

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-Santos¹, J. Rosas¹, M. Marco², A. Pons¹, J.C. Cortés-Quiroz¹, M.J. Shalabi², J.M. Senabre-Gallego¹, G. Santos-Soler¹, J.A. Bernal¹, M. Lorente¹, X. Barber³, J.A. García-Gómez³ y el Grupo AIRE-MB

¹Sección de Reumatología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. ²Servicio de Laboratorio. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. ³CIO-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^o: 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 μ 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 μ g/L (media: 63 [0,7] mcg/L) y 47 (72%) con nivel $>$ 100 μ 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 μ g/L (n: 47) vs. $<$ 100 μ 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 μ 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] μ 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 μ 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 μ 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 μ 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 μ g/L N: 47 (72%)	OHCLQ \leq 100 μ 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.

P115. ¿EXISTEN MARCADORES BASALES DE PREDICCIÓN DE DESARROLLO DE ARTRITIS EN UNA CONSULTA DE ARTRALGIAS CLÍNICAMENTE SOSPECHOSAS?

L. Nuño Nuño, M. Novella, D. Peiteado López, I. Monjo Henry, A. Villalba Yllán, M.E. Miranda Carús y A. Balsa Criado

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción: A pesar de que los factores de riesgo genéticos y serológicos para desarrollo de artritis reumatoide se han estudiado, la fase de síntomas articulares sin artritis clínica está poco caracterizada. Teniendo en cuenta la importancia que tiene un diagnóstico precoz y un tratamiento efectivo para la prevención del daño estructural articular y la discapacidad a largo plazo, es de vital importancia el hallazgo de variables clínicas que identifiquen lo antes posible aquellos pacientes en riesgo de desarrollar una artritis crónica.

Objetivos: Identificar marcadores clínicos y analíticos basales en pacientes con artralgias clínicamente sospechosas que posteriormente desarrollan artritis crónica.

Métodos: Estudio longitudinal prospectivo de inicio en Noviembre de 2015 de una cohorte de pacientes mayores de edad en seguimiento en consulta de preartritis, con artralgias clínicamente sospechosas, sin evidencia de artritis clínica en la visita basal. Los pacientes son seguidos hasta completar al menos dos años, realizando recogida de datos clínicos y analíticos mediante protocolos estandarizados. Los criterios de inclusión son un inicio de los síntomas ≤ 12 meses, presencia de artralgias inflamatorias (predominio en noches o mañanas, mejoran a lo largo del día o con el movimiento y con rigidez matutina ≥ 30 min), con afectación de pequeñas articulaciones de manos o pies. En aquellos pacientes con última visita hace más de 6 meses, se realizó búsqueda mediante historia clínica electrónica de visitas a otros servicios de reumatología o medicina interna para conocer evolución.

Resultados: Se han reclutado 57 pacientes (91,2% mujeres), con una edad media al inicio del estudio de 45 ± 12 años. El resto de datos basales vienen reflejados en la tabla 1. Ocho pacientes tenían antecedentes familiares de enfermedades autoinmunes (5 AR, 2 psoriasis, 1 con espondiloartritis). Veinticuatro pacientes (42,1%) desarrollaron artritis clínica (15 AR, 2 artritis indiferenciada, 2 conectivopatías indiferenciadas, 1 esclerosis sistémica, 1 espondiloartritis periférica, 1 APs, 1 artritis relacionada con EII, 1 gota y 1 reumatismo palindrómico). La mayor parte de los pacientes referían una progresión de las artralgias en el tiempo (55%) y una sensación subjetiva de inflamación articular (70%). Los pacientes progresores presentaron en la visita basal una mayor dificultad para realizar el puño, mayor recuento de articulaciones dolorosas y un mayor DAS28, así como un tiempo de seguimiento más prolongado (tabla 2). Los pacientes progresores presentaron más tabaquismo, mayor puntuación en HAQ y VGP y mayor positividad de ACPA, aunque sin diferencias significativas. No se han encontrado diferencias con el IMC, edad y sexo.

Tabla 1. Datos basales

Datos epidemiológicos	
Edad al inicio de los síntomas	45 \pm 12
Tiempo hasta primera visita (meses)	8 \pm 5
Tiempo de seguimiento (meses)	28 \pm 19
Tiempo hasta diagnóstico de artritis (meses)	7 \pm 8
Datos analíticos	
FR (+)	19,3%
ACPA (+)	15,8%
PCR o VSG elevados	32,7%
Datos clínicos	
NAD 28	3,3 \pm 4,1
NAD 68	5,0 \pm 6,4
VGP (0-100)	33 \pm 24
EVA dolor (0-100)	38 \pm 24
HAQ	4,4 \pm 5,4
DAS28	3,0 \pm 1,1
IMC	26 \pm 56
Fumadores activos	13%

Tabla 2. Variables comparativas entre pacientes progresores y no progresores a artritis clínica

	Artritis clínica (n = 24)	No artritis clínica (n = 33)	p	OR	IC95%
Edad	48 \pm 12	43 \pm 12	0,17	1,0	1,0-1,1
Sexo mujer	21 (87,5)	31 (93,9)	0,63	2,2	0,3-14,4
Tiempo de seguimiento (meses)	38 \pm 20	21 \pm 14	< 0,01	1,05	1,02-1,09
Sensación subjetiva de inflamación	12 (70,6)	12 (50)	0,20	2,4	0,6-8,9
Progresión de síntomas	11 (61,1)	10 (43,5)	0,30	2,0	0,6-7,2
Dificultad para realizar puño	8 (47,1)	1 (4,3)	< 0,01	19,6	2,2-179,8
Simetría síntomas	16 (88,9)	3 (8,0)	1,00	1,1	0,2-7,3
Tabaquismo activo	5 (25)	1 (3,8)	0,06	8,3	0,9-78,3
NAD28 basal	4,3 \pm 4,2	2,5 \pm 4,0	0,03	1,1	1,1-1,2
NAD 68 basal	7,1 \pm 6,9	3,6 \pm 5,6	0,02	1,1	1,0-1,2
EVA dolor basal	46 \pm 31	33 \pm 18	0,15	1,0	1,0-1,1
VGP basal	42 \pm 27	28 \pm 21	0,07	1,0	1,0-1,1
HAQ basal	6,6 \pm 6,2	3,1 \pm 4,4	0,05	1,1	1,0-1,3
DAS28 basal > 2,6	85,7%	50%	0,03	6,0	1,1-33,3
FR (+)	4 (16,7)	7 (21,2)	0,75	0,7	0,2-2,9
ACPA (+)	6 (25)	3 (9,1)	0,15	3,3	0,7-15,0
RFA elevados	9 (42,9)	7 (25)	0,27	2,3	0,7-7,6

Conclusiones: Un 42% de pacientes con artralgias clínicamente sospechosas progresaron a una artritis clínica, demostrando la utilidad de estas consultas a largo plazo. El DAS28 y el recuento articular basales parecen tener utilidad en la predicción de una progresión a artritis.

P116. ¿AFECTA EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL A LA EFICACIA DE ABATACEPT SC O IV EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN LA PRÁCTICA CLÍNICA ORDINARIA?

R. Sanmartí Sala¹, R. Alten², X. Mariette³, M. Chartier⁴, C. Rauch⁵, Y. Elbez⁶, K. Lozenski⁷ y V. Khaychuk⁷

¹Hospital Universitari Clínic de Barcelona. ²Schlosspark-Klinik University. Berlin (Alemania). ³Université Paris-Saclay. AP-HP. Hospital Bicêtre. Paris (Francia). ⁴Bristol Myers Squibb. Rueil-Malmaison (Francia). ⁵Bristol Myers Squibb. Munich (Alemania). ⁶Deepscoper. Puteux (Francia). ⁷Bristol Myers Squibb. Princeton. NJ (EE. UU.).

Introducción: El índice de masa corporal (IMC) se asocia a la respuesta al tratamiento y puede afectar al desarrollo de planes terapéuticos individualizados óptimos para pacientes con artritis reumatoide (AR)¹. El grado en que la respuesta al tratamiento se ve influenciada por el IMC varía entre diferentes fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) biológicos y se relaciona con el mecanismo de acción¹. Evaluamos la repercusión del IMC en las puntuaciones de la actividad de la enfermedad en pacientes que recibían abatacept (ABA) intravenoso (IV) o subcutáneo (SC) notificadas en los estudios de vida real AbataCepT In rOutiNe clinical practice (ACTION)² y Abatacept SubCutaneOus in Routine Clinical Practice (ASCORE)³ para determinar el efecto del IMC en la eficacia de ABA.

Métodos: ACTION (NCT02109666) y ASCORE (NCT02090556) fueron estudios observacionales internacionales de pacientes con AR moderada a grave que recibieron ABA IV (posología ajustada por peso) o SC (125 mg una vez por semana) durante 2 años^{2,3}. Los pacientes se estratificaron por a) IMC basal (alto ≥ 30 kg/m², promedio 25- $<$ 30 kg/m², bajo $<$ 25 kg/m²) y b) línea de tratamiento con ABA (1.^a línea, ≥ 2 .^a línea, todos los pacientes). Las evaluaciones se hicieron en los meses 6 y 12 y abarcaron la variación media (desviación estándar) desde el inicio en las puntuaciones de la DAS28 (PCR), el índice de actividad clínica de la enfermedad (CDAI), el índice de actividad de la enfermedad simplificado (SDAI) y el índice de discapacidad HAQ. Se aplicó un método de imputación de la última observación realizada para los datos ausentes. Las categorías de IMC se evaluaron con un ANOVA.

Resultados: Se evaluaron 4.868 pacientes. Los números de pacientes y las puntuaciones basales de actividad de la enfermedad resul-

Tabla P116

Puntuaciones basales de actividad de la enfermedad (todos los pacientes)

	Abatacept IV			Abatacept SC		
	IMC alto (n = 544)	IMC promedio (n = 734)	IMC bajo (n = 874)	IMC alto (n = 683)	IMC promedio (n = 953)	IMC bajo (n = 1080)
DAS28 (PCR)	5,12 (1,05)	4,95 (1,10)	4,82 (1,13)	4,92 (1,10)	4,70 (1,17)	4,51 (1,16)
SDAI	32,43 (12,93)	31,07 (13,17)	29,40 (12,91)	29,67 (12,78)	27,64 (12,99)	26,36 (12,42)
CDAI	30,82 (12,51)	29,40 (12,54)	27,52 (11,94)	28,24 (12,45)	26,25 (12,42)	25,00 (11,87)
HAQ	1,59 (0,65)	1,46 (0,69)	1,37 (0,67)	1,61 (0,69)	1,37 (0,72)	1,24 (0,72)

Los datos se presentan como media (SD). Los grupos de IMC se definen como alto ≥ 30 kg/m², promedio 25-30 kg/m² y bajo < 25 kg/m². CDAI: índice de actividad clínica de la enfermedad; HAQ: índice de discapacidad del HAQ; IV: intravenoso; SC: subcutáneo; SD: desviación estándar; SDAI: índice de actividad de la enfermedad simplificado.

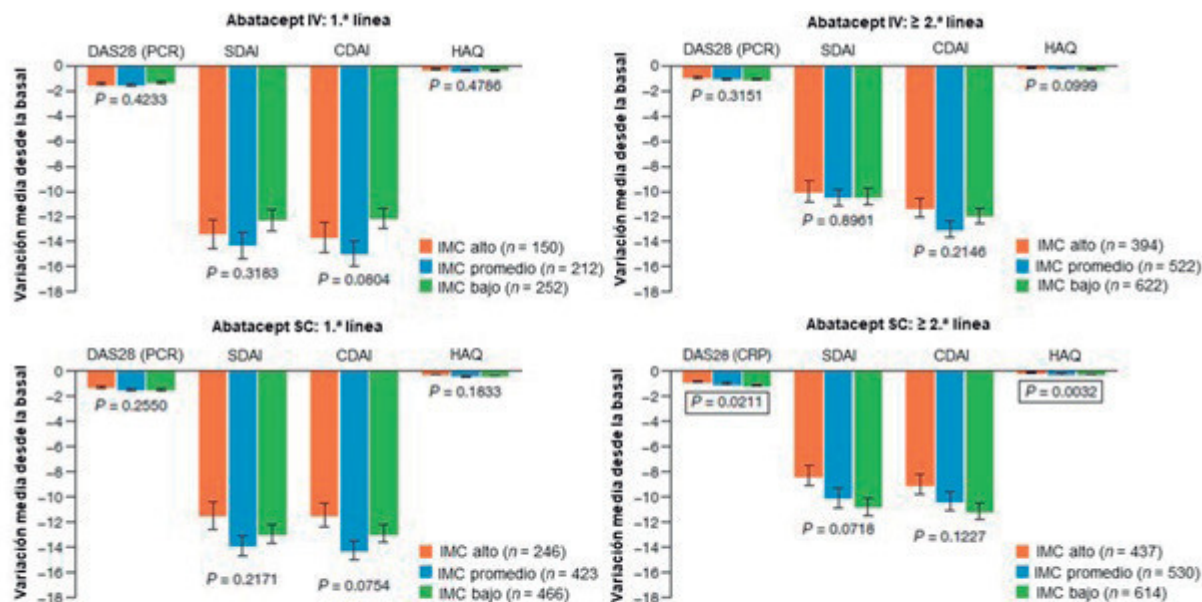


Figura 1. Variación media desde el inicio de la actividad de la enfermedad a los 12 meses en pacientes que recibieron ABA intravenoso (IV) o subcutáneo (SC) por línea de tratamiento. Los grupos de IMC se definen como alto ≥ 30 kg/m², promedio 25-30 kg/m² y bajo <25 kg/m². Se excluyen los pacientes con datos del IMC basal ausentes. Se aplicó la imputación de la última observación realizada para los datos ausentes. El valor de p procede de un análisis ANOVA con el que se compararon los tres grupos de IMC. Índice de actividad clínica de la enfermedad (CDAI), índice de actividad de la enfermedad simplificado (SDAI), índice de discapacidad HAQ, intravenoso (IV), subcutáneo (SC), error estándar (EE).

P116 Figura

taron semejantes entre los grupos de IMC en ambos estudios. La mayoría de pacientes tenía un IMC bajo al inicio (tabla), mientras que los pacientes que recibieron ABA IV no mostraron diferencias en el mes12 entre grupos de IMC tras valorar todas las medidas de actividad de la enfermedad y función física (HAQ) en ambas líneas de tratamiento (fig.). En pacientes que recibían ABA SC no se observaron diferencias significativas en el mes12 entre grupos de IMC en el grupo de 1.ª línea al evaluar la actividad de la enfermedad y el HAQ. Sin embargo, en el grupo de 2.ª línea o posterior, se registraron diferencias significativas entre grupos de IMC en las puntuaciones de la DAS28 (PCR; $p = 0,0211$) y el HAQ ($p = 0,0032$).

Conclusiones: El estado del IMC no tuvo ninguna repercusión significativa en la eficacia clínica en pacientes tratados con ABA IV. No se detectaron diferencias significativas entre categorías de IMC en los pacientes que recibieron ABA IV de 1.ª línea o de ≥ 2 .ª línea. De modo similar, con ABA SC no se identificaron variaciones significativas entre grupos de IMC en el grupo de 1.ª línea, aunque sí variaciones en las puntuaciones de la DAS28 (PCR) y el HAQ en el grupo de 2.ª línea o posterior. En conclusión, se demostró que el IMC afecta de forma significativa a las respuestas clínicas de los pacientes que recibieron ABA en 2.ª línea o posterior en un contexto observacional de vida real.

Presentado en ACR 2021.

Bibliografía

1. D'Agostino M-A, et al. Clin Rheumatol. 2017;36:2655-65.
2. Alten R, et al. Clin Rheumatol. 2019;38:1413-24.
3. Alten R, et al. Ann Rheum Dis. 2019;78(Suppl 2):A1639.

P117. SEGURIDAD Y EFICACIA A LARGO PLAZO DEL TRATAMIENTO CON ABATACEPT EN PACIENTES CON AIJ: RESULTADOS A LOS 5 AÑOS DEL REGISTRO DE DATOS DE LA VIDA REAL DE LA AIJ DEL PRCSG/PRINTO

J. Antón¹, H.I. Brunner², D. Lovell², M. Henrickson², R. Carrasco³, K. Minden⁴, L. Grebenkina⁵, J. Nocton⁶, I. Louw⁷, L. Wagner-Weiner⁸, G. Vega Cornejo⁹, S. Kamphuis¹⁰, V. Chasnyk¹¹, H. Walters¹², S. Appenzeller¹³, A. Dominique¹⁴, R. Wong¹⁴, L. Dong¹⁴, T. Douglas Kou¹⁴, A. Martini¹⁵ y N. Ruperto¹⁶

¹Hospital Sant Joan de Deu, Universidad de Barcelona. ²Cincinnati Children's Hospital Medical Center. University of Cincinnati. Cincinnati. Ohio (EE. UU.). ³Presbyterian Health Services. Albuquerque. NM (EE. UU.). ⁴Kirsten Minden. MD. PhD. Charite University Hospital Berlin (Alemania). ⁵Togliatti City Clinical Hospital N°5. Togliatti (Rusia). ⁶Medical College of Wisconsin. Milwaukee. WI (EE. UU.). ⁷Panorama Medical Centre. Cape Town (Sudáfrica). ⁸University of Chicago (Comer Children's). Chicago. IL (EE. UU.). ⁹Crea de Guadalajara/Hospital México Americano. Guadalajara (México). ¹⁰Sophia Children's Hospital. Erasmus University Medical Center. Rotterdam (Países Bajos). ¹¹Saint-Petersburg State Pediatric Medical Academy. Saint-Petersburg (Rusia). ¹²Cohen Children's Hospital. New York. NY (EE. UU.). ¹³Department of Orthopedics. Rheumatology and Traumatology-School of Medical Science-University of Campinas. São Paulo (Brasil). ¹⁴Bristol Myers Squibb. Princeton. NJ (EE. UU.). ¹⁵Università degli Studi di Genova. Dipartimento di Neuroscienze. Riabilitazione. Oftalmologia. Genetica e Scienze Materno-Infantili (DiNOGMI). Genoa (Italia). ¹⁶IRCCS Istituto Giannina. Gaslini. Clinica Pediatrica e Reumatologia - PRINTO. Genoa (Italia).

Introducción: El abatacept (ABA) es un tratamiento bien tolerado y eficaz en pacientes con artritis idiopática juvenil (AIJ)¹. El registro del Pediatric Rheumatology Collaborative Study Group (PRCSG)/Paediatric Rheumatology International Trials Organisation (PRINTO) se ha centrado en hacer un seguimiento de la eficacia y la seguridad a largo plazo del ABA para tratar la AIJ². Por tanto, el objetivo de este análisis consistió en evaluar la seguridad y eficacia a largo plazo (5 años) de ABA aplicado a la AIJ en vida real con datos del registro PRCSG/PRINTO.

Métodos: Se incluyó a todos los pacientes con AIJ que recibieron ABA IV/SC del PRCSG/PRINTO con ≥ 5 años de seguimiento. Se evaluaron la seguridad y la eficacia a los 3, 6, 12, 24, 36, 48 y 60 meses. Se evaluó la seguridad registrando los acontecimientos adversos graves (AAG), los acontecimientos adversos de especial interés (AAEI; tasa de incidencia [TI]/100 años-paciente [ap], IC del 95%) y las concentraciones anti-ABA. La eficacia se midió mediante la valoración de la actividad de la enfermedad, la gravedad de la AIJ, la puntuación de funcionalidad del Informe de Evaluación Multidimensional de la Artritis Juvenil (JAMAR), la puntuación del bienestar general, el número de articulaciones con actividad de la enfermedad, las articulaciones con amplitud de movimientos restringida (AMR) y la puntuación clínica de la actividad de la artritis juvenil de 10 articulaciones (cJADAS10). La cJADAS10 usó límites validados para la enfermedad de baja actividad (EBA), la enfermedad inactiva (EI) y la remisión (EI ≥ 6 meses).

Resultados: Se obtuvieron datos de 569 pacientes (seguimiento de 1.214,61 ap) hasta el 31/03/2020 (tabla 1). En 60 meses, las TI/100 ap con ≥ 1 AAG, AAG relacionado con el tratamiento o AAEI resultaron de 5,5 (4,3-7,0), 1,3 (0,8-2,1) y 3,6 (2,6-4,9), respectivamente (tabla 2). Además, el 5,9% (12/202) de las pruebas anti-ABA fueron positivas. Sin embargo, de los meses 3-60, la mediana de la actividad de la enfermedad global, el número de articulaciones con enfermedad activa y las articulaciones con AMR se mantuvieron sin cambios. El % de pacientes con AIJ leve valorada por el médico aumentó del 86% al 96%, mientras que la de los pacientes con AIJ moderada y grave se redujo del 11% al 4% y del 3% al 0%, respectivamente. Las medianas de las puntuaciones funcionales del JAMAR fueron de 2,0 (paciente) y de 3,0 (progenitor) en el mes 3, y de 1,0 en ambos casos en el mes 60, y se observó un patrón similar en las puntuaciones de bienestar general. Las medianas de las puntuaciones de la cJADAS10 fueron inicialmente de 4,0 (paciente) y de 4,5 (progenitor) y de 4,3 (paciente) y 3,3 (progenitor) en el mes 60. A los 3 meses se alcanzó una EBA y la EI de la cJADAS10 en el 37% y el 28% de los pacientes, respectivamente, las cuales se mantuvieron con el tiempo (fig.).

Tabla 1. Características basales de la población general de AIJ

Característica	Pacientes, N	Valor
Edad en la inclusión, años	569	13,6 (2,9-20,1)
Sexo, n (%)	569	
Mujer		454 (79,8)
Hombre		115 (20,2)
Meses desde el diagnóstico de AIJ	569	53,7 (0,8-198,5)
Tiempo en tratamiento con abatacept en la situación inicial, meses, media (mediana)	569	13,1 (6,5)
Actividad de la enfermedad global según el médico, EVA (0-100)	569	1,0 (0,0-9,5)
Escala de funcionalidad del JAMAR		
Paciente	457	3,0 (0,0-36,0)
Progenitor	482	3,0 (0,0-40,0)
Número de articulaciones con enfermedad activa	569	1,0 (0,0-42,2)
Número de articulaciones con AMR	569	1,0 (0,0-65,0)

Los datos se presentan en forma de mediana (cuartiles 1.^o-3.^o) a menos que se indique lo contrario. JAMAR: Informe de Evaluación Multidimensional de la Artritis Juvenil, AMR: amplitud de movimientos restringida, EVA: escala visual analógica.

Tabla 2. Resumen de seguridad de la población general del registro de la AIJ para el período de seguimiento total de 5 años

Criterio de valoración	Pacientes, n (%) (N = 569)	Tasa de incidencia ^a (IC95%)
Pacientes con ≥ 1 AA	95 (16,7)	7,82 (6,33-9,56)
Pacientes con ≥ 1 AAG	67 (11,8)	5,52 (4,27-7,01)
Pacientes con ≥ 1 AAG relacionado con el tratamiento	16 (2,8)	1,32 (0,75-2,14)
Pacientes con ≥ 1 AA que provocó la suspensión permanente del tratamiento	9 (1,6)	0,74 (0,34-1,41)
Pacientes con cualquier AA que provocó la muerte ^b	1 (0,2)	0,08 (0,00-0,46)
Pacientes con ≥ 1 acontecimiento de especial interés	44 (7,7)	3,62 (2,63-4,86)
Infecciones graves/analizadas	18 (3,2)	1,48 (0,88-2,34)
Otras enfermedades autoinmunitarias activas	8 (1,4)	0,66 (0,28-1,30)
Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo	8 (1,4)	0,66 (0,28-1,30)
Neoplasia maligna	1 (0,2)	0,08 (0,00-0,46)
Pruebas de anticuerpos	Pruebas, n (%) (N = 202)	
Positivo para anticuerpos anti-abatacept	12 (5,9)	N. d.

^aTasa de incidencia por 100 años-paciente de 569 sujetos con 1.214,61 años-persona de seguimiento. ^bDebida a un acontecimiento cardiovascular relacionado con una enfermedad preexistente y que se consideró sin relación con el tratamiento. cn = 11 específicamente para el CTLA-4 y posiblemente para la inmunoglobulina, y n = 1 específicamente para la inmunoglobulina y/o la zona de unión. AA: acontecimiento adverso, CTLA-4: antígeno 4 asociado a los linfocitos T citotóxicos, n. d.: no disponible, AAG: AA grave.

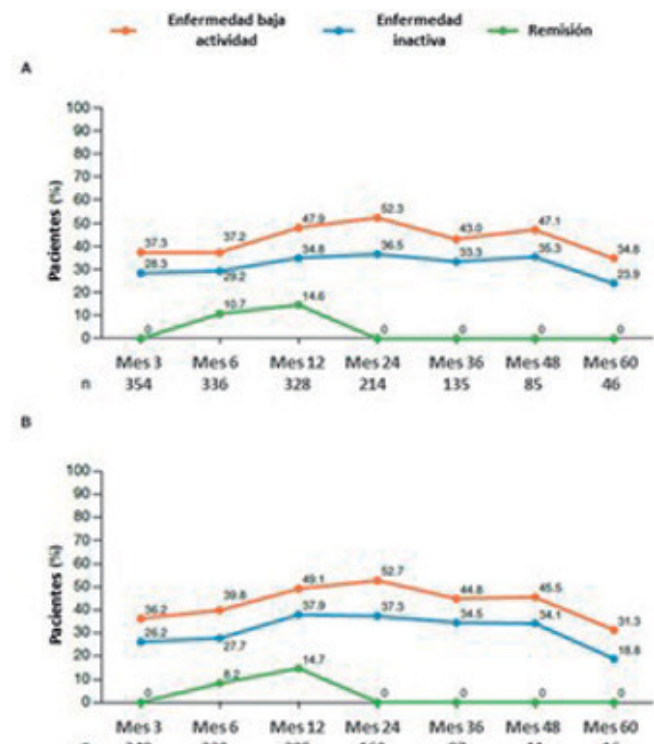


Figura 1. Proporción de pacientes que alcanzaron una actividad de la enfermedad baja, la enfermedad inactiva y la remisión en la puntuación clínica de la actividad de la artritis juvenil de 10 articulaciones (cJADAS10) notificadas por (A) los pacientes y (B) los progenitores. La remisión se definió como enfermedad inactiva durante ≥ 6 meses. La reducción de la n con el tiempo se debe a que la inclusión sigue en curso (es posible que los pacientes no hayan alcanzado aún los intervalos analíticos más tardíos en la fecha límite para la inclusión de datos) y a las pérdidas durante el seguimiento.

Conclusiones: ABA resultó bien tolerado en pacientes con AIJ y no se observó ninguna alerta de seguridad nueva. El tratamiento con ABA conllevó un buen control de la actividad de la enfermedad, dado que aproximadamente el 30% de los pacientes alcanzaron la EI de la cJADAS10 en el mes 3, la cual se mantuvo durante 2 años, y en la mayoría esta mejoría inicial con ABA tuvo lugar antes de la inclu-

sión en el registro. Así, estos datos de vida real respaldan firmemente el perfil de seguridad y eficacia de ABA.

Presentado en ACR 2021.

Bibliografía

1. Lovell DJ, et al. Arthritis Rheumatol. 2015;67:2759-70.
2. Lovell DJ, et al. ACR 2020. Resumen 0714.

P118. ASOCIACIÓN DE FACTORES CLÍNICOS Y MICROBIOTA INTESTINAL CON LA OSTEOPOROSIS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

A.M. Cabezas Lucena¹, M. Morales del Aguilar¹, P. Ruiz-Limón², I. Moreno-Indias², N. Mena-Vázquez¹, S. Manrique-Arija¹ y A. Fernández Nebro¹

¹Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA). UGC de Reumatología. Hospital Regional Universitario de Málaga. ²Unidad de Gestión Clínica de Endocrinología y Nutrición. Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA). Hospital Clínico Virgen de la Victoria. Málaga. CIBER Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBEROBN). Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

Objetivos: Describir las características de pacientes con osteoporosis y artritis reumatoide (AR) y analizar la asociación de factores clínicos, analíticos y de microbiota intestinal con la osteoporosis (OP) en AR.

Métodos: Diseño: estudio observacional transversal de una cohorte prospectiva de pacientes con artritis reumatoide. Casos: pacientes con AR (ACR/EULAR 2010) de una cohorte prospectiva de inicio (casos incidentes entre 2007-2011), > 16 años, en los que se recogió información sobre la densidad mineral ósea (DMO). Protocolo: Todos los sujetos se citaron en consulta y se recogieron todas las variables clínico-analíticas de la fecha de corte (inclusión de los sujetos en el estudio) y de las historias clínicas. Se obtuvieron de todos los sujetos muestras de sangre, orina y heces y se les realizó una densitometría ósea para el diagnóstico de OP. Variable principal: OP de acuerdo a la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La microbiota fecal (var. continua, 0-100%) se analizó mediante la plataforma de secuenciación de nueva generación Ion Torrent S5 y las secuencias obtenidas se procesaron mediante el software QIIME2 (Quantitative Insights Into Microbial Ecology 2). Otras variables incluyeron características sociodemográficas, comorbilidades, actividad inflamatoria medida mediante *Disease Activity Score-28* (DAS-28) promedio a lo largo de la enfermedad, variables de seriedad: hábito tabáquico, erosiones, títulos de anticuerpos antipeptidos citrulinado (ACPA), factor reumatoide (FR) y función física por HAQ. Tratamientos con fármacos biológicos modificadores de la enfermedad biológico (FAMEb) y sintéticos (FAMEsc). Análisis estadístico: análisis descriptivo, bivariable mediante t-Student y χ^2 , seguido de regresión logística multivariante en pacientes con AR (Vd: *Osteoporosis*).

Resultados: Se incluyeron 110 pacientes con AR. La mayoría de los sujetos eran mujeres (80%) con una edad media de 56 años. La mayoría de los pacientes con AR fueron seropositiva (el 81,8% con positividad para FR y el 80% con positividad para los ACPA) y el promedio de DAS-28 fue de 3. Un total de 49/110 pacientes (44,5%) tenían DMO normal, 46/110 pacientes (41,8%) presentaban osteopenia densitométrica, y 15/110 OP (13,6%). Los pacientes con OP tuvieron mayor edad (p = 0,025), mayor duración de la AR (p = 0,003), PCR más elevada (p = 0,046), mayor actividad inflamatoria por DAS28 (p = 0,051) y títulos de ACPA más elevado (p = 0,043). Asimismo, mostraron valores más elevados de *Lentisphaerae* (p = 0,035), *Synergistetes* (p < 0,001), *Actinobacteria* (p ≤ 0,001) y *Verrucomicrobia* (p = 0,034). Las variables asociadas de forma independiente a la OP en pacientes con AR fueron: edad (OR [IC95%], 1,099 [1,012-1,193]; p = 0,025), ACPA (OR [IC95%], 1,005 [1,001-1,010]; p = 0,036), duración de la AR (OR

[IC95%], 1,039 [1,016-1,062]; p = 0,001) y *Actinobacteria* (OR [IC95%], 1,124 [1,004-1,257]; p = 0,042), R² = 0,367.

Características epidemiológicas y clínico-analíticas de pacientes y controles

Variable	Pacientes n = 110
Características epidemiológicas	
Edad en años, mediana (RIC)	55,9 (49,3-64,4)
Sexo, mujer; n (%)	88 (80,0)
Tabaco	
Nunca fumador, n (%)	47 (42,7)
Exfumador, n (%)	30 (27,3)
Fumador activo, n (%)	33 (30,0)
Comorbilidades	
Hipertensión arterial, n (%)	28 (25,5)
Diabetes mellitus, n (%)	6 (5,5)
Dislipemia, n (%)	25 (22,7)
Enfermedad cardiovascular, n (%)	18 (16,4)
IMC (Kg/m ²), media (DE)	28,4 (5,1)
Características clínico-analíticas	
Tiempo de evolución AR, meses, mediana (RIC)	93,2 (77,6-123,4)
Retraso diagnóstico, meses, mediana (RIC)	8,1 (4,5-17,0)
Erosiones, n (%)	68 (61,8)
FR > 10, n (%)	90 (81,8)
ACPA > 20, n (%)	88 (80,0)
DAS28 al protocolo, media (± DE)	2,9 (1,0)
DAS28 promedio, media (± DE)	3,0 (0,7)
HAQ, mediana (RIC)	0,75 (0,1-1,2)
HAQ promedio, mediana (RIC)	0,71 (0,3-0,9)
FAME sintético, n (%)	93 (84,5)
FAME biológico, n (%)	42 (38,1)
Osteopenia densitométrica, n (%)	61 (55,5)
Osteopenia, n (%)	46 (41,9)
Osteoporosis, n (%)	15 (13,6)

Conclusiones: La osteoporosis en la artritis reumatoide se relaciona con factores de gravedad como la edad, la duración de la enfermedad o la presencia de ACPA, así como con predominio de actinobacteria en la microbiota intestinal.

P119. LA PLANIFICACIÓN Y EL SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO EN UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR MEJORA LOS RESULTADOS EN MUJERES CON ARTROPATÍAS INFLAMATORIAS

L. Vega Álvarez¹, O. Ibarguengoitia², C.L. García¹, M. Enjuanes¹, E. Galíndez¹, I. Calvo², J.M. Blanco¹, A.R. Inchaurre¹, I. Torre¹, O.B. Fernández¹, C.E. Pérez¹, E. Cuende¹, M.R. Expósito¹, I.R. Gorostiza³, J. Oraa⁴, M.L. García-Vivar¹ y M.E. Ruiz-Lucea¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Basurto. Bilbao.

²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Galdakao-Usansolo.

Vizcaya. ³Unidad de Investigación. Hospital Universitario Basurto.

Bilbao. ⁴Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Basurto. Bilbao.

Introducción: Las mujeres con artropatías inflamatorias (AI) presentan problemas de fertilidad y complicaciones durante el embarazo y frecuentemente se requiere terapia biológica (TB) para el control de la enfermedad.

Objetivos: Evaluar el embarazo en mujeres con AI en una unidad multidisciplinar (reumatólogos y obstetras): evolución de la enfermedad, complicaciones y tratamientos utilizados.

Métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo de la evolución del embarazo en pacientes con AI [artritis reumatoide (AR), ESPONDILOARTRITIS (SpA), artritis psoriásica (APs) y artritis idiopática juvenil (AIJ)] y el seguimiento en una unidad multidisciplinar durante más de 15 años (hasta diciembre de 2021). Se recogieron datos demográficos, enfermedad materna, tiempo hasta la concepción, abortos previos y presencia de anticuerpos. Además, durante el seguimiento se recogieron los abortos, cesáreas, partos prematuros, tratamiento, actividad de la enfermedad y complicaciones materno-fetales.

Resultados: Se estudiaron 49 embarazos (39 mujeres): 27 AR (55,1%), 9 SpA (18,4%), 9 APs (18,4%) y 4 AIJ (8,1%). La edad media materna al diagnóstico fue de $26,8 \pm 6,7$ años y la edad media en el parto/aborto fue de $34,5 \pm 5,3$ años. El tiempo desde que expresaron deseo gestacional hasta el embarazo fue de $9 \pm 7,7$ meses. El 8,2% recibió tratamiento de fertilidad con técnicas de fecundación *in vitro*. Se registraron anticuerpos anti-Ro en el 6,3% de las pacientes y el 28,6% tenía al menos 1 anticuerpo antifosfolípido. En el momento del deseo gestacional/gestación, 24 mujeres (13 AR, 5 SpA, 3 APs, 3 AIJ) estaban recibiendo TB: 14 certolizumab (CZP), 5 adalimumab (ADA) y 4 etanercept (ETN). 1 paciente estaba en tratamiento con baricitinib (BARI). Debido al embarazo en 3 pacientes se cambió ADA por CZP y la TB se suspendió en 6 casos (3 ETN, 2 ADA, 1 CZP) así como el tratamiento con BARI. En 2 casos ADA se suspendió en la semana 17 de embarazo (indicación médica). El embarazo se completó con TB (CZP) en 15 casos. Se registraron 9 abortos antes del seguimiento en la unidad (0,23 abortos/madre) y 3 (2 RA, 1 APs) durante el seguimiento (0,07 abortos/madre): 2 (1 AR, 1 APs) en mujeres con CZP. La paciente con AR tenía anticuerpos antifosfolípidos positivos y era fumadora, la paciente con APs tenía actividad moderada de la enfermedad en el momento del aborto. Se realizó cesárea en el 26,1% de los casos. El parto prematuro (< 37 semanas) tuvo lugar en el 8,2% (n: 4) de los embarazos: 2 en mujeres con CZP. Durante el seguimiento se registraron un total de 19 complicaciones fetales/maternas: 8 en el grupo con TB (42,1%) frente a 11 (57,9%) en el grupo sin TB, siendo el crecimiento intrauterino retardado (CIR) más frecuente entre las mujeres con TB. Las infecciones no fueron más frecuentes en las pacientes con TB (tabla 1). Los datos de DAS28 y BASDAI de estas pacientes se recogen en la tabla 2.

Tabla 1

Complicaciones	Con TB (n,%) n: 17	Sin TB (n,%) n: 32
CIR	3 (17,6)	1 (3,1)
Bajo peso al nacer	2 (11,8)	2 (6,2)
Infección	1 (5,9)	4 (12,5)
Colestasis	0 (0)	2 (6,2)
Preeclampsia	0 (0)	1 (3,1)
Diabetes mellitus	2 (11,8)	1 (3,1)
Hipertensión arterial	0 (0)	0 (0)
Nefropatía	0 (0)	0 (0)
Lupus neonatal	0 (0)	0 (0)
Bloqueo cardiaco	0 (0)	0 (0)
Malformaciones	0 (0)	0 (0)
Síndrome de HELLP	0 (0)	0 (0)
Total	8	11

Tabla 2

DAS 28 (mediana)					
	Previo	1 ^{er} trimestre	2 ^o trimestre	3 ^{er} trimestre	Posterior
AR sin TB	2,24	2,15	2,32	2,10	2,30
AR con TB	2,25	2,20	2,30	2,10	2,35
BASDAI (mediana)					
	Previo	1 ^{er} trimestre	2 ^o trimestre	3 ^{er} trimestre	Posterior
SpA sin TB	1	2	2,2	2	1,7
SpA con TB	3,8				2,1

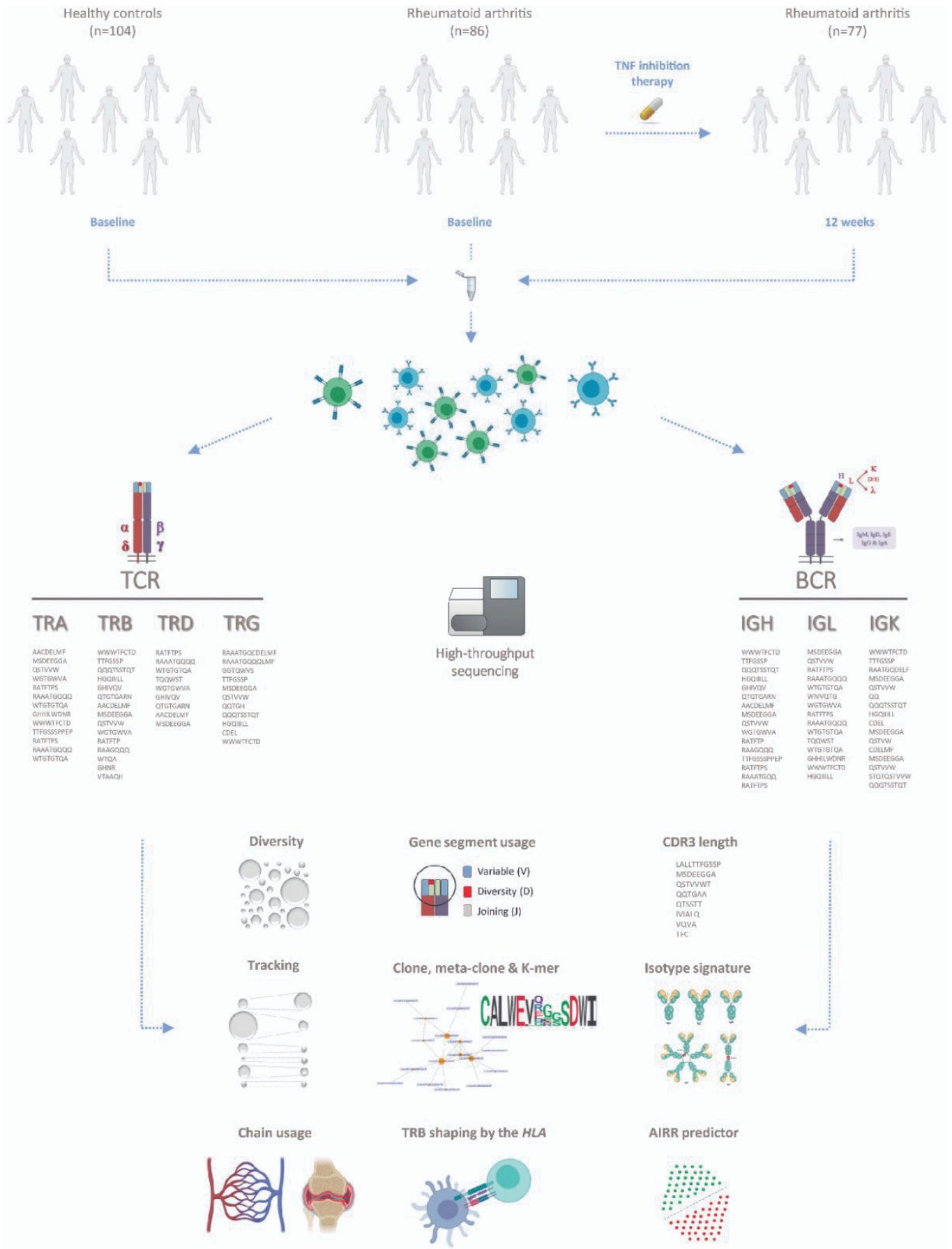
Conclusiones: En nuestra serie, tal y como se describe en la literatura, las mujeres con AI presentan mayor edad al embarazo y son más propensas a tener partos prematuros. Se mantuvo un adecuado control de la enfermedad previo, durante y posterior al embarazo. Registramos más casos de CIR, bajo peso al nacer y diabetes mellitus entre las mujeres con TB, pero una menor tasa de infecciones. Dado el escaso número de pacientes con TB, no se pueden extraer conclusiones estadísticamente significativas sobre las complicaciones. Son necesarios más estudios entre mujeres embarazadas con TB.

