarthritis (OA) and Giant cell arteritis (GCA) were affected. A greater understanding of the impact may enable adequate number of clinics and resources to be made available where needed.

**Objectives:** To evaluate the impact of COVID-19 pandemic on volume of new referrals to the Rheumatology department for RA, CA, OA and GCA.

**Methods:** A retrospective analysis of data was conducted from the period of January 2016 to December 2021. The Rheumatology department database was closely analysed and information about new referrals for GCA, RA, OA and CA were evaluated. Statistical analysis was conducted using t-test to compare the mean value pre and during the COVID19 outbreak (2020).

**Results:** From 2016 to 2021 a total number of 9.998 new patients were referred to the Rheumatology department. There were 2768 new referrals for GCA (15%), RA (34%), OA (40%) and CA (11%) made during this period (Table). In 2020, there was a significant decrease in OA, RA and CA referrals (p value 0.000004, 0.00017, 0.0042 respectively) but an insignificant decrease in GCA referrals (p value 0.243).

Table 1

Diagnoses	Number of referrals		p value
	Mean nº 2016-2019	2020	
GCA	79.75 (14%)	63 (33%)	0.24334236
RA	204 (36%)	55 (28%)	0.000175427
OA	219.7 (39%)	59 (30%)	0.0000042
CA	64.5(11%)	18 (9%)	0.004278881
	100%	100%	

Number of new referrals from 2016 to 2020.

**Conclusions:** During COVID19 pandemic in 2020 there was a significant reduction in the number of new referrals for RA, OA, and CA in contrast to GCA where the referrals have been constant. This may be due to the detrimental consequences of untreated GCA with regards to risk of sight loss. However, with less RA referrals, this may result in a delayed diagnosis with an impact on the disease course.

**Bibliography**

1. Kay L, Lanyon P, MacGregor A. February 2021. GIRFT Programme National Specialty Report. Available at: <https://www.gettingitright-firsttime.co.uk/wpcontent/uploads/2021/08/Rheumatology-Ju-121h-NEW.pdf> [Accessed 9th December 2021]
2. Romão VC, Cordeiro I, Macieira C, et al. Rheumatology practice amidst the COVID-19 pandemic: a pragmatic view. *RMD Open* 2020;6:e001314.

**P110. EXPERIENCIA DE LA RESIDENCIA DE REUMATOLOGÍA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL ¿ESTÁN LOS RESIDENTES REALMENTE BIEN FORMADOS?**

R. Dos Santos Sobrín, E. Pérez-Pampín, A. Souto y A. Mera

Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

**Introducción:** La residencia de Reumatología, según la formación MIR (médico interno residente) en España, consta de un programa formativo de 4 años de duración en la que los objetivos docentes están recogidos en el Plan de Formación Docente de la especialidad, y que ocupan desde la parte asistencial a la investigadora y de gestión clínica<sup>1</sup>. El problema más frecuentemente reportado por los residentes de Reumatología es la escasa labor asistencial con los pacientes, aunque una búsqueda más extensa en la bibliografía expone varios puntos débiles en los planes formativos (problemas con las infiltraciones intraarticulares y el uso de la ecografía musculoesquelética, entre otros)<sup>2</sup>. El objetivo principal de este estudio fue evaluar la calidad formativa del último año de residencia del residente de Reumatología del Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. **Métodos:** Se realizó un estudio transversal a través de una consulta externa de Reumatología, llevada a cabo por un residente de último año de la especialidad, en el Hospital previamente citado. Se recogieron datos de los pacientes visitados durante el último año de la residencia, desde mayo de 2021 a mayo de 2022. Se obtuvieron

variables demográficas, de diagnóstico y de tratamiento (biológico o sintético dirigido). Se incluyeron todos los pacientes que tuvieron una visita presencial en la consulta mencionada. La evaluación final del residente sobre su formación fue recogida.

**Resultados:** Se recogieron 1.419 visitas en la consulta, durante el año de seguimiento. El 60,7% fueron mujeres. Los diagnósticos más frecuentes fueron las artropatías inflamatorias crónicas (8% espondiloartritis axiales, 17% artritis reumatoides y 22% artritis psoriásicas). 470 visitas fueron primeras visitas, de las cuales se resolvieron en acto único un total de 119. Se realizaron 67 artrocentesis e infiltraciones articulares y 207 ecografías musculoesqueléticas. También se realizaron 18 biopsias de glándula salival menor y 21 capilaroscopias. Las terapias biológicas/sintéticas dirigidas más supervisadas por el residente fueron los fármacos anti-TNF (77%), anti-IL-6 (13%) y anti-IL-17 (10%). La enfermedad de Paget (21 pacientes) y la osteoporosis (132 pacientes) también fueron una patología frecuente en la consulta, así como la arteritis de células gigantes (51 pacientes). En cambio, las collagenopatías fueron las menos frecuentemente consultadas (miopatías inflamatorias 1%, síndrome antifosfolípido 1%, esclerosis sistémica 2% y lupus eritematoso sistémico 3%). También se consultaron pacientes con otras vasculitis como poliarteritis nodosa, enfermedad de Behçet y arteritis de Takayasu.