UP120. ANÁLISIS DE LAS SIETE CADENAS DEL REPERTORIO INMUNE EN LA ARTRITIS REUMATOIDE: ASOCIACIÓN CON LA ENFERMEDAD Y SUS FENOTIPOS CLÍNICAMENTE RELEVANTES

A. Julià Cano¹, A. Aterido¹, M. López-Lasanta¹, F. Blanco², A. Juan-Mas³, M.L. García-Vivar⁴, A. Erra^{1,5}, C. Pérez-García⁶, S.Á. Sánchez-Fernández⁷, R. Sanmartí⁸, A. Fernández-Nebro⁹, M. Alperi-López¹⁰, J. Tornero¹¹, A.M. Ortiz¹², C. Marras Fernández-Cid¹³, N. Palau¹, W. Pan¹⁴, M. Byrne-Steele¹⁴, D. Starenki¹⁴, D. Weber¹⁴, I. Rodríguez-Nunez¹⁵, J. Han¹⁴, R.M. Myers¹⁵, S. Marsal¹ y A. Julià¹

¹Grup de Recerca de Reumatologia. Institut de Investigació Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. ²Departamento de Reumatología. Hospital Juan Canalejo. A Coruña. ³Departamento de Reumatología. Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca. ⁴Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Barsuto. Bilbao. ⁵Departamento de Reumatología. Hospital Sant Rafael. Barcelona. ⁶Departamento de Reumatología. Parc de Salut Mar. Barcelona. ⁷Departamento de Reumatología. Hospital La Mancha Centro. Alcázar de San Juan. ⁸Departamento de Reumatología. Hospital Clínic e IDIBAPS. Barcelona. ⁹Departamento de Reumatología. Hospital Regional Universitario de Málaga. ¹⁰Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ¹¹Departamento de Reumatología. Hospital Universitario de Guadalajara. ¹²Departamento de Reumatología. Hospital Universitario La Princesa. IIS La Princesa. Madrid. ¹³Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. ¹⁴Repertoire Inc. Huntsville. Alabama (EE. UU.). ¹⁵HudsonAlpha Institute for Biotechnology. Huntsville. Alabama (EE. UU.).

La artritis reumatoide (AR) está caracterizada por la activación de clones de células T y B que reconocen, de manera específica, antígenos propios. Esta reacción autoinmune mediada por las células T y B conduce a la inflamación crónica de la membrana sinovial de los pacientes con AR. Aunque en los últimos años se ha progresado notablemente en la identificación de los subtipos celulares asociados a la enfermedad, las alteraciones patológicas del repertorio de células T y B son a día de hoy altamente desconocidas. En el presente estudio, hemos analizado cuantitativamente el conjunto de receptores de las células T y B en circulación, o repertorio inmune, en una cohorte de 86 pacientes con artritis reumatoide y 104 controles. Todos los pacientes se analizaron antes de iniciar la terapia anti-TNF y 77 de ellos a las 12 semanas de tratamiento. Mediante una nueva tecnología de inmunosecuenciación, hemos determinado simultáneamente la secuencia de las siete cadenas de receptores de las células T y B. Esta nueva estrategia analítica nos ha permitido identificar las características del sistema inmunitario asociadas a la AR, a sus fenotipos clínicos principales así como a la respuesta al tratamiento anti-TNF. Comparando el repertorio inmune de pacientes y controles, hemos detectado que ambos grupos difieren principalmente en los receptores de las células B. En particular, en nuestro estudio revelamos que los pacientes con AR tienen una diversidad de receptores de células B significativamente menor que los controles, un perfil de isotipos alterado y una frecuencia de cadenas y segmentos génicos VDJ característica. Además, mediante el análisis longitudinal del repertorio inmune, hemos revelado, por primera vez, que la inhibición terapéutica del TNF es capaz de restaurar la diversidad de receptores de células B en pacientes con AR, es decir, que el tratamiento anti-TNF reduce la frecuencia de las células B expandidas en condiciones patológicas. Más concretamente, el análisis de las propiedades de las células reguladas por el tratamiento muestra, de manera relevante, como el perfil bioquímico de dichas células difiere significativamente entre respondedores y no respondedores. Combinando los datos de inmunosecuenciación del repertorio inmune con información genética de la región HLA, identificamos también el conjunto de receptores de células T asociado a las variantes genéticas de riesgo de la enfermedad. Finalmente, en el presente trabajo demostramos el elevado poder de las características del repertorio inmune como herramienta de diagnóstico y, en última instancia, su potencial único



Diseño del estudio.

para el diseño de nuevas estrategias de medicina de precisión en enfermedades autoinmunes.

P121. PREVALENCIA Y COMORBILIDADES DE LA ARTRITIS REUMATOIDE ASOCIADA A ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL EN ESPAÑA: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS ELECTRÓNICAS MEDIANTE PROCESAMIENTO DEL LENGUAJE NATURAL

J.A. Roman-Ivorra¹, I. de la Morena², N. Costas², B. Safont³, J. Fernández-Melón⁴, B. Nuñez⁵, L. Silva-Fernández⁴, L. Cebrián⁶, L. Lojo⁶, B. López-Muñiz⁷, E. Trallero-Araguás⁸, M. Lopez-Lasanta⁸, R. Veiga⁹, P. Ahijado⁹, D. Benavent¹⁰, D. Vilanova¹¹, R. Castellanos¹¹ y S. Luján¹¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Fe. Valencia. ²Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario. Valencia. ³Servicio de Neumología Hospital Clínico Universitario. Valencia. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca. ⁵Servicio de Neumología. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca. ⁶Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. ⁷Servicio de Neumología. Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. ⁸Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. ⁹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Fuenlabrada. ¹⁰SAVANA Group Medical. Madrid. ¹¹Bristol Myers Squibb. Madrid.

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) es considerada una de las comorbilidades más frecuentes de la artritis reumatoide (AR) y está asociada a un mayor riesgo de morbimortalidad. El análisis de las historias clínicas electrónicas (HCE) mediante aprendizaje automático (ML, del inglés *Machine Learning*) y el procesamiento del lenguaje natural (PLN) es prometedor de cara a una mejor caracterización la enfermedad.

Objetivos: Este estudio tiene como objetivos: a) estimar la prevalencia de la AR en España, b) determinar la frecuencia de la AR-EPID entre los pacientes con AR, y c) describir las características demográficas y clínicas en los pacientes con AR/AR-EPID.

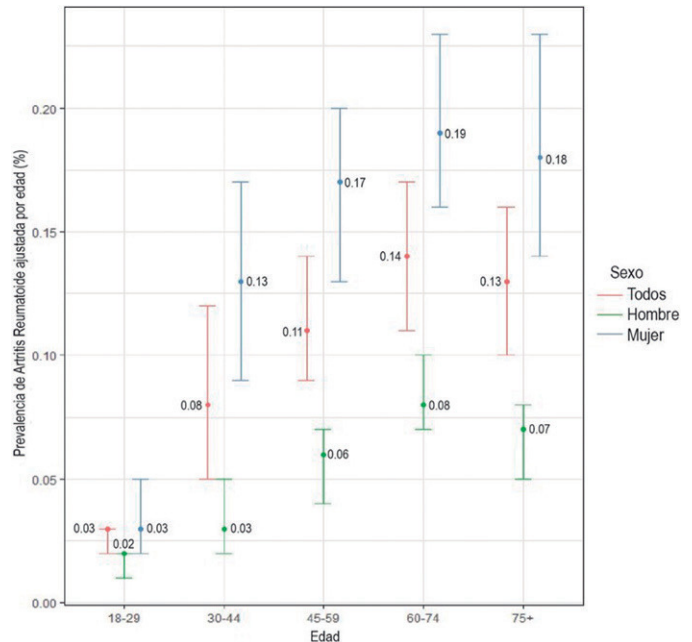
Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico basado en la utilización de datos clínicos no estructurados de las HCE de 6 hospitales españoles entre el 1 de enero de 2014 y el 31 de diciembre de 2019. La información contenida en el texto libre de las historias ha sido capturada mediante EHRead[®] de SAVANA, una tecnología validada de PLN que extrae información clínica de las HCE y realiza una estandarización en terminología clínica basada en SNO-MED-CT. La población del estudio incluyó a todos los pacientes adultos ≥ 18 años con AR en el período y los centros seleccionados. Se presentaron las características descriptivas en tablas de resumen. La prevalencia se calculó dividiendo el número total de pacientes con AR sobre el número total de pacientes atendidos en el área sanitaria de los hospitales en los años del periodo de estudio. Dicho análisis se estratificó por edad y sexo.

Resultados: Entre todos los pacientes atendidos en los hospitales participantes durante el periodo de estudio, se identificaron 11.163 pacientes con AR; de ellos, el 8,6% (n = 959) tenían EPID asociada a la AR (AR-EPID). La prevalencia ajustada por edad de la AR se muestra en la figura. La prevalencia estimada (IC del 95%) en la población general fue de 0,49 (0,37-0,60), siendo de 0,26 (0,19-0,32) en los varones y de 0,71 (0,54-0,87) en las mujeres. La mayoría de los pacientes de las poblaciones de AR (73,9%; n = 8,250) y AR-EPID (63,3%, n = 607) eran mujeres (tabla). La mediana de edad (Q1, Q3) fue de 60,8 (49, 74) y 67 (56, 77) años en los grupos de AR y AR-EPID, respectivamente. En cuanto a la evolución de la enfermedad, el tiempo transcurrido desde la AR hasta el diagnóstico de EPID fue de 27,6 (3,7, 73,2) meses. La mayoría de las comorbilidades presentaron tasas más altas en la población de AR-EPID que en la población de AR, como se muestra en la tabla. Entre los pacientes con información disponible sobre el subtipo de EPID (n = 618), el tipo más frecuente fue neumonía intersticial usual (29,8%; n = 184).

Datos demográficos y comorbilidades en las poblaciones de pacientes con AR y AR-EPID

	AR* (N = 11.163)	AR-EPID (N = 959)
Sexo, n (%)		
Mujer	8.250 (73,9)	607 (63,3)
Hombre	2.913 (26,1)	352 (36,7)
Edad (años) ¹		
Mediana (Q1, Q3)	61 (49, 74)	67 (56, 77)
Comorbilidades, n (%)		
Dislipidemia	4.369 (39,1)	316 (33)
Hipertensión	3.851 (34,5)	320 (33,4)
Diabetes mellitus	2.970 (26,6)	248 (25,9)
Infecciones	2.129 (19,1)	328 (34,2)
Fractura ósea	1.875 (16,8)	210 (21,9)
Osteoporosis	1.275 (11,4)	150 (15,6)
Malignidad	1.004 (9)	169 (17,6)
Insuficiencia renal	1.006 (9)	156 (16,3)
Insuficiencia cardíaca	993 (8,9)	184 (19,2)
Depresión	825 (7,4)	99 (10,3)
Psoriasis	773 (6,9)	39 (4,1)
Obesidad	732 (6,6)	90 (9,4)
Asma	740 (6,6)	82 (8,6)
Fibrilación auricular	729 (6,5)	102 (10,6)

*AR incluye a los pacientes de la población de AR-EPID. ¹Edad de los pacientes cuando se detectó por primera vez la AR o la EPID en las HCE. AR: artritis reumatoide; EPID: enfermedad pulmonar intersticial difusa.



Prevalencia estimada de la población ajustada por edad para la artritis reumatoide.

Conclusiones: Este es el primer estudio que realiza una caracterización de la EPID en pacientes con AR utilizando la metodología de la PLN en un entorno multicéntrico. Mediante el análisis de datos de vida real disponibles en las HCE, hemos podido estimar la prevalencia de la AR en la población española y describir las características demográficas y clínicas de los pacientes con AR y AR-EPID.

P122. PATRÓN DE UTILIZACIÓN Y EFICACIA CON ÉNFASIS EN MEJORÍA DEL DOLOR DE LOS INHIBIDORES DE JAK QUINASA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL DE UN HOSPITAL TERCIARIO. SERIE DE CASOS

A. Fernández-Reboul Fernández, G. Jurado Quijano, I. Fernández-Maeztu Palacín, J.L. Rodas Flores, B. Hernández Cruz y J.J. Pérez Venegas

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: Los inhibidores de la JAK quinasa (JAKi) son fármacos sintéticos dirigidos, de administración oral, utilizados en el tratamiento de enfermedades reumáticas¹. Sin embargo, necesitamos más evidencias sobre el patrón de uso en la práctica clínica habitual y sobre el perfil de pacientes que pueden beneficiarse en mayor medida de su empleo.

Objetivos: Analizar el perfil de pacientes tratados con JAKi para el tratamiento de patología reumática inflamatoria y evaluar la respuesta a dicho tratamiento en una cohorte de pacientes en seguimiento por el servicio de Reumatología del Hospital Universitario Virgen Macarena (HUVM) desde el año 2013 al 2021.

Métodos: Serie de casos, retrospectiva, que incluye pacientes adultos diagnosticados de artritis reumatoide (AR), artritis psoriásica (APs), artritis idiopática juvenil (AIJ) y artritis indiferenciada (AI) atendidos en el servicio de Reumatología del HUVM que han recibido al menos dos dosis de tratamiento con JAKi (baricitinib, tofacitinib o upadacitinib). El periodo analizado fue entre julio de 2013 y agosto de 2021. Se recabaron variables demográficas, clínicas y analíticas. Se realizó estadística descriptiva con cálculo de medias (p25 y p75). El protocolo del estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación.

Resultados: Se incluyeron 80 pacientes, 74 (92%) fueron mujeres, con edad de 61,6 (53,6-69,7) años; 69 (86%) pacientes con AR, 7 (9%) con APs, 2 (3%) con AI y 2 (3%) con AIJ. Todos habían recibido previamente FAMEsc, de media 2 (2-4); 58 (70%) habían recibido FAMEb previo, de media 2 (2-5). La duración de la enfermedad desde el diagnóstico hasta el inicio del JAKi fue de 15,8 (6,2-24,8) años. Se indicó baricitinib en 38 (47,5%) pacientes, tofacitinib en 26 (32,5%) y upadacitinib en 16 (20%). El seguimiento con el JAKi fue de 13,9 (6,3-23,5) meses, al final del mismo 62 (77%) pacientes continuaron con el tratamiento, mientras que 18 (22%) lo suspendieron. La EVA de dolor basal (0-100 mm) fue de 72,5 (60-90) en 46 pacientes, reduciéndose a 50 (23-50) tras el tratamiento, observándose una mejoría clínicamente significativa (fig. 1). El recuento medio de articulaciones dolorosas basal fue de 6 (4-9) en 67 pacientes, mientras que al finalizar el tratamiento era de 3 (0-3). El recuento medio de articulaciones inflamadas basal fue de 5 (3-8,5) en 70 pacientes, con final 0 (0-2). El DAS28 basal fue de 5,07 (4,27-5,99) en 54 pacientes, mientras que al final del tratamiento era de 2,62 (1,9-3,7) (fig. 2). El principal motivo de suspensión fueron los eventos adversos (EA), que ocurrieron en 10 (56%) pacientes. Los EA más frecuentes fueron las infecciones (n = 17, 66%), sobre todo herpes zoster (n = 7, 27%).

Conclusiones: El perfil de los pacientes que reciben tratamiento con JAKi en nuestro hospital fue mujeres, en la 7ª década de la vida, con diagnóstico de AR, de 15 años de evolución, y fallo previo a FAMEsc y FAMEb. El tratamiento con JAKi mostró una reducción significativa de la percepción de dolor, correlacionándose con un descenso de articulaciones dolorosas y disminución de la actividad clínica medida por DAS28. Los EA estuvieron dentro de los esperados.

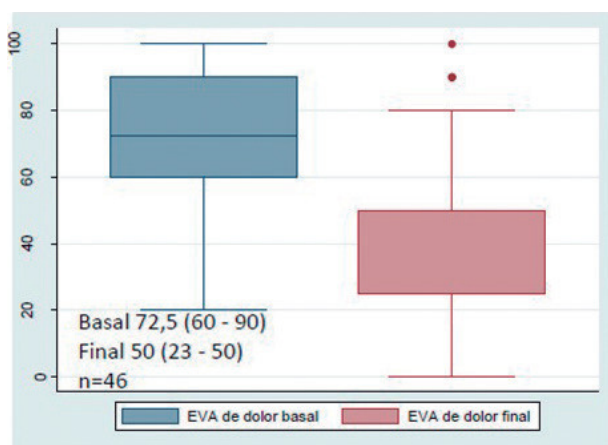


Figura 1. EVA dolor basal y final tras tratamiento con JAKi.



Figura 2. DAS28 basal y final tras tratamiento con JAKi.

Bibliografía

1. Harrington R, et al. JAK Inhibitors in Rheumatoid Arthritis: An Evidence-Based Review on the Emerging Clinical Data. *J Inflamm Res.* 2020;13:519-31.

P123. LA FATIGA ES UNA COMORBILIDAD IMPORTANTE PARA LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE. ¿CÓMO PODEMOS MEDIRLA FÁCILMENTE EN LA PRÁCTICA CLÍNICA?

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

Hospital Clínic de Barcelona.

Introducción: La fatiga tiene una alta prevalencia (40-70%) asociada a la artritis reumatoide (AR)¹. Los pacientes describen la fatiga como un síntoma importante, en discrepancia con la percepción del reumatólogo. Se dispone de diferentes cuestionarios validados para medir fatiga, sin preferencia estandarizada en su uso. En ensayos clínicos, FACIT-F es el unidimensional para la fatiga más utilizado. MDHAQ es un multidimensional que permite explorar diferentes aspectos de la AR; proporciona un EVA (0-10) para medir de forma sencilla la fatiga².

Objetivos: Estudiamos la fatiga en pacientes con AR mediante 2 cuestionarios, FACIT-F y EVA 0-10 (incluido en MDHAQ), para conocer la utilidad práctica de esta última.

Métodos: Se incluyeron pacientes con AR (EULAR/ACR 2010), reclutados de forma consecutiva durante 3 meses, en la consulta habitual. Se cumplimentaron 2 cuestionarios para evaluar la fatiga: 1 FACIT-F (FS) = FACIT-Fatiga (13 preguntas con puntuación 0-4) con un valor global de 0-52 (puntuaciones más bajas indican mayor fatiga). 2 EVA 0-10 fatiga = EVA-Fatiga incluida en la pregunta nº 9 del MDHAQ. Se recogieron variables demográficas (edad, sexo, IMC), tiempo de evolución, tratamiento, exploración física (NAD, NAI), valoraciones de enfermedad por parte del paciente (VGP) y médico (VGM) y de laboratorio (VSG, PCR). Se calcularon índices compuestos de actividad clínica (DAS28-VSG/PCR, SDAI) y de actividad clínica autoinformada con RAPID3 = función (FN) + dolor (PN) + VGP. Se recogieron otras variables autoinformadas del MDHAQ: 1-10 función física (FN) según HAQ modificado, EVA 0-10 para dolor (PN) y valoración global del paciente (PATGL) para calcular RAPID3, una revisión de 60 síntomas (ROS60) y la autoevaluación de 48 articulaciones (RADAI48). Los pacientes fueron cribados para depresión con el Cuestionario de salud del paciente 9 (PHQ9 > 10). Se realizó un análisis descriptivo de las variables y se realizó la correlación de Pearson entre las puntuaciones FACIT-Fatiga y EVA-Fatiga, y entre los cuestionarios de fatiga y el resto de variables.

Resultados: Reclutamos 75 pacientes (84% mujeres), con una edad media de 62 (\pm 11,6) años, una duración media de la enfermedad de 14,6 (\pm 5) años y con una media de IMC de 22,8 (\pm 8). El 64% estaba en tratamiento con FAMEb y el 45,3% con glucocorticoides. Se observó depresión (PHQ9 > 10) en el 16%. La correlación entre los dos cuestionarios estudiados (FACIT-F y EVA-Fatiga) fue prácticamente muy buena ($-0,79$, $p < 0,001$). Se obtuvieron correlaciones similares estadísticamente significativas, de $\sim 0,70$ entre EVA-Fatiga (rango: 0,60, 0,76) y de $\sim 0,80$ entre FACIT-Fatiga (rango: -0,70, -0,87) y las variables MDHAQ (FN, PN, PATGL, RAPID3, ROS60 y RADAI48). Observamos correlación moderada $\sim 0,50$ (rango: 0,42, -0,61) entre ambos cuestionarios, NAD y los índices compuestos de actividad (DAS28VSG y SDAI). Con las variables inflamatorias (PCR, VSG, NAI) encontramos correlación similar, pero baja $\sim 0,20$ (rango: 0,24, -0,29), aunque la VSG no mostró correlación con FACIT-Fatiga. El PHQ9 presentaba correlación con ambos cuestionarios, siendo mayor con FACIT-F que con el EVA ($-0,92$ ($p < 0,001$) y $0,66$ ($p < 0,001$) respectivamente) (tabla).

Correlación entre EVA-Fatiga y FACIT-Fatiga y las diferentes variables de actividad de la enfermedad

	EVA-Fatiga (0-10)		FACIT-Fatiga (0-52)	
	r	p	r	p
FACIT-Fatiga (0-52)	-0,79	$p < 0,001$	1	
EVA-Fatiga(0-10)	1		-0,79	
NAD (0-28)	0,42	$p < 0,001$	-0,58	$p < 0,001$
NAI (0-28)	0,24	0,040	-0,29	0,014
PCR	0,27	0,021	-0,28	0,017
VSG	0,25	0,032	-0,20	0,096
DAS28 VSG	0,52	$p < 0,001$	-0,61	$p < 0,001$
SDAI (0-86)	0,49	$p < 0,001$	-0,58	$p < 0,001$
FN (0-10)	0,76	$p < 0,001$	-0,87	$p < 0,001$
PN (0-10)	0,70	$p < 0,001$	-0,62	$p < 0,001$
PATGL (0-10)	0,75	$p < 0,001$	-0,73	$p < 0,001$
RAPID3 (0-30)	0,77	$p < 0,001$	-0,75	$p < 0,001$
ROS60 (0-60)	0,66	$p < 0,001$	-0,77	$p < 0,001$
RADAI48 (0-48)	0,60	$p < 0,001$	-0,70	$p < 0,001$
PHQ9 (0-27)	0,66	$p < 0,001$	-0,92	$p < 0,001$

Conclusiones: La medición de la fatiga mediante una EVA (0-10) puede ser de utilidad en la práctica clínica habitual. El uso de esta sencilla escala integrada en el MDHAQ permite capturar información clínica importante para la enfermedad.

Bibliografía

- Hewlett S, et al. Rheumatology. 2011.
- Hewlett S, et al. Arthritis Care Res. 2011.

P124. MOTIVOS DE LOS MÉDICOS PARA PRESCRIBIR INHIBIDORES DE LAS JANUS QUINASAS (IJAK) A PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y CONCORDANCIA ENTRE MÉDICOS Y PACIENTES EN UN CONTEXTO CLÍNICO DE VIDA REAL

S. Romero-Yuste¹, B. Fautrel², Y. Piette³, P.C. Taylor⁴, J. Broen⁵, M. Welcker⁶, E. Holdsworth⁷, M. Zignani⁸, K. Van Beneden⁸, R. Caporali⁹ y R. Alten¹⁰

¹Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. ²Hospital Pitie Salpêtrière. APHP. Universidad de la Sorbona. París (Francia). ³AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV. Brujas (Bélgica). ⁴Universidad de Oxford (Reino Unido). ⁵Maxima Medical Centre. Veldhoven. Países Bajos. ⁶MVZ für Rheumatologie. Planegg (Alemania). ⁷Adelphi Real World. Bollington (Reino Unido). ⁸Galapagos. NV. Malinas (Bélgica). ⁹Universidad Policlinico S. Matteo. Pavía (Italia). ¹⁰Universidad Schlosspark-Klinik. Berlín (Alemania).

Introducción: La toma compartida de decisiones, una piedra angular del tratamiento de la AR¹, permite a médicos y pacientes tomar decisiones informadas sobre los objetivos del tratamiento y la elección de la estrategia terapéutica. A medida que se dispone de nuevos tratamientos es importante conocer los motivos de los reumatólogos para elegir los iJAK, la satisfacción de los reumatólogos y los pacientes y el alineamiento de los pacientes con la elección.

Métodos: El Adelphi RA Disease Specific Programme^{TM2} es una gran encuesta multinacional puntual realizada entre reumatólogos y sus pacientes con AR atendidos en países europeos (Bélgica, Francia, Alemania, Italia, España, UK) entre enero y octubre de 2020. Los médicos cumplieron formularios de registro de hasta 10 pacientes con AR consecutivos, recogiendo datos demográficos, clínicos y de tratamiento y los motivos para elegir el tratamiento actual. Se invitó a los pacientes a contestar un cuestionario para valorar su satisfacción con el tratamiento en curso (escala de 5 pts) y la percepción de la toma conjunta de decisiones sobre el tratamiento actual.

Resultados: 316 reumatólogos aportaron datos de 3.121 pacientes de los que 1.130 (36,2%) contestaron cuestionarios de resultados comunicados por pacientes. El 67% eran mujeres, la media de edad era de 53 años (DE 14) y el 23% tenía un DAS28 > 3,2. El 68% de los pacientes estaba recibiendo un FARME biológico o sintético dirigido (definido como tratamiento avanzado, TA) y el 72% recibía este TA en primera línea. En general, los médicos y sus pacientes coincidían en que hubo una conversación sobre la decisión de tratamiento ($n = 855$; 79% de concordancia neta) y en que esa decisión fue compartida ($n = 814$; 75% de coincidencia neta). El 15% de los pacientes que no recibían un TA tenían un proceso clínico que lo justificaba; los motivos para no recibirlo eran el temor de los pacientes a la infección (24%), que los

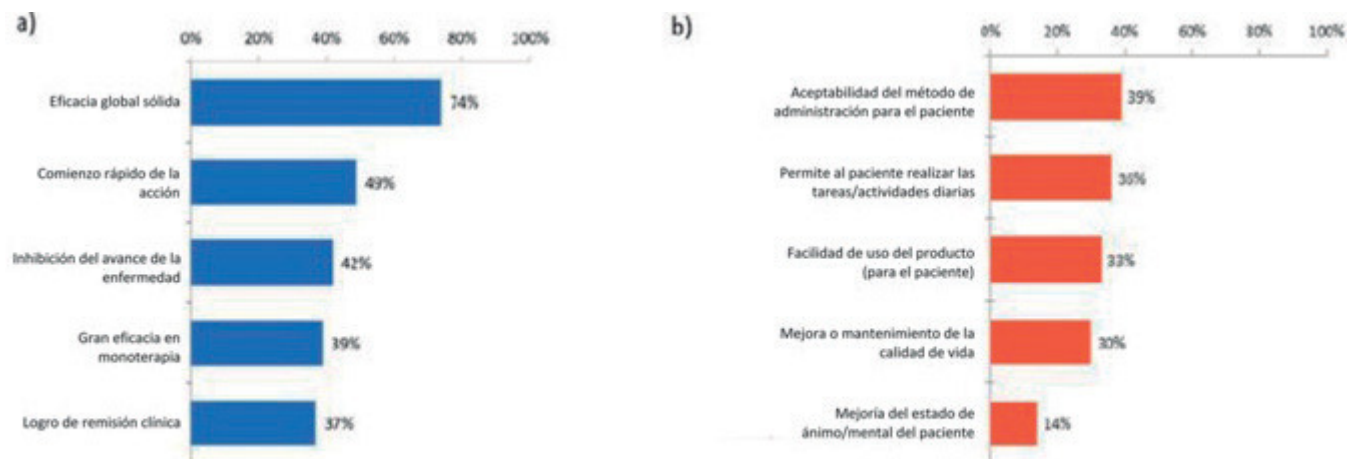


Figura 1. El médico indicó los motivos para prescribir un iJAK a sus pacientes con AR, % de pacientes ($n = 397$). a) Los 5 motivos clínicos principales (en azul). b) Los 5 motivos centrados en el paciente principales (en naranja).

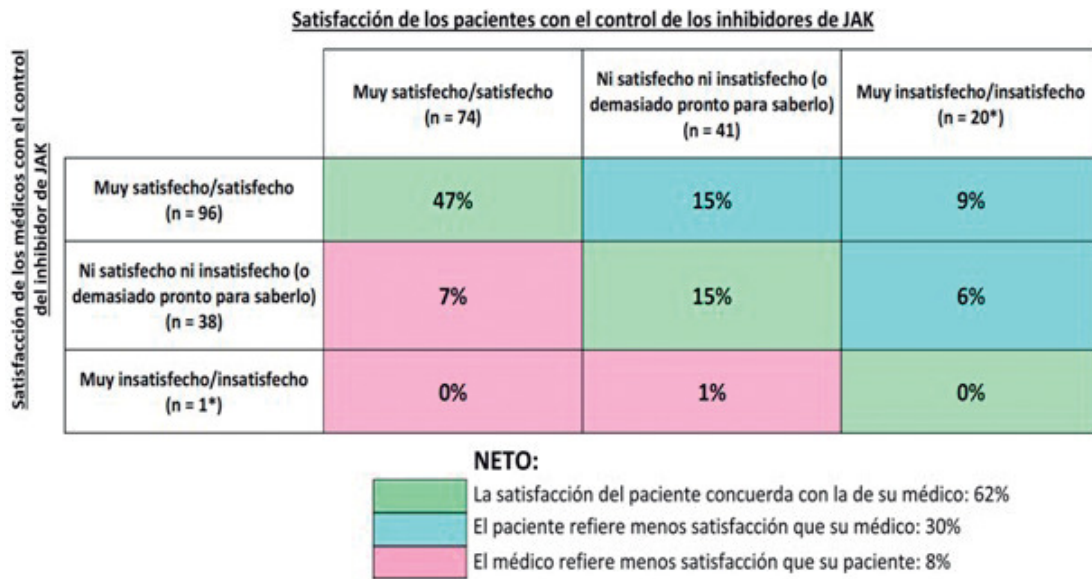


Figura 2: Grado de concordancia entre la satisfacción con los iJAK comunicada por médicos y pacientes

P124 Figura 2

FAMEsc eran tolerables y seguros en el paciente (18%) y la aversión del paciente a las infusiones/inyecciones (17%). De los 2143 pacientes que recibían TA al 19% se les había prescrito un iJAK, 57% en monoterapia y 43% en terapia combinada. En cuanto a los motivos aducidos por los médicos para elegir un iJAK, los factores determinantes eran la percepción tanto de la eficacia clínica como del comienzo de la acción así como factores relacionados con la aceptación por los pacientes, como el modo de administración y la facilidad de uso (fig. 1). Con respecto al tratamiento con iJAK (n = 135 pares de pacientes-médicos) el 62% de los médicos y sus pacientes concordaron en la satisfacción, pero el 30% de los pacientes refirieron menos satisfacción que los médicos que los atendían (fig. 2).

Conclusiones: La comunicación de la elección del tratamiento farmacológico a los pacientes con AR se ha vuelto cada vez más compleja para los médicos con la ampliación de los tratamientos aprobados. En este subgrupo de pacientes con iJAK los atributos del fármaco considerados motivos determinantes para la prescripción fueron tanto factores clínicos como centrados en el paciente. Aunque las comunicaciones entre pacientes y médicos concordaban en gran medida, un mejor conocimiento de las expectativas de los pacientes podría servir para mejorar la información y los mensajes sobre las opciones de tratamiento y la satisfacción resultante. Estudio financiado por Galápagos NV (Mechelen, Bélgica).

Bibliografía

1. Smolen JS, et al. ARD. 2017;76.
2. Anderson P, et al. Curr Med Res Opin. 2008;24(11):3063-72.

P125. LAS ESPECIFICIDADES DE ANTICUERPOS CONTRA MODIFICACIONES POSTRADUCCIONALES DE PÉPTIDOS/ PROTEÍNAS EN EL REUMATISMO PALINDRÓMICO PUEDE DETERMINAR LA PROGRESIÓN A ARTRITIS REUMATOIDE

C. García Moreno¹, B. Frade-Sosa², R. Morlà², L. Tobalina², M.J. Gómara¹, C. Pérez-García³, L. Pocino³, M. López-Lasanta⁴, H. Borrell⁴, G. Salvador⁵, A.M. Cuervo⁶, N. Busquets⁶, E. Graell⁷, D. Reina⁸, Ó. Camacho⁸, H. Corominas⁹, A.M. Millan⁹, E. Kanterewicz¹⁰, J.R. Rodríguez-Cros¹⁰, A. Escudero¹¹, I. Urionaguena¹², J.F. García-Llorente¹², F.J. Toro¹³, N. Oreiro¹³, A. Olivé¹⁴, M. Sala¹⁵, S. Castell¹² e I. Haro¹

¹Unidad de Síntesis y Aplicaciones Biomédicas de Péptidos. Instituto de Química Avanzada de Catalunya (IQAC-CSIC). Barcelona. ²Unidad de Artritis. Servicio de Reumatología. Hospital Clínic de Barcelona. ³Servicio de Reumatología. Hospital del Mar. Barcelona. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital Mútua de Terrassa. ⁶Servicio de Reumatología. Hospital de Granollers. ⁷Servicio de Reumatología. Hospital Parc Taulí. Sabadell. ⁸Servicio de Reumatología. Hospital Moisès Broggi. Sant Joan Despí. ⁹Servicio de Reumatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ¹⁰Servicio de Reumatología. Hospital General de Vic. ¹¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ¹²Servicio de Reumatología. Hospital de Galdakao-Usansolo. Bizkaia. ¹³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de A Coruña. ¹⁴Servicio de Reumatología. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. ¹⁵Servicio de Reumatología. Hospital de Figueres.

Introducción: El reumatismo palindrómico (RP) evoluciona con frecuencia a artritis reumatoide (AR), especialmente en pacientes con autoanticuerpos positivos como son el factor reumatoide o los anticuerpos contra modificaciones postraduccionales de péptidos/proteínas (AMPAs): anticuerpos contra péptidos citrulinados (ACPA) o carbamilados (anti-CarP)^{1,2}. Las especificidades e isotipos de los AMPAs en el RP de inicio reciente pueden diferir de las observadas en la AR establecida. Esta circunstancia podría ser relevante a la hora de predecir la evolución de RP a AR.

Objetivos: Determinar si existen diferencias en el reconocimiento de epítomos entre pacientes con RP de inicio reciente y AR establecida a través del análisis de especificidades e isotipos de AMPAs.

Métodos: Subestudio con datos preliminares del estudio PALABA. Se incluyeron dos poblaciones: 1) pacientes con RP de inicio reciente incluidos en el ensayo clínico multicéntrico aleatorizado PALABA (abatacept vs. hidroxicloroquina) (NCT03669367) en el momento de entrar en el estudio y 2) pacientes con AR establecida previamente seleccionados de un estudio observacional³. En ambas poblaciones se requirió que los pacientes fueran FR y/o ACPA positivos. Los pacientes con RP no habían sido tratados previamente con FAMES. Los pacientes con AR tratados con abatacept

Tabla P125

Anticuerpos anti-CarP en el reumatismo palindrómico y la artritis reumatoide

		AR (n = 125)	PR (n = 45)	p valor
"Fetal calf serum" carbamylado (FCS-CarP)	anti-FCS-CarP-IgG positivo,n (%)	78 (62,4)	14 (31,1)	p < 0,005
	Mediana anti-FCS-CarP AU/mL (IQR)	238 (571)	75 (249)	p < 0,005
	anti-FCS-CarP-IgA positivo,n (%)	41 (32,8)	2 (4,4)	p < 0,005
	mediana anti-FCS-CarP AU/mL (IQR)	161 (308)	14 (97)	p < 0,005
	anti-FCS-CarP-IgM positivo,n (%)	30 (24,0)	5 (11,1)	NS
	mediana anti-FCS-CarP AU/mL (IQR)	90 (165)	32 (101)	p < 0,005
Fibrinógeno carbamylado (Fib-CarP)	anti-Fib-CarP-IgG positivo,n (%)	87 (69,6)	9 (20)	p < 0,005
	mediana anti-Fib-CarP AU/mL (IQR)	249 (304)	70 (104)	p < 0,005
	anti-Fib-CarP-IgA positivo,n (%)	25 (20,0)	10 (22,2)	NS
	mediana anti-Fib-CarP AU/mL (IQR)	0 (76)	36 (72)	p < 0,005
	anti-Fib-CarP-IgM positivo,n (%)	33 (26,4)	8 (17,8)	NS
	mediana anti-Fib-CarP AU/mL (IQR)	82 (117)	57 (84)	NS
Péptido quimérico citrulinado/homocitrulinado (CFFHP)	anti-CFFHP-IgG positivo,n (%)	54 (43,2)	10 (22,2)	p < 0,05
	mediana anti-CFFHP AU/mL (IQR)	9 (227)	0 (12)	p < 0,005
	anti-CFFHP-IgA positivo,n (%)	20 (16,0)	1 (2,2)	p < 0,05
	mediana anti-CFFHP AU/mL (IQR)	0 (5)	0 (0)	NS
	anti-CFFHP-IgM positivo, n (%)	14 (11,2)	2 (4,4)	NS
	mediana anti-CFFHP AU/mL (IQR)	0 (7)	0 (0)	p < 0,05

o rituximab fueron excluidos. Las especificidades de AMPA e isotipos fueron determinados en suero con un test de ELISA propio empleando como antígenos dos proteínas carbamyladas y un panel de péptidos quiméricos derivados de fibrina y filagrina con una, dos o tres modificaciones postraduccionales en su secuencia de aminoácidos (citrulinación, homocitrulinación o acetilación)⁴. Los puntos de corte se establecieron mediante curvas ROC, fijando una especificidad del 95% respecto a una población sana. Se analizó comparativamente la frecuencia y los títulos de los distintos isotipos de AMPAs (IgA, IgG e IgM) presentes en los dos paneles de sueros (RP y RA).

Resultados: Se incluyeron un total de 45 pacientes con RP (77,6% mujeres) con una edad media de 49,3 (\pm 11) años y una media de duración de la enfermedad de 9,6 (\pm 6,1) meses y un total de 125 pacientes con AR (75,6% mujeres) con una media de edad de 59,6 (\pm 13) años y una media de duración de la artritis de 77,2 (\pm 59,7) meses. El FR y los ACPA (test CCP2) fueron positivos respectivamente, en el 80% y 91,1% de pacientes con RP y en el 77,6% y 88% de pacientes con AR (diferencias no significativas). A pesar de esta similar frecuencia de FR y ACPA, los pacientes con RP tenían menor número de especificidades de AMPA que los pacientes con AR. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas para dos péptidos doblemente citrulinados/homocitrulinados (isotipo IgA) y para la mayoría de antígenos e isotipos anti-CarP (tabla).

Conclusiones: La respuesta inmune frente a modificaciones postraduccionales de péptidos/proteínas es diferente en el RP en comparación a la AR, observándose un menor número de especificidades e isotipos. La ausencia de isotipos ACPA (IgA) y, especialmente, de anti-CarP en el RP podría estar asociado a una menor tasa de progresión a AR

El ensayo PALABA es una iniciativa de investigación independiente financiada por Bristol Mayers Squibb.

P126. PERFIL DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN TERCERA LÍNEA TERAPÉUTICA CON BIOLÓGICO O SINTÉTICO DIRIGIDO EN VIDA REAL: MOTIVOS DE CAMBIO DE TRATAMIENTO

M. Ibáñez Martínez, O. Compán Fernández, S. Pastor Navarro, B. Miguel Ibáñez, A. Turrión Nieves, S. Gómez Castro, C. Hidalgo Calleja, C. Montilla Morales y O. Martínez González

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Salamanca.

Introducción: En los últimos años se ha vivido un gran avance en el tratamiento de la artritis reumatoide (AR) debido a la aparición de nuevos fármacos. Sin embargo, nos enfrentamos en la práctica clínica

real a una proporción no despreciable de pacientes no respondedores a distintas líneas de tratamiento, que conlleva un difícil control de la actividad de la enfermedad.

Objetivos: Describir el perfil de pacientes con AR de nuestro centro que han requerido al menos 3 líneas distintas de tratamiento biológico o sintético dirigido (FAME-b/sd), analizando sus características y motivos de suspensión.

Métodos: Estudio observacional, longitudinal y retrospectivo. Se revisa un registro de 551 pacientes en tratamiento hasta el 30 de noviembre de 2021 con un FAME-b/sd de un servicio de Reumatología. Se extraen los pacientes diagnosticados de AR, según criterios ACR/EULAR 2010, que hayan requerido al menos 3 líneas distintas, obteniendo una muestra de 70 pacientes. Se describen sus características demográficas, clínicas y relacionadas con la AR y se analizan las estrategias terapéuticas, su duración y los distintos motivos de suspensión. Se utiliza el paquete estadístico SPSS-V25.