**Conclusiones:** La formación en Reumatología se puede considerar suficientemente completa en este hospital. Esto se apoya en la adquisición de competencias en ecografía musculoesquelética y otras técnicas que se utilizan de forma rutinaria en las consultas, así como en el amplio abanico de patología reumática que se visita en las mismas. El problema más importante recayó en el escaso número de pacientes bajo tratamiento biológico/sintético dirigido supervisado por el residente.

**Bibliografía**

1. Programa oficial de la especialidad de Reumatología. Boletín Oficial del Estado (258). 26 de octubre de 2009. BOE-A-2009-16994.
2. Sivera F, Ramiro S, Cikes N, et al. Rheumatology training experience across Europe: analysis of core competences. *Arthritis Res Ther.* 2016;18:213.

**P111. LA TELECONSULTA COMO HERRAMIENTA DE OPTIMIZACIÓN DE VISITA PRESENCIAL Y DE DIAGNÓSTICO PRECOZ DE ARTROPATÍAS INFLAMATORIAS**

D. Mendoza Mendoza, M.D. Ruiz Montesino, V. Moreira Navarrete y J.J. Pérez Venegas

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

**Introducción:** El diagnóstico precoz de las enfermedades reumáticas inflamatorias es fundamental para mejorar su pronóstico. La teleconsulta (TC) es una herramienta de comunicación entre médico de atención primaria (AP) y médico de atención hospitalaria (AH), resolviendo sin presencialidad y facilitando la accesibilidad.

**Objetivos:** Evaluar la resolución de la TC sin presencialidad y los diagnósticos más frecuentes. Evaluar la TC para diagnóstico precoz de artropatías inflamatorias. Evaluar si la sospecha vía TC, se corresponde con el diagnóstico final presencial.

**Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo. Se analizaron las teleconsultas realizadas desde AP (47 centros) a Reumatología en 2021. Se utilizó la herramienta "Plataforma de Teleconsulta del Servicio Andaluz de Salud", como extensión clínica del proyecto de investigación E-Hermes de implantación de TC. Se recogió: motivo de consulta, diagnóstico de sospecha, tiempo de respuesta y resolución, completa vía telemática (ALTA), se cita en consulta (CONSULTA) o sigue en TC, (SEGUIMIENTO). Se analizaron las TC en las que se sospechó artritis reumatoide (AR), artritis psoriásica (APs) y espondiloartritis (EsPA) revisando el diagnóstico final. Se analizó la necesidad de complementarias, cita presencial y tiempo hasta la cita.

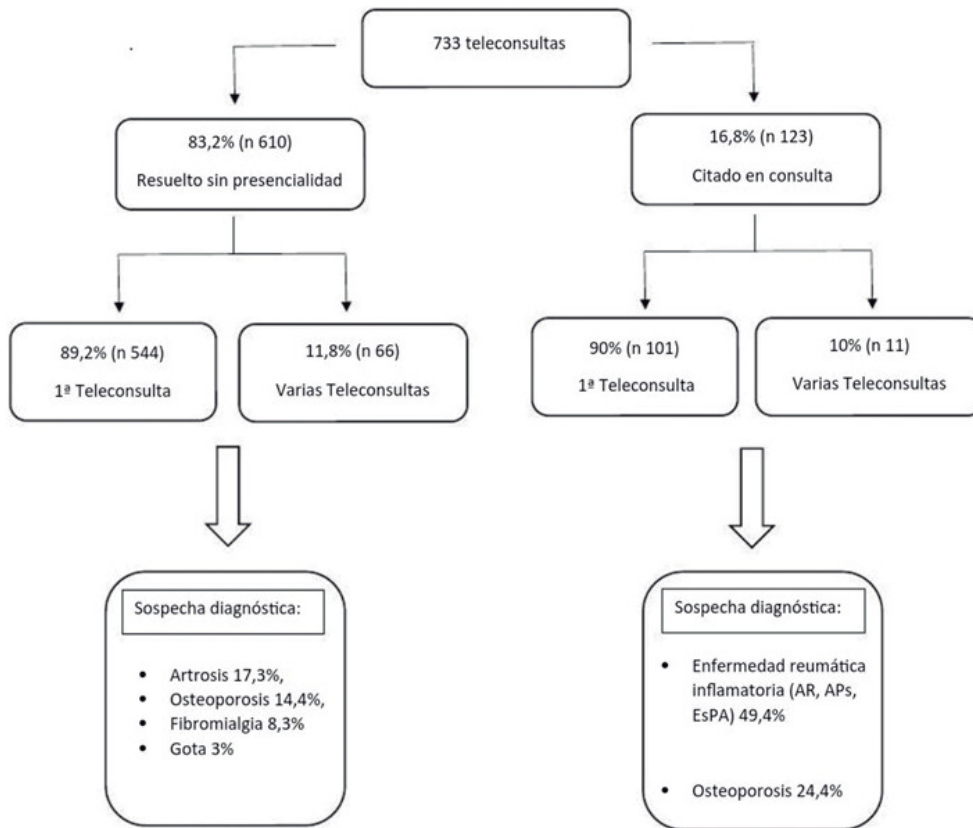


Figura 1. Desenlace de TC realizadas desde AP.

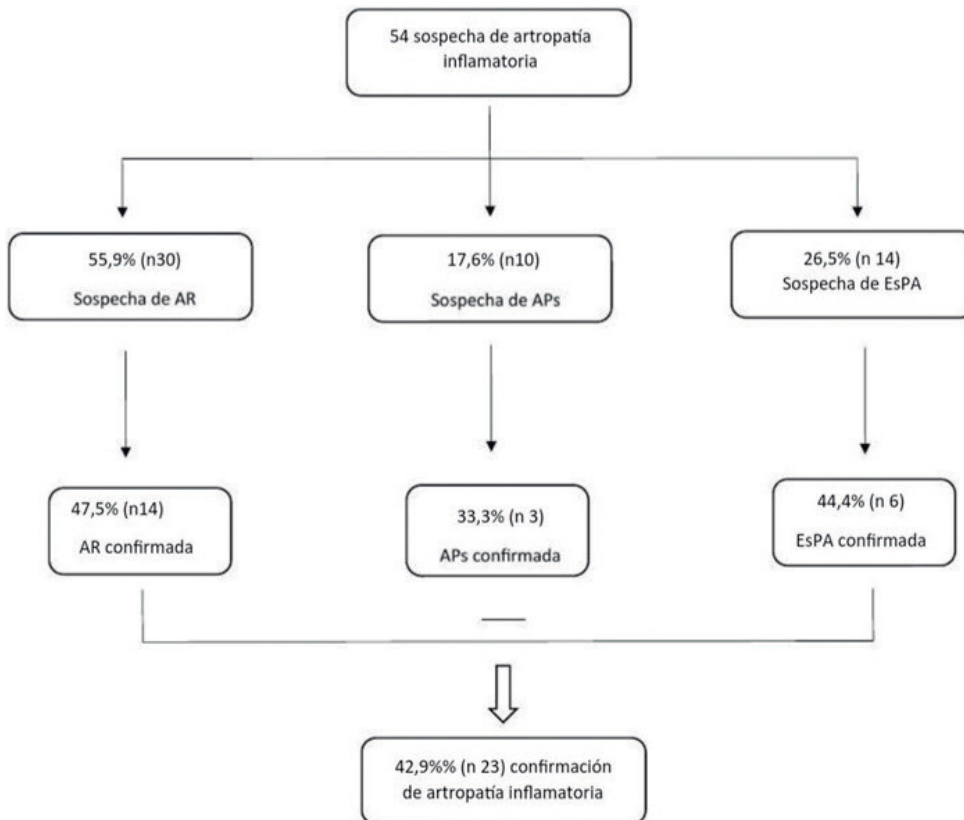


Figura 2. Pacientes con sospecha de artropatía inflamatoria.

**Resultados:** En 2021 se recibieron 733 TC, 610 (83,2%) se resolvieron sin presencialidad y 123 (16,8%) se citaron (fig. 1). El tiempo medio de respuesta fue de 82 hs (3 días y 10 hs). De las 733, en 54 (7,4%) se sospechó AR, APs o EsPA. Se confirmó AR en el 47,4% de las sospechas, APs el 33,3% y EsPA en el 44,4% (fig. 2). El 87,3% se citaron en consulta, el 76,5% de forma preferente con una media de espera de 18,5 días y 11,8% reglada, con una espera media de 39 días. El 88% aportaron pruebas de laboratorio y el 44% prueba de imagen. De las sospechas de AR el 73,7% eran mujeres de edad media de 55,16 años ( $\pm 16,8$ ). Los motivos de consulta fueron: inflamación articular (89,5%), poliartralgias (5,3%) y dolor en manos (5,3%). De las sospechas de APs, el 83,3% eran mujeres con una edad media de 53 años ( $\pm 12,6$ ). Inflamación articular fue el motivo más frecuente de consulta, el 50%, seguido de poliartralgias, dolor lumbar y dolor en las manos con un 16,7%, respectivamente. De las sospechas de EsPA el 55,6% eran hombres con una edad media de 49 años ( $\pm 20,8$ ). Los motivos de consulta más frecuentes fueron: inflamación articular (44,4%) y lumbalgia (33%). De las 733 TC, se diagnosticaron en consulta: 14 (2%) pacientes de AR, 5 (0,7%) de APS y 6 (0,9%) de EsPA, lo que suponen un 3,5% de diagnóstico de artropatía inflamatoria a través de TC. El área hospitalaria Virgen Macarena atiende a 481,296 habitantes. La incidencia por cada 100.000 pac/año es de 8,3 para AR, 3,6 para Aps y 7,2 para EsPA, los nuevos casos esperados son: 40 AR, 17 APs y 35 EsPA. A través de TC se diagnosticó el 36% de las AR, 27,7% de las APs y el 18,5% de las EspA que corresponderían a la población de referencia.