Resultados: En la tabla 1 se describen las características generales de la población a estudio, destacando una edad media de 64,2 años (47,1% pacientes \geq 65). Respecto a las características de la AR, se observa una larga evolución de la enfermedad (17,7 años), alto índice de positividad para factor reumatoide (FR) y anticuerpo anti-péptido citrulinado (ACPA) (94,3% y 88,6% respectivamente) y aparición de manifestaciones extraarticulares en el 42,8% de los pacientes, siendo los nódulos reumatoides subcutáneos y la afectación pulmonar las más prevalentes. En la tabla 2, se extraen los datos de interés relacionados con los FAME-b/sd. Acorde con los protocolos establecidos, cerca del 90% de los fármacos empleados en primera línea son anti-TNF, con cambio a otro anti-TNF (*cycling*) para la siguiente línea de tratamiento en el 50% de los casos. A partir de la tercera línea de tratamiento se objetiva un porcentaje mayoritario de fármacos con distinto mecanismo de acción. Existe mayor prevalencia de terapia combinada con un FAME convencional, aunque con tendencia hacia la monoterapia a medida que avanzan las distintas líneas de FAME-b/sd empleadas. La media de duración de los fármacos es decreciente con el paso de las distintas líneas terapéuticas. Los principales motivos de abandono son fallo primario, fallo secundario y aparición de eventos adversos considerados en relación con el tratamiento. Como se representa en la figura, si hay fallo primario en el primer FAME-b/sd, un 64,3% de los pacientes recurren en este mismo motivo de abandono en el segundo FAME-b/sd (45,5% *cycling*); si hay fallo secundario, un 54,5% tiene un fallo primario con el segundo FAME-b/sd (66,7% *cycling*), no siendo estas relaciones estadísticamente significativas. Sin embargo, sí existe relación entre la causa de suspensión de la primera y la segunda línea de tratamiento, cuando esta es evento adverso (p-valor 0,042).

Tabla 1. Características generales de los pacientes y características clínicas de la AR

Edad media	64,2 (38-90)
Edad ≥ 65 n (%)	33 (47,1%)
Sexo mujeres/hombres n (%)	57 (81,4%)/13(18,6%)
Hipertensión arterial n (%)	33 (47,1%)
Diabetes mellitus n (%)	7 (10%)
Dislipemia n(%)	31 (44,3%)
Depresión-ansiedad* n (%)	27 (38,6%)
Fumador/exfumador n (%)	10 (14,3%)/17 (24,3%)
Edad media al diagnóstico (años, mínimo-máximo)	46,0 (17-75)
Tiempo medio de evolución AR (años, mínimo-máximo)	17,7 (4-35)
Actividad DAS28-PCR al diagnóstico	Actividad leve 1 (1,4%) Actividad moderada 31 (44,3%) Actividad alta 13 (18,6%) Datos perdidos 25 (35,7%)
FAMEsc previos, media n (%)	2,6 1 FAMEsc 7 (10%)
Más utilizados:	2 FAMEsc 24 (34,3%)
MTX (98,6%)	3 FAMEsc 29 (41,4%)
LFN (82,9%)	4 FAMEsc 8 (11,4%)
HQ (32,9%)	5 FAMEsc 2 (2,8%)
FR+ n (%)	66 (94,3%)
ACPA + n (%)	62 (88,6%)
Erosiones n (%)	44 (62,8%)
Manifestaciones extraarticulares n (%)	30 (42,8%) Nódulos subcutáneos 17 (24,3%) Síndrome Sjögren- Síndrome seco 11 (15,7%) Afectación pulmonar 12 (17,1%) Afectación intersticial 5 (7,1%) Nodulosis pulmonar 4 (5,7%) Afectación vía aérea 2 (2,9%) Amiloidosis pulmonar 1 (1,4%)

*Considerado si consta tratamiento para dicha patología (no medido a través de cuestionarios). FAMEsc: fármacos sintéticos modificadores de la enfermedad sintéticos convencionales. MTX:metotrexato; LFN:leflunomida; HQ:hidroxicloroquina.

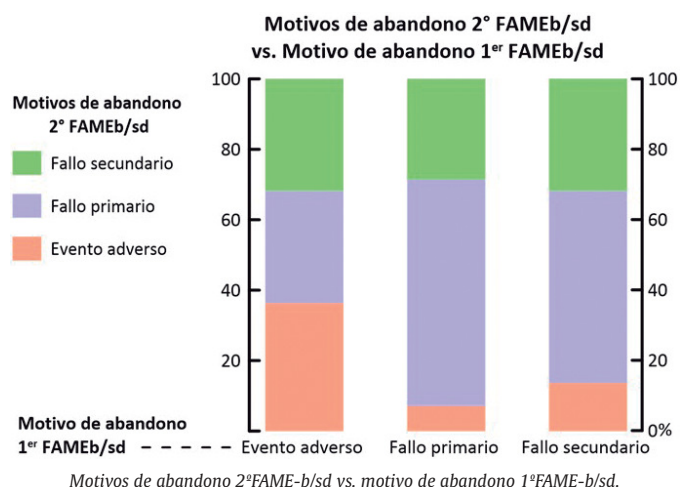
Conclusiones: 1. La muestra se caracteriza por pacientes con AR de larga evolución y alto índice de positividad para FR y ACPA. 2. Los principales motivos de abandono son por eventos adversos, fallo primario o secundario. 3. El abandono por evento adverso del primer FAME-b/sd se relaciona con abandono por el mismo motivo en el segundo FAME-b/sd.

Tabla P126

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

	6,4 (< 1-27)				
Tiempo medio diagnóstico- inicio primer FAME-b/sd (años)					
	1ª línea FAME-b/sd	2ª línea FAME-b/sd	3ª línea FAME-b/sd	4ª línea FAME-b/sd (47,10%)	5 línea FAME-b/sd (17,10%)
Tiempo medio duración del tratamiento (meses)	33,2 (0-228,4)	29,2 (0-158,7)	26,4 ¹ (0-145,8)	17,3 ¹ (0,5-44,7)	8,1 ¹ (0,9-16,4)
FAMEsc concomitante	56 (80%) ETA 24 (34,2%) IFX 19 (27,1%) ADA 13 (18,6%) GOL 4 (5,7%) TCZ 4 (5,7%) Anakinra 2 (2,9%) TOFA 2 (2,9%) CZP 1 (1,4%) ABA 1 (1,4%)	48 (68,6%) ABA 15 (21,4%) ETA 13 (18,6%) ADA 12 (17,1%) GOL 9 (12,9%) TOFA 8 (11,4%) IFX 4 (5,7%) RTX 4 (5,7%) TCZ 4 (5,7%) CZP 1 (1,4%)	48 (68,6%) RTX 16 (22,9%) ABA 15 (21,4%) TCZ 15 (21,4%) TOFA 7 (10%) ADA 5 (7,1%) GOL 4 (5,7%) ETA 3 (4,3%) CTZ 2 (2,9%) IFX 2 (2,9%) BARI 1 (1,4%)	15 (45,5%) RTX 8 (24,2%) TCZ 8 (24,2%) TOFA 5 (15,1%) BARI 4 (12,1%) ABA 4 (12,1%) ETA 2 (6,1%) GOL 1 (3,0%) IFX 1 (3,0%)	8 (66,7%) TOFA 3 (25,0%) BARI 3 (25,0%) ABA 3 (25,0%) RTX 2 (16,7%) ADA 1 (8,3%)
Motivo suspensión				36,4% suspenden	41,7% suspenden
Fallo primario ²	14 (20,2%)	29 (42,6%)	7 (21,2%)	5 (41,6%)	1
Fallo secundario ³	23 (33,3%)	20 (29,4%)	11 (33,3%)	1 (8,3%)	-
Evento adverso	24 (34,8%)	15 (22%)	13 (39,4%)	4 (33,3%)	3
Proceso intercurrente ⁴	4 (5,8%)	2 (2,9%)	-	1 (8,3%)	1
Decisión del médico cambio a otro	2 (2,9%)	2 (2,9%)	1 (3,0%)	1 (8,3%)	-
Deseo gestacional	1 (1,5%)	-	-	-	-
Remisión	1 (1,5%)	-	-	-	-
Voluntad paciente	-	-	1 (3,0%)	-	-

6ª línea FAME-b/sd 5 (7,1%), 7ª línea FAME-b/sd 3 (4,3%), 8ª línea FAME-b/sd 2 (2,9%). ETA: etanercept, IFX: infliximab, ADA: adalimumab, GOL: golimumab, CTZ: certolizumab, ABA: abatacept, RTX: rituximab, TCZ: tocilizumab, TOFA: tofacitinib, BARI: baricitinib. ¹Calculado sobre el porcentaje de pacientes que suspenden esta línea de tratamiento. ²Respuesta insuficiente desde el principio. ³Respuesta inicial pero posterior pérdida de eficacia. ⁴Mayoritariamente cirugía o suspendido en relación con pandemia COVID-19.



P127. MORTALIDAD EN ARTRITIS REUMATOIDE: CAMBIO EN SUS CAUSAS PRINCIPALES Y FACTORES PREDICTIVOS. ESTUDIO DE UNA COHORTE PROSPECTIVA

C. Corrales Selaya¹, F. Benavides-Villanueva¹, I. Ferraz-Amaro², N. Vegas-Revenga³, V. Portilla⁴, R. Blanco¹, M.Á. González-Gay¹ y A Corrales¹

¹Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. San Cristóbal de la Laguna. ³Reumatología. Hospital de Galdakao-Usansolo. Galdakano. ⁴Enfermería. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) se asocia a un incremento en la mortalidad en comparación con la población general, en su mayor parte debido a eventos cardiovasculares (CV). En las últimas décadas se ha observado un descenso en la tasa de mortalidad, pero los eventos cardiovasculares se mantienen como causa principal.

Objetivos: Analizar las tasas de mortalidad y sus principales causas, así como determinar qué factores basales relacionados con la enfer-

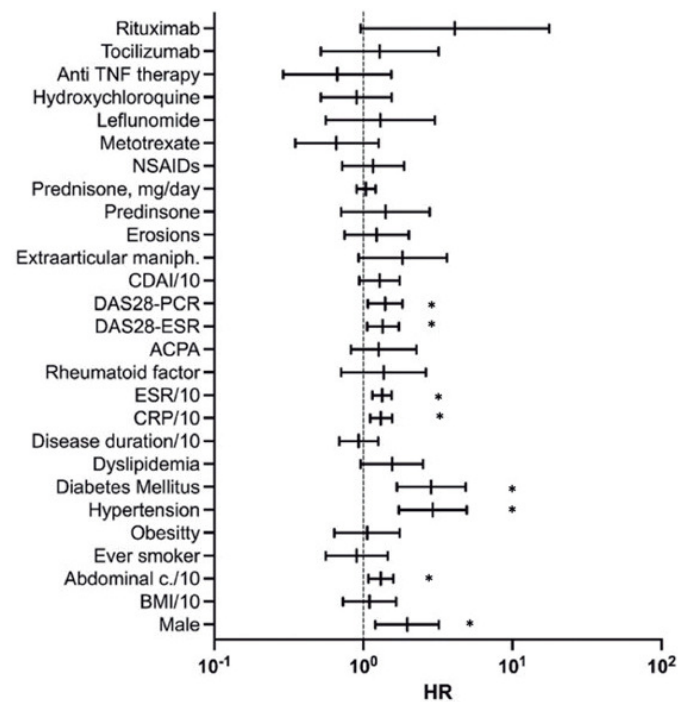
edad se relacionaron con la mortalidad en un estudio prospectivo de una cohorte de pacientes con AR.

Métodos: Estudio longitudinal prospectivo de 673 pacientes con AR procedentes de un hospital de tercer nivel. La mortalidad general y su asociación con factores dependientes del paciente y de la enfermedad se analizaron mediante regresión de Cox multivariante.

Resultados: Se incluyeron 673 pacientes con AR (75% mujeres) con una media de 61 ± 13 años. Sus características principales, factores de riesgo CV, factores relacionados con la actividad de la AR y el tratamiento inicial se detallan en la tabla. Tras un seguimiento de 4367 personas-año (tiempo medio $6,4 \pm 1,4$ años) ocurrieron 67 muertes. La incidencia acumulada de mortalidad por todas las causas fue 14% (IC95% 11-18) con una tasa de incidencia (TI) de mortalidad por todas las causas también de 0,015 (IC95% 0,012-0,020) paciente/año. Las principales causas de muerte fueron, por orden de frecuencia: infecciones (N = 23) (34%) TI: 0,005 [IC95% 0,003-0,008], neoplasias (N = 18) (27%) TI: 0,004 [IC95% 0,002-0,007], eventos CV (N = 12) (18%) TI: 0,003 [IC95% 0,001-0,005], enfermedad pulmonar (N = 2) (3%) TI: 0,0005 [IC95% 0,00007-0,002] y otras (N = 12) (18%) TI: 0,003 [IC95% 0,001-0,005]. Esta tendencia se mantuvo en un subanálisis de pacientes con evento CV previo. En el análisis univariante, el género masculino (Hazard Ratio (HR) 1,97 [IC95% 1,20-3,21, $p = 0,007$], el perímetro abdominal (HR 1,03 [IC95% 1,01-1,05], la diabetes (HR 2,85 [IC95% 1,68-4,86], $p < 0,001$) y la hipertensión (HR 2,92 [IC95% 1,73-4,94], $p < 0,001$) se asociaron con un aumento del riesgo de mortalidad por todas las causas. En lo que concierne a las variables relacionadas con la enfermedad, la presencia de valores superiores de PCR, VSG, DAS28-VSG y DAS28-PCR de forma basal se asociaron de forma significativa con un mayor riesgo de mortalidad general (fig.). En el análisis multivariante ajustado por los factores de riesgo CV, las características basales de la enfermedad que se asociaron de forma significativa con un mayor riesgo de mortalidad fueron el aumento de DAS28-VSG (HR 1,35 (1,06-1,73) $p = 0,017$; DAS28-PCR (HR 1,40 (1,07-1,83) $p = 0,016$; PCR (1,02 [1,01-1,05] $p = 0,002$); y VSG (1,03 [1,01-1,05], $p < 0,001$).

Características basales de 673 pacientes con AR

Edad, años (media \pm DE)	61 \pm 13
Mujeres/Hombres, n (%)	505 (75)/168 (25)
Datos de factores de riesgo CV	
Fumador o exfumador n (%)	338 (50)
Obesidad, n (%)	226 (34)
Hipertensión, n (%)	310 (46)
Diabetes mellitus, n (%)	85 (13)
Dislipemia, n (%)	310 (46)
IMC, kg/m ² (media \pm DE)	28 \pm 6
Perímetro abdominal, cm (media \pm DE)	97 \pm 15
Colesterol Total/HDL/LDL, mg/dl (media \pm DE)	204 \pm 38/62 \pm 18/120 \pm 31
Datos relacionados con la AR	
Duración, años (mediana, [RIC])	13 [10-20]
Manifestaciones extrarticulares, n (%)	149 (22)
Erosiones, n (%)	252 (38)
PCR, mg/l (mediana, [RIC])	3,0 [0,8-7,0]
VSG, mm/1ª hora (mediana, [RIC])	12 [5-21]
Factor reumatoide, n (%)	376 (56)
APCC, n (%)	314 (48)
DAS28-VSGR, (media \pm DE)	3,18 \pm 1,41
DAS28-PCR (media \pm DE)	3,00 \pm 1,23
AINES, n (%)	265 (39)
Prednisona, n (%)	341 (51)
Prednisona dosis, mg/día (mediana, [RIC])	5 (2,5-5)
Tratamientos	
Metotrexato, n (%)	406 (60)
Leflunomida, n (%)	52 (8)
Hidroxicloroquina, n (%)	178 (26)
Sulfasalazina, n (%)	10 (1)
Anti-TNF, n (%)	88 (13)
Tocilizumab, n (%)	43 (6)
Abatacept, n (%)	8 (1)
Rituximab, n (%)	13 (2)
JAK inhibidores, n (%)	12 (2)



Forest Plot de Mortalidad. Análisis univariante y multivariante ajustado por edad, género, duración, tabaco, diabetes, hipertensión y perímetro abdominal. CDAI, VSG y PCR expresados como valor/10. * $p < 0,05$.

Conclusiones: En una cohorte seguida prospectivamente de 673 pacientes con AR, las principales causas de mortalidad fueron las infecciones y el cáncer, en lugar de los eventos CV. Los factores relacionados con la actividad de la enfermedad parecen estar asociados con un aumento de la mortalidad en este grupo de pacientes.

Bibliografía:

1. Avina-Zubieta JA et al. Risk of cardiovascular mortality in patients with rheumatoid arthritis: a meta-analysis of observational studies. *Arthritis Rheum.* 2008;59:1690-7.

P128. ADIPSIN A NEW PROTEIN INVOLVED IN THE PATHOGENESIS OF RHEUMATOID ARTHRITIS

B. Hernández Breijo¹, F. Corvillo^{2,3}, L. González-Sánchez^{2,3}, M.E. Miranda-Carús^{1,4}, M. Novella-Navarro^{1,4}, A. Martínez-Feito^{1,5}, M. López-Trascasa^{2,6}, A. Balsa^{1,4} and Ch. Plasencia-Rodríguez^{1,4}

¹Immuno-Rheumatology Research Group. Hospital La Paz Institute for Health Research-IdiPAZ. Madrid. ²Complement Research Group. Hospital La Paz Institute for Health Research-IdiPAZ. Madrid. ³Center for Biomedical Network Research on Rare Diseases (CIBERER U754). Madrid. ⁴Rheumatology. La Paz University Hospital. Madrid. ⁵Immunology Unit. La Paz University Hospital. Madrid. ⁶Department of Medicine. Universidad Autónoma de Madrid.

Introduction: Adipsin is considered a rate-limiting factor in the activation of the alternative pathway of the complement system. Unlike most proteins of the complement system, which are synthesized by the liver and immune cells, adipsin is predominantly produced by white adipocytes, and to a lesser extent by macrophages, monocytes, and brain astrocytes. Recently, it has been observed that plasma levels of adipsin are elevated in patients with osteoarthritis showing a significant association with greater cartilage volume loss¹. However, there is no current evidence about the role of adipsin in immune-mediated diseases as rheumatoid arthritis (RA) or spondyloarthritis (SpA).

Objectives: This study aims to analyse serum adipsin levels in early-RA, RA and axSpA patients with active disease.

Table P128

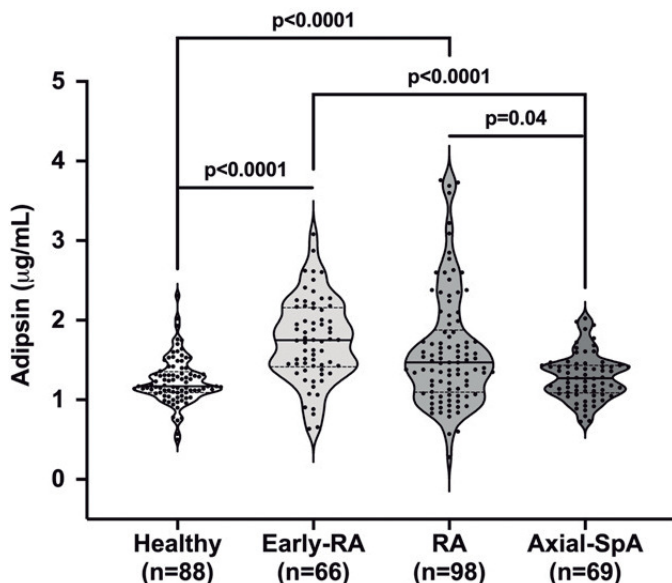
Characteristics of the study population

Characteristics	Healthy controls (n = 88)	early-RA (n = 66)	RA (n = 98)	axSpA (n = 69)
Age (yr)	53 ± 11 (†)	57 ± 13 (†)	57 ± 13 (††)	48 ± 13
Female	67 (76) (†††)	46 (70) (†††)	79 (81) (†††)	28 (41)
Smokers	–	32 (48)	45 (46)	32 (52)
Disease duration (yr)	–	–	9 (4-15)	7 (3-16)
RF	–	36 (54) (‡‡)	75 (77)	–
ACPA	–	40 (60) (‡‡)	78 (80)	–
HLA-B27	–	–	–	49 (72)
BMI (kg/m ²)	–	27.0 ± 4.4	26.6 ± 4.9	27.1 ± 5.0
BMI _‡ > 25 kg/m ²	–	42 (68)	58 (59)	41 (59)
DAS28	–	4.4 ± 1.4 (‡‡)	4.9 ± 1.3	–
ASDAS	–	–	–	3.5 ± 1.0
CRP (mg/L)	–	1 (0-3) (‡‡‡,†††)	6 (2-20)	8 (3-24)
csDMARD	–	4 (6) (‡‡‡,†††)	91 (93) (†††)	40 (58)
Prednisone	–	20 (31) (‡‡,†)	57 (58) (†††)	9 (13)

The table shows mean ± SD, median (IQR) or absolute number (percentage) for all the population included (n = 321). p-value < 0.05 was considered statistically significant. *Difference with early-RA. †Difference with RA. ‡Difference with axSpA. ACPA, anti-cyclic citrullinated peptide antibody; ASDAS, Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index; BMI, body mass index; CRP, c-reactive protein; csDMARD, conventional synthetic disease-modifying anti-rheumatic drug; DAS28, disease activity score-28; HLA-B27, human leucocyte antigen B27; RA, rheumatoid arthritis; RF, rheumatoid factor; SpA, spondyloarthritis.

Methods: For this study, 233 patients (66 early-RA, 98 RA and 69 axSpA) over 18 years from the RA-PAZ and SpA-PAZ cohorts were included. Early-RA patients had a disease duration lower than 6m and were not suffering from concomitant autoimmune/inflammatory or infectious diseases capable of interfering with the interpretation of results. RA and axSpA patients were recruited before starting biological therapy with moderate or high disease activity (DAS28 > 3.2, ASDAS > 2.1) at time of inclusion. Furthermore, 88 healthy controls (HC) were included. Serum adipsin was measured using an in-house ELISA assay [2] after incubation with IgG (in PBS-BSA 0.1% buffer) in order to avoid the interference by rheumatoid factor present in serum samples from early-RA and RA patients.

RA patients (p < 0.01, in all cases). CRP was lower in early-RA than in RA or axSpA (p < 0.01, in both comparisons). There were no differences among the groups in terms of BMI. We found the following median (IQR) serum adipsin concentrations (µg/mL): HC 1.2 (1.1-1.3); early-RA 1.7 (1.4-2.2); RA 1.5 (1.1-1.9); axSpA 1.3 (1.1-1.4). AxSpA patients showed similar adipsin concentration than HC (p = 1.0), but significantly lower than those observed in early-RA or RA patients (p < 0.0001 and p = 0.04; respectively). Similarly and accordingly, both early-RA and RA patients showed significant higher adipsin concentrations than HC (p < 0.0001; in both cases). On the other hand, although adipsin concentrations were slightly higher in early-RA than in RA, there were not significant differences between both groups (p = 0.1) (fig.).



Adipsin concentrations measured in the serum samples from the cohorts included (healthy controls, early-RA, RA and axSpA).

Results: Firstly, patients demographic characteristics were analysed (table). AxSpA patients were slightly younger than HC (p < 0.05), early-RA (p < 0.05) or RA patients (p < 0.01). However, no differences among HC, early-RA and RA were observed. Moreover, 41% of axSpA patients were female in contrast to HC (76%), early-RA (70%) or RA (81%). Regarding the use of concomitant therapies, RA patients received prednisone or csDMARDs with more frequency. Early-RA patients had lower titres for rheumatoid factor or anti-citrullinated protein antibodies and lower DAS28 at time sample collection than

Conclusions: Our results showed that adipsin levels are higher in RA patients from the first stages of the disease compared with axSpA patients. This suggests that adipsin may be involved in the development of RA.

Bibliography

1. Valverde-Franco G, et al. Rheumatology (Oxford). 2018;57(10): 1851-60.
2. Corvillo F, et al. Int J Mol Sci. 2021;22(12):6608.

P129. FACTORES ASOCIADOS A LA RETENCIÓN DEL TRATAMIENTO CON GOLIMUMAB EN ARTRITIS REUMATOIDE EN EL REGISTRO DE BIOBADASER, CON 7 AÑOS DE SEGUIMIENTO

M. Pombo-Suárez¹, D. Seoane-Mato², L. Cea-Calvo³, F. Díaz-González⁴, F. Sánchez-Alonso², M. Sánchez-Jareño³, B. García-Magallón⁵, O. Martínez González⁶ e I. Castrejón⁷

¹Departamento de Reumatología. Hospital Universitario de Santiago de Compostela. ²Unidad de investigación. Sociedad Española de Reumatología. Madrid. ³ Medical Affairs. MSD España. Madrid. ⁴Departamento de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife. ⁵Departamento de Reumatología. Hospital San Jorge. Huesca. ⁶Departamento de Reumatología. Hospital Universitario de Salamanca. ⁷Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos: Existen muchas opciones de tratamiento disponibles para la artritis reumatoide (AR), y es importante obtener datos de su efectividad en práctica clínica real. En este estudio evaluamos la probabilidad de retención (persistencia o supervivencia) del tratamiento con golimumab en pacientes con AR en diferentes líneas de tratamiento, y los factores asociados a la retención a largo plazo, con 7 años de seguimiento.

Métodos: Se analizaron las características de todos los pacientes con AR que habían iniciado golimumab en la edad adulta en la base de datos BIOBADASER. La probabilidad de retención de golimumab se evaluó con la prueba de Kaplan-Meier, las diferencias entre grupos con la prueba del rango logarítmico y los factores relacionados con la retención de golimumab con un modelo de regresión de Cox.

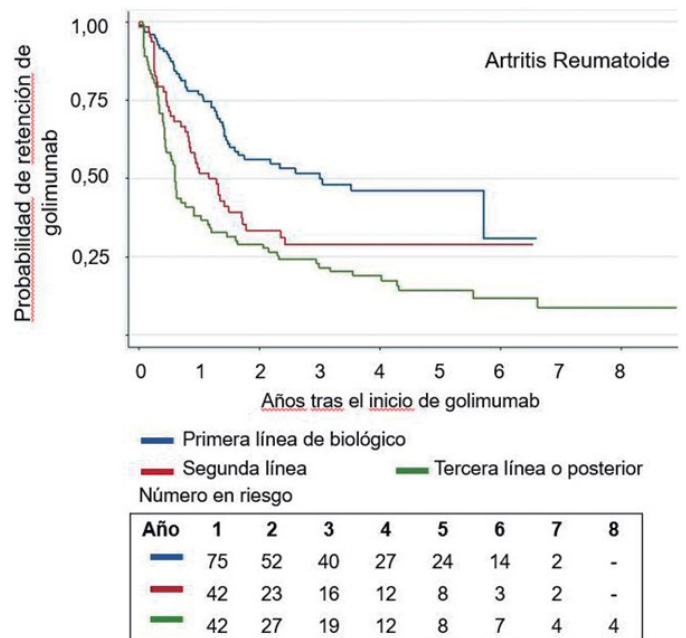
Resultados: Un total de 267 pacientes adultos con AR que habían iniciado tratamiento con golimumab (edad media 57 [DE: 12] años, 205 [77%] mujeres y 62 [23%] hombres) fueron identificados para este estudio. El número de ciclos de tratamiento con golimumab analizado fue 286, con un periodo de gracia de 3 meses para considerar 2 ciclos en un mismo paciente. La mediana de duración de la AR al inicio de golimumab fue 8,5 años (rango intercuartil [RIC]: 3,5-14,6). El factor reumatoide (FR) fue positivo en el 63% de los pacientes. El valor medio del DAS 28 al inicio de golimumab fue 4,6 (RIC: 3,5-5,4). Se prescribió golimumab como primer fármaco biológico en 102 (36%) tratamientos, como segundo en 84 (29%) y como tercero o posterior en 100 (35%). Los medicamentos concomitantes al inicio de golimumab incluyeron esteroides (57%), metotrexato (51%), leflunomida (29%) y sulfasalazina (3%). La probabilidad de retención del tratamiento con golimumab desde el inicio fue 59% (intervalo de confianza [IC] del 95%: 53-64) en el año 1, 43% (37-49) en el año 2, 37% (31-43) en el año 3, 34% (28-40) en el año 4 y 5, 31% (25-38) en el año 6, y 25% (14-35) en el año 7 y 8. Las tasas de retención fueron mayores cuando se usó golimumab como primer fármaco biológico (p log-rank < 0,001, fig.), con porcentajes del 75% en el año 1 y del 36% en el año 7, en comparación con 54% y 29% en el año 1 y 7 en segunda línea de biológico y 45% y 16% respectivamente en tercera/ulterior línea (p log-rank < 0,001). En el análisis de regresión de Cox (tabla), la edad avanzada, el uso de golimumab como segunda o tercera línea de tratamiento, el tratamiento con esteroides y un DAS 28 superior a la mediana al inicio de golimumab fueron factores inversamente asociados con la retención de golimumab (cocientes de riesgo para discontinuación > 1). El sexo y el FR no se asociaron con la retención de golimumab. Aunque no significativa, la regresión de Cox sugiere el sobrepeso y la obesidad como variables asociadas a mejor retención de golimumab.

Análisis de regresión de Cox. Hazard ratio (cociente de riesgos) para discontinuación de golimumab

	Hazard ratio	Intervalo de confianza 95%	p
Edad al inicio de golimumab	1,02	1,00-1,04	0,035
Sobrepeso (vs. peso normal)	0,68	0,44-1,04	0,075
Obesidad (vs. peso normal)	0,64	0,40-1,03	0,065
Segundo vs. primer fármaco biológico	1,50	0,96-2,35	0,077
Tercer vs. primer fármaco biológico	1,93	1,22-2,97	0,003
Actividad de la enfermedad mayor a la media al inicio de golimumab	1,41	1,00-2,00	0,052
Tratamiento con metotrexate al inicio de golimumab	0,83	0,57-1,17	0,293
Tratamiento con corticoides al inicio de golimumab	1,79	1,24-2,57	0,002

Conclusiones: En pacientes con AR, la probabilidad de retención de golimumab fue de alrededor del 60% en el año 1, pero se redujo a aproximadamente una cuarta parte en el año 7, fue mayor cuando se usó golimumab como primer biológico y menor en pacientes de edad avanzada y en aquellos con enfermedad más grave al inicio del tratamiento, es decir, alta actividad de la enfermedad y/o tratamiento con corticosteroides.

BIOBADASER está financiado por la Sociedad Española de Reumatología, la Agencia Española del Medicamento y por diferentes compañías farmacéuticas. El presente estudio fue financiado por MSD, España.



Probabilidad de retención de golimumab por línea de tratamiento.

P130. UTILIDAD PRONÓSTICA DE LA MEDICIÓN DE LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA EN METACARPÍANOS EN PACIENTES CON ARTRITIS DE RECIENTE COMIENZO MEDIANTE LA EVALUACIÓN DE LA PROGRESIÓN RADIOGRÁFICA A LOS 2 AÑOS DE SEGUIMIENTO

I.M. Llorente Cubas¹, A. Ortiz¹, A.M. Fernández Ortiz², A. García-Vadillo¹, J. Ivorra³, L. Rodríguez Rodríguez⁴, R. García-Vicuna¹, S. Castañeda¹ e I. González Álvaro¹

¹Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. ²Hospital Universitario de Badajoz. ³Hospital Universitario y Politécnico de La Fe. Valencia. ⁴Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) y la osteoporosis (OP) tienen una interacción compleja en cuanto a mecanismos patogénicos. En este sentido, la radiogrametría (DXR) de la mano, una técnica que mide la densidad mineral ósea (DMO) en los metacarpianos (MC), se asocia con un peor pronóstico en pacientes con AR¹. Sin embargo, la DXR es una técnica costosa y poco accesible en nuestro medio. Nuestro grupo demostró una excelente reproducibilidad de la medida de MC por densitometría dual de rayos X (DXA)² y una buena correlación entre las medidas de DMO obtenidas por DXR y DXA³.

Objetivos: Determinar si la DMO basal del MC de la mano no dominante evaluada mediante DXA se puede utilizar como marcador pronóstico, similar a la DXR, en pacientes con artritis de reciente comienzo (ARC).

Métodos: Un total de 378 sujetos del estudio PEARL (Princesa Early Arthritis Register Longitudinal) se sometió a la medición de MC 2º a la 4º de la mano no dominante mediante DXA (Hologic 4500®). En PEARL se recogieron las variables sociodemográficas, clínicas y de laboratorio, tratamientos administrados y hallazgos radiográficos por protocolo. Se evaluó de forma ciega la progresión radiográfica en manos por un reumatólogo experto (índice SvdH modificado), tanto en la visita basal como a los dos años de seguimiento. Para estudiar el valor predictivo de la DMO basal de MC por DXA, se ajustaron modelos multivariados utilizando modelos lineales generalizados con Stata 14.0 para Windows (Stata Corp LP, College Station, Texas, EEUU). Las variables dependientes fueron remisión (SDAI < 3,3) y progresión radiográfica después de dos 2 años. Ambos modelos fueron ajustados por variables clásicas que afectan a la DMO como edad, sexo e índice de masa corporal (IMC), tratamiento acumulado de FAME y actividad de la enfermedad (de referencia para el modelo de remisión).

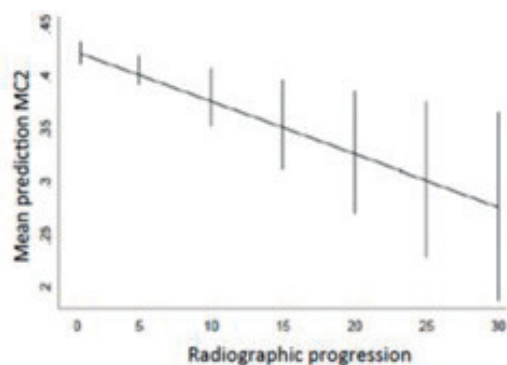


Figura 1. Correlación de la DMO media MC 2^a-4^a con la progresión radiográfica evaluada por el índice radiológico SvdH modificado a los 2 años, tras ajustar por edad, sexo e IMC, calculado con el comando margins de Stata basado en los datos obtenidos del análisis multivariante.

P130 Figura

Resultados: Después de ajustar por edad, sexo e IMC, hemos observado que: a) los pacientes en remisión tendían a mostrar valores basales más altos de DMO en MC por DXA ($p = 0,328$); b) los pacientes con mayor progresión radiográfica tenían DMO de MC de basal significativamente más baja, como se muestra en la figura ($p = 0,001$).

Conclusiones: En nuestro registro de pacientes con ARC hemos detectado que una menor DMO basal en la diáfisis de los MC centrales, valorado por DXA, se asocia a una mayor progresión radiográfica a los 2 años de seguimiento después de ajustar por los principales factores que influyen en la DMO. Por lo tanto, podríamos concluir que una baja masa ósea inicial podría constituir un factor de mal pronóstico en pacientes con ARC.

Bibliografía

1. Haugeberg G, Lodder MC, Lems WF, et al. Ann Rheum Dis. 2004; 63(10):1331-4.
2. Llorente I, Merino L, Escolano E, et al. Clin J Densitom. 2020;23(4): 678-84.
3. Ann Rheum Dis. 2019;78(Suppl.2):A942.

P131. EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LOS INHIBIDORES JAK EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE EN CONDICIONES DE VIDA REAL

J.J. Fragío Gil, R. González Mazarío³, L. Mas Sánchez¹, P. Muñoz Martínez¹, C. Pávez Perales¹, S. Leal Rodríguez¹, A.V. Huaylla Quispe¹, C. Riesco Barcena¹, E. Grau García^{1,2}, J. Ivorra Cortés¹, L. González Puig¹, R. Negueroles Albuxech¹, I. Martínez Cordellat¹, F. Ortiz-Sanjuán¹, E. Vicens Bernabeu¹, J.E. Oller Rodríguez¹, M. de la Rubia Navarro¹, I. Cánovas Olmos¹, C. Nájera Herranz¹ y J.A. Román Ivorra¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia. ²Grupo de investigación de Reumatología. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe (IIS La Fe). Valencia. ³Sección de Reumatología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia.

Introducción: Los inhibidores JAK (JAKi) conforman una familia terapéutica novedosa cuya eficacia y seguridad se ha estudiado en diferentes programas que han comprendido ensayos clínicos aleatorizados (ECA), que a pesar de representar a una gran diver-

Tabla P131

Características basales de los pacientes

	Total pacientes n = 160 (100%)	Baricitinib N = 59 (37%)	Tofacitinib n = 82 (51%)	Upadacitinib n = 19 (12%)
Edad-años (DE)	55,23 (16,84)	54,49 (22,72)	55,95 (12,07)	54,42 (13,24)
Sexo Femenino-nº (%)	139 (86,88%)	56 (94,92%)	66 (80,49%)	17 (89,47%)
Origen-nº (%)				
Caucásico	133 (84,18%)	48 (81,36%)	71 (87,65%)	14 (77,78%)
Asiático	1 (0,63%)	0 (0%)	1 (1,23%)	0 (0%)
Latinoamericano	24 (15,19%)	11 (18,64%)	9 (11,11%)	4 (22,22%)
Erosiones-nº (%)	117 (82,39%)	43 (78,18%)	61 (85,92%)	13 (81,25%)
Seropositividad-nº (%)	118 (77,12%)	46 (79,31%)	57 (74,03%)	15 (83,33%)
FR-mediana (1 ^{er} , 3 ^{er} Q)	45 (11,5, 173)	45 (10, 189)	40 (13, 162,5)	84 (12, 188)
ACCP-mediana (1 ^{er} , 3 ^{er} Q)	271 (2,85, 340)	263,5 (29,75, 340)	270 (1,4, 340)	286 (9,7, 340)
Manifestaciones extraarticulares-nº (%)	28 (18,18%)	12 (22,22%)	9 (11,11%)	7 (36,84%)
Fumadores-nº (%)	30 (26,55%)	8 (17,39%)	19 (35,85%)	3 (21,43%)
Tratamiento con corticoides-nº	110 (68,75%)	42 (71,19%)	55 (67,07%)	13 (68,42%)
Dosis media de corticoides-mg de prednisona o equivalente	4,21 (3,41)	4,44 (3,54)	3,96 (3,26)	4,58 (3,75)
Comorbilidades-nº (%)				
HTA	43 (26,88%)	17 (28,81%)	23 (28,05%)	3 (15,79%)
Diabetes	10 (6,25%)	1 (1,69%)	8 (9,76%)	1 (5,26%)
Dislipidemia	53 (33,12%)	18 (30,51%)	28 (34,15%)	7 (36,84%)
Uso de FAMEb-nº (%)				
Pacientes naïve	66 (41,51%)	23 (38,98%)	37 (45,68%)	6 (31,58%)
Fallo 1FAMEb	31 (19,38%)	9 (15,25%)	19 (23,17%)	3 (15,79%)
Fallo 2FAMEb	20 (12,5%)	6 (10,17%)	12 (14,63%)	2 (10,53%)
Fallo a 3 o más FAMEb	37 (23,12%)	16 (27,12%)	14 (17,07%)	7 (36,84%)
DAS 28-mediana (DE)	4,99 (0,99)	4,99 (1,01)	4,9 (1)	5,38 (0,85)
SDAI-mediana (DE)	24,62 (9,19)	25,45 (9,86)	23,48 (8,7)	26,72 (8,81)
HAQ-mediana (DE)	1,51 (0,52)	1,56 (0,46)	1,45 (0,53)	1,56 (0,69)
Reactantes de fase aguda				
PCR-mg/L	6,7 (2,55, 18,08)	9,2 (2,6, 19,6)	6,1 (2,4, 18,3)	4,45 (2,78, 8,35)
VSG-mm/h	27 (16, 45,25)	28 (16,75, 48)	28 (16,25, 45)	23,5 (16,5, 32,75)

sidad de circunstancias clínicas, no engloban a todos los perfiles de pacientes.

Objetivos: El objetivo del presente trabajo es analizar la efectividad y seguridad de los JAKi para el tratamiento de la artritis reumatoide (AR) en condiciones de práctica clínica.

Métodos: Estudio observacional unicéntrico de pacientes con AR a los que se les hubiera prescrito baricitinib, tofacitinib o upadacitinib (sept2017-enero2022). Se recogieron datos en las visitas basal, mes 1, 3, 6 y posteriormente de forma semestral. Como variables de efectividad se analizaron los cambios en el DAS28, SDAI y HAQ así como la proporción de pacientes que alcanzaban remisión y/o baja actividad. Se estimaron como datos de seguridad cualquier evento adverso (EA) documentado en la historia clínica y fue considerado como grave si implicó hospitalización, alguna amenaza para la vida o tuvo como desenlace la discapacidad o muerte. Los EA se expresaron como tasa de eventos ajustada a exposición (TEAE, E/100 pacientes-año). Todos los pacientes firmaron consentimiento informado y el estudio fue aprobado por el comité de bioética local.