**Conclusiones:** La TC evita presencialidad a más del 80% de los pacientes, priorizando patologías que requieren atención presencial. Determinadas patologías son especialmente susceptibles de resolución sin presencialidad como la artrosis, osteoporosis y la fibromialgia. La sospecha por TC confirmó patología inflamatoria articular en casi la mitad de los casos. La TC puede discriminar procesos inflamatorios que precisan consulta presencial, facilitando acceso rápido.

**P112. FACTORES ASOCIADOS CON BUENA RESPUESTA CLÍNICA A FÁRMACOS INMUNOSUPRESORES EN PACIENTES CON UVEÍTIS NO INFECCIOSA: UN ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA**

A. Gómez Gómez<sup>1</sup>, L. Borrego-Sanz<sup>2</sup>, M.P. Álvarez Hernandez<sup>3</sup>, R. Méndez-Fernández<sup>2</sup>, P. Arriola-Villalobos<sup>2</sup>, E. Pato<sup>3</sup>, D. Díaz Valle<sup>2</sup> y L. Rodríguez Rodríguez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes.  
<sup>2</sup>Oftalmología. Instituto de Investigación Sanitaria San Carlos. Madrid.  
<sup>3</sup>Reumatología. Instituto de Investigación Sanitaria San Carlos. Madrid.

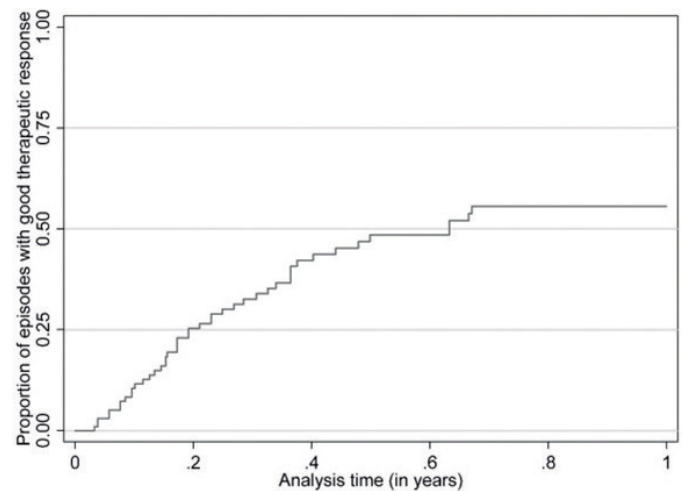
**Introducción:** Las uveítis no infecciosas (UNIs) engloban un grupo variado de enfermedades inflamatorias de probable origen inmuno-mediado que afectan a la úvea y a los tejidos subyacentes. Pueden asociar una pérdida de visión importante y en ocasiones permanente, así como el desarrollo de complicaciones oculares. A pesar de que los fármacos inmunosupresores (FIS) han demostrado controlar de forma mantenida el proceso inflamatorio, no todos los pacientes alcanzan una respuesta satisfactoria.

**Objetivos:** Identificar factores que afecten a la tasa de respuesta a FIS en pacientes con UNI.

**Métodos:** Estudio longitudinal retrospectivo con pacientes reclutados en la consulta de uveítis del Hospital Clínico San Carlos desde 1991 hasta diciembre de 2018, y seguidos hasta el 31/12/2019. Los pacientes fueron incluidos en el estudio desde la prescripción del FIS y seguidos hasta: a) alcanzar una buena respuesta terapéutica (BRT), b) cambio en el FIS (suspensión del FIS prescrito y/o adición de un nuevo FIS), c) completar 12 meses de seguimiento, o d) pérdida de seguimiento o final de estudio. Se definió BRT como la resolución completa de las manifestaciones inflamatorias oculares con una dosis de corticoides orales  $\leq 10$  mg de prednisona o equivalente al

día, mantenida durante al menos dos visitas consecutivas separadas por al menos 28 días. Se crearon curvas de Kaplan Meier (KM) para BRT. Se utilizaron modelos bivariados y multivariados robustos de regresión de Cox para analizar los datos demográficos, clínicos y relacionados con el tratamiento. Se compararon diferentes modelos utilizando el Criterio de Información de Akaike para seleccionar el más adecuado. El supuesto de riesgos proporcionales fue evaluado utilizando los residuos de Schoenfeld y residuos de Schoenfeld escalados. En caso de que alguna variable o categoría de una variable categórica no fueran proporcionales, sería incluida en los modelos de Cox con un efecto variable en función del tiempo, si la interacción con el tiempo fuera significativa ( $p < 0,05$ ).

**Resultados:** Se analizaron 73 pacientes (100 episodios de prescripción de FIS). En 44 episodios se alcanzó BRT (ratio de incidencia 102,0 [intervalo de confianza (IC) del 95%: 75,9 a 137,1] por 100 pacientes año). La figura muestra la curva de KM para la BRT. En el análisis bivariado, género, diagnóstico de enfermedad de Behçet, prescripción de ciclosporina A (CYA), número de FIS previos prescritos, uso previo del mismo FIS, suspensión previa de un FIS por ineficacia, dosis más alta de corticoterapia sistémica prescrita durante el año previo a la prescripción del FIS, presencia de edema macular (EM) y duración de la actividad intermedia y posterior antes de la prescripción del FIS mostraron asociación significativa con BRT. La tabla muestra los resultados del análisis multivariado. La prescripción de CYA se asoció con una mayor tasa de BRT, comparado con otros FIS (metotrexato, azatioprina o fármacos biológicos). Además, a mayor dosis de corticoides orales recibida durante el año previo a la prescripción del FIS, menor fue el riesgo de alcanzar BRT. Finalmente, la presencia de EM en el momento de la prescripción del FIS se asoció con menor riesgo de BRT, aunque este riesgo disminuyó a lo largo del tiempo.



Curvas de Kaplan-Meier representando la buena respuesta terapéutica tras la prescripción del fármaco inmunosupresor para uveítis no infecciosa.

Variable	HR (CI 95%)	Valor de p	Valor de p en test de Schoenfeld
Prescripción de CYA	2,04 (1,14-3,67)	0,017	0,56
Número de FIS previos			
0	Referencia	-	-
1	12,61 (2,07-76,73)	5,9x10 <sup>-3</sup>	0,001
≥2	3,54 (1,55-8,05)	2,6x10 <sup>-3</sup>	0,56
1 FIS previo X tiempo	0,01 (0,001-1,00)	0,005	
Dosis de corticoides orales más alta (mg) el año previo	0,98 (0,97-0,99)	0,013	0,83
Edema macular	0,14 (0,04-0,45)	9,3x10 <sup>-3</sup>	0,001
Edema macular X tiempo	14,20 (1,55-103,10)	0,019	

Regresión multivariante robusta de Cox para analizar variables asociadas independientemente con la buena respuesta terapéutica.



**Conclusiones:** Hemos identificado varios factores asociados con una buena respuesta terapéutica a FIS en pacientes con UNI, lo que podría permitirnos identificar pacientes que podrían beneficiarse de un seguimiento más estrecho.

### P113. UTILIDAD DE LA ESCALA IEXPAC PARA EVALUAR LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE CON ENFERMEDADES INFLAMATORIAS MEDIADAS POR INMUNIDAD (EIMI) EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA COVID-19

J.P. Baldivieso Acha<sup>1</sup>, E. Ramírez-Herraiz<sup>2</sup>, M. Llamas Velasco<sup>3</sup>, M. Uriarte Ecenarro<sup>1</sup>, M. Chaparro<sup>4</sup>, J.P. Gisbert<sup>4</sup>, I. Llorente Cubas<sup>1</sup>, A. Morell Baladrón<sup>2</sup>, O. Solas Gaspar<sup>5</sup> y R. García-Vicuña<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. <sup>2</sup>Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. <sup>3</sup>Unidad de Psoriasis. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. <sup>4</sup>Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Servicio de Digestivo. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. <sup>5</sup>Salud y Políticas Públicas. Unidad de Terapias Biológicas y Dirigidas. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

**Introducción:** El análisis de la experiencia reportada por el paciente (*Patient Reported Experience measurements*, PREM) se reconoce ampliamente como una medida de calidad asistencial en pacientes

crónicos y permite detectar necesidades centradas en el paciente y oportunidades de mejora.

**Objetivos:** Evaluar la experiencia del paciente con al menos una EIMI, en pacientes externos de la Unidad de Terapias Biológicas y Dirigidas (UTByD), en sus interacciones con el equipo de salud y servicios sociosanitarios, desde la declaración del estado de alarma por la pandemia COVID-19 (14/3/2020) y durante las restricciones posteriores.