Resultados: Se incluyeron 160 pacientes cuyas características basales se exponen en la tabla. En el 19% de los casos, el JAKi se prescribió en primera indicación y el 36% en monoterapia. En el momento del análisis 102 pacientes (64%) continuaban con el tratamiento (42 con baricitinib, 42 con tofacitinib y 18 con upadacitinib) con seguimientos medios 20/20/5 meses respectivamente, acumulando una exposición a JAKi global de 239,67 pacientes-año. 54 pacientes discontinuaron el tratamiento debido a falta de efectividad (31) o por eventos adversos (23). La consecución de la remisión o baja actividad fue del 37% a los 3 meses (31/41/43% n = 135), del 54% a los 6 meses (49/59/50% n = 118), del 61% a los 12 meses (58/64/0% n = 95), del 65% a los 24 meses (85/67/0% n = 69) y del 73% a los 36 meses (80/67/0% n = 30). Se registraron 108 eventos adversos (64/33/11) de los cuales destacó la infección respiratoria como el más frecuente (18,78E/100PA) seguido de la infección del tracto urinario (10,85E/100PA). Se recogieron 28 SAE de los cuales la mitad fueron Neumonía (10,85E/100PA). Ocurrieron 9 episodios de Herpes Zoster (3,76E/100PA) de los cuales 5 fueron monometaméricos y 4 multimetaméricos. Ocurrió un infarto agudo de miocardio (0,42E/100PA) y en 4 casos se registró una neoplasia (1,67E/100PA). Un paciente desarrolló tuberculosis miliar (0,42E/100PA) con un test de quantiferon TB-gold previo al tratamiento negativo. No se documentó ningún evento tromboembólico.

Conclusiones: Los JAKi demostraron en condiciones de práctica clínica real efectividad en diferentes escenarios manteniendo un perfil de seguridad aceptable.

P132. SEGURIDAD DE LOS INHIBIDORES JAKI E IMPACTO DE LAS DIFERENCIAS DE GÉNERO EN SU PRESCRIPCIÓN: DATOS DE VIDA REAL PROCEDENTES DE UN ÚNICO CENTRO

R. González Mazario¹, J.J. Fragío Gil^{2,3}, L. Mas Sánchez³, P. Muñoz Martínez³, C. Pávez Perales³, S. Leal Rodríguez³, C. Riesco Barcena³, A.V. Huaylla Quispe³, E. Grau García³, F. Ortiz-Sanjuán³, M. de la Rubia Navarro³, L. González Puig³, J.E. Oller Rodríguez³, I. Martínez Cordellat³, R. Negueroles Albuixech³, E. Vicens Bernabeu³, J. Ivorra Cortés³, C. Nájera Herranz³, I. Cánovas Olmos³ y J.A. Román Ivorra³

¹ Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Valencia.

² Grupo de Investigación de Reumatología. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe (IIS La Fe). Valencia. ³ Servicio de Reumatología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.

Introducción: Los estudios de seguridad en condiciones de vida real son importantes para caracterizar y reportar efectos adversos de baja frecuencia o que requieran exposiciones prolongadas. Por otra parte, las diferencias de género en Reumatología se han vinculado a retraso diagnóstico en algunas patologías inflamatorias con impacto variable en el pronóstico.

Objetivos: Analizar el perfil de seguridad de los actuales JAKi aprobados en Europa para el tratamiento de enfermedades reumatológicas con datos de una cohorte de vida real y de las diferencias de género en cuanto a características de la enfermedad, comorbilidades y tratamiento.

Métodos: Se realizó un estudio observacional unicéntrico de pacientes que habían iniciado tratamiento con tofacitinib, baricitinib o upadacitinib (septiembre 2017 - enero 2022). Se recogieron variables demográficas, clínicas, analíticas y de seguridad desde el inicio y en los meses 1, 3, 6 y luego semestralmente. Los datos de seguridad se recogieron incluyendo cualquier evento adverso (EA) debido a cualquier causa. Se consideró que un EA era grave si ponía en peligro la vida y/o dando lugar a una hospitalización, una discapacidad o la muerte. Todos los EA y EA graves se expresaron ajustados por la exposición (E/100 pacientes año).

Resultados: Se incluyeron 194 pacientes cuyas características demográficas y clínicas se exponen en la tabla. La exposición al fármaco fue de 265,5 pacientes-año. Se detectaron 214 EA, siendo la infección de tracto respiratorio superior leve la más frecuentemente (15,82 E/100PA), seguida de infección del tracto urinario (7,16 E/100PA). Se detectaron 10 infecciones graves en 10 pacientes, de las cuales 5 fueron neumonías (1,88 E/100PA), 1 celulitis (0,38 E/100PA) y 2 COVID-19 (0,76 E/100PA). Se detectaron 12 infecciones herpéticas en 9 pacientes (4,52 E/100PA), de las cuales 7 fueron causadas por herpes zóster (2,64 E/100PA) y 5 por herpes simple (1,88 E/100PA). Además,

Tabla P132

Características basales de los pacientes que iniciaron un JAKi

Características	Artritis reumatoide n = 163 (84%)	Artritis psoriásica n = 18 (9,3%)	Artritis idiopática juvenil n = 7 (3,6%)	Otras n = 6 (3,1%)
Edad-años (DE)	55,23 (16,84)	54,71 (11,89)	27,14 (5,18)	48 (12,95)
Sexo femenino-n (%)	142 (87,12)	12 (66,66)	6 (85,71)	4 (66,67)
Origen- n (%)				
Caucásico	135 (82,82)	16 (88,89)	7 (100)	6 (100)
Asiático	2 (1,23)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Latinoamericano	26 (15,95)	2 (11,11)	0 (0)	0 (0)
Comorbilidades-n (%)				
Hipertensión arterial	118 (72,39)	11 (61,11)	0 (0)	0 (0)
Dislipidemia	54 (33,13)	6 (33,33)	0 (0)	1 (16,67)
Diabetes mellitus	10 (6,13)	3 (16,66)	0 (0)	1 (16,67)
Serología VHB positiva	12 (7,36)	1 (5,55)	0 (0)	0 (0)
Tuberculosis latente	15 (9,20)	1 (5,55)	0 (0)	0 (0)
JAKi				
Baricitinib	61 (37,42)	0 (0)	2 (28,57)	1 (16,67)
Tofacitinib	83 (50,92)	15 (83,33)	4 (57,14)	3 (50)
Upadacitinib	19 (11,66)	3 (16,67)	1 (14,29)	2 (33,33)
Pacientes que toman glucocorticoides-n (%)	112 (68,71)	9 (50)	3 (42,86)	1 (16,67)

2 pacientes desarrollaron neuralgia postherpética. Un paciente con AR desarrolló tuberculosis miliar (0,38 E/100PY) con una prueba IGRA negativa antes del JAKi. Un paciente con AR sufrió un infarto de miocardio (0,38 E/100PY). Se registraron 7 pacientes con una neoplasia (2,64 E/100PY), de los cuales uno presentó un carcinoma oral de células escamosas, 2 carcinoma de Bowen, 1 cáncer de mama, 2 carcinoma de células basales y 1 cáncer colorrectal metastásico. No se registró ningún caso de enfermedad tromboembólica ni de reactivación del virus de la hepatitis B. Murieron 2 pacientes, uno con cáncer y el otro sufrió una COVID-19 grave (no vacunado). En cuanto a las diferencias de género (fig.) la frecuencia de discontinuación fue del 33% en hombres y del 39% en mujeres. En las mujeres, la edad al diagnóstico fue inferior ($p = 0,04$) y el tiempo de evolución de la enfermedad, superior ($p < 0,01$). La artritis reumatoide fue más frecuente en mujeres y la Artropatía psoriásica en hombre. El tabaquismo fue más frecuente en mujeres ($p < 0,01$). La hipertensión arterial y la diabetes fueron más reportadas en hombres, pero, por el contrario, la dislipidemia en mujeres, sin alcanzarse la significación estadística. Los hombres recibieron el JAKi con mayor frecuencia en primera indicación ($p < 0,02$). En el momento de la primera dosis del fármaco, el DAS28 y el SDAI fue similar entre ambos sexos, pero el HAQ fue superior en las mujeres. Los datos de laboratorio recogidos (PCR, VSG, FR y ACCP) demostraron valores superiores en mujeres que en hombres.

	Hombres n=30 (15.5%)	Mujeres n=164 (84.5%)
Edad – años (DS)		
Edad al diagnóstico	55.73 (14.66)	53.57 (17.29)
Años de evolución de la enfermedad	46.93 (15.64)	39.9 (15.71)
	10.73 (7.04)	16.79 (11.88)
Artritis Reumatoide	21 (70%)	142 (86.7%)
Artritis Psoriásica	6 (20%)	12 (7.3%)
Artritis Idiopática Juvenil	1 (3.33%)	6 (3.6%)
Otros	2 (6.67%)	4 (2.4%)
Baricitinib	3 (10%)	61 (37.2%)
Tofacitinib	22 (73.33%)	83 (50.6%)
Upadacitinib	5 (16.67%)	20 (12.2%)
Raza – n° (%)		
Caucásica	24 (88.89%)	141 (86%)
Latinoamericanos	3 (11.11%)	21 (12.8%)
Otros	0 (0%)	2 (1.2%)
Hábito tabáquico – n° (%)	3 (17.65%)	31 (18.9%)
Dosis media de corticoides – mg de prednisona o equivalente	2.85 (3.37)	4.53 (4.24)
Comorbilidades – n° (%)		
Hipertensión arterial	10 (33.33%)	39 (24.38%)
Diabetes Mellitus	3 (10%)	11 (6.88%)
Dislipidemia	7 (23.33%)	53 (33.12%)
Fibromialgia	0 (0%)	6 (5.45%)
Uso previo de FAMEb – n° (%)		
Naïve		
Fallo a 1 FAMEb	18 (60%)	58 (35.4%)
Fallo a 2 FAMEb	3 (10%)	36 (21.9%)
Fallo a 3 o más FAMEb	3 (10%)	23 (14%)
	6 (20%)	47 (28.7%)
DAS 28 – puntuación media	5.01 (1.13)	5.02 (0.98)
SDAI – puntuación media	22.31 (8.43)	25.21 (9.24)
HAQ – puntuación mediana	1.38 (0.91, 1.5)	1.62 (1.25, 1.88)
PCR – (mg/L)	5 (3.02, 11)	7 (2, 18.9)
VSG – (mm/h)	16 (8, 32)	29.5 (17, 49.5)
Factor Reumatoide (U/mL)	16 (10, 166)	37 (10, 169.5)
ACCP (U/mL)	138 (0.7, 340)	204.5 (1.08, 340)

Características según sexo de los pacientes que iniciaron un JAKi.

Conclusiones: En este análisis actualizado de 194 pacientes tratados con JAKi, los tres fármacos aprobados mostraron un perfil de seguridad coherente con los datos de los ensayos clínicos aleatorizados, no obstante, los pacientes deben ser evaluados cuidadosa-

mente en su seguimiento. Apreciamos una mayor frecuencia de uso en primera indicación en hombres. Las mujeres presentaron una duración más prolongada de la enfermedad en el momento de la prescripción, con un mayor índice de tabaquismo y dislipidemia.

P133. PAPEL DEL FACTOR NUCLEAR DE CÉLULAS T ACTIVADAS NFATC1 EN EL RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE PRECOZ

V. Pulito-Cueto¹, F. Genre¹, A. Corrales^{1,2}, V. Portilla^{1,2}, L. Lera-Gómez¹, B. Atienza-Mateo^{1,2}, O. Gualillo³, R. Blanco^{1,2}, I. Ferraz-Amaro⁴, S. Castañeda⁵, R. López-Mejías¹, M.Á. González-Gay^{6,7} y S. Remuzgo-Martínez¹

¹Grupo de Investigación en Epidemiología Genética y Arterioesclerosis en Enfermedades Sistémicas y en Enfermedades Óseas Metabólicas del Aparato Locomotor. IDIVAL. Santander. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ³Servizo Galego de Saude e Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago. Hospital Clínico Universitario de Santiago. Santiago de Compostela. ⁴Hospital Universitario de Canarias. Servicio de Reumatología. Santa Cruz de Tenerife. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital de la Princesa. IIS-Princesa. Madrid. ⁶Departamento 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. ⁷Cardiovascular Pathophysiology and Genomics Research Unit. School of Physiology. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Witwatersrand. Johannesburg (Sudáfrica).

Introducción: El factor nuclear de células T activadas (NFAT) define a una familia de factores de transcripción que juegan un papel crucial tanto en los procesos fisiológicos como inmunológicos. Dichos factores modulan vías de señalización intracelulares y extracelulares relacionadas con varias enfermedades^{1,2}, estando involucradas en la patogénesis de la artritis reumatoide (AR) y en el desarrollo de enfermedad cardiovascular (CV)³⁻⁵. Teniendo en cuenta que la enfermedad CV es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en pacientes con artritis reumatoide⁶, la realización de estudios funcionales centrados en la implicación de NFAT en enfermedad CV en AR resulta de potencial interés.

Objetivos: Estudiar el papel de la expresión de dos miembros de la familia NFAT, NFATc1 y NFATc2, en el riesgo de desarrollar enfermedad CV en pacientes con AR.

Métodos: En este estudio se incluyeron 79 pacientes naïve al tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad diagnosticados con AR precoz y procedentes del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Santander, España), a los cuales se les evaluó la presencia/ ausencia de aterosclerosis subclínica por ecografía de carótida. La expresión relativa de NFATc1 y NFATc2 se determinó por PCR cuantitativa en muestras de sangre periférica. Con dichos datos, se analizó la asociación entre la expresión de NFATc1 y NFATc2 en los pacientes con AR y sus características clínicas. Los resultados se ajustaron por sexo, edad al momento del estudio y factores tradicionales de riesgo CV.

Resultados: La expresión de NFATc1 estaba aumentada en las mujeres en comparación con los hombres (*fold change* = +1,18, $p = 0,035$). Además, se observó un incremento en la expresión de NFATc1 en los pacientes con dislipidemia en relación con aquellos pacientes con un perfil lipídico normal (*fold change* = +1,18, $p = 0,006$). En línea con este resultado, también encontramos una correlación positiva entre la expresión de NFATc1 y los niveles de colesterol de lipoproteínas de baja densidad ($r = 0,27$, $p = 0,039$). No se detectaron asociaciones estadísticamente significativas entre la expresión de NFATc2 y las características clínicas de nuestros pacientes con AR. La presencia de aterosclerosis subclínica no se relacionó con la expresión de NFATc1 y NFATc2.

Conclusiones: Nuestro estudio sugiere que una expresión más alta de *NFATc1* en sangre periférica está asociada con alteraciones en el perfil lipídico y, en consecuencia, con un mayor riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular en pacientes con artritis reumatoide precoz.

Agradecimientos: estudio financiado por el proyecto NVAL 19/18 otorgado a SR-M (IDIVAL) y parcialmente financiado por el proyecto nacional PI18/00043 (Instituto de Salud Carlos III (ISCIII)). VP-C y SR-M están financiadas mediante fondos del Programa RETICS (RIER) (RD16/0012/0009) del ISCIII, cofinanciada por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER). RL-M es beneficiaria de un contrato postdoctoral "Miguel Servet I" del ISCIII cofinanciada por el Fondo Social Europeo (FSE, "Invertir en tu futuro") (CP16/00033).

Bibliografía

1. Annu Rev Immunol. 1997;15:707-47.
2. Nat Rev Immunol. 2005;5:472-84.
3. Autoimmun Rev. 2006;5:106-10.
4. Immunol Rev. 2010;233:286-300.
5. Front Cardiovasc Med. 2021;8:635172.
6. Arthritis Rheumatol. 2019;71:351-60.

P134. EFICACIA DE ABATACEPT EN PACIENTES CON AIJ CLASIFICADA POR CATEGORÍA: RESULTADOS DEL REGISTRO DE DATOS DE VIDA REAL DE LA AIJ DEL PRCSG/PRINTO

I. Calvo Penadés¹, D.J. Lovell², N. Tzaribachev³, T.V. Ting², E. Alekseeva⁴, T. Giani⁵, T. Griffin⁶, J. Bohnsack⁷, A. Zeff⁸, R.K. Vehe⁹, S. Tarvin¹⁰, G. Horneff¹¹, M. Trachana¹², A. Dominique¹³, L. Dong¹³, T.D. Kou¹³, R. Wong¹³, A. Martini¹⁴, H.I. Brunner³ y N. Ruperto¹⁵

¹Hospital Universitario y Politécnico La Fe Fe, Valencia. ²Cincinnati Children's Hospital Medical Center. University of Cincinnati. Cincinnati. OH (EE. UU.). ³PRI Research. Bad Bramstedt (Alemania). ⁴Scientific Center of Children Health of RAMS. Moscow (Rusia). ⁵Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer. Florence (Italia). ⁶Levine Children's Hospital. Charlotte. NC (EE. UU.). ⁷University of Utah. Salt Lake City. UT (EE. UU.). ⁸Cleveland Clinic. Cleveland. OH (EE. UU.). ⁹University of Minnesota. Twin Cities. MN (EE. UU.). ¹⁰Riley Hospital for Children at Indiana University. Indianapolis. IN (EE. UU.). ¹¹Asklepios Clinic Sankt Augustin. Department of General Paediatrics. Sankt Augustin (Alemania). ¹²Aristotle University of Thessaloniki. Thessaloniki (Grecia). ¹³Bristol Myers Squibb. Princeton. NJ (EE. UU.). ¹⁴Università degli Studi di Genova. Dipartimento di Neuroscienze. Riabilitazione. Oftalmologia. Genetica e Scienze Materno-Infantili (DiNOGMI). Genoa (Italia). ¹⁵IRCCS Istituto Giannina Gaslini. Clinica Pediatrica e Reumatologia - PRINTO. Genoa (Italia).

Introducción: El tratamiento a largo plazo con abatacept (ABA), modulador selectivo de la coestimulación de los linfocitos T, es efi-

caz y se tolera bien en pacientes con artritis idiopática juvenil (AIJ)¹⁻⁴. Este análisis pretende ofrecer datos de vida real sobre la eficacia longitudinal de ABA intravenoso (IV) y subcutáneo (SC) en pacientes con AIJ clasificada por categorías incluidos en el registro Pediatric Rheumatology Collaborative Study Group (PRCSG)/Paediatric Rheumatology International Trials Organisation (PRINTO).

Métodos: Siguiendo un protocolo y un proceso de recogida de datos normalizados, varios centros clínicos de 23 países incluyeron a pacientes con AIJ que recibían ABA IV o SC con un plan de seguimiento de 10 años de duración. Se evaluó la respuesta al tratamiento a los 3, 6, 9, 12, 24, 36, 48 y 60 meses con la puntuación clínica de la actividad de la artritis juvenil en 10 articulaciones (cJADAS10). La cJADAS10 empleó puntuaciones de corte validadas para la enfermedad de baja actividad (EBA, $\leq 3,8$), la enfermedad inactiva (EI, $\leq 1,0$)⁵ y la remisión (EI ≥ 6 meses).

Resultados: A 31/03/2020, se incluyó a 569 pacientes en el PRCSG/PRINTO, de los cuales 454 (el 79,8%) eran mujeres. La edad media en la inclusión fue de 13,1 años, el tiempo medio desde el diagnóstico de AIJ fue de 66,1 meses y la duración media del tratamiento con ABA fue de 13,1 meses. La mitad de los pacientes (n = 289, 50,8%) presentaban AIJ poliarticular con FR- y la cuarta parte (n = 134, 23,6%), AIJ oligoarticular extendida; otros pacientes incluidos tenían AIJ poliarticular con FR+ (n = 54, 9,5%), psoriásica (n = 26, 4,6%), asociada a la entesitis (n = 20, 3,5%), indiferenciada (n = 33, 5,8%) y sistémica (n = 13, 2,3%). La respuesta al tratamiento (puntuación del paciente y el progenitor en la cJADAS10) por categoría de AIJ desde el inicio hasta el mes 60 se presenta en la tabla. La variación en la puntuación media de la cJADAS10 con el tiempo por categoría de AIJ (fig. 1) muestra una tendencia general a la reducción de la puntuación con el tiempo. El% de pacientes que alcanzaron la EBA y la EI de la cJADAS10 por categoría de AIJ mejoraron de forma general o se mantuvieron con el tiempo (fig. 2). Los escasos pacientes de algunas de las categorías de AIJ en intervalos analíticos posteriores se debió principalmente a pacientes perdidos durante el seguimiento o que no alcanzaron dichos intervalos debido a que el reclutamiento sigue activo. A los 60 meses, el 30% y el 20% de los pacientes con AIJ poliarticular con FR- (categoría más prevalente) habían alcanzado y mantenido la EBA y la EI de la cJADAS10, respectivamente. En total, el 14,7% alcanzó la remisión de la cJADAS10 en el mes 12, y se observaron tendencias similares (7%-22%) en la mayoría de los pacientes con AIJ.

Conclusiones: Una parte de los pacientes de cada categoría de AIJ alcanzaron la EBA y la EI de la cJADAS10. El tamaño muestral también se redujo con el tiempo en algunas categorías de AIJ, aunque esto debe interpretarse con precaución. Clínicamente, se detectaron respuestas notables y sostenidas con ABA hasta los 36 y 48 meses en todas las categorías de AIJ.

Presentado en ACR 2021.

Tabla P134

Puntuaciones de la cJADAS10 (media [mediana]) por categoría de AIJ desde la situación basal hasta el mes 60

	Puntuación de la cJADAS10	3 meses	6 meses	9 meses	12 meses	24 meses	36 meses	48 meses	60 meses
Global	Paciente	n = 354 5,8 (4)	n = 336 6,0 (4,3)	n = 321 5,3 (4,0)	n = 328 4,9 (2,5)	n = 214 4,1 (2,5)	n = 135 4,6 (3,0)	n = 85 4,2 (3,0)	n = 46 4,8 (4,3)
	Progenitor	n = 348 6,1 (4,5)	n = 329 6,0 (3,5)	n = 298 5,4 (4,0)	n = 285 4,6 (2,5)	n = 169 3,9 (2,0)	n = 87 4,4 (3,0)	n = 44 4,3 (3,0)	n = 16 4,4 (3,3)
Poliarticular FR-	Paciente	n = 188 5,9 (4,0)	n = 184 6,3 (4,5)	n = 180 5,3 (4,0)	n = 179 5,1 (3,0)	n = 118 3,7 (2,5)	n = 77 4,2 (3,0)	n = 49 4,2 (3,5)	n = 31 5,1 (4,5)
	Progenitor	n = 186 6,6 (5,0)	n = 178 6,6 (4,0)	n = 166 5,5 (4,0)	n = 149 4,8 (3,0)	n = 95 3,9 (2,5)	n = 46 4,7 (3,3)	n = 24 4,8 (3,8)	n = 10 5,6 (4,8)
Oligoarticular extendida	Paciente	n = 80 4,6 (2,5)	n = 74 4,9 (3,0)	n = 68 3,6 (2,8)	n = 68 3,6 (1,5)	n = 48 3,7 (1,8)	n = 27 4,0 (3,0)	n = 18 5,1 (3,0)	n = 8 2,6 (2,8)
	Progenitor	n = 87 4,6 (3,0)	n = 80 4,6 (3,0)	n = 67 3,6 (2,5)	n = 74 3,6 (1,3)	n = 43 2,8 (2,0)	n = 24 4,0 (3,0)	n = 14 4,1 (2,3)	n = 5 2,8 (3,0)
Poliarticular FR+	Paciente	n = 34 5,4 (3,0)	n = 33 5,2 (2,5)	n = 31 5,4 (3,5)	n = 33 4,3 (2,0)	n = 20 6,1 (5,3)	n = 14 7,4 (4,8)	n = 7 4,6 (2,0)	-
	Progenitor	n = 25 5,0 (2,0)	n = 31 5,5 (3,0)	n = 25 5,2 (4,0)	n = 22 3,8 (1,5)	n = 9 4,8 (5,5)	n = 6 3,7 (0,8)	-	-
Psoriásica	Paciente	n = 16 5,6 (5,3)	n = 13 4,2 (4,0)	n = 13 4,7 (4,0)	n = 14 4,8 (3,5)	n = 7 2,3 (2,5)	n = 7 3,4 (3,0)	n = 5 3,8 (1,5)	-
	Progenitor	n = 16 5,7 (4,8)	n = 13 3,7 (3,5)	n = 13 4,9 (3,0)	n = 13 3,9 (2,5)	n = 5 1,1 (1,0)	-	-	-
Asociada a la entesitis	Paciente	n = 14 6,6 (5,5)	n = 13 7,1 (5,5)	n = 13 8,9 (7,5)	n = 13 5,7 (5,0)	n = 6 5,1 (2,8)	-	-	-
	Progenitor	n = 10 6,6 (5,3)	n = 11 6,9 (6,0)	n = 12 9,7 (8,3)	n = 9 5,9 (5,0)	n = 5 5,9 (2,5)	-	-	-
Indiferenciada	Paciente	n = 15 7,8 (7,0)	n = 12 8,1 (7,0)	n = 10 7,2 (6,3)	n = 14 4,8 (1,0)	n = 9 5,9 (1,5)	-	-	-
	Progenitor	n = 17 8,3 (7,5)	n = 11 8,1 (10,0)	n = 8 6,6 (5,3)	n = 12 7,5 (4,5)	n = 8 7,5 (4,8)	-	-	-
Sistémica	Paciente	n = 7 12,7 (14,5)	n = 7 11,1 (11,0)	n = 6 14,1 (14,8)	n = 7 12,4 (11,5)	n = 6 6,9 (4,5)	-	-	-
	Progenitor	n = 7 12,5 (13,0)	n = 5 9,4 (9,5)	n = 7 12,6 (9,5)	n = 6 10,9 (8,0)	-	-	-	-

Las celdas en blanco representan una n < 5. cJADAS10: puntuación clínica de la actividad de la artritis idiopática juvenil de 10 articulaciones.

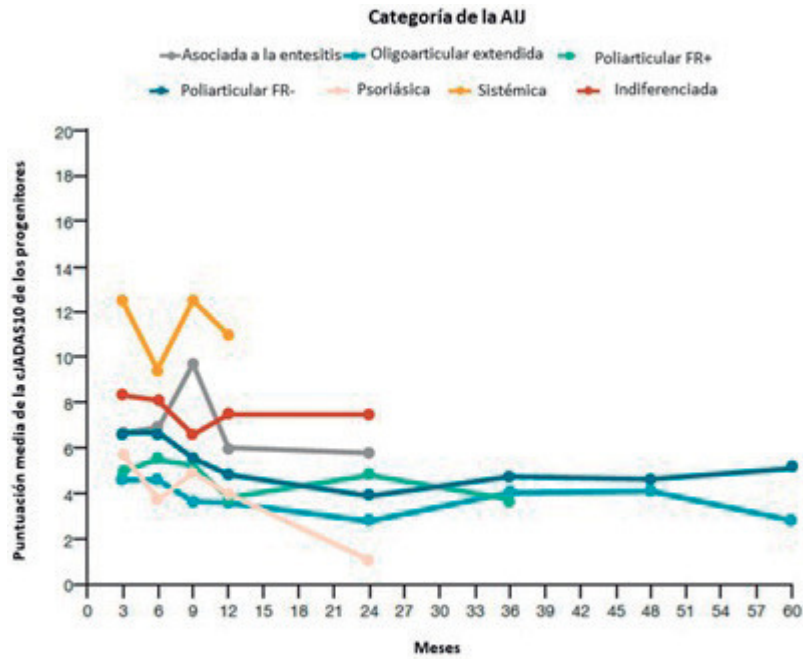


Figura 1. Puntuación clínica media de la actividad de la artritis idiopática juvenil de 10 articulaciones (cJADAS10) en progenitores con el tiempo por categoría de AIJ (análisis por datos observados, datos para $n \geq 5$).

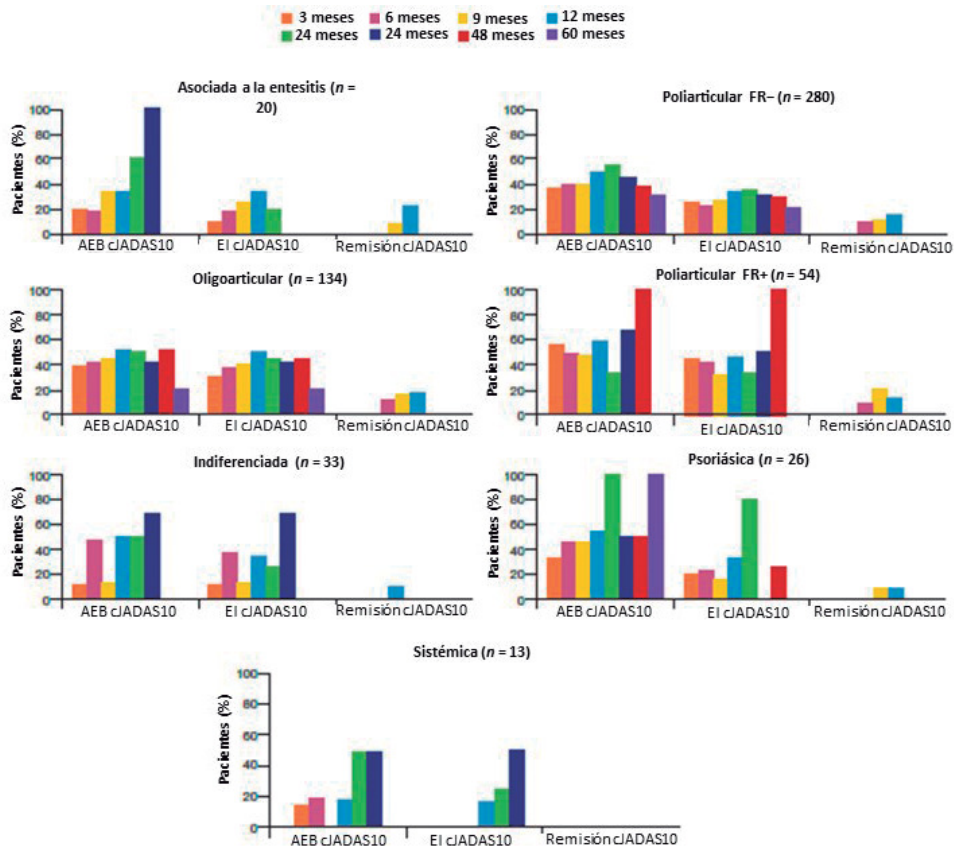


Figura 2. Proporción de pacientes que alcanzaron la enfermedad de baja actividad (EBA) de la cJADAS10 (progenitor), la enfermedad inactiva (EI) de la cJADAS10 (progenitor) y la remisión de la cJADAS10 (progenitor) a lo largo de 60 meses por categoría de AIJ (análisis por datos observados). Se utilizaron puntuaciones de corte de la cJADAS10 validadas para la AIJ poliarticular: EBA ($\leq 3,8$), EI ($\leq 1,0$) y remisión (definida como EI durante ≥ 6 meses).

Bibliografía

1. Brunner HI, et al. *Arthritis Rheumatol.* 2018;70:1144-54.
2. Ruperto N, et al. *Lancet.* 2008;372:383-91.
3. Lovell DJ, et al. *Arthritis Rheumatol.* 2015;67:2759-70.
4. Ruperto N, et al. *Arthritis Rheumatol.* 2010;62:1792-802.
5. Consolaro A, et al. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2014;66:1703-9.

P135. COMBINAR O NO COMBINAR: INFLUENCIA DE LA COMBINACIÓN DE FÁRMACOS INMUNOSUPRESORES EN LA INDUCCIÓN DE RESPUESTA TERAPÉUTICA EN UVEÍTIS NO INFECCIOSA

M.P. Álvarez Hernández¹, A. Madrid García², A. Gómez-Gómez³, L. Borrego-Sanz², R. Méndez-Fernández², P. Arriola-Villalobos², E. Pato¹, D. Díaz Valle² y L. Rodríguez Rodríguez¹, en representación del Grupo de Estudio de Uveítis de Madrid

¹Reumatología. Instituto de Investigación Sanitaria San Carlos. Madrid.

²Oftalmología. Instituto de Investigación Sanitaria San Carlos. Madrid.

³Reumatología. Hospital Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes.

Introducción: Las uveítis no infecciosas (UNIs) incluyen un grupo heterogéneo de enfermedades discapacitantes y que pueden comprometer la visión. Su correcto manejo requiere en ocasiones el uso de fármacos inmunosupresores (IS), prescritos en monoterapia o en combinación. Varios estudios observacionales mostraron que el uso de IS en combinación podría ser más efectivo que su uso en monoterapia. Sin embargo, aún no se ha realizado una comparación directa entre estas dos estrategias de tratamiento.

Objetivos: Analizar el efecto de la terapia combinada (TC) con IS en la tasa de respuesta en pacientes con UNIs.

Métodos: Se incluyeron pacientes que acudieron a la Unidad de Uveítis de un centro de tercer nivel de Madrid, España, y que recibieron prescripción con IS desde 1991 hasta 2018. Los pacientes fueron asignados como controles o casos en función de si se les prescribió IS en monoterapia (MT) o en TC. También se consideraron los cambios en el tratamiento de IS durante el período de observación. El resultado primario fue la buena respuesta terapéutica (BRT), definida como la resolución completa de las manifestaciones inflamatorias oculares y una dosis de corticosteroides orales ≤ 10 mg de prednisona equivalente al día. Además, esta situación debía mantenerse en al menos dos visitas consecutivas separadas al menos 28 días. Se realizaron varias técnicas de ponderación basadas y no basadas en la puntuación de propensión para el equilibrio de datos, seguidas de regresiones de Cox, para estimar el efecto de TC en la tasa de respuesta. Se utilizaron modelos de bosques aleatorios (BA) y evaluación clínica para seleccionar las variables a equilibrar.

Resultados: En este análisis se incluyeron 100 episodios de prescripción de IS pertenecientes a 73 pacientes. En 32 episodios se prescribió a los pacientes con TC (en 3 episodios la TC fue la estrategia terapéutica inicial; en 29 la combinación fue el resultado de añadir un segundo o tercer IS). El fármaco más utilizado en MT fue la ciclosporina A (CsA; n = 39), y la TC más frecuente fue el IS sintético + biológico (n = 21). Después de BA, el número de IS utilizados previamente, la prescripción de CsA, la dosis de corticosteroides orales en la prescripción, una suspensión previa de IS debida a ineficacia y la duración de la enfermedad se seleccionaron para equilibrar. Además, después de la evaluación clínica, el diagnóstico de uveítis, la prescripción con azatioprina, la prescripción con metotrexato y las características de actividad ocular en el momento de la prescripción (presencia de células en la cámara anterior, turbidez vítrea, edema macular, lesiones coriorretinianas activas) también fueron balanceadas. El método de Equilibrio de Energía mostró el mejor equilibrio para BRT. Después de la regresión de Cox, la prescripción de TC no mostró un efecto estadísticamente significativo en el riesgo de respuesta ($p = 0,43$; tabla).

Modelos de Cox que muestran el efecto de la terapia combinada en el riesgo de una buena respuesta terapéutica después de equilibrar las covariables utilizando el método Energía

Variable	HR (IC95%)	Valor p	Test Schoenfeld valor p
Terapia combinada	0,66 (0,24-1,83)	0,43	0,82
Prescripción de ciclosporina A	3,36 (1,22-9,27)	0,019	0,96
Prescripción de metotrexato	2,20 (0,72-6,71)	0,16	0,95
Presencia de células en cámara anterior	1,75 (0,83-3,72)	0,14	0,89

Conclusiones: El uso de TC en nuestro estudio no se asoció con una mejor respuesta terapéutica en pacientes con UNI en comparación con la prescripción de MT. Teniendo en cuenta que la mayoría de los episodios de TC fueron el resultado de la adición de un nuevo IS en un paciente ya tratado y aún activo, la efectividad de la TC como estrategia terapéutica sigue sin respuesta.

P136. PROGRESIÓN A 12 MESES DE ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA RELACIONADA CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS. ESTUDIO DESCRIPTIVO EN UN ÚNICO CENTRO

C.L. García Gómez¹, L. Vega Álvarez¹, M. Enjuanes Noguero¹, O. Ibaranguoitia Barrena², E. Galíndez Agirreagoikoa¹, D. Montero Sesidedos², I. Calvo Zorrilla², J.M. Blanco Madrigal¹, C. Pérez Velásquez¹, A.R. Intxaurre Pellejero¹, I. Torre Salaberri¹, O.B. Fernández Berrizbeitia¹, M.R. Expósito Molinero¹, E. Cuende Quintana¹, I.R. Gorostiza Hormaetxe³, M.L. García-Vivar¹ y M.E. Ruiz Lucea¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao.

²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Galdakao.

³Servicio de Investigación y Estadística. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao.

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) es una causa importante de morbimortalidad en enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS).

Objetivos: Evaluar EPID en EAS (esclerosis sistémica, artritis reumatoide, miopatía inflamatoria, síndrome de Sjögren, enfermedad mixta del tejido conectivo, sarcoidosis, lupus eritematoso sistémico) y en neumonía intersticial con características autoinmunes y su progresión a 12 meses calculada según tomografía computarizada de alta resolución (TACAR) y pruebas de función respiratoria (PFR).

Métodos: Estudio retrospectivo en un único centro de una cohorte de pacientes con EAS y EPID valorados entre 2012 y 2021. Se recogieron datos clínicos, serológicos y resultados de PFR y TACAR. Los patrones de EPID se clasificaron en: neumonía intersticial usual (NIU), inconsistente con NIU, neumonía intersticial no específica (NINE), NINE fibrosante, neumonía organizativa, neumonía intersticial linfocítica, y patrón asociado a sarcoidosis. Se consideró progresión de EPID: Caída > 10% en capacidad vital forzada (CVF). Caída > 15% difusión de monóxido de carbono (DLCO). Progresión de fibrosis en TACAR. Se utilizó IBM SPSS v 23 para el análisis estadístico.

Tabla 1

Características basales y Comorbilidades - N 51	N (%)
Sexo - mujer	42 (82,4%)
Edad media (RIC)	56 (27-82)
Hipertensión arterial	15 (29,4%)
Diabetes mellitus	5 (9,8%)
Cardiopatía Isquémica	3 (5,9%)
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	3 (5,9%)
Nunca fumador	29 (56,9%)
Exfumador	13 (25,5%)
Fumador activo	9 (17,6%)

Tabla 2

Tipo de enfermedad - N 51	N (%)	Autoanticuerpos - N 51	N (%)	Manifestaciones clínicas de enfermedad	N (%)
Esclerosis sistémica	14 (27,5%)	ANA	35 (68,6%)	Raynaud	23 (45,1%)
Artritis reumatoide	12 (23,5%)	Anti-Ro	25 (49%)	Afectación cutánea	23 (45,1%)
Miopatía inflamatoria	7 (13,7%)	Factor reumatoide	21 (41,2%)	Artritis	16 (31,4%)
Síndrome de Sjögren	7 (13,7%)	Antiesclerosis	15 (29,4%)	Ocular	13 (25,5%)
IPAF	4 (7,8%)	Antimiositis	6 (11,8%)	Miositis	7 (13,7%)
EMTC	3 (5,9%)	antisintetasa	6 (11,8%)	Esofágica	7 (13,7%)
Sarcoidosis	3 (5,9%)	Anti- RNP	3 (5,9%)	Hipertensión arterial pulmonar	7 (13,7%)
Lupus eritematoso sistémico	1 (2%)			Hematológica	3 (5,9%)
				Renal	1 (2%)

IPAF: neumonía intersticial con características autoinmunes (siglas en inglés). EMTC: enfermedad mixta del tejido conectivo. ANA: anticuerpos antinucleares. Anti-RNP: antiirribonucleoproteína.

Tabla 3

Patrón TACAR- N 51	N (%)	Clínica al diagnóstico de EPID - N 41	%
NINE	15 (29,4%)	Disnea	47,1%
Incons-NIU	13 (25,5%)	Tos	31,4%
NIU	11 (21,6%)	Dolor torácico	11,8%
NINE- fib	5 (9,8%)		
Sarcoidosis	3 (5,9%)		
NOC	2 (3,9%)		
NIL	2 (3,9%)		

NINE: neumonía intersticial no específica. Incons NIU: inconsistente neumonía intersticial usual. NIU: neumonía intersticial usual. NINE-fib: neumonía intersticial no específica fibrosante. NOC: neumonía organizativa criptogénica. NIL: neumonía intersticial linfoide.