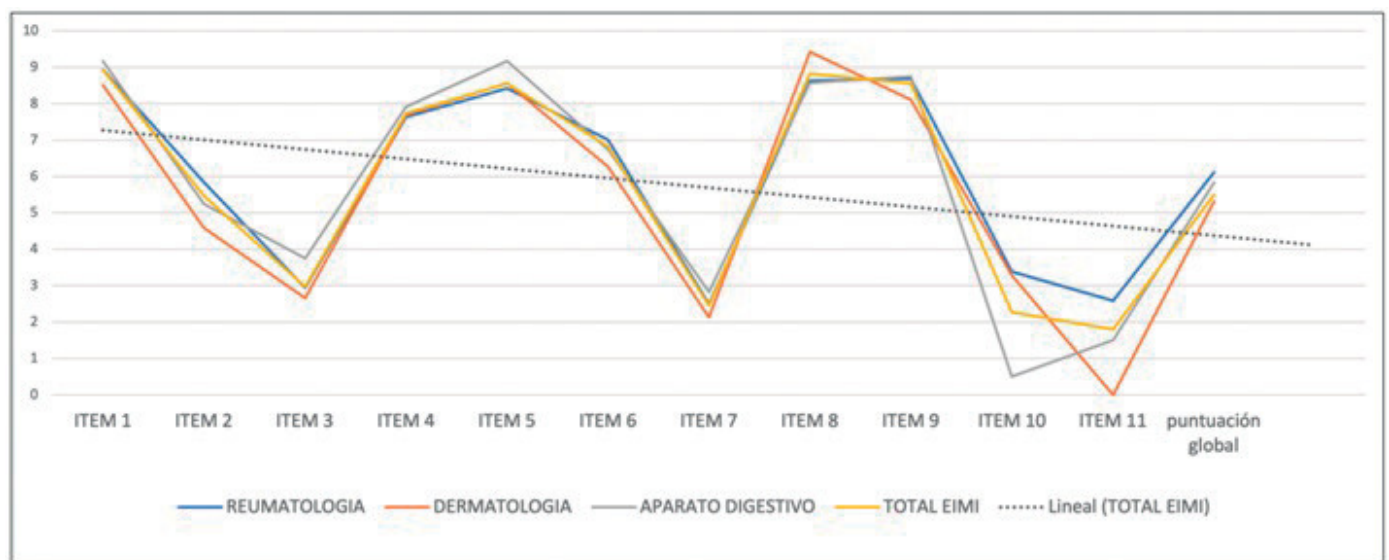
**Métodos:** Estudio observacional mediante encuesta en pacientes adultos con artritis reumatoide, espondiloartritis, artritis psoriásica, enfermedades autoinmunes sistémicas, psoriasis o enfermedad inflamatoria intestinal, que acudieron a consultas de Reumatología, Dermatología o Digestivo entre noviembre 2020 y mayo 2021. Se utilizó un cuestionario diseñado *ad hoc* (PREMSIMID-COVID), que incluía preguntas sobre el impacto de la COVID-19, evaluación del estado de salud y calidad de vida y la escala validada IEXPAC (Instrument for Evaluation of the Experience of Chronic Patients, www.iexpac.org) como medida PREM. En cada ítem el paciente contesta una escala Liker de 5 puntos (rango nunca a siempre), con una puntuación media final entre 0 (peor experiencia) y 10 (mejor experiencia). Todas las preguntas evalúan la experiencia en los 6 meses anteriores a la encuesta.

**Resultados:** Se incluyeron 249 pacientes con una edad media de 55,7 años y mayoritariamente mujeres. La media global de IEXPAC fue de 5,85 ± 1,9, siendo ligeramente superior para las EIMI de Reu-

**Tabla P113**

Puntuaciones medias de la escala IEXPAC

IEXPAC	Total muestra IMID (249)	Reumatología (n = 158)	Dermatología (n = 61)	A. Digestivo (n = 30)
Ítem 1. Respetan mi estilo de vida	8,93	8,94	8,52	9,17
Ítem 2. Están coordinados para ofrecerme una buena atención	5,47	5,85	4,59	5,25
Ítem 3. Me ayudan a informarme por Internet	2,97	2,94	2,66	3,75
Ítem 4. Ahora sé cuidarme mejor	7,74	7,64	7,7	7,92
Ítem 5. Me preguntan y me ayudan a seguir mi plan de tratamiento	8,56	8,43	8,57	9,17
Ítem 6. Acordamos objetivos para llevar una vida sana y controlar mejor mi enfermedad	6,83	7,01	6,27	6,75
Ítem 7. Uso internet y el móvil para consultar mi historia clínica, pedir citas	2,45	2,5	2,13	2,83
Ítem 8. Se aseguran de que tomo la medicación correctamente	8,83	8,64	9,43	8,58
Ítem 9. Se preocupan por mi bienestar	8,56	8,69	8,11	8,75
Ítem 10. Me informan de recursos sanitarios y sociales que me pueden ayudar	2,27	3,39	3,28	0,5
Ítem 11. Me animan a hablar con otros pacientes	1,8	2,59	0	1,5
Puntuación global IEXPAC	5,85	6,12	5,32	5,83
Edad media	55,73	58,03	52,67	49,87
Genero (Hombre/Mujer)	109/137	54/104	38/20	17/13