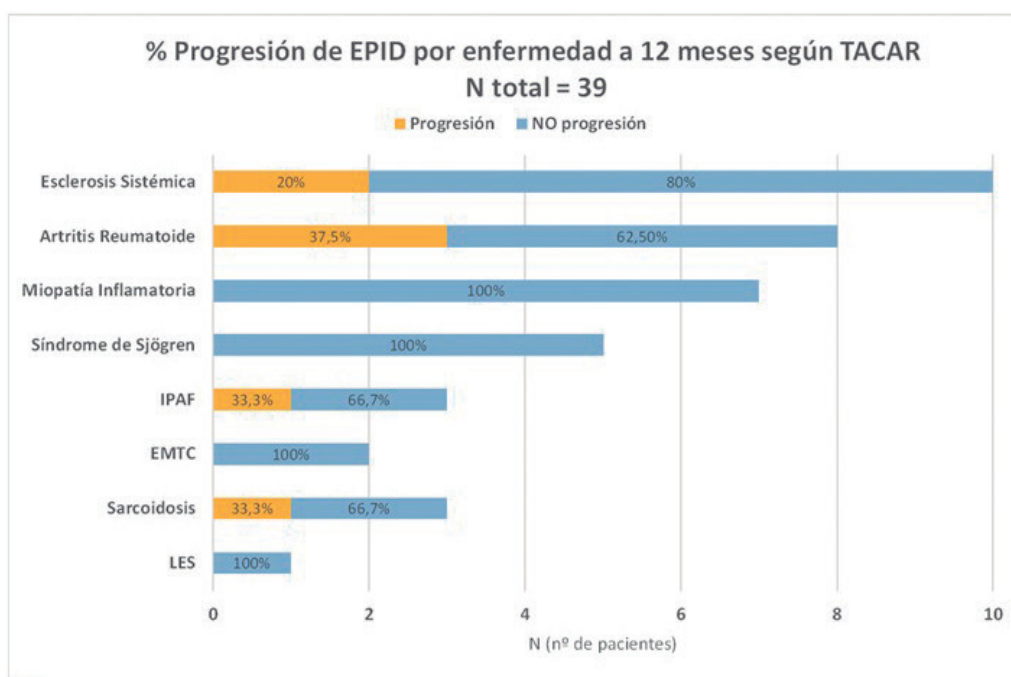
Tabla 4

Tratamiento inmunosupresor N 51	N (%)
Metotrexato	20 (39,2%)
Hidroxicloroquina	19 (37,3%)
Micofenolato de mofetilo	16 (31,4%)
Rituximab	12 (23,5%)
Pulsos de metilprednisolona	10 (19,6%)
Azatioprina	10 (19,6%)
Etanercept	6 (11,8%)
Abatacept	5 (9,8%)
Tacrolimus	5 (9,8%)
Ciclofosfamida	4 (7,8%)
Inhibidores-TNF	4 (7,8%)
Leflunomida	3 (5,9%)
Tocilizumab	2 (3,9%)

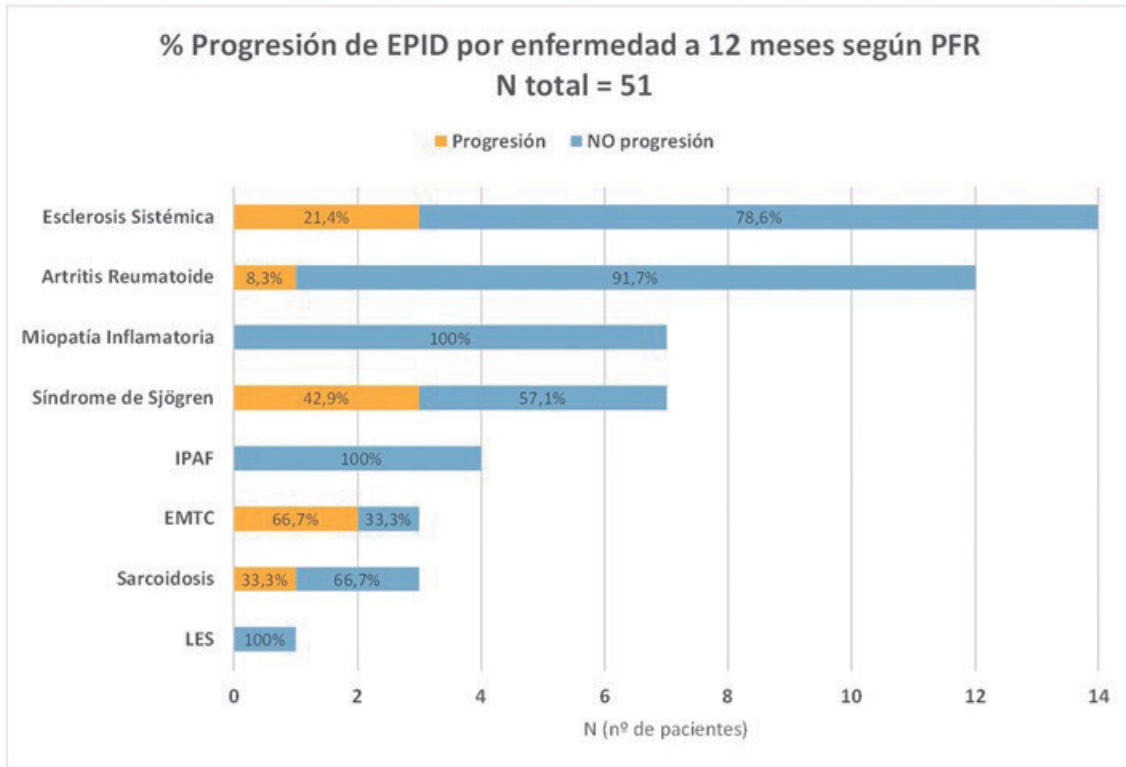
TNF: tumor necrosis factor.

Resultados: Se recogieron 51 pacientes. La mayoría son mujeres de edad media que presentaron frecuentemente como manifestaciones extrapulmonares Raynaud, afectación cutánea y artritis. Casi la mitad de los pacientes aquejaron disnea al diagnóstico de la EPID. Los patrones fibrosantes (NIU y NINE-fib) fueron los más prevalentes. Un 82% de los pacientes se mantuvieron estables o mejoraron según TACAR y un 80% según estándares de PFR. Las características basales se muestran en la tabla 1; las características de la EAS en la tabla 2; las características de la EPID la tabla 3. Los tratamientos inmunosupresores empleados para la enfermedad de base y/o para la EPID se recogen en la tabla 4.

Conclusiones: La monitorización estrecha así como los tratamientos inmunosupresores ofrecidos a pacientes con EPID asociados a EAS demuestran una estabilización o mejoría en la afectación pulmonar a 12 meses. Algunas de las EPID que más progresan son las asociadas a esclerosis sistémica, IPAF o a la artritis reumatoide, datos reflejados también en la literatura. Es necesario realizar más estudios para identificar factores de progresión y respuesta a tratamiento para extraer más conclusiones de predicción y pronóstico de la enfermedad.



Nota.
 IPAF = Neumonía Intersticial con Características Autoinmunes (siglas en inglés)
 EMTC=Enfermedad Mixta del Tejido Conectivo
 LES = Lupus Eritematoso Sistémico

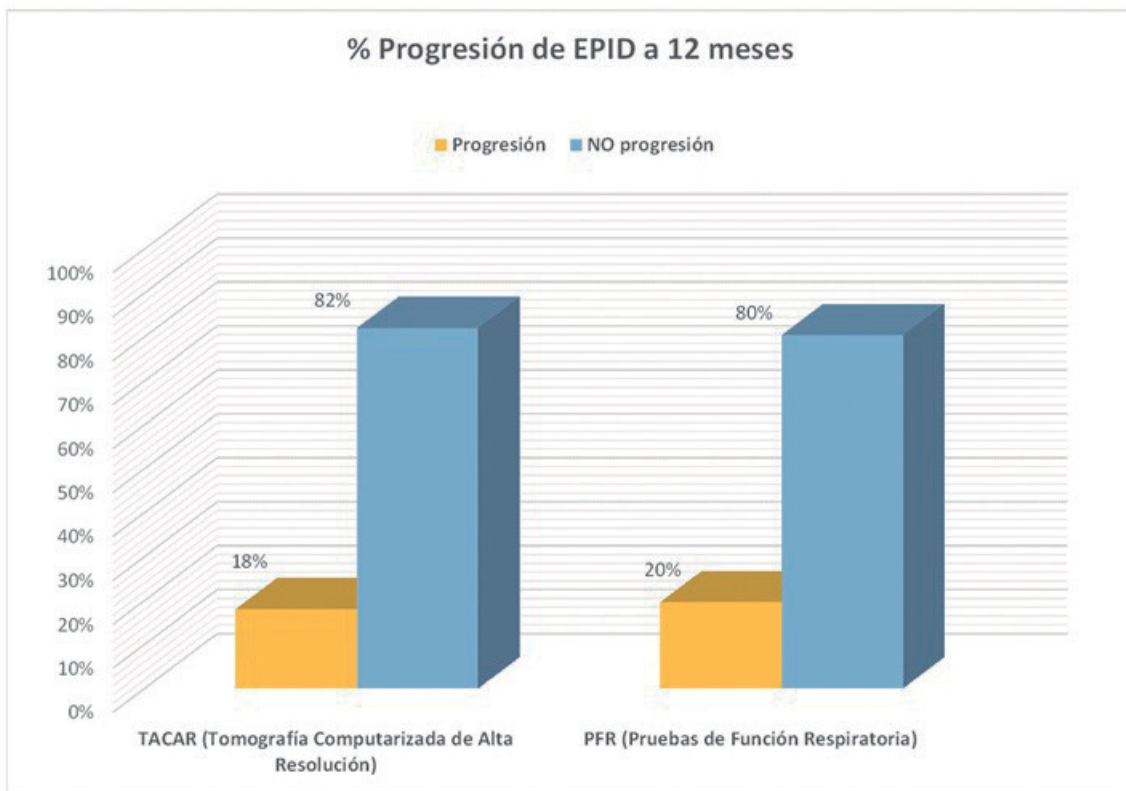


Nota.

IPAF = Neumonía Intersticial con Características Autoinmunes (siglas en inglés)

EMTC=Enfermedad Mixta del Tejido Conectivo

LES = Lupus Eritematoso Sistémico



P137. USO DEL FÁRMACO BELIMUMAB EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M.M. Piqueras García, E. Fernández Guill, A. Egea Fuentes, P. Pérez González, J. Martínez Ferrín, N. Lozano Rivas, A.C. Castillo González, C. Marras Fernández-Cid, L.F. Linares Ferrando, A. Bermúdez Torrente, F.A. Martínez Angosto, M.J. Moreno Ramos, M. Castaño Sánchez, A. Valcárcel Susarte y P. Mesa del Castillo Bermejo

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción: El belimumab (BLM) es un anticuerpo monoclonal soluble que inhibe el factor estimulador del linfocito B (BLYS). Está recomendado en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES), con autoanticuerpos positivos y alto grado de actividad de la enfermedad a pesar de estar en tratamiento.

Objetivos: caracterizar a los pacientes que han recibido belimumab en nuestro centro hospitalario y evaluar la eficacia y seguridad de este fármaco.

Métodos: se ha realizado un estudio descriptivo en pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas tratados con BLM en los últimos 7 años en el Servicio de Reumatología del Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia. Se han revisado las historias clínicas de los pacientes, analizando datos epidemiológicos, clínicos, inmunológicos y farmacológicos (fármacos usados previamente, tratamiento actual, motivo de iniciar BLM, forma de uso, efectos secundarios y necesidad de suspensión del fármaco). Además, se evaluaron los resultados de los cuestionarios SLEDAI, SLICC, SF-12 y FACIT a lo largo del seguimiento.

Resultados: Entre los años 2015-2022, 26 pacientes han iniciado tratamiento con BLM, de los cuales, 21 siguen en tratamiento. El 96% eran mujeres y el 96% tenían diagnóstico de LES. La edad media al diagnóstico fue de 27,3 años y la edad media al inicio del tratamiento fue de 40 años. El 46,15% eran fumadores, el 53,8% tenían factores de riesgo cardiovascular y en cuanto a otra patología autoinmune, lo más frecuente fue la afectación glandular (presente hasta en un 46,15%). Al diagnóstico, el 90% de pacientes presentaba afectación sistémica, articular y cutánea. A nivel inmunológico al iniciar BLM, el 70% tenía anticuerpos antiDNAs y el 85% consumo de complementos. El motivo más frecuente de iniciar tratamiento con BLM fue presentar brote articular y cutáneo (57% de pacientes) con mala respuesta a tratamientos previos, siendo el más utilizado la hidroxicloroquina (tabla). En ningún paciente se utilizó BLM como fármaco de 1ª línea. La forma de uso más común fue la subcutánea (73%). El 69% de pacientes estaba en tratamiento con corticoides orales antes de iniciar BLM (dosis ≥ 10 mg/día de prednisona). Actualmente, el 34,6% toma corticoides, a dosis de entre 5-10 mg/día. De los 26 pacientes, se suspendió el fármaco en 5 (19,23%), en dos de ellos por reacciones adversas (cutánea y neutropenia). Tres pacientes (11,5%) presentaron eventos durante el tratamiento que precisaron administrar corticoides orales. Dieciséis pacientes tienen realizados los cuestionarios SLEDAI, SLICC, SF-12 y FACIT. Con respecto a los cuestionarios SF-12 y FACIT, solo 2 pacientes (12,5%) obtuvieron una peor puntuación en la visita medial y final que en la primera visita. Nueve de los pacientes mejoraron la puntuación en ambas escalas (56,25%) y 5 (31,25%) no experimentaron cambios significativos. Todos los pacientes tenían SLEDAI elevados al inicio del tratamiento (SLEDAI medio 12) y SLICC entre 2-4 puntos, sin presentar grandes variaciones en la visita final.

Conclusiones: En nuestro Servicio, se ha usado generalmente BLM en pacientes con LES activo, con mala respuesta a fármacos previos. Con el uso de BLM, se ha podido disminuir la dosis de corticoides orales o incluso suspenderlos. Solo se han objetivado en 2 pacientes efectos adversos graves que hayan requerido la suspensión del fármaco. Para finalizar, más del 50% de los pacientes perciben una

mejora significativa en la calidad de su salud desde que reciben este tratamiento.

Resultados principales del estudio

Variables	Total N (%)
Número de pacientes	26
En tratamiento activo	21
Sexo	
Masculino	1 (3,84%)
Femenino	25 (96,16%)
Edad media actual de los pacientes (años)	44,7
Edad media al diagnóstico (años)	27,3
Edad media al inicio de belimumab (años)	40
Diagnóstico	
Lupus eritematoso sistémico	25 (96,16%)
Otro (dermatomiositis)	1 (3,84%)
Hábitos tóxicos	12 (46,15%)
Tabaco (fumadores/exfumadores)	6 (23,07%)/6 (23,07%)
Alcohol	0
Factores de riesgo cardiovascular	14 (53,84%)
Hipertensión arterial	11 (42,30%)
Dislipemia	6 (23,08%)
Obesidad	2 (7,7%)
Diabetes mellitus	0
Osteoporosis	3 (11,54%)
Osteonecrosis	3 (11,54%)
Patología autoinmune concomitante	18 (69,2%)
Digestiva (enfermedad inflamatoria intestinal y celiaquía)	1 (3,84%)
Hematológica (SAF y PTI)	9 (34,6%)
Glandular (Sjögren e hipotiroidismo)	12 (46,15%)
Otras (Rhupus)	1 (3,84%)
Afectación clínica al diagnóstico	
Sistémica	24 (92,30%)
Articular	24 (92,30%)
Cutánea	24 (92,30%)
Renal (nefropatía o proteinuria significativa)	12 (46,15%)
Cardíaca (pericarditis, endocarditis Libman-Sack, miocarditis y disfunción sistólica)	8 (30,76%)
Pleuropulmonar	8 (30,76%)
Neurológica (cefalea lúpica, encefalitis lúpica, vasculitis SNC, afectación SNP y AIT/ictus).	6 (23,07%)
Inmunología al inicio del tratamiento	
Anticuerpos antinucleares a títulos 1/320	24 (92,30%)
Anticuerpo anti-DNA ds positivo	18 (69,2%)
Anticuerpo anti-sm positivo	2 (7,7%)
Presencia de otros autoanticuerpos (anti-ro, anti-la, anti-MDA5, anti-scl70, anti-centrómero, ACPA y anti-U1RNP)	14 (53,84%)
Anticuerpos antifosfolípidos positivos (lúpico)	11 (42,30%) (80%)
Descenso de cifras de complementos	22 (84,6%)
Motivo de iniciar tratamiento con belimumab	
Brote articular, cutáneo, sistémico	15 (57,7%)
Brote con otra afectación orgánica	4 (15,4%)
Efectos adversos de fármacos previos	6 (23,06%)
Necesidad de disminuir dosis corticoides	1 (3,84%)
Tratamientos utilizados previamente:	
Hidroxicloroquina	26 (100%)
Metotrexato	14 (53,84%)
Azatioprina	13 (50%)
Micofenolato mofetilo	10 (38,46%)
Leflunomida	3 (11,5%)
Rituximab	3 (11,5%)
Mepacrina	2 (7,7%)
Tacrolimus	2 (7,7%)
Inmunoglobulinas	2 (7,7%)
Adalimumab	1 (3,84%)
Uso de glucocorticoides orales	
Previo al inicio de belimumab	18 (69,2%)
En tratamiento con belimumab	9 (34,6%)
Uso actual de belimumab con otros fármacos	
De forma combinada	25 (96,16%)
En monoterapia	1 (3,84%)
Forma de uso	
Subcutánea c/7 días u otra frecuencia	19 (73,07%)
Int	7 (26,92%)
Suspensión del fármaco y motivo	5 (19,23%)
Fallo primario	2 (7,7%)
Fallo secundario por anticuerpos antifármaco	1 (3,84%)
Reacciones adversas	2 (7,7%)
Eventos clínicos que precisaran añadir corticoterapia	3 (11,5%)

P138. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES FALLECIDOS POR CÁNCER EN UNA COHORTE DE ESCLEROSIS SISTÉMICA

I. Castellví^{1,2}, L. Calvo³, J.L. Tandaián¹, D. Lobo¹, L. Sainz¹, H. Codes¹, S. Fernández¹, P. Moya¹, B. Magallares¹, A.M. Millán¹, H. Sang¹, S. Ros¹, A. Laiz^{1,2}, C. Diaz-Torné^{1,2} y H. Corominas^{1,2}

¹Servicio de Reumatología y Enfermedades Autoinmunes Sistémicas.

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

²Departamento de Medicina. Universidad Autónoma de Barcelona.

³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad con riesgo de cáncer aumentado. Existen diferentes características asociadas a cáncer en la enfermedad, sin embargo son escasos los trabajos que relacionan la letalidad de las neoplasias con las características de la ES.

Objetivos: Describir las características de cáncer diagnosticado en una cohorte de pacientes con ES. Determinar si existen factores relacionados con letalidad de los pacientes por cáncer.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional realizado en una cohorte de 446 ES seguidas en un hospital universitario. Los pacientes con diagnóstico de cáncer con seguimiento evolutivo en la cohorte hasta 2021 o hasta su fallecimiento fueron seleccionados. Se recogieron las siguientes variables: características epidemiológicas, clínicas y evolución tanto de la ES como del cáncer, anticuerpos presentes, tratamientos previos y concomitantes al diagnóstico de cáncer, tratamiento del cáncer y causa de la muerte durante el seguimiento. Se comparó las variables de pacientes con cáncer fallecidos respecto los que no. Para la comparación entre variables cualitativas o variables cuantitativas se utilizaron pruebas paramétricas o no paramétricas según el cálculo de normalidad mediante las pruebas de Kolmogorov-Smirnov o Shapiro-Wilk. El nivel de significación estadística se estableció para valores de $p < 0,05$.

Resultados: De enero de 1990 a diciembre de 2021, Se detectaron 54 pacientes con cáncer en la cohorte (12,1%). Las características de la muestra se resume en la tabla, 47/54 eran mujeres, con una edad de $70,79 \pm 13,81$ años. El 70,4% presentaba afección cutánea limitada y los anticuerpos anticentroméricos fueron los más frecuentes (28/54). El 35,2% de ES tenían superposición con otra EAS. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron: fibrosis de la piel (89%), telangiectasias (68,5%), gastrointestinal (48%), EPID (37%) y úlceras digitales (22,3%). 14/54 enfermos fallecieron, 12 por causa directa de la neoplasia. La localización más frecuente de la neoplasia fue mama, seguida de colon y pulmón (25,9%, 14,8% y 12,9% respectivamente). El diagnóstico de cáncer fue anterior al de ES en 40,7% de los pacientes, estando metastatizado en el 22% de los pacientes en el momento de diagnóstico. Respecto las características de la ES en los pacientes fallecidos había mayor proporción de fumadores (71,4 vs. 35%; $p < 0,04$), más presencia de úlceras digitales (50 vs. 12,5%; $p < 0,005$) así como mayor proporción de metástasis al diagnóstico ($p < 0,003$) y durante la evolución ($p < 0,002$). No se hallaron diferencias entre fallecidos y la presencia de otras características de la ES, uso de inmunosupresor, glucocorticoides o de datos analíticos previos al diagnóstico de cáncer. Tampoco se observó diferencias de letalidad respecto la detección de cáncer por técnicas de cribado usadas para complicaciones de la ES. Las pacientes con cáncer de mama presentaron menos frecuencia de *exitus* respecto los otros tipos de cáncer ($p < 0,02$).

Conclusiones: La mayor parte de diagnósticos de cáncer se da tras el diagnóstico de ES, presentando 1/5 pacientes metástasis en ese momento y asociándose este factor a mayor letalidad. Los pacientes fallecidos presentaron más proporción de úlceras digitales. La proporción de *exitus* fue menor en las pacientes con cáncer de mama vs. otras localizaciones. Son necesarios más estudios para determinar el riesgo de letalidad relacionado con la neoplasia en enfermos con ES y cáncer.

Características de los pacientes

	ES y cáncer N 54 (%)	Fallecidos N 14 (%)	No fallecidos N 40 (%)	p-valor
Mujeres	47 (87)	12 (85,7)	35 (87,5)	ns
Edad \pm DE (años)	70,8 \pm 13,8	66,1 \pm 15,3	72,3 \pm 13,2	ns
Edad Dx ES \pm DE (años)	56,2 \pm 15,6	55,2 \pm 17,1	56,6 \pm 15,3	ns
Edad debut Raynaud \pm DE (años)	51,5 \pm 17,5	46,7 \pm 20,1	53,3 \pm 16,5	ns
Edad Dx cáncer \pm DE (años)	61,1 \pm 13,9	62,7 \pm 14,2	60,58 \pm 13,9	ns
Tiempo evolución ES \pm DE (años)	14,1 \pm 12,5	11,3 \pm 12,1	14,9 \pm 12,7	ns
Subtipo ES				ns
Limitada	38 (70,4)	9 (64,2)	29 (72,5)	
Difusa	13 (24,1)	2 (14,2)	11 (27,5)	
Sine	1 (1,8)	0	1 (2,5)	
Precoz	2 (3,7)	2 (14,3)	0	
Anticuerpos ES				ns
ACA	28 (51,8)	7 (50)	21 (52,5)	
ATA/Scl-70	6 (11,2)	2 (14,2)	4 (10)	
RNApol III	6 (11,2)	2 (14,2)	4 (10)	
U1RNP	2 (3,7)	0	2 (5)	
Pm/Scl	1 (1,8)	0	1 (2,5)	
U3RNP	1 (1,8)	1 (7,1)	0	
Th/To	2 (3,7)	1 (7,1)	1 (2,5)	
Superposición	19 (35,2)	3 (21,4)	16 (40)	ns
Sjögren				
AR				
Miositis				
Manifestaciones clínicas ES				
Fibrosis piel	48 (88,9)	11 (78,5)	37 (92,5)	ns
Telangiectasias	37 (68,5)	9 (64,3)	28 (70)	ns
Úlceras	12 (22,3)	7 (50)	5 (12,5)	0,002
EPID	20 (37,1)	5 (35,7)	15 (37,5)	ns
Digestivas	26 (48,1)	5 (35,7)	21 (52,5)	ns
HAP	9 (17)	1 (7,1)	8 (20)	ns
Artritis	9 (17)	2 (14,3)	7 (17,5)	ns
Miositis	4 (7,4)	1 (7,1)	3 (7,5)	ns
CRE	3 (6)	1 (7,1)	2 (5)	ns
mRSS inicial	8,3 \pm 7,9	11,6 \pm 11,8	7,7 \pm 6,3	ns
%FVC previo Dx cáncer	96,9 \pm 25,8	88 \pm 33	101,1 \pm 23,6	ns
%DLCO previo Dx cáncer	65,8 \pm 18,4	68,2 \pm 19,2	64,6 \pm 18,5	ns
VSG previa Dx cáncer (mm/h)	34,6 \pm 31,9	30,9 \pm 28,6	36,5 \pm 34,1	ns
PCR previa Dx cáncer (mg/l)	37 \pm 77,6	64,52 \pm 109,5	23,9 \pm 56,14	ns
Hábito tabáquico	27 (50)	10 (71,4)	17 (35)	0,032
Localización de cáncer				
Mama	14 (25,9)	0	14 (35)	0,013
Pulmón	8 (14,8)	4 (28,6)	4 (10)	ns
Colon	7 (12,9)	2 (14,2)	5 (12,5)	ns
Esófago/gast.	3 (6)	1 (7,1)	2 (5)	ns
Otros	22	7 (50)	15 (37,5)	
Metástasis al Dx	12 (22,3)	7 (50)	5 (12,5)	0,002
Metástasis seguimiento	8 (14,8)	6 (42,8)	2 (5)	0,001
Dx ES anterior a cáncer	22 (40,7)	4 (28,5)	18 (45)	ns
Tratamiento ES al Dx cáncer				
Corticoides	4 (7,4)	1 (7,1)	3 (7,5)	ns
Micofenolato	5 (9,2)	2 (14,3)	3 (7,5)	ns
Rituximab	2 (3,7)	2 (14,3)	0	0,055
Nintedanib	2 (3,7)	1 (7,1)	1 (2,5)	ns
Tratamiento cáncer				
Cirugía	36 (66,7)	6 (42,8)	30 (75)	ns
Quimioterapia	28 (51,8)	9 (64,2)	19 (47,5)	ns
Radioterapia	21 (38,9)	6 (42,8)	15 (37,5)	ns
Inmunoterapia	2 (3,7)	1 (7,1)	1 (2,5)	ns
Hormonal	11 (20,3)	0	11 (27,5)	0,048

P139. SECUKINUMAB EN ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES: ESTUDIO DE FASE 2 ALEATORIZADO, DE GRUPOS PARALELOS, DOBLE CIEGO, CONTROLADO POR PLACEBO Y MULTICÉNTRICO

A.L. Jordan Garrote¹, N. Venhoff², W. Schmidt³, R. Bergner⁴, J. Rech⁵, L. Unge⁶, H.-P. Tony⁷, M. Mendelson⁸, C. Sieder⁹, M. Maricos⁹ y J. Thiel¹⁰

¹Novartis Farmacéutica S.A. Barcelona. ²Department of Rheumatology and Clinical Immunology. Vasculitis Center Freiburg. Medical Center-University of Freiburg (Alemania). ³Immanuel Krankenhaus Berlin. Medical Center for Rheumatology Berlin-Buch. Berlin (Alemania).

⁴Medizinische Klinik A. Klinikum der Stadt Ludwigshafen (Alemania).

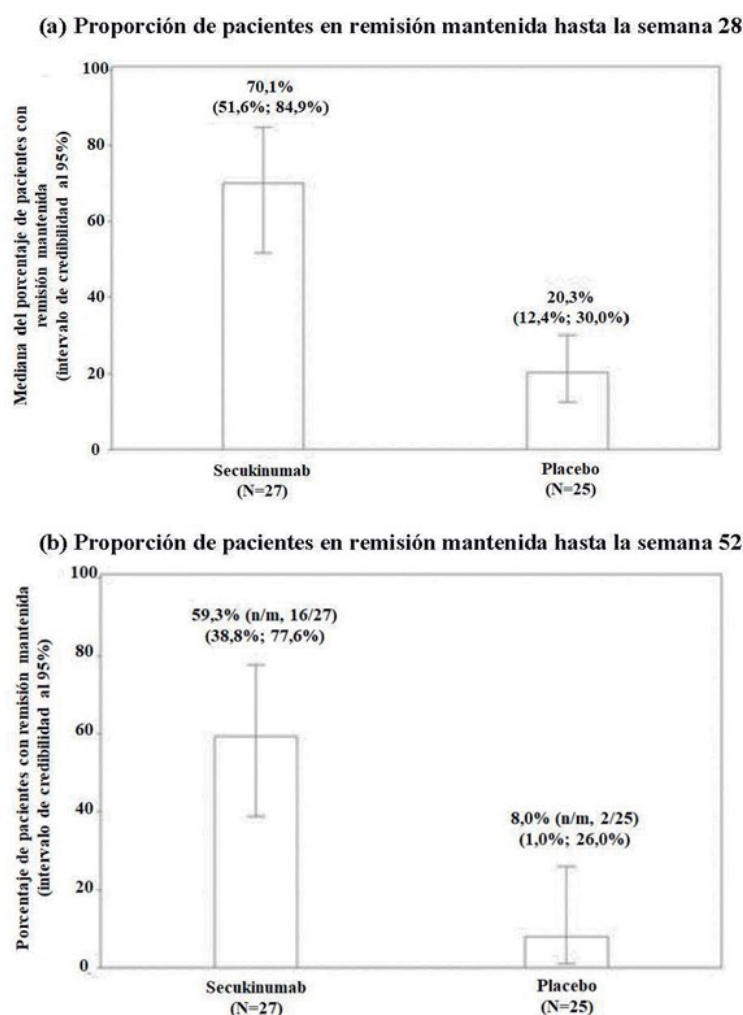
⁵Department of Internal Medicine 3 - Rheumatology and Immunology.

Friedrich-Alexander University (FAU) Erlangen-Nürnberg and Universitätsklinikum Erlangen (Alemania). ⁶Medical Department 1. Städtisches Klinikum Dresden (Alemania). ⁷Department of Medicine 2. Rheumatology and Clinical Immunology Oberduerrbachertstr. Wuerzburg (Alemania). ⁸Novartis Pharmaceuticals Corporation. East Hanover, NJ (EE. UU.). ⁹Novartis Pharma GmbH. Nuremberg (Alemania). ¹⁰Department of Rheumatology and Clinical Immunology. Vasculitis Center Freiburg. Medical Center - University of Freiburg. University of Freiburg (Alemania). Division of Rheumatology and Immunology. Department of Internal Medicine. Medical University of Graz (Austria).

Introducción y objetivos: Se conoce poco sobre los agentes economizadores de glucocorticoides en arteritis de células gigantes (ACG), excepto por la inhibición IL-6. El secukinumab (SEC) ha mostrado mejoras significativas en los signos y síntomas de condiciones médicas impulsadas por IL-17A como la psoriasis en placas, la artritis psoriásica, y la espondiloartritis axial^{1,2}. Tiene un perfil de seguridad a largo plazo favorable^{1,2}. TitAIN es el primer estudio aleatorizado

controlado que investiga la potencial eficacia, seguridad y tolerabilidad de SEC en pacientes (pts) con ACG.

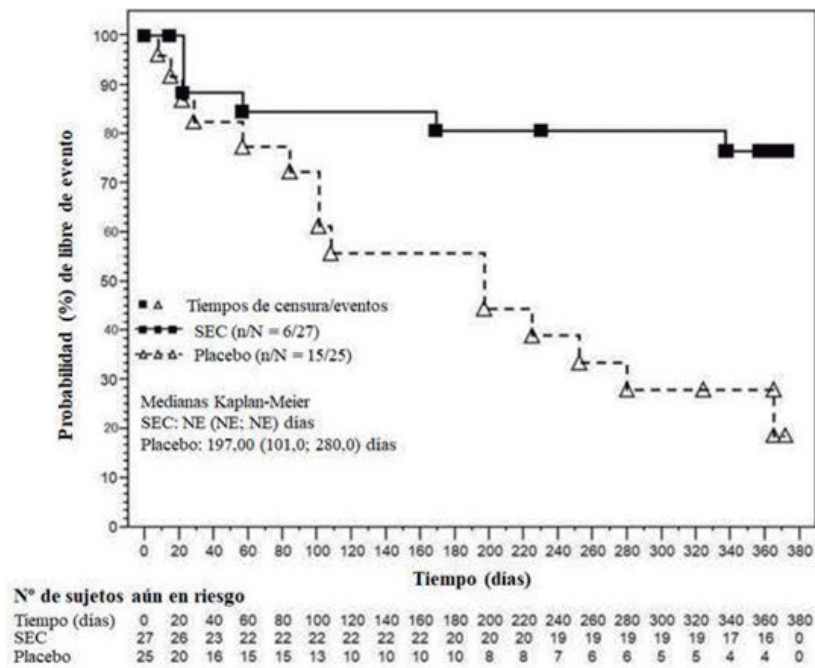
Métodos: Este estudio de fase 2, aleatorizado, doble ciego, controlado por placebo, multicéntrico, de prueba de concepto, incluyó pts (edad ≥ 50 años) con ACG de nuevo diagnóstico (diagnosticada un máximo de 6 semanas [S] antes de la visita basal [BL]) o recurrente (diagnosticada al menos 6S antes de la BL), sin terapia biológica previa. Pts aleatorizados (1:1) a SEC 300 mg o placebo (PBO) inicialmente administrados semanalmente (5 dosis) y cada 4S a partir de entonces hasta la S48 (última dosis), en combinación con un régimen de retirada gradual de glucocorticoides durante 26S empezando desde la BL. El objetivo primario fue la proporción de pts con ACG en remisión mantenida hasta la S28, evaluada mediante un análisis bayesiano de la distribución posterior con imputación de no respondedores. Otras variables importantes: proporción de pts con ACG en remisión mantenida hasta la S52 (basada en datos del estudio con imputación de no respondedores) y tiempo hasta la primera recaída de ACG tras la BL.



La proporción de pacientes con ACG en remisión mantenida hasta la semana 28 en el grupo de análisis completo fue evaluada por un análisis bayesiano de la distribución posterior con imputación de no respondedores; la proporción de pacientes con ACG en remisión mantenida hasta la semana 52 en el grupo de análisis completo estuvo basada en datos del estudio con imputación de no respondedores. El grupo de análisis completo comprende todos los pacientes a los que se les asignó el tratamiento de estudio en la aleatorización y que recibieron al menos una dosis del tratamiento de estudio (secukinumab o placebo).

ACG, arteritis de células gigantes; m, número de pacientes evaluables; n, número de pacientes con una respuesta; N, número de pacientes en cada grupo de tratamiento en el grupo de análisis completo.

Figura 1. Proporción de pacientes en remisión mantenida hasta las semanas 28 y 52.



Los triángulos y los rectángulos muestran los tiempos de censura/eventos. La caída en las líneas de pacientes con SEC o con placebo se asocia a un evento (esto es, primera recaída de ACG tras el momento de inicio). Los pacientes que interrumpieron el tratamiento de estudio prematuramente antes de la semana 52 sin sufrir un evento fueron censurados en el momento de la interrupción prematura, y los pacientes que completaron el tratamiento de estudio sin sufrir ningún evento fueron censurados en su última visita en la fase de tratamiento. El grupo de análisis completo comprende todos los pacientes a los que se les asignó el tratamiento de estudio en la aleatorización y que recibieron al menos una dosis del tratamiento de estudio (secukinumab o placebo). El tiempo hasta la primera recaída de ACG tras la remisión se refiere al tiempo desde el primer día del tratamiento de estudio hasta la primera recaída de ACG tras el momento de inicio.

ACG, arteritis de células gigantes; n, número de pacientes con una respuesta; N, número de pacientes en cada grupo de tratamiento; NE, no evaluable; SEC, secukinumab.

Figura 2. Análisis Kaplan-Meier del tiempo hasta la primera recaída de ACG desde el momento de inicio hasta la semana 52 (grupo de análisis completo).

Resultados: 52 pts aleatorizados (SEC, n = 27; PBO, n = 25), 71,2% (n = 37) completaron el tratamiento de estudio (SEC, 81,5%; PBO, 60,0%). En general, 42 (80,0%) pts eran de nuevo diagnóstico de ACG y 10 (19,2%) pts presentaron ACG recurrente en la BL. La proporción (mediana posterior con intervalo de credibilidad al 95%) de pts ACG en remisión mantenida hasta la S28 fue superior con SEC, 70,1% (51,6-84,9%), que con PBO, 20,3% (12,4-30,0%); razón de probabilidad (mediana posterior con intervalo de credibilidad al 95%), 9,31 (3,54-26,29) (Figura 1a). La proporción (intervalo de confianza [IC] 95%) de pts ACG en remisión mantenida hasta la S52 fue 59,3% (38,8-77,6%) en el grupo SEC y 8,0% (1,0%-26,0%) en el grupo PBO (fig. 1b). La mediana (IC95%) del tiempo hasta la primera recaída tras la BL no se alcanzó en pts con ACG tratados con SEC y fue de 197,0 (101,0-280,0) días para PBO (fig. 2). En general, los acontecimientos adversos (AAs) surgidos durante el tratamiento ocurrieron en el 98,1% de los pts (SEC vs. PBO, 100,0% vs. 96,0%) y AAs graves en el 32,7% (SEC vs. PBO, 22,2% vs. 44,0%). Dos pts en ambos grupos presentaron AAs que provocaron la interrupción del tratamiento de estudio y un paciente en cada grupo tuvo AAs que provocaron la muerte (no relacionada con el tratamiento). No se identificaron señales de seguridad nuevas o inesperadas relacionadas con el tratamiento con SEC.

Conclusiones: SEC demostró una tasa mayor de remisión mantenida junto a un tiempo más largo hasta la primera recaída de ACG vs. PBO hasta la S52 en pts con ACG. Este estudio de fase 2 de prueba de concepto apoya el desarrollo de SEC como tratamiento potencial en combinación con un régimen de retirada gradual de glucocorticoides durante 26S para pts con ACG.

Bibliografía

1. Mease PJ, et al. *ACR Open Rheumatol.* 2020;2(1):18-25.
2. Baraliakos X, et al. *RMD Open* 2019;5:e001005.

P140. RECLASIFICACIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS UTILIZANDO CITOMETRÍA DE MASAS

P. Rybakowska Rybakowska¹, S. Van Gassen^{2,3}, C. Pérez-Sánchez⁴, A. Ibáñez-Costa⁴, N. Varela¹, R. Ortega-Castro⁴, C. Fernández-Roldán⁵, I. Jiménez-Moleón⁶, N. Ortego⁵, E. Raya⁶, R. Aguilar Quesada⁷, Ch. López-Pedrerá⁴, E. Collantes⁴, Y. Saeys^{2,3}, M.E. Alarcón-Riquelme^{1,8} y C. Marañoñ¹

¹Centro Pfizer-Universidad de Granada-Junta de Andalucía de Genómica e Investigación Oncológica (GENYO). Granada. ²Department of Applied Mathematics. Computer Science and Statistics. Ghent University. Ghent (Bélgica). ³Data Mining and Modeling for Biomedicine. VIB Center for Inflammation Research. Ghent (Bélgica). Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC)/Hospital Universitario Reina Sofía/Universidad de Córdoba. ⁴Servicio de Medicina Interna. Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. Departamento de Medicina. Universidad de Granada. Hospital Universitario San Cecilio. P.T.S. Granada. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital Universitario San Cecilio. P.T.S. Granada. ⁶Biobanco del Sistema Sanitario Público de Andalucía. ⁷Institute for Environmental Medicine. Karolinska Institutet. Stockholm (Suecia).

Introducción: El lupus eritematoso sistémico, la artritis reumatoide, la esclerosis sistémica, el síndrome de Sjögren, la enfermedad mixta

del tejido conectivo, el síndrome antifosfolípido primario y la enfermedad indiferenciada del tejido conectivo son enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS) que se diagnostican en base a diferentes criterios clínicos y de laboratorio. Debido a su alta heterogeneidad interna y la superposición de síntomas, los EAS son difíciles de diagnosticar. Por lo tanto, se deben realizar estudios moleculares y celulares para clasificar con precisión a estos pacientes. La citometría de masas es una tecnología proteómica de célula única que cuantifica hasta 50 marcadores por célula, por lo que es una herramienta adecuada para realizar estudios de inmunofenotipo profundo en EAS. **Objetivos:** Explorar las diferencias y similitudes entre los EAS y crear un marco de reclasificación utilizando datos de citometría de alta dimensión.

Métodos: Las muestras de sangre total recolectadas de 129 individuos, incluyendo pacientes y controles, se tiñeron con un panel de anticuerpos de 39-plex y se adquirieron en un instrumento CyTOF. Las frecuencias celulares y las intensidades de señal medias se extrajeron utilizando FlowSOM y Phenograph. Se analizó la secreción de 44 citoquinas usando un ensayo luminex multiplexado. Las enfermedades y niveles de citoquinas se compararon mediante el análisis de Kruskal-Wallis y el agrupamiento jerárquico junto con la reclasificación se realizó utilizando el agrupamiento de K-means.

Resultados: Se observaron características diferenciales entre los grupos de pacientes, con respecto a la frecuencia de monocitos clásicos, subpoblaciones de células B y T, granulocitos maduros e inmaduros e intensidades de CD38, HLA-DR y CD95 en varias poblaciones. Sin embargo, ninguna de ellas es específica de una sola enfermedad. El análisis de agrupamiento de K-means identificó cuatro grupos de pacientes compuestos por combinaciones de diferentes diagnósticos. El grupo C1 se caracterizó por niveles más elevados de poblaciones circulantes del compartimento de células mononucleares y una menor activación de las poblaciones dentro del compartimento de células T. Por otro lado, se encontró una menor frecuencia de múltiples poblaciones de granulocitos y una mayor expresión de CD95 y CD38. Este grupo también se asoció con el tratamiento con esteroides y antipalúdicos. Los grupos C1 y C2 tienen características opuestas entre sí; el grupo C3 presentó características intermedias entre C1 y C2, y el grupo C4 podría considerarse como un grupo mixto indiferenciado. Se encontró una mayor producción de TNF α , IL-10 e IP-10 en pacientes de C1 en comparación con C2, lo que sugiere un fenotipo más activo en C1 y más próximo a la situación fisiológica en C2.

Conclusiones: Hemos construido un marco de reclasificación de pacientes de EAS utilizando frecuencias celulares y niveles de expresión de marcadores funcionales. Hasta donde sabemos, esta es la primera vez que se comparan 7 EAS diferentes mediante citometría de masas. De acuerdo con otros reportes, no detectamos ningún marcador celular específico para cada enfermedad. La distribución del diagnóstico entre diferentes grupos confirma la heterogeneidad de las enfermedades. Los pacientes pueden clasificarse en grupos fenotípicamente similares, que podrían beneficiarse potencialmente de la misma línea de tratamiento.

Financiación: IMI, PRECISESADS (GA#115565), 3TR (GA#831434), EFPIA.

P141. EFFICACY AND SAFETY OF LEFLUNOMIDE IN THE MANAGEMENT OF LARGE VESSEL VASCULITIS: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

F.N. García¹, D. Llop², L. Farran¹, M. Tormo¹, P. Vidal¹, E. Brugarolas¹, P. Maymó¹, J. Palacios¹ and J. Miquel Nolla¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona.

²Unitat de Recerca de Lípids i Arteriosclerosi. Universitat Rovira i Virgili. Reus. Institut d'Investigació Sanitària Pere Virgili. Reus. Tarragona.

Objectives: The search for new treatments continues to be an unmet need in large vessel vasculitides (LVV). This report aims to

assess the effectiveness and safety of leflunomide (LEF) in Takayasu arteritis (TA) and giant cell arteritis (GCA).

Methods: We performed a systematic review of the literature, searching for studies evaluating the efficacy of LEF in TA or GCA. The meta-analysis was conducted using random-effects method.

Results: Six studies assessed LEF in TAK. They included three observational studies and three studies that compared LEF with other DMARDs. For the 3 uncontrolled observational studies (Newcastle Ottawa scale [NOS] scores between 4 and 6; moderate quality), the pooled proportion of patients achieving at least a partial clinical response was 75% (95%CI 0.64–0.84; 3 studies, 79 patients, $I^2 = 0\%$), angiographic stabilization was observed in 86% (95%CI 0.06–0.23; 2 studies, 71 patients, $I^2 = 0\%$) and reduction of mean prednisolone dose following LEF was 59% (95%CI 0.46–0.71; 2 studies, I^2 not assessable). The mean reduction in prednisolone dose after LEF treatment was 15.72 mg/d (95%CI 10.28–21.16; 2 studies, 70 patients, $I^2 = 20.21\%$). One study assessed relapses (4%; 95%CI 0–1.12; 56 patients). The pooled proportion of patients with adverse events was 8% (95%CI 0.02–0.16; 3 studies, 79 patients, $I^2 = 24\%$). Two observational studies compared cyclophosphamide (CYC) with LEF (NOS scores: 9; high quality). In both, LEF appeared to have a favorable clinical response and safety profile when compared with CYC for induction of remission in TAK. A single observational study compared LEF with methotrexate (NOS score: 6; moderate quality). Similar proportions of patients achieved clinical responses (partial or complete) and angiographic stabilization at 12 months, but LEF provides a quicker treatment response when compared with that elicited in MTX. At 12 months, the frequency of relapses was similar in both groups, with no difference in the incidence and severity of adverse effects. Five studies assessed LEF in GCA. They included four observational studies and one study that compared LEF with MTX. For the 4 uncontrolled observational studies (NOS scores between 4 and 6; moderate quality), the pooled proportion of patients achieving at least a partial clinical response was 48% (95%CI 0.16–0.81; 4 studies, 125 patients, $I^2 = 95\%$). Forty-seven percent of patients were able to discontinue glucocorticoids following LEF (95%CI 0.24–0.71; 3 studies, 109 subjects, $I^2 = 79\%$). The mean reduction in prednisolone dose after LEF treatment was 7.39 mg/d (95%CI 5.36–9.41, 2 studies, 81 patients, $I^2 = 0$). Relapses were observed in 19% of cases (IC95%: 0.12–0.27; 3 studies, 114 subjects, $I^2 = 0\%$). The pooled proportion of patients with adverse events was 26% (95%CI 0.10–0.46; 4 studies, 125 patients, $I^2 = 77\%$). A single observational study compared LEF with methotrexate (NOS score: 6). A similar proportion of patients achieved remission, but patients treated with LEF achieved remission earlier than those treated with MTX. No differences were found in either the steroid-sparing effect or the safety profile.

Conclusions: Pooled data from uncontrolled observational studies demonstrate beneficial clinical responses of LEF in TAK and GCA.

P142. DIAGNOSTIC PERFORMANCE OF ¹⁸F-FDG PET-CT FOR LARGE VESSEL INVOLVEMENT IN PATIENTS WITH GIANT CELL ARTERITIS AND NEGATIVE ULTRASOUND AND/OR TEMPORAL ARTERY BIOPSY

F.J. Narváez García¹, M. Cortés-Romera², M. Tormo¹, L. Farran¹, E. Brugarolas¹, P. Vidal¹, X. Mitjavila³, O. Capdevila³, X. Solanich³, I. Sánchez-Rodríguez², A. Sabaté-Llobera³ and J.M. Nolla¹

¹Servicio de Reumatología. Unidad Funcional de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona.

²Unidad de PET. Departamento de Medicina Nuclear- IDI. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona.

³Servicio de Medicina Interna. Unidad Funcional de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona.

Introduction: Every effort should be made to confirm a suspected diagnosis of giant cells arteritis (GCA). According to the 2018 update

of the EULAR recommendations for the management of large vessel vasculitis, objective confirmation of the presence of vasculitis should always be obtained by imaging (ultrasound or MRI for temporal or other cranial arteries, ultrasound, CT, ^{18}F -FDG PET-CT or MRI for the aorta/extracranial arteries) or histology (temporal artery biopsy). In rare cases, both imaging and biopsy are negative. If the clinical probability in such cases is high, a provisional diagnosis of GCA may be made, which needs to be confirmed or revised during follow-up.

Objectives: The purpose of our study was to assess the diagnostic performance of ^{18}F -FDG PET-CT for large vessel involvement in patients with suspected GCA and a negative temporal artery biopsy (TAB) and/or negative ultrasound of temporal arteries.

Methods: Retrospective study in a cohort of patients with suspected GCA and negative TAB and/or ultrasound, who underwent an ^{18}F -FDG PET-CT to try to confirm the diagnosis.

Results: We included 76 patients (25 men and 51 women, aged 74 ± 8 years) with a final diagnosis of GCA based on the presence of compatible clinical symptoms, laboratory inflammatory markers, prompt and persistent response to corticosteroid therapy, and no differential diagnosis after a follow-up of at least 24 months. Thirty-seven (49%) had a negative TAB, twenty-six (34%) had a negative ultrasound of temporal arteries, and thirteen (17%) had both negative. The ^{18}F -FDG PET-CT confirmed the presence of large vessel involvement in 66 (86.8%) patients. The thoracic aorta was involved in 76% of the cases, abdominal aorta in 47%, ilio-femoral arteries in 39.5%, supra-aortic trunks in 67%, and axillary arteries in 17% of the cases. According to the clinical pattern, 34% of these patients had isolated cranial GCA, 12% had cranial GCA + polymyalgia rheumatica, 27% had an occult GCA (isolated fever or constitutional symptoms and inflammatory response), and 27% had isolated polymyalgia rheumatica with vasculitis or an extracranial large-vessel-vasculitis (LVV)-GCA phenotype. Seven of the 10 patients in whom the ^{18}F -FDG PET-CT was negative had received previous treatment with glucocorticoid bolus due to visual manifestations (amaurosis fugax or visual loss of varying severity, with evidence of anterior ischemic optic neuropathy on ophthalmologic examination).

Conclusions: ^{18}F -FDG PET-CT is a useful imaging technique to confirm the existence of vasculitis in patients with GCA and negative TAB or ultrasound. It demonstrates large vessel inflammation in nearly 87% of these cases, whether presenting with classic symptoms or less common presentations. The use of this imaging modality improves the diagnostic accuracy of GCA, especially in patients with negative cranial studies.

P143. MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS DE LA ENFERMEDAD DE BEHÇET EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

L.C. Charca-Benavente¹, L. Caminal-Montero², R. Coto-Hernández² y R. Gómez de la Torre²

¹Servicio de Reumatología. Hospital Virgen de la Cinta. Tortosa. ²Unidad de Enfermedades Autoinmunes y Sistémicas. Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción: La prevalencia de las manifestaciones neurológicas de la enfermedad de Behçet (EB) varía ampliamente, son consideradas de especial gravedad por su morbimortalidad. La forma de presentación del neuro-Behçet (NB) puede ser parenquimatoso y no parenquimatoso (vascular). Existen pocos estudios que describen sobre la presentación, el perfil clínico y la evolución clínica de series de pacientes con NB.

Objetivos: Describir la prevalencia y el perfil clínico de las manifestaciones neurológicas de la EB del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).

Métodos: Se diseñó un estudio transversal retrospectivo en base al registro de pacientes diagnosticados de EB en la Unidad de Enfermedades Autoinmunes del Servicio de Medicina Interna en 37 años. Se seleccionaron a los pacientes que presentaron manifestaciones neurológicas. Se recogieron variables descriptivas como las características epidemiológicas y clínicas, hallazgos en las pruebas complementarias y la evolución clínica. Se compararon características clínicas entre pacientes con EB aislada y NB. Se obtuvo la aprobación del CEIC del HUCA.

Resultados: Se identificaron 10 casos (25, 6%) de NB en 39 pacientes con EB. La edad media al diagnóstico de NB fue $29,7 \pm 12,1$ años, siendo 1,5 veces más frecuente en varones. El tiempo entre el inicio de manifestaciones de EB y las manifestaciones neurológicas fue de 3 años. El 60% presentaron afectación parenquimatoso, afectando principalmente el tronco encefálico y el hemisferio cerebral siendo las manifestaciones clínicas predominantes hemiparesia y parestesia (40% respectivamente). En la forma no parenquimatoso, se observó un caso con trombosis venosa cerebral y dos casos de meningitis aséptica aislada. El síntoma más común de los pacientes con NB fue la cefalea (50%). Un paciente ha tenido una forma singular de presentación: forma "pseudotumoral" localizada en el tronco cerebral, con una RMN en la que aparece como efecto masa con captación de contraste en forma de realce anular. En la RMN del resto de pacientes se visualizaron lesiones con hiperintensidad en T2. El

Tabla 1. Características clínicas entre pacientes con Behçet aislado y neuro-Behçet

CARACTERÍSTICAS	BEHÇET n = 29	NEURO-BEHÇET n = 10	TOTAL n = 39	VALOR p
VARÓN	13 (44,8%)	6 (60%)	19	0,685
LESIONES OCULARES	15 (51,7%)	5 (50%)	20	0,009
LESIONES EN PIEL	16 (55,2%)	5 (50%)	21	0,08
EN	8 (27,6%)	2 (20%)	10	0,22
TVP	3 (10,3%)	3 (30%)	6	2,2
AFECTACION DIGESTIVA	3 (10,3%)	3 (30%)	6	2,2
TROMBOSIS ARTERIAL	0 (0%)	2 (20%)	2	6,1

EN: Eritema nudoso, TVP: Trombosis venosa profunda

LCR mostró pleocitosis (40%) y elevación de proteínas (30%). El estudio histopatológico de un caso encontró infiltrado inflamatorio perivascular. Un paciente presentó discapacidad motora llamativa. La afectación ocular fue mayor de forma significativa en los pacientes con EB sin afectación neurológica ($p = 0,009$).

Conclusiones: Se encontró afectación neurológica en la cuarta parte de los pacientes con EB, predominantemente en varones y en su forma parenquimatosa. No se objetivó ninguna característica diferencial o marcador clínico propio del NB, aunque de forma significativa la afectación ocular fue mayor en la EB aislada.

P144. VACUNACIÓN FRENTE AL SARS-CoV-2 Y DOSIS DE REFUERZO: RESPUESTA HUMORAL EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS AUTOINMUNES SISTÉMICAS EN TRATAMIENTO BIOLÓGICO INTRAVENOSO

C. Trapero Pérez, C. Ramos Giráldez, R. Martínez Pérez, M.L. Velloso Feijó y J.L. Marengo de la Fuente

UGC Reumatología. Hospital de Valme. Sevilla.

Introducción: El riesgo de infección está aumentado en los pacientes con enfermedades reumáticas autoinmunes sistémicas (ERAS), tanto por las alteraciones inmunitarias que suponen, como por las terapias inmunosupresoras que constituyen parte de su tratamiento. Algunos estudios en pacientes con ERAS describen una mayor susceptibilidad para desarrollar COVID-19 grave en caso de infección por SARS-CoV-2, por lo que resulta relevante el estudio de la respuesta vacunal en estos pacientes, ante la posibilidad de no generar una adecuada respuesta humoral.

Objetivos: Describir la respuesta humoral a la vacunación frente al SARS-CoV-2 en una serie de pacientes con ERAS en tratamiento biológico intravenoso (IV), así como la respuesta a la tercera dosis en los no respondedores a la pauta vacunal inicial.

Métodos: Estudio observacional transversal, descriptivo, realizado en pacientes con ERAS en tratamiento biológico IV desde julio a diciembre de 2021, que habían recibido vacunación frente al SARS-CoV-2 según el protocolo nacional establecido, en una unidad de Reumatología de un hospital de tercer nivel. Se revisaron las historias clínicas digitalizadas y se recogieron variables clínicas, epidemiológicas, analíticas y terapéuticas. Se realizó un análisis cuantitativo descriptivo de los datos.

Resultados: Se incluyeron 71 pacientes (23 artritis reumatoide, 17 espondiloartritis, 5 artritis psoriásica, 6 LES, 5 S. Sjögren, 4 EPID, 3 esclerosis sistémica, 1 E. Behçet, 1 panuveítis, 2 EMTC, 2 vasculitis sistémica y 2 coroiditis autoinmune) con edad media de $55,66 \pm 11,13$ años; 42 mujeres y 29 hombres. En cuanto al tratamiento, 28 recibieron rituximab (RTX), 36 infliximab (IFX) y 7 tocilizumab (TCZ). El 46,5% realizaba tratamiento con prednisona (dosis media: $6,98 \pm 3,01$ mg/día) y el 43,5% con metotrexato (MTX) (dosis media: $13,42 \pm 5,37$ mg/semana). En cuanto a la vacunación, 43 pacientes recibieron Pfizer, 9 Moderna, 16 AstraZeneca y 3 Janssen. El tiempo medio desde la administración de la vacuna al tratamiento inmunosupresor IV fue de $2,97 \pm 1,19$ meses. El 88,7% de los pacientes (63) desarrolló IgG frente al SARS-CoV-2 (titulación media: $829,7 \pm 715,37$ UI) frente a 7 pacientes con serología negativa. De los 7 pacientes no respondedores a la pauta vacunal inicial (3 Pfizer, 3 AstraZeneca y 1 Moderna), 6 realizaban tratamiento con RTX y 1 con IFX; todos con prednisona (dosis media: $7,5 \pm 2,5$ mg/día) y uno con MTX. Uno de los que realizaba tratamiento con RTX presentó COVID19, sin precisar ingreso hospitalario. Tras la administración de la 3ª dosis de la vacuna, 2 pacientes desarrollaron anticuerpos, 2 presentaron de nuevo serología negativa (todos ellos tratados con RTX), 2 no recibieron la tercera dosis y del último caso no disponemos de serología.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes con ERAS en tratamiento biológico de nuestra serie desarrolló anticuerpos contra el SARS-CoV-2

tras la vacunación con 2 dosis. De los 7 pacientes que no desarrollaron inmunidad humoral, 6 realizaban tratamiento con RTX y todos ellos recibían prednisona a dosis bajas, por lo que la combinación de RTX con esteroides podría considerarse como factor de riesgo para no desarrollar respuesta serológica. La tercera dosis de la vacuna en los pacientes no respondedores a la pauta inicial no consiguió respuesta humoral en todos los casos, por lo que nos planteamos la necesidad de confirmar la seroconversión en estos pacientes y valorar nuevas dosis de refuerzo.

Bibliografía

1. Brito-Zerón P, Sisó-Almirall A, Flores-Chavez A, Retamozo S, Ramos-Casals M. SARS-CoV-2 infection in patients with systemic autoimmune diseases. *Clin Exp Rheumatol*. 2021;39(3):676-87.
2. D'Silva KM, Jorge A, Cohen A, McCormick N, Zhang Y, Wallace ZS, et al. COVID-19 outcomes in patients with systemic autoimmune rheumatic diseases compared to the general population: A US multicenter, comparative cohort study. *Arthritis Rheumatol*. 2021;73(6):914-20.

P145. EXPERIENCIA DE LA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR REUMATOLOGÍA-NEUMOLOGÍA

O. Compán Fernández¹, J.M. González Ruiz², S. Pastor Navarro¹, M. Ibáñez¹, B. Miguel Ibáñez¹, C. Montilla Morales¹, C. Hidalgo Calleja¹, A. Turrión Nieves¹, S. Gómez Castro¹ y O. Martínez González¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Salamanca.

²Servicio de Neumología. Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID), incluso cuando se diagnostica inicialmente como una forma idiopática puede estar asociada con una enfermedad autoinmune sistémica, hecho que puede ocurrir hasta en el 25% de pacientes. Algunas sociedades científicas consideran los diagnósticos idiopáticos de EPID como un hecho provisional y recomiendan el abordaje multidisciplinar de estos pacientes para lograr un diagnóstico definitivo.

Objetivos: Valoración del beneficio de la consulta multidisciplinar Reumatología- Neumología para el cribado y diagnóstico de pacientes con sospecha de EPID que pueda estar asociada a conectivopatía, así como seguimiento y tratamiento de todos aquellos que presenten una conectivopatía con afectación pulmonar.

Métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo de los pacientes atendidos en la consulta multidisciplinar de Reumatología- Neumología entre enero de 2016 y diciembre de 2021. De 324 pacientes atendidos se seleccionan 95 con patología pulmonar asociada a conectivopatía o rasgo autoinmune. Se recogen como variables sexo, edad, tabaquismo, IPA, autoinmunidad, diagnóstico reumatológico, diagnóstico neumológico, sintomatología inicial, FVC, DLCO, TACAR. Los cálculos se realizaron con el programa IBM SPSS Statistics v.25.

Resultados: Las características demográficas y clínicas de la población se muestran en la tabla 1. 52 (54,7%) pacientes fueron derivados con un diagnóstico conocido de conectivopatía con sospecha de EPID asociada, frente a 43 (45,3%) pacientes con sospecha de EPID sin diagnóstico claro. Todos los pacientes tenían pruebas de autoinmunidad positivas: 53% ANA, 47% FR, 36% AntiCCP, 36-23,1% Ro y Ro52k respectivamente, 10% Anti-Jo1, 10% Anti-DNA, 9% Scl70, 7% Anti-La, 7% U1-RNP, 7% ANCA, 4% CENP-A y CENP-B. El diagnóstico más frecuente fue artritis reumatoide 35 (36,8%), seguido de IPAF 21 (22,1%), síndrome antisintetasa 13 (13,7%), esclerosis sistémica 7 (7,4%), síndrome de Sjögren 7 (7,4%), lupus eritematoso sistémico 4 (4,2%), conectivopatía indiferenciada 2 (2,1%), overlap 2 (2,1%), reumatismo palindrómico 1 (1%), poliartritis crónica seronegativa 1 (1%), espondiloartropatía 1 (1%) y polimiositis 1 (1%). El 70,5% de los pacientes se encontraban sintomáticos en el momento del diagnóstico neumológico, siendo la clínica predominante la disnea en casi la mitad (44%), seguido de la tos. En casi la mitad de los pacientes (45%) se realizó el diagnós-

tico reumatológico y neumológico en un plazo menor a un año, y en dos tercios (65%) en un plazo menor a 5 años. Los diagnósticos neumológicos fueron: NINE 35 (36%), NIU 10 (10%), NO 17 (17%), bronquiolitis 13 (13%), NIL 5 (5%), derrame pleural 3 (3%), neumonía descamativa 1 (1%), nódulo pulmonar 1 (1%) y hasta 12 (12%) de EPID no clasificables. En los 43 pacientes con sospecha de EPID sin diagnóstico, que suponen un 13% del total de pacientes atendidos, finalmente los diagnósticos fueron IPAF 20 (46,5%), síndrome anti-sintetasa 11 (25,6%), artritis reumatoide 8 (18,6%), síndrome de Sjögren 2 (4,6%), esclerosis sistémica 1 (2,3%).

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de los pacientes

Edad media al diagnóstico (rango)	55 (19-84)
Sexo H/M	70 (74%)/25(26%)
Tabaco Sí/No	51 (54%)/44(46%)
Diagnóstico reumatológico	
Artritis reumatoide	35 (36,8%)
Esclerosis sistémica	7 (7,4%)
Reumatismo palindrómico	1 (1,0%)
Síndrome antisintetasa	13 (13,7%)
Conectivopatía indiferenciada	2 (2,1%)
Síndrome de Sjögren	7 (7,4%)
Poliartritis crónica seronegativa	1 (1,0%)
LES	4 (4,2%)
Espondiloartropatía	1 (1,0%)
Polimiositis	1 (1,0%)
Overlap	2 (2,1%)
IPAF	21 (22,1%)
Autoinmunidad	
ANA	51 (53,7%)
FR	45 (47,4%)
Anti-CCP	35 (36,8%)
Ro/Ro52K	35 (36,8%)/22 (23,1%)
La	7 (7,4%)
RNP	7 (7,4%)
Scl70	9 (9,5%)
AntiDNA	10 (10,5%)
ANCA	7 (7,4%)
CENP-A, CENP-B	4 (4,2%)
Th/To	2 (2,1%)
NOR 90	1 (1,0%)
RP155	1 (1,0%)
Pm-Scl	3 (3,1%)
Anti-Jo1	10 (10,5%)
PL-12	5 (5,2%)
Anti-Ku	2 (2,1%)

Tabla 2. Características de la patología pulmonar

Evolución patología reumatológica hasta diagnóstico neumológico	
Años, media (desviación estándar)	5,8 (9,9)
Igual o menos de 1 año	43 (45,3%)
Entre 1 y 5 años	19 (20%)
De 5 a 10 años	9 (9,5%)
Más de 10 años	24 (25,3%)
Diagnóstico neumológico	
NINE	35 (36,8%)
NIU	10 (10,5%)
NO	17 (17,9%)
NIL	5 (5,3%)
Bronquiolitis aislada	5 (5,3%)
Bronquiolitis + otra patología	8 (8,4%)
Nódulo pulmonar	1 (1,0%)
Derrame pleural	3 (3,1%)
Neumonía descamativa	1 (1,0%)
No clasificable	12 (12,6%)
Síntoma inicial; asintomático/tos/disnea	28 (29,5%)/25 (26,4%)/42 (44,1%)
% FVC inicio, media	82,1
% DLCO inicio, media	62,9
Rango DLCO inicial/final	
Compatible con normalidad	18 (18,9%)/17 (17,9%)
Descenso leve	28 (29,6%)/26 (27,4%)
Descenso moderado	26 (27,4%)/27 (28,4%)
Descenso grave	11 (11,6%)/13 (13,7%)

Conclusiones: La consulta multidisciplinaria Reumatología-Neumología puede ayudar a esclarecer el diagnóstico de pacientes con patología pulmonar asociada a conectivopatía.

146. INFLUENCE OF PREVIOUS CORTICOSTEROID THERAPY ON ¹⁸F-FDG PET-CT YIELD IN GIANT CELL ARTERITIS

F.J. Narváez García¹, P. Estrada², P. Moya³, M. Cortés-Romera⁴, I. Sánchez-Rodríguez⁴, A. Sabaté-Llobera⁴, M. Tormo¹, L. Farran¹, P. Vidal¹, E. Brugarolas¹, D. Reina², H. Corominas³ and J.M. Nolla¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. ²Servicio de Reumatología. Hospital Moisès Broggi. Sant Joan Despí. ³Servicio de Reumatología. Hospital de Sant Pau. Barcelona. ⁴Unidad de PET. Departamento de Medicina Nuclear- IDI. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona.

Introduction: Glucocorticoids (GLC) may reduce vascular wall uptake of ¹⁸F-FDG and increase FDG uptake in the liver, leading to underestimation of vasculitis. For this reason, it is recommended to perform the ¹⁸F-FDG PET-CT scan within the first 10 days of treatment with high-dose GLC.

Objectives: To determine the impact of prior corticosteroid treatment on ¹⁸F-FDG PET-CT yield to establish or confirm the diagnosis of giant cell arteritis (GCA).

Methods: Multicentric retrospective study of a consecutive cohort of 115 patients clinically diagnosed and managed as GCA, who received GLC before ¹⁸F-FDG PET-CT. The diagnosis of GCA was made based on the presence of compatible symptoms, laboratory inflammatory markers, prompt and persistent response to corticosteroid therapy, and no differential diagnosis after a follow-up of at least 24 months.

Results: Among the 115 patients, ¹⁸F-FDG PET-CT demonstrated the presence of large vessel involvement in 80 (70%) and was negative in 35 (30%). In patients with positive scans, the thoracic aorta was involved in 81% (65/80) of the cases, abdominal aorta in 50% (40/80), iliofemoral arteries in 39% (31/80), supra-aortic trunks in 66% (53/80), and axillary arteries in 16% (13/80) of the cases. We grouped patients according to treatment duration before ¹⁸F-FDG PET-CT. Sixty-five patients (56.5%) had a new-onset GCA (PET-CT was performed within 6 weeks of clinical suspicion). Twenty-six of them (40%) received previous treatment with methylprednisolone boluses (with doses of 125 mg to 1 g per day during 3 days) followed by 30 to 60 mg/d of prednisone, due to severe ischemic complications (stroke or visual manifestations). In these 26 patients, ¹⁸F-FDG PET-CT was considered positive for large vessel involvement only in 50% of the cases. Patients with negative scans had a longer duration of treatment before the PET-CT examination (mean 15 vs. 6 days; $p = 0.233$) and had received a higher total dose of prednisone (mean 2538 vs. 1907.5 mg; $p = 0.257$). In the remaining 39 patients (60%) treated with oral GLC alone, ¹⁸F-FDG PET-CT confirmed the presence of vasculitis in 74% (29/39) of the cases. According to the duration of therapy, the result was positive in 80% (16/20) of patients treated for less than 2 weeks, in 70% of those treated for 2 to 4 weeks (7/10), and in 67% of those treated for more than 4 weeks (6/9). Using the 10 days of treatment as a cut-off point, PET-CT was positive in 81% (13/16) of cases with ≤ 10 days of therapy and in 70% (16/23) treated with more than 10 days. Among the 50 patients (43.5%) with relapsing/refractory GCA or that developed GCA on a background of a prior history of PMR, 7 (14%) also received steroid boluses. ¹⁸F-FDG PET-CT was considered positive for large vessel involvement only in 43% (3/7) of them. In the remaining 43 patients (86%) treated with oral GLC alone, ¹⁸F-FDG PET-CT demonstrated large vessel involvement in 81% (35/43) of the cases, after a median duration of treatment of 481 days (interquartile range [IQR], 25th-75th: 165-1021) and a mean total dose of prednisone received of 11.46 g (IQR: 2.83-10.62 g).

Conclusiones: According to our data, the diagnostic yield of ¹⁸F-FDG PET-CT continues to be valuable despite glucocorticoid exposure. Although GLC treatment attenuated FDG uptake in large vessels, it seems to have a relatively limited effect. A late ¹⁸F-FDG PET-CT (beyond the first 10 days of treatment) can also be generally informative.

P147. SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO. ¿CÓMO SE COMPORTA EN LOS HOMBRES?

X.E. Larco Rojas, P. Pérez-García, C. Sieiro Santos, I. González Fernández, C. Moriano-Morales, A. López-Robles, M. Martín Martínez, C. Álvarez Castro y E. Díez-Álvarez

Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de León.

Introducción: El síndrome de Sjögren Primario (SSP) es una enfermedad autoinmune y linfoproliferativa, más frecuente en mujeres, con una ratio 15:1. Al comparar entre géneros los estudios han encontrado diferentes resultados en cuanto a manifestaciones clínicas, marcadores de autoinmunidad o pronósticos. Los hombres podrían tener una enfermedad glandular más leve y mayores manifestaciones extra glandulares en el momento del diagnóstico, especialmente afectación pulmonar. También las complicaciones, como el Linfoma, son más frecuentes en hombres.

Objetivos: Describir las características demográficas, clínicas y serológicas de los pacientes hombres con diagnóstico de SSP y compararlos con una muestra de mujeres con el mismo diagnóstico para identificar si existen diferencias en cuanto a forma de presentación de la enfermedad.

Características demográficas, clínicas y serológicas en hombres y mujeres en la muestra estudiada. Resultados de la comparación entre grupos

Características	Hombres (n = 13)	Mujeres (n = 91)	Valor de p
	Mediana; RIQ o n (%)	Mediana; RIQ o n (%)	
Edad al diagnóstico, años	58; 11	58,5;20	0,844
Síntomas:			
Xeroftalmia	13 (100)	82 (90,11)	0,598
Xerostomía	10 (76,92)	83 (91,21)	0,139
Manifestaciones extraglandulares:			
Artralgias	4/(30,8)	51 (56,04)	0,079
Artritis	2 (15,4)	23 (25,3)	0,729
Fatiga	0	11 (12,1)	0,351
Inflamación glandular	2 (15,4)	17 (18,7)	1
Raynaud	5 (38,5)	15 (16,5)	0,124
Afectación pulmonar	2 (15,4)	16 (17,6)	1
Afectación neurológica	0	2 (2,2)	1
Afectación renal	2 (15,4)	2 (2,2)	0,075
Marcadores de autoinmunidad:			
ANA+	12 (92,3)	79 (86,8)	1
Ro+	13 (100)	77 (84,6)	0,207
La+	9 (69,2)	52 (57,1)	0,551
FR+ (factor reumatoide)	5 (38,5)	58 (63,7)	0,076
Otros marcadores:			
Hipocomplementemia	2 (15,4)	7 (7,7)	0,313
Hipergammaglobulinemia	7 (53,8)	48 (52,7)	1
B2 microglobulina (diagnóstico mg/L)	2,05; 1,11	2,76; 2,67	0,039
Gammagrafía salival	6 (46,2)	37 (40,7)	0,517
Biopsia positiva	4 (30,8)	26 (28,6)	1
Neoplasias asociadas (no linfoma)	1 (7,7)	10 (11)	1
Linfoma	0	3 (3,3)	1
Enfermedades autoinmunes asociadas:			
Esclerosis múltiple	1 (7,7%)	1 (1,1)	0,235
Enfermedad celíaca	1 (7,7%)	0	0,125
Cirrosis biliar primaria	0	3 (3,3)	1
Tiroiditis autoinmune	0	8 (8,8)	0,591

Métodos: Se analizó de forma retrospectiva todas las historias clínicas de pacientes hombres diagnosticados de SSP entre 2014 -2021, incluidos en la base de datos de Reumatología del Hospital de León y que cumplieron los criterios ACR-EULAR 2016. Se compararon las diferentes características recogidas con una muestra de mujeres que también cumplieron con los criterios.

Resultados: Se identificaron 13 pacientes hombres y se comparó con una muestra de 91 pacientes mujeres. Se exponen los resultados en la tabla. No se observó diferencias entre mujeres y hombres en cuanto a xeroftalmia y xerostomía. La afectación pulmonar fue similar en ambos géneros en nuestra muestra, sin embargo, la afectación renal se observó de forma más frecuente en los hombres (2/13 vs. 2/91p = 0,075) y las artralgias fueron más frecuentes en mujeres (4/13 vs. 51/91 p = 0,079). Al analizar los marcadores de autoinmunidad y otros marcadores pronósticos, el FR tuvo una tendencia a ser positivo de forma más frecuente en las mujeres (58/91 vs. 5/13 p = 0,076) y los niveles de B2 microglobulina al diagnóstico también fueron más altos en este grupo (2,76 vs. 2,05, p = 0,039). No se observaron diferencias al comparar enfermedades autoinmunes asociadas, o complicaciones como el Linfoma u otros tumores.

Conclusiones: Los hombres tuvieron niveles significativamente más bajos de B2 microglobulina al diagnóstico. La afectación renal puede ser una manifestación extra glandular que se presenta con mayor frecuencia en hombres, pero hace falta una muestra con mayor número de pacientes para confirmar estos hallazgos.

Bibliografía

1. Youngjae Park Y, Lee J, Park SH, et al. Male patients with primary Sjogren's syndrome: A distinct clinical subgroup? Int J Rheum Dis. 2020;23:1388-95.

P148. PROYECTO CAPISAS: INCIDENCIA Y EPIDEMIOLOGÍA DEL SÍNDROME ANTISINTETASA EN CATALUÑA ENTRE 2016 Y 2019

M. Sallés¹, B. Busso², J. Narvaez³, S. Holgado⁴, A. Pros⁵, R. Touriño-García⁶, M. Millán⁷, E. Ruiz⁸, F. Morandeira⁹, S. Mínguez¹, D. Taverner¹⁰, D. Botello¹¹, J. Gómez-Puerta², I. Casafont⁴, E. Riera¹², I. Carrión-Barberà⁵, D. Lobo⁷, S. Ordóñez¹³, S. Heredia¹⁴, M. Moreno¹⁵, S. Rodríguez¹⁶, C. García¹⁷, M. Coll¹⁸, V. Ortiz-Santamaría¹⁹, M. Ricse²⁰, T. Clavaguera²¹, N. Segalés¹⁸, E. García-Casares²², E. Armengol²³, O. Codina²⁴, S. García¹⁵, J. Camins¹⁹, A. Arnau²⁵ y E. Trallero-Araguás⁶ en nombre del CAPICAT (Grupo de capilaroscopia y enfermedades autoinmunes de la Sociedad Catalana de Reumatología)

¹Servicio de Reumatología. Althaia Xarxa Assistencial Universitària de Manresa. ²Servicio de Reumatología. Hospital Clínic. Barcelona. ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitari de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital del Mar-Parc de Salut Mar. Barcelona. ⁶Servicio de Reumatología. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. ⁷Servicio de Reumatología. Unitat Territorial de Reumatologia Sant Pau-Dos de Maig. Barcelona. ⁸Servicio de Inmunología. Hospital Clínic. Barcelona. ⁹Servicio de Inmunología. Hospital Universitari de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat. ¹⁰Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Sant Joan de Reus. ¹¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitari de Vic. ¹²Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Mútua de Terrassa. ¹³Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lérida. ¹⁴Servicio de Reumatología. Hospital Moisès Broggi. Sant Joan Despí. ¹⁵Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Parc Taulí. I3PT (UAB). Sabadell. ¹⁶Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona. ¹⁷Servicio de Reumatología. Hospital de Terrassa. ¹⁸Servicio de Reumatología. Hospital de Mataró. ¹⁹Servicio de Reumatología. Hospital General de Granollers. ²⁰Servicio de Reumatología. Hospital Sant Joan de Deu. Martorell. ²¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Doctor Josep Trueta. Girona. ²²Servicio de Reumatología. Hospital de Mollet. ²³Servicio de Reumatología. Hospital de Palamós. ²⁴Servicio de Reumatología. Hospital de Figueras. ²⁵Unidad de Investigación. Althaia Xarxa Assistencial Universitària de Manresa.

Introducción: El síndrome antisintetasa (SAS) es una enfermedad autoinmune caracterizada por la presencia de anticuerpos frente a alguna tRNA sintetasa (AcAS) y manifestaciones clínicas que pueden incluir: enfermedad pulmonar intersticial (EPI), miositis, artritis, Raynaud, fiebre y manos de mecánico. La tasa de incidencia es desconocida y tampoco se han publicado trabajos epidemiológicos poblacionales.

Objetivos: Determinar la incidencia y epidemiología del SAS entre 2016 y 2019 en Cataluña. Como criterio diagnóstico del SAS se consideró la positividad de AcAS asociados al menos a una manifestación clínica mayor: miositis, EPI o artritis.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo multicéntrico. Se incluyeron todos los pacientes con primera determinación de AcAS positiva (Jo1, PL7, PL12, OJ, EJ) durante el periodo de estudio. La identificación de los pacientes se realizó a través de los laboratorios de inmunología de todos los hospitales de la red pública de Cataluña. Se recogieron variables demográficas, epidemiológicas, inmunológicas y clínicas.

Resultados: Identificamos 201 pacientes con AcAS positivos, cumpliendo 125 criterios de SAS. La incidencia acumulada estimada fue de 1,66 casos \times 100.000 habitantes. Edad media 59,8 años (DE 15,4), 62,9% mujeres y 78,3% caucásicos del sur de Europa. El 63% trabajaba en el sector terciario y el 20,5% en el secundario. Un 17,9% reconoció alguna exposición ambiental, las más frecuentes el contacto con animales y el amianto. El 38,8% eran fumadores o exfumadores. El anti-Jo1 fue el AcA más frecuente (39,2%), seguido de PL7 (28,8%), PL12 (21,6%), EJ (5,6%) y OJ (4,8%). En el 74% los ANA fueron positivos, mayoritariamente con un patrón citoplasmático (59,3%). El 58,4% presentaron otro ANA específico, predominando el Ro52 (48%). El FR, los ACPA y los ANCA fueron positivos en un 13,6%, 4,6% y 4,3% respectivamente. La edad media al primer síntoma fue de 58,5 años (DE 15,6). Todos los pacientes presentaron al menos una manifestación mayor: 45,6% una, 40,8% dos y 13,6% tres. El 90,3% padecieron EPI: disnea subaguda/crónica 39,3%, tos 22,3%, disnea rápidamente progresiva 18,8% y 17% asintomáticos. En el TACAR: NINE 50,5%, NO 15,3%, NINE+NO 11,7% y patrón no clasificable 9,9%. Miositis en 64 casos (51,6%), 34 con biopsia muscular: 50% con patrón de DM, 36% de PM, 20% indeterminado

y 1% de miositis necrotizante. Artritis en un 27,2% (poliartritis 78,6%, oligoartritis 21,4%). Raynaud en el 11,2%, fiebre en el 25,4% y manifestaciones cutáneas en el 49,6% (71% manos de mecánico, 27,4% Gottron, 12,9% exantema heliotropo y 3,2% rash en esclavina). En el 58,9% de los pacientes la primera manifestación fue la EPI, seguida de la miositis (21,4%) y la artritis (19,6%). Quince pacientes (12%) presentaron cáncer, 8 de ellos con una distancia menor a los 3 años del diagnóstico SAS, siendo el de mama el más frecuente. En 14 casos (11,2%) se asoció otra enfermedad autoinmune destacando 6 casos con síndrome de Sjögren. Quince (13,9%) pacientes fallecieron, el 46,7% en relación al SAS.

Conclusiones: La incidencia acumulada estimada del SAS entre el 2016 y el 2019 en Cataluña fue de 1,66 casos \times 100.000 habitantes. A pesar de la ausencia de unos criterios diagnósticos para el SAS, la presencia de AcAS es una condición necesaria e imprescindible para establecerlo. Consideramos que la identificación de casos a partir de los resultados positivos de AcAS es una buena estrategia para determinar la incidencia del SAS en nuestro territorio.

P149. ESTUDIO DE 102 CASOS DE ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES DE UN MISMO CENTRO LOS ÚLTIMOS 8 AÑOS

I. Calvo Zorrilla¹, O. Ibarguengoitia Barrena¹, D. Montero Seisdedos¹, L. Vega Álvarez², C.L. García Gómez², E. Ruiz Lucea², I. Torre Salaberri², O. Fernández Berrizbeitia², J.M. Blanco Madrigal², A.R. Intxaurre Pellejero², C. Pérez Velásquez², E. Cuende Quintana², M.R. Expósito Molinero², M. Enjuanes Noguero², I. Gorostiza Hormaetxe³, E. Galíndez Agirreagoikoa² y M.L. García Vivar²

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Galdakao. Bilbao.

²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Basurto. Bilbao.

³Unidad de Investigación. Hospital Universitario Basurto. Bilbao.

Introducción: La arteritis de células gigantes (ACG) es una vasculitis con manifestaciones clínicas variadas (isquémicas y sistémicas). Su diagnóstico se basa en los criterios de clasificación ACR 1990, la histología y las técnicas de imagen. El tratamiento se basa en los

CLÍNICA	N	%
CEFALEA	76	74.5
SÍNDROME GENERAL	48	47.1
POLIMIALGIA REUMÁTICA	35	34.3
- Cervical	4	
- Escapular	31	
- Pélvica	28	
CLAUDICACIÓN MANDIBULAR	33	32.4
CLÍNICA VISUAL	26	25.5
- Amaurosis	9	
- Ceguera unilateral	2	
- Diplopía	4	
- Neuritis óptica	9	
- Dolor ocular + fotofobia	1	
- Visión borrosa	1	
FIEBRE	25	24.5
HIPERSENSIBILIDAD CUERO CABELLUDO	13	12.7
DOLOR FACIAL	12	11.8
VÉRTIGO	9	8.8
SINOVITIS	4	3.9
DISFAGIA	3	2.9
HIPOACUSIA	1	1
ACCIDENTE CEREBROVASCULAR	1	1

P149 Figura 1. Manifestaciones clínicas al diagnóstico.