**P113 Figura.** Experiencia del paciente en diferentes especialidades. Puntuaciones medias IEXPAC (escala de 1 a 10).

matología. Las puntuaciones de cada dimensión y por especialidad se recogen en la tabla y figura. Las puntuaciones de la escala IEXPAC revelan que existen interacciones productivas entre el equipo asistencial y el paciente en el control y seguimiento de su enfermedad, en la revisión del cumplimiento del plan de cuidados y la medicación, así como la confianza y apoyo de todo el equipo para mejorar su bienestar y calidad de vida. Sin embargo, las dimensiones peor valoradas permiten identificar oportunidades de mejora, entre las que destacan: facilitar información sobre recursos de salud comunitaria y sociosanitarios, potenciar la interacción con otros pacientes en asociaciones o redes sociales, y el uso de internet para acceso a información fiable, seguimiento de sus citas o de la evolución de su enfermedad.

**Conclusiones:** Este estudio representa la primera evaluación PREM en pacientes con diversas EIMI durante la pandemia COVID-19 en España. En este contexto, la satisfacción global con el equipo clínico-asistencial es muy elevada, pero detecta amplias áreas de mejora en la información sobre recursos sociosanitarios, interacción con otros pacientes y uso de tecnologías digitales. Es imperativo conocer las habilidades digitales de los pacientes y los profesionales para transformar el modelo de atención, incorporando los recursos de e- redes de salud y e-consulta (e-health). Incorporar la e-consulta es ya una necesidad declarada por los pacientes que requiere una actuación urgente y coordinada de todos los agentes del sistema sociosanitario, para reorientar la atención sanitaria hacia objetivos centrados en el paciente y facilitar la mejora de la atención social.

Jueves 12 de mayo de 2022

**P114. IMPACTO DEL NIVEL DE HIDROXICLOROQUINA SOBRE EL INTERVALO QTc DEL ECG, EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS REUMÁTICAS: ESTUDIO EN VIDA REAL**

C. Raya-Santos<sup>1</sup>, J. Rosas<sup>1</sup>, M. Marco<sup>2</sup>, A. Pons<sup>1</sup>, J.C. Cortés-Quiroz<sup>1</sup>, M.J. Shalabi<sup>2</sup>, J.M. Senabre-Gallego<sup>1</sup>, G. Santos-Soler<sup>1</sup>, J.A. Bernal<sup>1</sup>, M. Lorente<sup>1</sup>, X. Barber<sup>3</sup>, J.A. García-Gómez<sup>3</sup> y el Grupo AIRE-MB

<sup>1</sup>Sección de Reumatología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. <sup>2</sup>Servicio de Laboratorio. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. <sup>3</sup>CIO-Universidad Miguel Hernández. Elche.

**Objetivos:** Analizar el impacto del nivel sérico de HCQ sobre el intervalo QTc del ECG, en pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas reumáticas (EASR), tratados con dicho fármaco de forma prolongada, con dosis de mantenimiento.

**Métodos:** Estudio retrospectivo, en pacientes con EASR, tratados con HCQ  $\geq$  1 año, dosis 200-400 mg/día. Se midió nivel sérico de HCQ por cromatografía líquida y el intervalo QTc del ECG (Welch Allyn 200; Skaneateles Falls, NY, EE. UU.). Se incluyen dos grupos control para QTc: Grupo-1: pacientes con EASR no tratados con HCQ; Grupo-2: sujetos sanos sin EASR. En ambos se recogió el peso, tratamiento actual y ECG para QTc. En pacientes con EASR, se recogió: 1) Datos epidemiológicos del paciente: edad, sexo, peso, enfermedades concomitantes, tratamiento actual. 2) EASR: diagnóstico, año de diagnóstico, tiempo de evolución de la enfermedad, datos clínicos y de autoinmunidad propios, tratamiento y dosis (especialmente corticoides, inmunosupresores y terapia biológica). 3) HCQ: tiempo en tratamiento, toxicidad, síntomas (mareo, síncope) y nivel sérico. 4) ECG; QTc y frecuencia cardíaca (FC). Resultados. Se incluyen 65 pacientes en tratamiento con HCQ, media de 10,8 (6,5) años, diagnosticados de LES: 43 (66%) pacientes, AR: 15 (23%), reumatismo palindrómico: 4 (6%), SS1<sup>o</sup>: 2 (3%) y APs: 1 (1%). 63 (97%) pacientes mujeres, edad media (DE): 58 (14,7) años. peso:

69 (15) kg. Dosis media de HCQ: 221  $\mu$ g/L (64) a 3,24 (1) mg/kg/día. Nivel sérico medio de HCQ: 166 mg (6,5): 18 (28%) pacientes con nivel  $\leq$  100  $\mu$ g/L (media: 63 [0,7] mcg/L) y 47 (72%) con nivel  $>$  100  $\mu$ g/L (media 195 mg/XX [94]). En ECG, la FC media: 69 lpm (10) y el intervalo QTc medio: 429,7 (84) ms, siendo alargado ( $>$  440 ms) en 23 (35%) de los pacientes. 12 (18%) pacientes refirieron alguna vez mareo y 29 (45%) pacientes seguían tratamiento con algún fármaco relacionado con riesgo de alargamiento QTc: Posible (P: a dosis autorizadas no riesgo de TdP): 1 (2%) paciente, Condicional (C: riesgo en determinadas circunstancias: dosis excesiva, interacciones): 13 (20%), P+C: 4 (8%), C+C: 11 (17%). Al comparar el resultado del QTc medio del grupo con HCQ y los grupos control sin HCQ (n: 41), el QTc es superior (p = 0,062) al grupo de sujetos sanos (n: 23) y sin diferencias con el grupo control EASR (n: 18), no tratado con HCQ (p = 0,70). Entre los pacientes con nivel de HCQ  $>$  100  $\mu$ g/L (n: 47) vs.  $<$  100  $\mu$ g/L (n: 18), el peso del paciente (p = 0,012), nivel (p  $<$  0,0001) y la dosis en mg/kg (p = 0,03), es significativamente mayor en niveles  $>$  100  $\mu$ g/L. No se observó relación entre el nivel de HCQ y el resultado del QTc. En 6 (9%) pacientes la dosis de HCQ  $\geq$  3 mg/kg (media: 5,35 [1] mg/kg, FC: 73 [14] lpm, dosis HCQ: 367 [71]  $\mu$ g/L), no se detectaron diferencias significativas en el QTc (1 paciente presentó QTc  $>$  440). En los pacientes con QTc  $>$  440 ms, fue significativa la mayor edad del paciente, el resultado del QTc, la frecuencia cardíaca. Sin embargo, la dosis en mg/kg de HCQ fue inferior en el grupo de QTc  $\leq$  440 ms (p = 007).

Características de los pacientes con QTc mayor o menor de 440 ms y con nivel de OHCLQ mayor o menor de 100  $\mu$ g/L

	QTc $>$ 440 ms N: 23 (35%)	QTc $\leq$ 440 ms N: 42 (65%)	p
Edad, media (DE)	64 (15)	56 (14,5)	0,007
Mujer, n (%)	22 (96)	40 (95)	0,85
QTc-1 alargado, media	454 (23,9)	416 (23,7)	0,0001
Síntomas, n (%)	4 (17)	4 (10)	0,77
Frecuencia cardíaca, media (DE)	74 (10,3)	67 (10,3)	0,016
Peso, media (DE)	69 (15,1)	67 (15,6)	0,61
Factores riesgo QTc alargado			
Enfermedad concomitante, n (%)	4 (17)	4 (10)	0,77
Fármacos, n (%)	14 (61)	15 (36)	0,18
(P)	1 (0,4)	0	-
(C)	6 (3)	7 (17)	-
(P+C)	3 (1)	1 (2)	-
(C+C)	4 (17)	7 (17)	-
OHCLQ:			
Dosis, media (DE)	209 (64,5)	229 (15,8)	0,15
Mg/kg OHCLQ, media (DE)	2,91 (1,06)	3,43 (1,08)	0,07
Años en OHCLQ, media (DE)	9,3 (6,6)	10,5 (6,5)	0,48
Nivel OHCLQ, media (DE)			
Rango			
$\leq$ 100 $\mu$ g/L:	174,27 (94,6)	162,4 (80)	0,51
n (%)	38-553	30-495	-
media (DE)	4 (17)	9 (21)	0,86
$>$ 100 $\mu$ g/L:	59 (23,8)	64,7 (16,2)	0,31
n (%)	19 (83)	32 (76)	0,55
media (DE)	200 (103,2)	192,8 (74,5)	0,77
	OHCLQ $>$ 100 $\mu$ g/L N: 47 (72%)	OHCLQ $\leq$ 100 $\mu$ g/L N: 18 (28%)	p
Nivel OHCLQ, media (DE)	166 (94)	63 (96,5)	0,0001
QTc alargado, media (DE)	430 (24)	431 (23)	0,87
Dosis mg, media (DE)	221 (65)	208 (66,5)	0,48
Mg/kg OHCLQ, media (DE)	3,32 (1,1)	2,65 (1,08)	0,03
Años en OHCLQ, media (DE)	10,8 (6,8)	11,5 (6,9)	0,71
Peso, media (DE)	69 (15,3)	80 (15,2)	0,012

**Conclusiones:** En pacientes con EASR tratados con dosis de mantenimiento de HCQ de alrededor de 3 mg/kg/día, 1) El nivel sérico de HCQ no se relaciona con alargamiento del QTc del ECG. 2) El QTc se relaciona de forma significativa con la edad y la frecuencia cardíaca. 3) La EASR per se, no afecta al resultado del QTc.