	BASAL	3 MESES	12 MESES
ANALÍTICA (media±DE)			
- VSG (mm1ª h)	79,2±26,8	22±16,15	17,04±12,76
- PCR (mg/L)	26,7±21,72	1,25±1,57	1,8±2,53
- HB (g/dL)	11,55±1,57	15,6±25,6	13,11±1,37
- PLAQUETAS (10 ³ /μL)	369,8±124,66	-	260,72±73,7
- FA (U/L)	86,3±33,4	-	58,24±17
- ALT (U/L)	24,3±22	-	19,12±12,35
- AST (U/L)	23,1±16,3	-	18,9±4,8
TRATAMIENTO (nº pacientes)			
- GC	102 (100%)	102 (100%)	102 (100%)
- BOLOS GC	31 (30%)	0	0
- MTX	36 (35.3%)	47 (46.1%)	37 (36.3%)
- TTO BIOLÓGICO	6 (5.9%)	9 (8.8%)	7 (6.8%)
*Mavrilimumab	3	2	0
*Sarilumab	3	3	0
*Tocilizumab	0	2	6
*Sirukumab	0	1	1
*Upadacitinib	0	1	0

P149 Figura 2. Características analíticas y tratamiento.

glucocorticoides (GC) aunque en ocasiones es necesario tratamiento inmunosupresor.

Objetivos: Valorar la epidemiología, manifestaciones clínicas, actitud terapéutica y evolución de pacientes con ACG en un mismo centro.

Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo de pacientes diagnosticados de ACG en un Hospital Universitario (junio 2013-diciembre 2021). Se recogen manifestaciones clínicas al diagnóstico y evolución y tratamiento al inicio, 3 meses y 12 meses. Las variables cuantitativas se expresaron como media ± DE o como mediana [IQR] según su distribución. Las variables cualitativas se expresaron como frecuencia.

Resultados: Se incluyeron 102 pacientes, el 69,6% mujeres con una edad media al diagnóstico de 77,6 ± 7,5 años. La tasa de incidencia fue de 3,9 casos/10.000 pacientes-año. El intervalo desde los síntomas hasta el diagnóstico tuvo una mediana de 1,33 meses [0,64-2,42]. Las manifestaciones más frecuentes fueron: cefalea (n:74), síndrome general (n:48) y polimialgia reumática (PMR) (n:35) (fig. 1). La HTA (60,1%) fue la comorbilidad más frecuente seguida de dislipemia (36,3%) y enf. cardiovascular (24,5%). En el momento del diagnóstico las medias fueron: PCR 26,66 ± 21,6 mg/L, VSG 79,1 ± 26,8 mm1ª h y Hb 11,55 ± 1,57 g/dL. Se realizó biopsia a 70 pacientes (positiva en 50; 71%), ecografía a 70 (positiva en 63; 90%) y las dos pruebas a 40 pacientes (39,2%). En 22 (55%) fueron positivas ambas pruebas. Se realizaron 29 PET-TAC con el hallazgo de aortitis en 10 (9,8%), siendo los troncos supraaórticos y la aorta torácica los más afectados. 31 pacientes iniciaron bolos de metilprednisolona y el resto inició prednisona (1 mg/Kg/día) en pauta descendente. Metotrexato (MTX) (dosis máxima 10 mg/semana) se añadió a 36 (35,3%). 3 pacientes entraron en ensayo con mavrilimumab y 3 con sarilumab. La visita de los 3 meses la realizaron 89 pacientes (9 pérdidas de seguimiento y 4 *exitus*). La clínica fue cefalea (n: 9), PMR (n: 4), sd general (n: 5) y clínica visual (n: 5, 2 diplopía y 3 pérdida agudeza visual), el resto estaban asintomáticos. Se observó normalización de parámetros analíticos (fig. 2). En esta visita, a 11 pacientes más se les añadió MTX, 2 iniciaron tocilizumab, 1 se incluyó en ensayo con sirukumab y 1 en ensayo con upadacitinib. En la visita de los 12 meses, 81 pacientes (4 pérdidas de seguimiento y 4 *exitus*) fueron valorados (fig. 2). Además de GC, 37 pacientes seguían con MTX (dosis media de 12,5 mg/semana), 6 con tocilizumab y 1 en el ensayo

de sirukumab. Se observó recaída en 19 (18,6%). En 27 pacientes (26,5%) se observaron efectos adversos leves (temblor, insomnio, alteración de glucemia y síndrome de Cushing). No se registraron efectos adversos graves.

Conclusiones: En nuestro estudio, la cefalea fue la manifestación más frecuente en la forma craneal y el síndrome general en la forma extracranial. Las pruebas de imagen resultaron una herramienta diagnóstica indispensable. En nuestra serie las recaídas se dieron en 1 de cada 5 pacientes, los bolos de GC se pautaron con clínica visual o síntomas muy floridos y el MTX fue el inmunosupresor de elección. El tratamiento biológico fue necesario en el 10% de los pacientes.

P150. FUNCIÓN PULMONAR EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE PRE-ESCLERODERMIA: EXPERIENCIA DE 10 AÑOS

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

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

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) es una complicación frecuente de la esclerosis sistémica (ES), a menudo progresiva y con mal pronóstico. Un defecto ventilatorio restrictivo podría sugerir EPI aislada o asociada a hipertensión arterial pulmonar. Actualmente, la preesclerodermia está bien definida como etapa preliminar de ES. Los pacientes que cumplen con los criterios de pre-esclerodermia podrían beneficiarse de un diagnóstico precoz de afectación pulmonar.

Objetivos: Evaluar la función pulmonar en los pacientes diagnosticados de preesclerodermia.

Métodos: Estudio observacional unicéntrico retrospectivo de una serie amplia y no seleccionada de pacientes diagnosticados de preesclerodermia desde 2012 hasta 2022. Los pacientes fueron clasificados como preesclerodermia siguiendo los criterios de Le Roy.

A pesar de esto, los pacientes no cumplían criterios de clasificación ACR/EULAR 2013 para ES. Se estudió la función pulmonar mediante espirometría convencional y la capacidad de difusión del pulmón para el monóxido de carbono (DLCO).

Resultados: Se incluyeron un total de 61 pacientes con una edad media de 52,9 ± 6,2 años (90,9% mujeres). Al diagnóstico de pre-esclerodermia, ninguno de nuestros pacientes evidenció un patrón ventilatorio restrictivo. La DLCO fue inferior a límites normales en 21 pacientes (34,4%). 26 pacientes (42,6%) presentaron obstrucción de pequeña vía aérea expresada mediante un flujo espiratorio máximo (MMEF 25-75) disminuido. Después de un período medio de seguimiento de 42,4 ± 3,2 meses, 29 (47,5%) pacientes cumplieron criterios de ACR/EULAR 2013 para ES. El tiempo medio entre el diagnóstico de preesclerodermia y la clasificación efectiva de esclerodermia fue de 24,4 ± 1,8 meses. Los restantes 32 pacientes continuaron clasificados como preesclerodermia siguiendo los criterios de Le Roy. El análisis del subgrupo de pacientes que progresó a ES demostró que la DLCO estaba disminuida en 15 de los 29 pacientes (51,7%) y también que 18 de 29 pacientes (62,11%) presentaron disminución de MMEF 25-75. Frente al subgrupo de pacientes que no progresó a ES se observó disminución de DLCO (51,7 vs. 10,4%; p = 0,01) y MMEF 25-75 disminuido (42,8 vs. 24,6%; p = 0,05). El análisis de la función pulmonar del subgrupo de pacientes que continuó clasificado como pre-esclerodermia tras completar el seguimiento no mostró cambios significativos.

Conclusiones: Aproximadamente un tercio de los pacientes clasificados como pre-esclerodermia presentaron valores anormales de DLCO y/o de obstrucción de la pequeña vía aérea sin la presencia de un patrón ventilatorio restrictivo. Por otra parte, la expresión de esta disfunción pulmonar fue más frecuente en los pacientes que progresaron a ES definitiva. Los pacientes que continuaron clasificados como pre-esclerodermia no experimentaron cambios significativos en la función pulmonar. Nuestros resultados demuestran que la función pulmonar está afectada en la preesclerodermia y que probablemente debiera ser considerada para futuros criterios de clasificación.

P151. ALTERACIONES INFLAMATORIAS MUSCULOESQUELÉTICAS, EVALUADAS MEDIANTE RESONANCIA MAGNÉTICA, EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

P. Corzo García¹, I. Carrión Barberá^{2,3}, I. García-Duitama⁴, A. Agustí Claramunt⁴, S. Marsico⁴, J. Monfort^{2,3} y T.C. Salman Monte^{2,3}

¹Reumatología. Hospital Clínic de Barcelona. ²Reumatología. Hospital del Mar. Barcelona. ³Unitat d'Expertesa Clínica (UEC) en malalties autoimmunes sistèmiques i vasculitis. Hospital del Mar. Barcelona.

⁴Radiología. Hospital del Mar. Barcelona.

Introducción: La afectación osteoarticular en el lupus eritematoso sistémico (LES) es la más frecuente, mostrando una amplia heterogeneidad y siendo, a menudo, infraestimada. No tiene a día de hoy una clasificación válida ni unos criterios correctamente establecidos; considerándose no erosiva por radiografía simple, migratoria y leve-moderada en la mayoría de los casos. Además, la afectación inflamatoria musculoesquelética subclínica en LES no ha sido ampliamente estudiada hasta el momento.

Objetivos: Describir mediante resonancia magnética (RM) con contraste la prevalencia de la afectación inflamatoria articular y tendinosa en muñeca y mano de pacientes con LES, ya sea con artritis, artralgia o asintomáticos y compararla con sujetos sanos.

Métodos: Se reclutaron pacientes con diagnóstico de LES (según criterios SLICC 2012) y se clasificaron en 3 grupos: grupo (G) 1: artritis clínica de muñeca o mano, G2: artralgia de muñeca o mano, G3: asintomáticos. Se excluyó: artropatía de Jaccoud, positividad para FR y ACPA, artrosis o cirugía de mano. Se reclutaron voluntarios sanos como grupo control: G4. Se realizó una RM con contraste de

la muñeca y mano no dominante a todos los sujetos a estudio. Las imágenes se evaluaron siguiendo criterios RAMRIS extendidos a interfalángicas proximales, *Tenosynovitis score for RA* y *PsRAMRIS* para peritendinitis. Los grupos se compararon estadísticamente.

Resultados: Se reclutaron un total de 107 sujetos (G1: 31, G2:31, G3:21, G4:24). Se observó: "al menos una lesión" en 74,7% de los pacientes con LES vs. 41,67% de los sujetos sanos; p 0,002. "Sinovitis": G1: 64,52%, G2: 51,61%, G3: 45%, G4: 20,83%; p 0,013. "Erosiones": G1: 29,03%, G2: 54,84%, G3: 47,62%; G4: 25%; p 0,066. "Edema óseo": G1: 29,03%, G2: 22,58%, G3: 19,05%, G4: 0,0%; p 0,046. "Tenosinovitis": G1: 38,71%; G2: 25,81%, G3: 14,29%, G4: 0,0%; p 0,005. "Peritendinitis": G1: 12,90%; G2: 3,23%, G3: 0,0%, G4: 0,0%; p 0,07.

Conclusiones: Los pacientes con LES tienen una alta prevalencia de lesiones inflamatorias musculoesqueléticas valoradas mediante RM con contraste, incluso estando asintomáticos. La afectación tendinosa no se limita a la tenosinovitis, sino que la peritendinitis también se observa, principalmente en pacientes con artritis clínica.

Bibliografía

1. Ceccarelli F, et al. Joint involvement in systemic lupus erythematosus: From pathogenesis to clinical assessment. *Semin Arthritis Rheum.* 2017;47:53-64.

P152. EVALUACIÓN MEDIANTE PET DE LA EFICACIA DE TOCILIZUMAB EN LA ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES

J. Sánchez¹, J. Loricera¹, S. Castañeda^{2*}, C. Moriano^{3*}, J. Narváez⁴, V. Aldasoro⁵, O. Maiz⁶, R. Melero⁷, J.L. Villa⁸, P. Vela⁹, S. Romero-Yuste¹⁰, J.L. Callejas¹¹, E. de Miguel¹², E. Galíndez-Agirregoikoa¹³, F. Sivera¹⁴, J.C. Fernández-López¹⁵, C. Galisteo¹⁶, I. Ferraz-Amaro¹⁷, L. Sánchez-Bilbao¹, M. Calderón-Goercke¹, J.L. Hernández^{1*}, M.A. González-Gay^{1,19} y R. Blanco¹,

en nombre del Grupo Español de Arteritis de Células Gigantes

¹Departamento de Reumatología y Medicina Interna. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Universidad de Cantabria. Santander. ²Departamento de Reumatología. Hospital Universitario de La Princesa. IIS-Princesa. Catedra UAM-Roche. EPID-Future. UAM. Madrid. ³Departamento de Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de León. ⁴Departamento de Reumatología. Hospital de Bellvitge. Barcelona. ⁵Departamento de Reumatología. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. ⁶Departamento de Reumatología. Hospital Universitario de Donostia. San Sebastián. ⁷Departamento de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. ⁸Departamento de Reumatología. Hospital Sierrallana. Torrelavega. ⁹Departamento de Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante. ¹⁰Departamento de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. ¹¹Departamento de Reumatología. Hospital San Cecilio. Granada. ¹²Departamento de Reumatología. Hospital La Paz. Madrid. ¹³Departamento de Reumatología. Hospital de Basurto. Bilbao. ¹⁴Departamento de Reumatología. Hospital Universitario de Elda. ¹⁵Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Juan Canalejo. A Coruña. ¹⁶Departamento de Reumatología. Hospital Parc Taulí. Sabadell. ¹⁷Departamento de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Tenerife. ¹⁸Cardiovascular Pathophysiology and Genomics Research Unit. School of Physiology. Faculty of Health Sciences. University of the Witwatersrand. Johannesburg (Sudáfrica).

Introducción: La tomografía por emisión de positrones (PET) es una de las herramientas disponibles para el diagnóstico de vasculitis de grandes vasos con fenotipo extracraneal (1-3). El tocilizumab (TCZ) ha demostrado eficacia en la vasculitis de grandes vasos (VGV), incluida la arteritis de células gigantes (ACG). Sin embargo, la mejoría objetivada mediante técnicas de imagen tras la terapia con TCZ en pacientes con ACG extracraneal es controvertida.

Objetivos: Evaluar mediante la técnica de imagen PET la eficacia de TCZ en la mejoría de la inflamación de la pared vascular en pacientes con ACG y afectación de grandes vasos.

Métodos: Estudio multicéntrico observacional de 101 pacientes con ACG tratados con TCZ. La ACG se diagnosticó según criterios ACR de 1990 y/o biopsia de arteria temporal y/o presencia de signos de inflamación en la pared vascular en PET, definida por la presencia de captación de fluorodesoxiglucosa (FDG) en la pared vascular. Los pacientes se dividieron en dos subgrupos, con y sin signos de mejoría (parcial o total) en la PET de seguimiento.

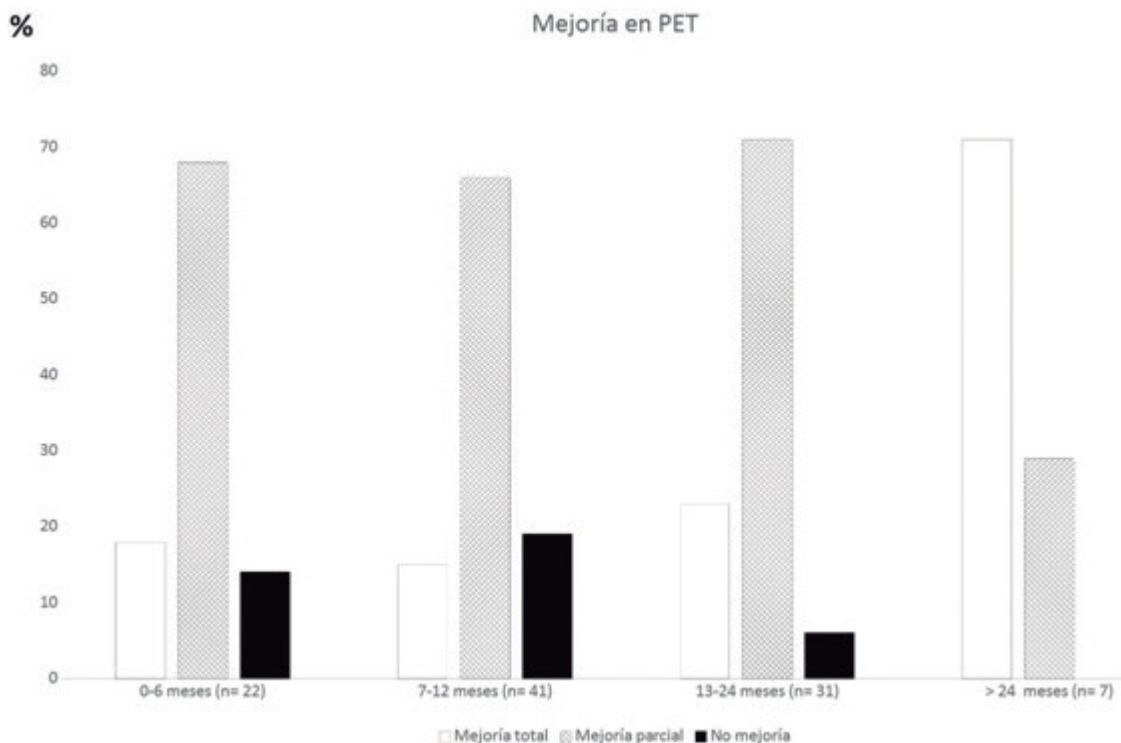
Principales características de 101 pacientes con ACG tratados con tocilizumab y con presencia de signos de inflamación de la pared vascular en PET

	Con mejoría en PET (n = 88)	Sin mejoría en PET (n = 13)	p
Características basales al inicio de TCZ			
Características generales			
Edad(años), media DE	70,69.1	63,89.2	0,014
Sexo, mujeres/hombres (% mujeres)	67/21 (76)	7/6 (54)	0,103
Tiempo desde diagnóstico hasta inicio de TCZ (meses), mediana [RIC]	11 [4-24,2]	4 [2-6]	0,102
Manifestaciones sistémicas, n (%)			
Fiebre, n (%)	5 (6)	2 (15)	0,225
Síndrome constitucional, n (%)	36 (41)	4 (31)	0,466
PmR, n (%)	53 (60)	9 (10)	0,761
Manifestaciones isquémicas, n (%)			
Afectación visual, n (%)	2 (2)	1 (1)	0,342
Cefalea, n (%)	30 (34)	3 (23)	0,538
Claudicación mandibular, n (%)	8 (9)	0 (0)	0,592
Datos de laboratorio			
VSG, mm ¹ hora, mediana [RIC]	38,0 26,2	13,54 9,9	0,001
PCR, mg/dL, mediana [RIC]	1,5 [0,7-2,4]	1 [0,5-1,7]	0,179
Dosis de Prednisona, mg/día, mediana [RIC]	40,3 19,4	21,9 12,7	0,001
Tiempo desde inicio de TCZ hasta PET de seguimiento (meses)	13,18.0	10,15.3	0,446

Resultados: Se englobaron 101 pacientes (74 mujeres/27 hombres; edad media 69,7 ± 9,3 años) en el estudio. En la Tabla se muestran las principales características clínicas de los pacientes con ACG en ambos grupos con y sin mejoría mediante PET. El grupo de pacientes que experimentó mejoría en la PET era de mayor edad al inicio de TCZ y había recibido dosis más altas de corticoides. Tras el inicio de TCZ, 88 de 101 pacientes (87,1%) mostraron signos de mejoría en la PET de seguimiento (21 completa, 67 parcial). El tiempo medio de realización de la PET de seguimiento fue de 12,7 ± 7,7 meses. Diez de los 13 pacientes que no experimentaron una mejoría objetiva en PET, sí experimentaron una mejoría clínica ya en los primeros 3 meses tras el inicio de TCZ.

Conclusiones: TCZ parece ser eficaz en el control de la ACG, incluyendo la afectación vascular detectada por PET. Sin embargo, la mejoría observada en esta prueba de imagen suele ser parcial y pocas veces completa.

Grupo Español de Arteritis de Células Gigantes: Juan C. González Nieto (H. Gregorio Marañón), Juan R. de Dios (H.U. Araba), Esther Fernández (H. Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca), Isabel de la Morena (H. Clínico Universitario de Valencia), Patricia Moya (H. Sant Pau), Roser Solans i Laqué (H. Valle de Hebrón), Eva Pérez Pampín (H.U. de Santiago), José L. Andréu (H.U. Puerta de Hierro), Marcelino Revenga (H. Ramón y Cajal), Juan P. Baldivieso Achá (H. U. de La Princesa), Eztizen Labrador (H. San Pedro), Andrea García-Valle (Complejo Asistencial Universitario de Palencia), Adela Gallego (Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz), Carlota Iñiguez (H.U. Lucus Augusti), Cristina Hidalgo (Complejo Asistencial Universitario de Salamanca), Noemí Garrido-Puñal (H. Virgen del Rocío), Ruth López-González (Complejo Hospitalario de Zamora), José A. Román-Ivorra (H.U. y Politécnico La Fe), Sara Manrique (H. Regional de Málaga), Paz Collado (H.U. Severo Ochoa), Enrique Raya (H. San Cecilio), Valvanera Pinillos (H. San Pedro), Francisco Navarro (H. General Universitario de Elche), Alejandro Olivé-Marqués (H. Trias i Pujol), Francisco J. Toyos (H.U. Virgen Macarena), María L. Marena Rojas (H. La Mancha Centro), Antoni Juan Más (H.U. Son Llätzer),



P152 Figura. Mejoría en PET de seguimiento según tiempo de realización de la prueba.

Beatriz Arca (H.U. San Agustín), Carmen Ordás-Calvo (H. Cabueñes), María D. Boquet (H. Arnau de Vilanova), Noelia Álvarez-Rivas (H.U. Lucus Augusti), María L. Velloso-Feijoo (H.U. de Valme), Cristina Campos (H. General Universitario de Valencia), Íñigo Rúa-Figueroa (H. Doctor Negrín), Antonio García (H. Virgen de las Nieves), Carlos Vázquez (H. Miguel Servet), Pau Lluch (H. Mateu Orfila), Carmen Torres (Complejo Asistencial de Ávila), Cristina Luna (H.U. Nuestra Señora de la Candelaria), Elena Becerra (H.U. de Torrevieja), Nagore Fernández-Llanio (H. Arnau de Vilanova), Arantxa Conesa (H.U. de Castellón), Eva Salgado (Complejo Hospitalario Universitario de Ourense).

Bibliografía

1. Prieto-Peña D, et al. Ther Adv Musculoskelet Dis. 2021;13: 1759720X211020917.
2. Martínez-Rodríguez I, et al. Semin Arthritis Rheum. 2018;47:530-7.
3. Prieto-Peña D, et al. Semin Arthritis Rheum. 2019;48:720-7.

P153. EFECTIVIDAD DE LOS INHIBIDORES DE LAS JANUS KINASAS EN LAS VASCULITIS DE VASO GRANDE REFRACTARIAS. CASOS CLÍNICOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

J. Loricera García¹, D. Prieto-Peña¹, S. Romero-Yuste², V. Calvo-Río¹, J. Narváez³, E. de Miguel⁴, V. Emperiale⁵, M.Á. González-Gay¹ y R. Blanco¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Santander. ²Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. ³Servicio de Reumatología. Hospital de Bellvitge. Barcelona. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares.

Objetivos: Las vasculitis de vaso grande (VVG) pueden ser refractarias al tratamiento estándar con glucocorticoides y agentes inmunosupresores convencionales y biológicos (FAMEc y FAMEb). La vía de señalización JAK/STAT está implicada en las VVG, y los inhibidores de JAK (JAKINIB) podrían ser útiles en su tratamiento. Nuestro objetivo fue evaluar la efectividad de los JAKINIB en la VVG refractaria a los FAMEc y/o FAMEb.

Métodos: Estudio multicéntrico de práctica clínica y de la revisión de la literatura de VVG tratadas con JAKINIB. Para la revisión de la literatura se realizó una búsqueda en PubMed, Embase y la biblioteca Cochrane desde su inicio hasta el 31 de diciembre de 2021.

Resultados: Presentamos 7 pacientes con VVG refractarias a FAMEc y/o FAMEb, que recibieron tratamiento con JAKINIB. Cuatro mujeres con una edad media ± DE de 68,7 ± 12,9 años con arteritis de células gigantes (ACG) que fueron refractarias a metotrexato (MTX), antagonistas del receptor de la IL-6, dos a abatacept y una a ustekinumab. Dos de ellas iniciaron tofacitinib (TOFA) (5 mg/12h) con mejoría clínica. Otra paciente comenzó upadacitinib (UPA) (15 mg/24h) con mejoría escasa, mientras que la paciente restante recibió baricitinib (BARI) (4 mg/24h) con mejoría parcial. Una mujer de 27 años con arteritis de Takayasu (AT) recibió BARI (4 mg/24h) con mejoría parcial. Una mujer de 62 años con aortitis y efectos secundarios a MTX y tocilizumab (TCZ) experimentó mejoría parcial con TOFA (5 mg/12h), mientras que una mujer de 56 años con un síndrome de Cogan refractaria a MTX, infliximab (IFX), TCZ y ciclofosfamida (CYP) experimentó mejoría clínica completa con UPA (15 mg/día). En la revisión de la literatura encontramos 66 pacientes con VVG: 20 ACG (16 mujeres, 73,5 ± 8,2 años), 44 AT (34 mujeres, 23,5 ± 6,7 años), y 2 VVG de otro tipo (2 mujeres, 56,0 ± 5,6 años), que recibieron JAKINIB. TOFA fue el más usado en la AT, mientras BARI lo fue en ACG y aortitis. La mayoría de los pacientes mejoraron con JAKINIB (tabla).

P153 Casos clínicos y revisión de la literatura de pacientes con vasculitis de vaso grande tratados con inhibidores de Janus Kinasas

Referencia	Casos	Sexo (Mujeres (M)/Varones (V))	Edad, media ± DE	JAKINIB	FAMEc previos	FAMEb previos	Seguimiento (meses), media ± DE	Evolución clínica
ACG	a) 1 b) 1 c) 3 d) 5 e) 4	a) M b) M c) M (3) d) M (11), V (4) e) M (4)	a) 75 b) 76 c) 74 ± 11,5 d) 72,4 ± 7,2 e) 68,7 ± 12,9	a) Ruxo b) Bari c) Bari (3) d) Bari (15) e) Tofa(2)/Upa(1) Bari(1)	a) MTX, MM b) MTX c) MTX(2),HCQ(1),SSZ(1),CYA (1),MM(1) d) MTX (2), CYP (1) e) MTX (3), HCQ (1)	a) - b) TCZ c) TCZ (2) d) SIRU (1) e) TCZ (4),SARI (1),ABA (2),USTE (1)	a) 9 b) 12 c) 8,5 ± 4,9;ND(1) d) 11,3 ± 2,3 e) 12,2 ± 9,3	a) ND b) M c) M (1); ND (2) d) M(13);NM(1);ND(1) e) M (3); NM (1)
AT	a) 1 b) 2	a) M b) M (2)	a) 32 b) 16 ± 2,8	a) Tofa b) Tofa (2)	a) - b) MTX (2), AZA (1), MM (1)	a) ADA, TCZ b) RTX (2),ADA (2),IFX(1),TCZ (2)	a) 3 b) 4,5 ± 3,5	a) M b) NM (2)
	c) 1 d) 1 e) 1 f) 2 g) 1 h) 5	c) V d) M e) V f) M (1), V (1) g) V h) M (5)	c) 38 d) 17 e) 26 f) 22,5 ± 4,9 g) 21 h) 22 ± 4,6	c) Tofa d) Tofa e) Tofa f) Tofa (2) g) Tofa h) Tofa (5)	c) MTX, SSZ d) AZA e) CYA, AZA f) ND (2) g) MTX, AZA h) MTX(4),CYA(2),AZA(2),MM(4),L EF(2)	c) IFX,ETN,CZP,SECU d) GOL1 e) IFX,TCZ f) ND (2) g) - h) TCZ (3)	c) 12 d) 6 e) 12 f) 8 ± 4,2 g) 9 h) 6-18	c) M d) M e) M f) M (1);ND (1) g) M h) M (4); NM (1)
	i) 27 j) 3 k) 1 l) 1	i) M (22); V (2) j) M (2); V (1) k) M l) M	i) 31,11 ± 9,2 j) 40 ± 10 k) 30 l) 52	i) Tofa (27) j) Bari (2), Ruxo (1) k) Bari l) Bari	i) ND (27) j) MTX (1), MM (2) k) MTX, AZA, MM l) MTX	i) ND (27) j) TCZ (2), TNFI (NS)(2) k) ETN, IFX, TCZ, RTX, USTE l) TCZ, IFX	i) 12 j) ND (3) k) 18 l) 6	i) M (23); NM (4) j) M (3) k) M l) M
Otras	a) 1 b) 1 c) 2	a) M b) M c) M (2)	a) 52 b) 60 c) 59,0 ± 4,2	a) Bari b) Bari c) Tofa (1), Upa (1)	a) - b) MTX (2), CYP (1)	a) TCZ, IFX b) TCZ c) TCZ (2), IFX (1)	a) 6 b) ND c) 3,5 ± 3,5	a) M b) M c) M (2)

ACG: arteritis de células gigantes; ADA: adalimumab; AT: arteritis de Takayasu; AZA: azatioprina; Bari: baricitinib; CYA: ciclosporina; CYP: ciclofosfamida; CZP: certolizumab pegol; ETN: etanercept; FAMEb: fármacos modificadores de la enfermedad biológicos; FAMEc: fármacos modificadores de la enfermedad clásicos; GOL1: golimumab; HCQ: hidroxicloroquina; IFX: infliximab; LEF: leflunomida; M: mejoría clínica; MM: metotrexato; ND: no datos; NM: no mejoría; NS: no especificado; RTX: rituximab; Ruxo: ruxolitinib; SARI: sarilumab; SECU: secukinumab; SSZ: sulfasalazina; TCZ: tocilizumab; Tofa: tofacitinib; Upa: upadacitinib; USTE: ustekinumab; VVG: vasculitis de vaso grande.

Conclusiones: Los JAKINIB parecen ser una terapia efectiva en la VVG refractaria a los FAMEc y/o FAMEb.

P154. CARACTERÍSTICAS Y MORTALIDAD DE NUESTROS PACIENTES INGRESADOS EN UCI

J.A. García Vadillo¹, J.P. Baldivieso Acha¹, E.M. Miguelez Tato², F. Gutiérrez Rodríguez¹, C. Alvargonzález Riera³ y D.A. Rodríguez Serrano³

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. ²Alumna 6º curso. Facultad de Medicina Universidad Autónoma. Madrid. ³Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

Introducción: Las enfermedades reumáticas autoinmunes (ERA) se asocian a disfunción de múltiples órganos, que puede requerir ingreso en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), constituyendo un reto para reumatólogos e intensivistas. Los nuevos tratamientos inmunomoduladores pueden estar variando las características y la mortalidad de estos pacientes.

Objetivos: El objetivo primario del estudio es conocer la mortalidad y las características relacionadas con este evento de nuestros pacientes ingresado en UCI en los últimos 5 años. El objetivo secundario es comparar las características de nuestra serie con la serie de nuestros pacientes ingresados en la UCI en la década anterior.

Métodos: Realizamos un estudio observacional retrospectivo transversal utilizando las historias clínicas informatizadas. Se elaboró una base de datos con los pacientes con ERA admitidos en la UCI del Hospital Universitario de la Princesa entre el 1 de octubre de 2015 y el 30 de septiembre de 2020, excluyendo a aquellos con una estancia inferior a 24 horas. Se recogió información acerca de las características y tratamientos de la enfermedad previamente a su ingreso en la UCI así como las características clínicas y medidas terapéuticas instauradas en la UCI durante su estancia. El análisis estadístico se realizó mediante SPSS.

Resultados: Tras descartar los ingresos inferiores a 24 horas de estancia. Se incluyó una población de 45 pacientes con una media de edad de 65,3 ± 12,2 años y un 69% de mujeres. Las conectivopatías (40%) y la artritis reumatoide (37,8%) fueron las ERA más prevalentes que precisaron ingreso en UCI. Los eventos cardiovasculares (51%) constituyeron el principal motivo de admisión en la UCI seguidos de los procesos infecciosos (27%). La mediana de la estancia en UCI fue de 5 días. Es llamativo que 77% de los pacientes había recibido glucocorticoides previos a su ingreso a lo largo de su enfermedad. La puntuación mediana en las escalas de gravedad fue de 34 en SAPS II y de 17 en APACHE II. La mortalidad durante la estancia en la UCI fue del 30,4% y en el análisis multivariante se asociaba a la administración previa de bolos de glucocorticoides y la puntuación en la escala APACHE II. Esta mortalidad esta aumentada cuando se relaciona con series históricas de enfermos ingresados en las UCI españolas con similares puntuaciones de gravedad APACHE II. En el estudio comparativo con el periodo anterior se observa unas tasas de mortalidad similares, un incremento de la edad media de los ingresados en 7 años, una disminución de los pacientes con vasculitis y un incremento de los pacientes con artritis reumatoide. Así mismo se observa un aumento de los eventos cardiovasculares como motivo fundamental del ingreso en la UCI.

Conclusiones: La mortalidad de nuestros enfermos con ERA ingresados en UCI en el último quinquenio es del 30,4%, similar a la de la década anterior pero superior a la de otras patologías con similares características de gravedad. Se encuentra relacionada con la puntuación en APACHE II y con la administración previa de bolos de glucocorticoides. Las conectivopatías y la artritis reumatoide son las enfermedades que más frecuentemente ingresan en UCI y los motivos fundamentales son los eventos cardiovasculares e infecciones.

P155. INTERVENCIÓN DE UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR (REUMATOLOGÍA, OBSTETRICIA, NEFROLOGÍA) EN LA GESTACIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDAD REUMÁTICA AUTOINMUNE SISTÉMICA. ESTUDIO TRANSVERSAL ANALÍTICO

L. Calvo Sanz¹, B. Magallares², E. Llubra³, H. Marco⁴, H. Park², M. Díaz⁴, P. Moya², S. Ros², I. Castellví² y H. Corominas²

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ²Servicio de Reumatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ³Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ⁴Servicio de Nefrología. Fundación Puigvert. Barcelona.

Introducción: La planificación gestacional es recomendable en pacientes con enfermedades reumáticas autoinmunes sistémicas (ERAS)^{1,2} pero la evidencia del efecto de estas recomendaciones es escasa. Se creó una consulta multidisciplinar (Reumatología, Ginecología y Nefrología) para aconsejar a mujeres con ERAS con deseo gestacional.

Objetivos: Describir las características clínicas, comorbilidades obstétricas y resultados relacionados con la gestación evaluadas en pacientes con ERAS atendidas en una consulta multidisciplinar de consejo gestacional (CG). Evaluar la asociación entre las variables clínicas y obstétricas con el éxito en la gestación tras la CG.

Métodos: Estudio transversal analítico realizado en un Hospital Universitario de Alta Complejidad. Se incluyeron mujeres con ERAS en edad fértil derivadas a una consulta multidisciplinar de CG entre febrero 2020 y diciembre 2021. Se recogieron variables demográficas, clínicas, analíticas y obstétricas. Se calculó la *odds ratio* (OR) para éxito de gestación mediante regresión logística univariante. Se consideró como significativo p < 0,05.

Tabla 1. Características clínicas y comorbilidades de las pacientes

Diagnóstico enfermedad de base	Nº pacientes (%)	
Lupus eritematoso sistémico	12 (32%)	
Síndrome de Sjögren	2 (5%)	
Síndrome antifosfolípido	1 (3%)	
Miopatía inflamatoria	2 (5%)	
Enfermedad indiferenciada del tejido conectivo	2 (5%)	
Esclerosis sistémica	1 (3%)	
Artritis reumatoide	3 (8%)	
Espondiloartritis	1 (3%)	
Behçet	1 (3%)	
Enfermedad Still	2 (5%)	
Crioglobulinemia	1 (3%)	
Poliangeítis microscópica	1 (3%)	
Glomerulonefritis	3 (8%)	
Overlap (> 1ERAS)	8(22%)	
Comorbilidades clínico-obstétricas	Sí (%)	No (%)
Raza		
Caucásica	29 (79%)	8 (21%)
Hispana	6 (16%)	31 (84%)
Asiática	2 (5%)	35 (55%)
Brote enfermedad de base los 6 meses previos a la visita	9 (24%)	28 (76%)
Actividad clínica en la visita	4 (11%)	33 (89%)
Tratamiento actual compatible con embarazo	29 (78%)	8 (22%)
Trombosis	4 (11%)	33 (89%)
Gestaciones previas	17 (45%)	20 (54%)
Abortos previos	17 (45%)	20 (54%)
8 un aborto	16 (93%)	1 (7%)
4 dos abortos		
1 tres abortos		
Abortos primer trimestre		
Nefritis lúpica (NL)	7 (19%)	30 (81%)
3 NL clase IV		
2 NL clase III		
1 NL clase V		
1 NL clase III + V		
Características inmunológicas	Sí (%)	No (%)
Positividad anti-Ro52	5 (21%)	19 (79%)
Positividad anti-Ro60	3 (19%)	16 (84%)
Positividad anticuerpos antifosfolípidos	5 (19%)	22 (81%)

Tabla 2. Odds ratio de comorbilidades clínicas y obstétricas para la gestación

Variable	OR	IC95%	p
Edad	0,93	0,79-1,09	0,371
Nº abortos	2,24	0,87-5,75	0,093
Abortos (S/N)	2,67	0,66-10,7	0,167
Corticoides	1,5	0,078-28,89	0,788
Gestaciones previas (S/N)	4,28	1,08-17,00	0,039
Complicaciones gestacionales previas (S/N)	0,98	0,74-1,30	0,907
Actividad ERAS en la última visita (S/N)	4,07	0,38-43,4	0,245
Brote de ERAS en los últimos 6 meses (S/N)	0,92	0,20-4,18	0,917
Nefritis lúpica (S/N)	0,86	0,16-4,51	0,856
Antifosfolípidos (S/N)	1,22	0,27-5,60	0,796

Resultados: Se evaluaron a 37 pacientes con una edad media de 35,6 años (entre 28 a 47 años). La mayoría de las pacientes se derivó de Reumatología (22/37) seguido por Nefrología (7/37), Ginecología (6/37) y Oftalmología (2/37). Las pacientes se evaluaron de mediana en 1 ocasión (1-3 visitas). La ERAS más común fue el LES (12/37). Los datos clínicos de las ERAS y comorbilidades se resumen en la Tabla 1. En la consulta multidisciplinar de CG se valoró favorable para gestación sin necesidad de ninguna intervención a 20/37 pacientes y se desaconsejó el embarazo a 4/37 pacientes. En 6/37 casos se propuso un cambio de tratamiento de la ERAS, mientras que 4/37 mujeres ya eran gestantes en el momento de la valoración en la consulta de CG. Se aconsejó la realización de una biopsia renal a 1 paciente, que no llegó a realizarse. 3 pacientes habían recibido una biopsia renal reciente, desaconsejándose la gestación a una paciente por actividad (NL clase III) y recomendándose embarazo a las otras dos pacientes (NL II+V y glomerulonefritis membranosa inactivas). Finalmente, 17/30 pacientes valoradas como favorables para la gestación se quedaron embarazadas, llegando 14/17 a término con una mediana de 38 semanas. El peso de los recién nacidos fue de 2.560 g de mediana. Se observaron 3 complicaciones perigestacionales (2 rotura prematura de membranas, 1 colestasis) y 2 complicaciones perinatales (distrés respiratorio, arteria subclavia aberrante). Se produjeron 3 abortos: 2 espontáneos en el primer trimestre y 1 provocado por tratamiento concomitante con micofenolato. Se observó que haber tenido una gestación previa tenía una OR 4,28 (IC95%) para éxito de gestación. El resto de variables no mostraron asociación significativa (tabla 2).

Conclusiones: La intervención del CG fue favorable para la mayoría de los pacientes con una gran proporción de gestaciones con éxito. Los recién nacidos de nuestra población presentaron bajo peso al nacer. La gestación con éxito no tuvo asociación con variables clínicas como la actividad de la enfermedad, solamente con historia previa de gestación. Se precisa estudios a largo plazo para estudiar la efectividad de este tipo de consultas multidisciplinarias en la planificación de la gestación en pacientes con ERAS

Bibliografía

1. Espinosa G. Reumatol Clin. 2019.
2. Sammaritano LR. Arthritis Rheumatol. 2020.

P156. CORRELACIÓN ENTRE HALLAZGOS ANATOMOPATOLÓGICOS Y ECOGRAFÍA DE GLÁNDULAS SALIVALES EN PACIENTES CON SOSPECHA CLÍNICA DE SÍNDROME DE SJÖGREN EN UN HOSPITAL TERCIARIO

M. Espinosa Malpartida¹, M. Fernández Castro², J. Sanz Sanz², J.C. Nieto González³, H. Godoy Tundidor², O. Rusinovich², M. Pavía Pascual², N. de la Torre Rubio², C. Merino Argumánuez², C. Barbadillo Mateos², B. García-Magallón², J. Campos Esteban², J.L. Andreu Sánchez² y M.A. Sánchez²

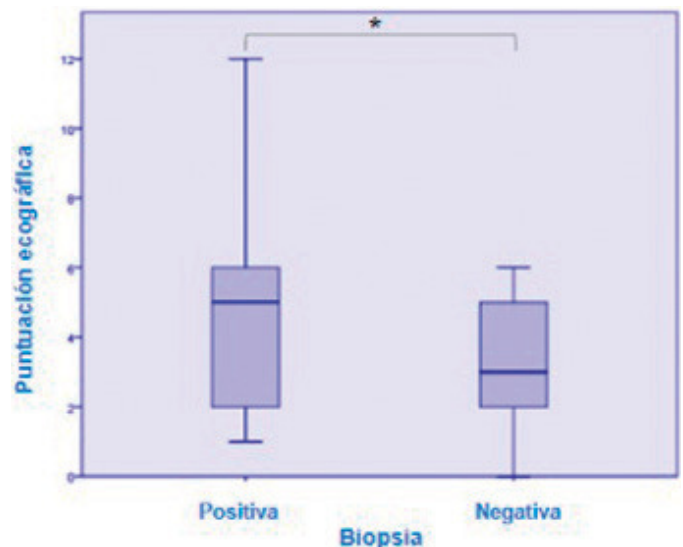
¹Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ²Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. ³Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos: Evaluar la correlación que existe entre los resultados histológicos obtenidos de la biopsia de glándula salival menor (BGSM)

y los hallazgos de la ecografía de glándulas salivales mayores (EGSM) en los pacientes con sospecha de síndrome de Sjögren (SS).

Métodos: Se trata de un estudio transversal en una cohorte consecutiva de pacientes evaluados en las consultas de reumatología de un hospital de tercer nivel entre septiembre de 2020 y julio de 2021 con sospecha de SS a los que se les ha realizado una BGSM como parte del proceso diagnóstico habitual y a los que se les propone realizar una EGSM (parótidas y submandibulares, bilateralmente). Se emplea el sistema de puntuación ecográfica propuesto por OMERACT en 2019 basado en la homogeneidad del parénquima glandular individualmente (0-3) y se realiza una puntuación total (0-12). Los datos demográficos, clínicos e histológicos se recogieron de la historia clínica del paciente después de la realización de la ecografía. Se realizó un análisis descriptivo comparativo de dichos datos mediante las pruebas t de Student o U de Mann-Whitney en el caso de las variables cuantitativas y mediante el test de chi-cuadrado o prueba exacta de Fisher en el caso de las variables categóricas. Para evaluar la correlación entre los hallazgos ecográficos y los resultados histológicos en los análisis categóricos empleamos el test de χ^2 y la prueba gamma para medir la intensidad y sentido de la asociación. Valores de $p < 0,05$ se consideraron estadísticamente significativos.

Resultados: Se incluyeron 57 pacientes, con una edad media de 56,8 años, siendo el 87% mujeres. De estos, 31 pacientes fueron diagnosticados de síndrome de Sjögren. El resto de pacientes, 26 individuos, se consideró grupo control. De los 22 pacientes con BGSM compatible con SS, 14 tenían EGSM patológica. Una puntuación ecográfica total > 5 mostró una sensibilidad del 96% para el grupo de SS con un valor predictivo negativo (VPN) del 94%. La puntuación total ecográfica fue mayor en pacientes con BGSM positiva (Me: 5, RIC: 2-6) y en pacientes diagnosticados de SS (Me: 5, RIC: 2-6) comparativamente a los pacientes con BGSM negativa (Me: 3, RIC: 2-5) y a los pacientes no diagnosticados de SS (Me: 4, RIC: 2-5-25) pero solo alcanzó significación estadística en el caso de la comparativa realizada respecto a la BGSM ($p = 0,047$). La correlación entre BGSM y EGSM presenta una asociación moderada (valor = 0,628) directa y significativa ($p < 0,01$).



Comparativa entre la puntuación ecográfica y los resultados histopatológicos de las glándulas salivales.

Conclusiones: Los resultados de nuestro estudio muestran una correlación positiva moderada entre los hallazgos glandulares ecográficos e histológicos, lo que apoya el papel de la ecografía de glándulas salivales mayores en el estudio de pacientes con sospecha de síndrome de Sjögren.

P157. ESTUDIO MULTICÉNTRICO NACIONAL DE 80 PACIENTES CON UVEÍTIS SECUNDARIA A ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INMUNOMEDIADAS (EIIM) EN TRATAMIENTO CON CERTOLIZUMAB PEGOL

J.L. Martín Varillas¹, L. Sánchez-Bilbao², V. Calvo-Río², A. Adán³, I. Hernanz Rodríguez³, E. Beltrán⁴, S. Castro Oreiro⁵, P. Fanlo⁶, A. García Martos⁷, I. Torre⁸, M. Cordero Coma⁹, J.R. de Dios¹⁰, A. García-Aparicio¹¹, M. Hernández Garfella¹², A. Sánchez Andrade¹³, A. García Valle¹⁴, O. Maíz¹⁵, R. Miguélez¹⁶, S. Rodríguez Montero¹⁷, A. Urruticoechea¹⁸, R. Veroz¹⁹, A. Conesa²⁰, C. Fernández Carballido²¹, V. Jovaní²², O. Martínez González²³, P. Moya Alvarado²⁴, S. Romero Yuste²⁵, P. Rubio Muñoz²⁶, E. Peña Sainz-Pardo²⁷, M. Garijo Bufort²⁸, J.L. Hernández² y R. Blanco²

¹Hospital de Laredo. ²Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ³Hospital Clínic de Barcelona. ⁴Hospital del Mar. Barcelona. ⁵Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona. ⁶Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. ⁷Hospital de Tajo. Aranjuez. ⁸Hospital de Basurto. Bilbao. ⁹Hospital Universitario de León. ¹⁰Hospital Universitario de Álava. ¹¹Hospital de Móstoles. ¹²Hospital Universitario General de Valencia. ¹³Hospital Lucus Augusti. Lugo. ¹⁴Hospital de Palencia. ¹⁵Hospital Donostia. San Sebastián. ¹⁶Hospital de Toledo. ¹⁷Hospital Virgen de Valme. Sevilla. ¹⁸Hospital Can Misses. Ibiza. ¹⁹Hospital de Mérida. ²⁰Hospital de Castellón. ²¹Hospital San Juan de Alicante. ²²Hospital de Alicante. ²³Hospital Clínico de Salamanca. ²⁴Hospital de Sant Pau. Barcelona. ²⁵Hospital de Pontevedra. ²⁶Hospital de l'Espirit Sant. Barcelona. ²⁷Hospital 12 de Octubre. Madrid. ²⁸Hospital de Sagunto.

Introducción: El adalimumab es el único biológico aprobado por la EMA/FDA para el tratamiento de las uveítis no infecciosas. Sin embargo, es necesario determinar la eficacia de otros fármacos anti-TNF como certolizumab pegol (CZP) en este ámbito. Nuestro objetivo fue evaluar la eficacia y seguridad de CZP en uveítis refractarias secundarias a enfermedades inflamatorias inmunomediadas (EIIM).

Métodos: Estudio multicéntrico de 80 pacientes con uveítis secundaria a EIIM refractaria a glucocorticoides e inmunosupresores convencionales. La eficacia se determinó con los siguientes parámetros oculares: agudeza visual (AV), células en cámara anterior, vitritis, grosor macular y presencia de vasculitis retiniana. Se comparó la eficacia de CZP entre la visita basal, la 1ª semana, 1º y 6º mes, y 1º año. El análisis estadístico se realizó con IBM SPSS Statistics v.25.

Resultados: 80 pacientes/111 ojos afectados (33 hombres/47 mujeres) con una edad media de 41,6 ± 11,7 años. Las EIIM incluidas fueron: espondiloartritis (n = 43), enfermedad de Behçet (10), artritis psoriásica (8), enfermedad de Crohn (4), sarcoidosis (2), AIJ (1), artritis reactiva (1), artritis reumatoide (1), policondritis recidivante (1), TINU (1), pars planitis (1), coroidopatía de Birdshot (1) y uveítis idiopática (6). El patrón de uveítis más frecuente fue el anterior (n = 61). En 20 pacientes, además de la presencia de uveítis refractaria, el deseo de embarazo fue la razón para iniciar el CZP. Previamente al inicio de CZP, los pacientes habían recibido los siguientes inmunosupresores convencionales: metotrexato (38), sulfasalazina (28), azatioprina (14), ciclosporina (10), leflunomida (3), micofenolato mofetilo (4) y ciclofosfamida (1). Se administró terapia biológica previa en 52 pacientes (63%), con una mediana de 2 [1-3] fármacos por paciente. El fármaco más utilizado fue adalimumab (n = 48), seguido de infliximab (32), golimumab (15), tocilizumab (5), etanercept (7), rituximab (1), anakinra (1) y secukinumab (1). En 39 pacientes CZP se administró en monoterapia. Tras 24 [12-36] meses de seguimiento, todos los parámetros analizados mostraron una rápida y sostenida mejoría (tabla). Se observó una disminución en la media del número de brotes de uveítis antes y después del inicio de CZP (2,6 ± 2,3 vs. 0,6 ± 0,4, p < 0,001). CZP se suspendió en 16 pacientes por: remisión (n = 3), respuesta ocular insuficiente (4) y respuesta incompleta de las manifestaciones extraoculares (9). No se notificaron efectos adversos graves.

Conclusiones: CZP parece ser eficaz y seguro en el control de las uveítis refractarias de distintas EIIM.

	Basal	1ª semana	1º mes	3º mes	6º mes	1º año
Agudeza visual (media±DE)	0,68±0,27	0,73±0,26*	0,79±0,26*	0,82±0,25*	0,85±0,24*	0,86±0,23*
Mejoría Tyndall, n (%) <i>Pacientes con Tyndall al inicio (n=57)</i>	-	23 (40,3)	45 (78,9)*	47 (82,4)*	57 (100)*	57 (100)*
Mejoría Vitritis, n (%) <i>Pacientes con Vitritis al inicio (n=14)</i>	-	5 (35,7)	8 (57,1)*	13 (92,8)*	14 (100)*	14 (100)*
OCT (µ) (media±DE)	297,5±48,1	297,1±45,5	286,5±39,8*	277,6±43,3*	271,5±38,6*	269,0±38,8*
Coroiditis; ojos afectados, n (%)	3 (2,4)	3 (2,4)	2 (1,6)	2 (1,6)	1 (0,8)	1 (0,8)
Vasculitis retiniana, ojos afectados, n (%)	3 (2,4)	2 (1,6)	1 (0,8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

*p<0,001

Principales parámetros oculares analizados tras tratamiento con CZP.

P158. EPIDEMIOLOGÍA DE LAS UVEÍTIS EN UN HOSPITAL COMARCAL

M. Santos Gómez¹, Á. de la Mora², E. Aurrecochea¹,
A. Diez del Corral², L. Riancho¹ e I. Morante¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital de Sierrallana. Torrelavega.

²Servicio de Oftalmología. Hospital de Sierrallana. Torrelavega.

Introducción: Las Unidades de Uveítis se crean con el objetivo de agilizar el trabajo entre el reumatólogo y el oftalmólogo, facilitando así el diagnóstico, iniciando un tratamiento más precoz y finalmente mejorando el desenlace de las uveítis. Esta enfermedad es una de las causas principales de pérdida de visión, incluso ceguera, en países desarrollados, lo que enfatiza la importancia de esta labor multidisciplinar. El conocimiento de la epidemiología de las uveítis ayuda en todo este proceso, sistematizando el trabajo, reduciendo costes y disminuyendo la morbilidad de nuestros pacientes.

Objetivos: Describir los casos de uveítis de nuestro área y describir el funcionamiento de nuestra Unidad.

Métodos: Se recogen retrospectivamente datos de todos los pacientes valorados en la Unidad de Uveítis del Hospital de Sierrallana desde 2013 a 2021. Se analizan las características demográficas (sexo y edad al diagnóstico) el patrón y el curso de la uveítis, la lateralidad, la etiología, el tratamiento y la evolución. Se valoraron de forma conjunta a todos los pacientes adultos, sin sesgos de selección, al ser primer escalón de atención oftalmológica sin filtrados previos.

Resultados: Se recoge una serie de 222 pacientes, con una media de edad de 48 años (2-90). Observamos una ligera preferencia por el sexo femenino (53%). El 71% de los casos presentan una uveítis unilateral, siendo el curso agudo (37%), crónico (19%) o recurrente (44%). Se realiza estudio genético HLA B27 en el 64% de los casos, obteniendo resultado positivo en el 25%. En cuanto al patrón anatómico, la afectación de la cámara anterior fue el predominante (65%) cuyas etiologías más frecuentes son la espondiloartropatía y la queratouveítis herpética. Cabe resaltar que entre los pacientes con espondiloartropatía, un 61% fueron diagnosticados a partir de la derivación desde Oftalmología a Reumatología tras el primer o sucesivos episodios de uveítis. En las uveítis posteriores (20%) las etiologías más frecuentes son la toxoplasmosis y la coroidopatía serpigínosa. En las panuveítis (9%) destacan la sarcoidosis, y la toxoplasmosis, y el caso de las uveítis intermedias (5,8%) la escleritis múltiple y la pars planitis. Estos pacientes fueron más jóvenes que en el resto de tipos anatómicos, presentando una edad < 35 años en casi el 50% de ellos. No se logró encontrar una etiología específica en el 33% de los casos, clasificándose como idiopáticas. De estas, un 15% eran HLA B27 positivas. En cuanto al tratamiento utilizado, el tópico (corticoide y ciclopegjico) fue el más frecuente y se instauró en la mayoría lo los pacientes. El tratamiento sistémico (corticoides, inmunosupresores sintéticos o biológicos) se utilizó en el 33%, muchas veces para el tratamiento de la

enfermedad de base en conjunto, y no solamente para el tratamiento de la uveítis. La evolución de los pacientes fue en general buena. Las complicaciones más habituales fueron catarata, glaucoma, sinequias, edema macular quístico, y raramente, pérdida importante de visión.

Tabla 1. Clasificación de las uveítis

		Anterior	Intermedia	Posterior	Panuveítis
Causas generales	%	65%	6%	20%	9%
Idiopática	33%	39%	36%	19%	22%
Inflamatoria/Sistémica	27%	35%	21%	2%	26%
Infecciosa	26%	22%	0	44%	22%
Oftalmológica	14%	4%	36%	29%	30%
Otras: linfoma/ Paraneoplásico	1%	0	7%	7%	0

Conclusiones: En nuestra serie la uveítis afecta con mayor frecuencia a la cámara anterior de forma unilateral, y las etiologías más frecuentemente asociadas son la espondiloartritis y el herpes simple. Las Unidades de Uveítis son necesarias para mejorar el desenlace de la enfermedad. Se requieren estudios epidemiológicos de mayor envergadura que recojan datos de toda la comunidad de Cantabria para sacar conclusiones más robustas.

P159. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS Y SEROLÓGICAS DE LAS MIOPATÍAS INFLAMATORIAS IDIOPÁTICAS. EL PAPEL DE LOS ANTICUERPOS ESPECÍFICOS

X.E. Larco Rojas¹, S. Sáez-Álvarez², P. Pérez-García¹, C. Sieiro Santos¹,
I. González Fernández¹, C. Moriano-Morales¹, A. López-Robles¹,
M. Martín Martínez¹, C. Álvarez Castro¹ y E. Diez-Álvarez¹

¹Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de León.

²Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Asistencial Universitario de León.

Introducción: Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades, cuya principal característica en común es el daño muscular. Los anticuerpos específicos relacionados con diferentes fenotipos se han convertido en importantes herramientas diagnósticas y pronósticas. Además, pueden estar asociados a características histopatológicas específicas en las biopsias. La positividad de ANA se ha relacionado con mejores resultados en pacientes con afectación pulmonar.

Objetivos: Describir las características demográficas, clínicas y serológicas de las MII, las terapias ahorradoras de corticoides más usadas y la frecuencia de neoplasias asociadas en una muestra de pacientes con un resultado de biopsia compatible. Comparar estas características entre pacientes con ANA positivos y negativos y la asociación de los diferentes patrones de biopsia con los anticuerpos específicos.

Tabla P158

Tabla 2. Etiología de las uveítis en función de la localización anatómica.

Uveítis anterior	Uveítis intermedia	Uveítis posterior	Panuveítis
Idiopática-39%	Idiopática-36%	Toxoplasma-34%	Idiopática-22%
Herpes-21%	Pars planitis-21%	Idiopática-19%	Sarcoidosis-18%
SpA-20%	EM-14%	Coroiditis Serpigínosa-15%	Toxoplasma-14%
Sarcoidosis-4%	Heterocromía de Fuch-7%	Coroiditis punctata-5%	Coroiditis multifocal-9%
AIJ-3%	Birdshot-7%	Paraneoplásica-5%	Endoftalmitis post-IQ-9%
EII-2%	EII-7%	TBC-2%	VIH-CMV-4%
TINU-2%		Toxocara-2%	E. Behçet-4%
Heterocromía de FUCH - 1%		E. Behçet-2%	AR-4%
AR-0,7%		VKH-2%	E. Lyme-4%
LES/policondritis - 0,7%		Sífilis-2%	VKH-4%
SAF-0,7%		Linfoma-2%	
VHC-0,7%			
TBC-0,7%			
SÍFILIS-0,7%			

SpA: espondiloartropatía; AIJ: artritis idiopática juvenil; EII: enfermedad inflamatoria intestinal; TINU: Nefritis intersticial con uveítis; AR: artritis reumatoide; LES: lupus eritematoso sistémico; SAF: síndrome antifosfolípido; VHC: virus hepatitis C; TBC: tuberculosis; EM: escleritis múltiple; VKH: Von Konayagi Harada.

Métodos: Los pacientes con resultados de biopsias musculares compatibles con MII, realizadas entre enero 2010 y marzo 2021, se seleccionaron de la base de datos del servicio de Anatomía Patológica del Hospital de León. Se recolectaron las características demográficas, clínicas y serológicas; las neoplasias asociadas y los tratamientos usados. Se comparó entre pacientes ANA positivos y negativos y los patrones de biopsia con anticuerpos específicos.

Resultados: Se incluyeron 30 pacientes, sus características se muestran en la tabla 1. La mediana de edad al diagnóstico fue de 59 años. La afectación pulmonar y la artritis, se presentaron en el 20% de los pacientes. Los patrones de afectación pulmonar evidenciados en TACAR fueron NINE en 3 pacientes, NIU en 1 y 3 pacientes con bronquiectasias. El 26,7% presentó alguna colagenopatía asociada, siendo la vasculitis la más frecuente. Se encontraron neoplasias asociadas en el 13,3%: adenocarcinoma de pulmón en 1, carcinoma urotelial en 1, carcinoma de cérvix en 1, y carcinoma de próstata en 1 paciente. Los anticuerpos específicos de miositis fueron negativos en el 56,7% de los pacientes y el 60% fueron ANA positivos. La mediana de los niveles de CK al diagnóstico fue 1181 U/L (RIQ: 6.252,5); aldolasa 14,4 U/L; (RIQ: 34,65); AST 62 U/L (RIQ: 181,25); ALT 55,5 UI/L (RIQ: 119,25); PCR 7,6 mg/L (RIQ: 13,55). Al comparar entre pacientes ANA negativos y positivos, los niveles de CK y ALT fueron mayores en los negativos (CK: 6.365, RIQ: 9.592 vs. 888,3045; p = 0,044) y (ALT: 182, RIQ: 287 vs. 43,85; p = 0,035). Los anticuerpos anti HMGCoA reductasa fueron positivos de forma más frecuente en los pacientes con biopsias con patrón necrotizante (5/8; 62,5%; p = 0,002). El metotrexato fue el agente ahorrador de corticoides más frecuentemente usado (36,7%); el 26,7% de los pacientes necesitaron más de un tratamiento y el 36,7% fueron tratados solo con corticoides.

Características demográficas, clínicas, serológicas y tratamientos utilizados en la muestra estudiada

Características	Pacientes (n = 30) Mediana; RIQ o n (%)
Edad al diagnóstico (años)	59; 18,5
Sexo F/M	17 (56,7)/13 (43,3)
Artralgias	11 (36,7)
Artritis	6 (20)
Raynaud	3 (10)
Afectación pulmonar	6 (20)
Afectación cutánea	7 (23,3)
Marcadores de autoinmunidad (± /no realizados)	
ACCP	2 (6,7)/3 (10)/25 (83,3)
FR	4 (13,3)/13 (43,3)/13 (43,3)
ANA	18 (60%)/12 (40%)
Anticuerpos específicos de miositis	
Anti SRP	1 (3,3)
Anti-HMG CoA reductasa	5 (16,7)
Anti Jo1	2 (6,7)
Negativos	17 (56,7)
No realizados	5 (16,4)
Patrón de biopsia	
Necrotizante	8 (26,7)
Inflamatoria	15 (50)
Por cuerpos de inclusión	4 (13,3)
Dermatomiositis	3 (10)
Diagnóstico	
Dermatomiositis	3 (10)
Miopatía por estatinas	5 (16,7)
Miopatía por cuerpos de inclusión	3 (10)
Polimiositis	8 (26,7)
Miopatía necrotizante inmunomediada	2 (6,7)
Síndrome antisintetasa	1 (3,3)
Otras colagenopatías	8 (26,7)
Tratamiento	
Metotrexato	11 (36,7)
Azatioprina	3 (10)
Inmunoglobulinas	5 (16,7)
Rituximab	5 (16,7)
Micofenolato	4 (13,3)
Ciclofosfamida	2 (6,7)
Ninguno	11 (36,7)
2 o más tratamientos	8 (26,7)
Neoplasias asociadas	4 (13,3)

Conclusiones: Los anticuerpos específicos de miopatías son herramientas útiles en el diagnóstico si están presentes, mientras que la biopsia adquiere importancia cuando estos son negativos. La positividad de ANA parece estar asociada con una enfermedad más leve en el dominio muscular.

Bibliografía

1. Zanframundo G, Tripoli A, Cometi L, et al. One year in review 2020: idiopathic inflammatory myopathies. Clin Exp Rheumatol. 2021;39:1-12.

P160. LAS ALTERACIONES MUSCULOESQUELÉTICAS INFLAMATORIAS EN EL LES, CONFIRMADAS MEDIANTE RESONANCIA MAGNÉTICA, SE ASOCIAN A UN PERFIL ESPECÍFICO DE PACIENTES Y CONDICIONAN UNA PEOR CALIDAD DE VIDA

P. Corzo García¹, I. Carrión Barberà^{2,3}, I. García-Duitama⁴, A. Agustí Claramunt⁴, S. Marsico⁴, J. Monfort^{2,3} y T.C. Salman Monte^{2,3}

¹Reumatología. Hospital Clínic de Barcelona. ²Reumatología. Hospital del Mar. Barcelona. ³Unitat d'Expertesa Clínica (UEC) en malalties autoimmunes sistèmiques i vasculitis. Hospital del Mar. Barcelona. ⁴Radiología. Hospital del Mar. Barcelona.

Introducción: La afectación musculoesquelética (MESQ) en el lupus eritematoso sistémico (LES) es la más frecuente, hasta el 90%, y a menudo es el síntoma inicial. A pesar de esto no se han establecido importantes correlaciones demográficas ni clinicoterapéuticas y su impacto en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) ha sido escasamente estudiado. El dolor, la fatiga y la discapacidad funcional asociados a la afectación MESQ contribuyen a la CVRS en los pacientes con LES.

Objetivos: Determinar si existe un perfil demográfico, clínico y/o serológico asociado a las alteraciones inflamatorias MESQ (sinovitis, edema óseo, erosiones, tenosinovitis y peritendinitis), evaluadas mediante resonancia magnética (RM) con contraste de mano y muñeca en los pacientes con LES. Estudiar la relación entre la presencia de éstas y la percepción de los pacientes de su CVRS, mediante resultados comunicados por el paciente (Patient Reported Outcomes, PRO).

Métodos: Se incluyeron consecutivamente pacientes con LES (según criterios SLICC 2012), tanto sintomáticos como asintomáticos para el dominio articular. Se les realizó una RM con contraste de mano y muñeca no dominantes para evaluar la presencia de alteraciones MESQ. Las imágenes se evaluaron según criterios RAMRIS extendidos a interfalángicas proximales, Tenosynovitis score for RA y PsRAMRIS para peritendinitis. Se recogieron datos sociodemográficos, clínicos, terapéuticos y serológicos y evolutivos de forma retrospectiva. Mediante cuestionarios, se recogieron diferentes PRO: escala numérica (EN) de dolor (0-10), EN de fatiga (0-3), Health Assessment Questionnaire (HAQ) y Fatigue Severity Scale (FSS-9). Los datos se correlacionaron estadísticamente con los hallazgos de la RM.

Resultados: Se reclutó un total de 83 pacientes. Las erosiones y la sinovitis son más frecuentes a mayor edad (55 ± 12,61 vs. 45,06 ± 12,18 años, p 0,001 y 52,78 ± 12,99 vs. 44,95 ± 12,49 años, p 0,011). La sinovitis es menos frecuente en pacientes con nefritis lúpica (6,7% vs. 24,3%, p 0,031), sin hallar correlación estadística con ninguna otra alteración órgano-específica del LES. No se halló correlación entre los títulos de anticuerpos relacionados con el LES (ANA, DNAds, Sm, RNP, Ro, La, antifosfolípidos), el complemento ni los valores de VSG y PCR y las alteraciones en la RM, excepto en la presencia de erosiones, mostrando títulos más bajos de anti-DNAds (15,94 ± 49,56 vs. 27,23 ± 62,41, p 0,008). Sí se halló correlación estadística con los tratamientos recibidos: los pacientes con edema óseo recibieron más metotrexato (25% vs. 6,3%, p 0,033) y aquellos con erosiones y peritendinitis recibieron menos micofenolato (5,6% vs. 22,9%, p 0,034; y 0% vs. 12,8%, p 0,026) que los que no presentaban

esas alteraciones. La peritendinitis fue la única alteración que correlacionó con valores más altos de actividad medida mediante SLEDAI ($7 \pm 2,45$ vs. $3,64 \pm 3,34$, $p 0,018$). Ninguna alteración observada mediante RM correlacionó con un mayor daño acumulado. En los PRO: en comparación con los pacientes que no mostraban alteraciones MESQ en la RM, los pacientes con sinovitis, tenosinovitis, peritendinitis y edema óseo reportaron valores más altos en la EN de dolor ($6,03 \pm 2,57$ vs. $4,26 \pm 2,49$, $p 0,005$; $6,56 \pm 1,95$ vs. $4,76 \pm 2,75$, $p 0,017$; $8,80 \pm 1,30$ vs. $4,95 \pm 2,55$, $p 0,001$; $6,47 \pm 2,62$ vs. $4,83 \pm 2,58$, $p 0,026$, respectivamente); los pacientes con sinovitis reportaron valores más altos en la EN de fatiga ($2,32 \pm 0,82$ vs. $1,91 \pm 0,84$, $p 0,035$), los pacientes con tenosinovitis peores resultados en el FSS-9 ($61,50 \pm 1,73$ vs. $45,70 \pm 16,80$, $p 0,015$) y los pacientes con sinovitis y peritendinitis mostraron peor HAQ ($1,14 \pm 0,69$ vs. $0,75 \pm 0,65$, $p 0,031$; $1,69 \pm 0,07$ vs. $0,90 \pm 0,69$, $p 0,018$).

Conclusiones: Los pacientes con LES con alteraciones MESQ confirmadas mediante RM, son generalmente mayores, presentan nefritis lúpica menos frecuentemente y reciben durante su evolución un tratamiento diferente. Además, presentan una peor CVRS medida mediante escalas autorreportadas de dolor, fatiga y discapacidad funcional, respecto a los que no muestran afectación musculoesquelética.

P161. INMUNOGLOBULINAS ENDOVENOSAS EN EL TRATAMIENTO DE LAS MIOPATÍAS INFLAMATORIAS: EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

C. Corrales Selaya, F. Benavides-Villanueva, A. Herrero-Morant, D. Prieto- Peña, A. Corrales, M.A. González-Gay y R. Blanco

Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción: Actualmente el tratamiento de las miopatías inflamatorias (MI) no está bien establecido. Aunque el mecanismo de acción de las inmunoglobulinas intravenosas (IGIV) no se conoce con precisión, parece que ha resultado eficaz el tratamiento de múltiples enfermedades reumatológicas, incluyendo las miopatías inflamatorias.

Objetivos: Evaluar la eficacia y la seguridad del tratamiento con IGIV en miopatías inflamatorias.

Métodos: Estudio observacional en un solo centro de pacientes con MI que requirieron al menos un ciclo de IGIV entre enero del 2000 y diciembre de 2021. Se incluyeron pacientes diagnosticados con MI que cumplían criterios de clasificación EULAR/ACR¹. La eficacia del tratamiento se estudió atendiendo a a) variables clínicas (debilidad muscular y afectación cutánea), b) variables analíticas (Creatin

Kinasa CK) y c) al efecto ahorrador de corticoides. Todos estos factores se midieron a las 2-4 semanas, 3 meses, 6 meses, 1 año y 2 años tras el inicio del tratamiento con IGIV. La debilidad muscular se midió en 3 territorios (extremidades superiores, inferiores y músculos flexores del cuello) utilizando la escala de fuerza muscular de la MRC (Medical Research Council Grading System). La evolución de los parámetros clínicos fue clasificada en 3 categorías: Mejoría completa (resolución), Mejoría parcial y ausencia de mejoría.

Resultados: Se incluyeron 28 pacientes (22 mujeres) con una media de edad de $47,07 \pm 26,71$ años con MI. Las características principales se detallan en la tabla. Al inicio del seguimiento, 18 pacientes presentaban debilidad muscular y 18 tenían manifestaciones cutáneas. El esquema de tratamiento con IGIV utilizado fueron 2 g/kg repartidos de 1 a 5 días. Tanto las variables clínicas (debilidad muscular (a) y manifestaciones cutáneas (b)) y las analíticas (CK (c), como el efecto ahorrador de corticoides (d) mostraron una respuesta rápida y mantenida al tratamiento (fig.). Tras dos años de seguimiento se observaron los siguientes efectos secundarios: cefalea ($n = 6$), prurito ($n = 3$), reacciones alérgicas ($n = 2$) e hipertensión ($n = 1$). No se notificaron eventos trombóticos, insuficiencia cardiaca ni insuficiencia renal.

Conclusiones: El tratamiento con IGIV parece eficaz y seguro para el tratamiento de las miopatías inflamatorias.

Bibliografía

1. Lundberg R, et al. *Ann Rheum Dis.* 2017;76:1955-64.

P162. PRODUCTOS FINALES DE LA GLICACIÓN (AGES): ¿ESTÁN AUMENTADOS EN LAS ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS?

C. Pérez García¹, L. Triginer², I. Carrión Barberà^{1,2,3}, L. Tío², L. Polino², A. Ribes², J. Llorente², J. Monfort^{1,2,3} y T.C. Salman Monte^{1,2,3}

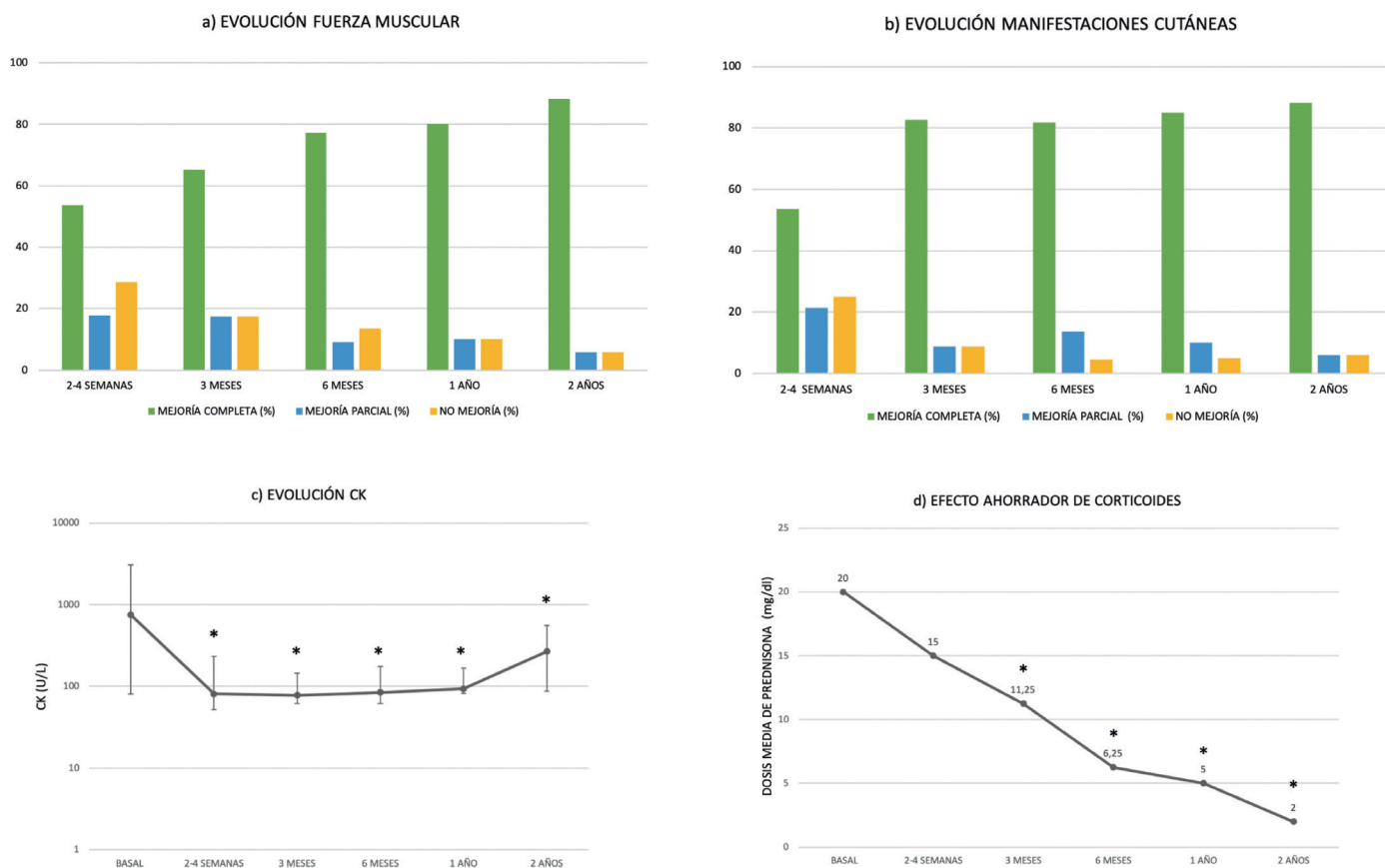
¹Reumatología. Hospital del Mar. Barcelona. ²Grupo de investigación celular en inflamación y cartilago. IMIM (Instituto Hospital del Mar de Investigaciones médicas). Barcelona. ³Unitat d'Expertesa Clínica (UEC) en malalties autoimmunes sistèmiques i vasculitis de l'Hospital del Mar. Barcelona.

Introducción: Los productos finales de glicación avanzada (AGES) son el resultado de la glicación no enzimática de proteínas, lípidos o ácidos nucleicos. En circunstancias caracterizadas por un aumento del estrés oxidativo y carbonílico, como la inflamación crónica, los AGES pueden formarse más rápidamente¹, generando especies reactivas de oxígeno y activando cascadas de señalización inflamatoria a través de su principal receptor (comúnmente abreviado como RAGE)². Este *feedback* positivo proinflamatorio podría desempeñar

Tabla P161

Características generales de 28 pacientes con miopatías inflamatorias que recibieron tratamiento con IGIV

Características principales			
Edad (media \pm DE)	47,07 \pm 26,71	Manifestaciones clínicas al inicio del tratamiento con IGIV, n (%)	
Mujeres/Hombres, n (%)	22(78,6)/6 (21,4)	Afectación de extremidades superiores	17 (60,71)
Tipo de miopatía inflamatoria; n (%)		Afectación de extremidades inferiores	17 (60,71)
Dermatomiositis	12 (46,42)	Afectación de músculos flexores del cuello	14 (50,00)
Dermatomiositis amioipática	1 (3,57)	Manifestaciones cutáneas	18 (64,28)
Dermatomiositis juvenil	6 (21,42)	Disfagia	8 (28,57)
Polimiositis	2 (7,14)	Síndrome general	9 (3,14)
Miopatía necrotizante inmunomediada	5 (17,85)	Cáncer	2 (7,14)
Síndrome de entrecruzamiento esclerosis sistémica-miositis	1 (3,57)	Afectación respiratoria	3 (10,71)
Miopatía tóxico-metabólica	1 (3,57)	Manifestaciones articulares	4 (14,28)
Duración MI, meses (media \pm DE)	28,74 \pm 38,75	Vasculitis cutánea	2 (7,14)
Tratamiento inmunosupresor previo, n (%)		Tratamiento concomitante con IGIV; n (%)	
Metotrexato	9 (32,14)	Corticoides orales al inicio de IGIV	18 (64,28)
Azatioprina	4 (14,28)	Metotrexato	10 (35,71)
Ciclofosfamida	1 (3,57)	Azatioprina	4 (14,28)
Micofenolato de mofetilo	2 (7,14)	Micofenolato de mofetilo	1 (3,57)
Hidroxicloroquina	5 (17,85)	Hidroxicloroquina	5 (17,85)
Rituximab	1 (3,57)		
Plasmaféresis	1 (3,57)		



P161 Figura. Eficacia del tratamiento con IGIV en MI. *p < 0,05 Test de Wilcoxon.

un papel en la etiología de las enfermedades inflamatorias inmuno-mediadas, más concretamente en la artritis reumatoide (AR), la espondilitis anquilosante (EA) y el lupus eritematoso sistémico (LES).

Objetivos: Determinar si la acumulación de AGEs en pacientes con LES, AR o EA es significativamente mayor que en pacientes sanos.

Métodos: Se reclutaron de forma consecutiva en un estudio transversal 113 pacientes que cumplieran los criterios ACR/EULAR para AR, 60 pacientes que cumplieran los criterios ASAS/OMERACT MRI para EA, 97 pacientes que cumplieran los criterios ACR/SLICC para LES y 527 controles sanos procedentes de la cohorte ILERVAS, emparejados por sexo. Los criterios de exclusión fueron embarazo, diabetes mellitus, tratamiento con corticoides mayor a 20 mg/día y neoplasia maligna. Los AGEs acumulados se midieron de forma no invasiva en la piel mediante autofluorescencia (Age Reader Mu Connect, Diag-

nostics Technologies B.V®) y se recopilieron datos demográficos y clínicos. Las comparaciones de AGEs entre los pacientes de cada patología y los controles sanos se realizaron mediante un análisis de regresión lineal múltiple ajustado por factores de confusión, bien conocidos y descritos previamente en la literatura (edad, tabaquismo y factores de riesgo cardiovascular). La edad se centró en 55 años para hacer más interpretable y comparable la media de cada grupo.

Resultados: La tabla muestra algunas de las características descriptivas de las cohortes. La media ajustada de AGEs fue significativamente mayor en pacientes con LES en comparación con sus controles sanos (IC95% [2,27, 2,76] frente a [1,66, 1,89], p < 0,0001), en los pacientes con AR en comparación con sus controles (IC95% [2,41, 2,61] frente a [1,68, 1,88], p < 0,0001) y también en los pacientes con EA en comparación con sus controles (IC95% [2,03, 2,6] frente a

Tabla P162 Características descriptivas de las cohortes

	LES		AR		EA	
	Pacientes N = 96	Controles N = 189	Pacientes N = 113	Controles N = 240	Pacientes N = 60	Controles N = 99
AGEs	2,57 (0,65)	1,98 (0,45)	2,59 (0,58)	2,00 (0,42)	2,26 (0,46)	1,90 (0,46)
Edad	51,0 [43,0;61,0]	56,0 [52,0;62,0]	58,0 [54,0;65,0]	61,0 [56,0;66,0]	47,5 [41,0;55,0]	53,0 [49,0;57,0]
Tabaquismo	No 76 (79,2%) Sí 20 (20,8%)	133 (70,4%) 56 (29,6%)	86 (76,1%) 27 (23,9%)	196 (81,7%) 44 (18,3%)	42 (70,0%) 18 (30,0%)	58 (58,6%) 41 (41,4%)
Paquetes/año	0,00 [0,00;10,8]	2,50 [0,00;18,8]	2,50 [0,00;18,0]	0,00 [0,00;12,6]	0,00 [0,00;7,88]	14,9 [2,00;30,6]
Hipertensión	No 74 (77,1%) Sí 22 (22,9%)	116 (61,4%) 73 (38,6%)	77 (68,1%) 36 (31,9%)	146 (60,8%) 94 (39,2%)	53 (88,3%) 7 (11,7%)	75 (75,8%) 24 (24,2%)
Obesidad	No 80 (83,3%) Sí 16 (16,7%)	128 (67,7%) 61 (32,3%)	86 (76,1%) 27 (23,9%)	163 (67,9%) 77 (32,1%)	51 (85,0%) 9 (15,0%)	81 (81,8%) 18 (18,2%)
Dislipemia	No 85 (88,5%) Sí 11 (11,5%)	104 (55,0%) 85 (45,0%)	79 (69,9%) 34 (30,1%)	108 (45,0%) 132 (55,0%)	51 (85,0%) 9 (15,0%)	55 (55,6%) 44 (44,4%)

[1,66, 1,93], $p < 0,0001$). En los 3 modelos, también se encontró una correlación positiva significativa entre los AGEs y el tabaquismo medido en paquetes por año ($p < 0,001$) y la edad ($p < 0,0001$).

Conclusiones: En las tres patologías, los AGEs acumulados son significativamente más altos que en los controles sanos. Las diferentes valores de AGEs en cada una de las enfermedades, siendo más altos en LES y más bajos en EA, pueden sugerir una participación diferente de los AGEs en los mecanismos inmunomediados de cada patología.

Este trabajo fue financiado con la ayuda del Instituto de Salud Carlos III-FEDER (PI18/00059) y la BECA SER y SCR.

Bibliografía

- de Leeuw K, et al. Accumulation of advanced glycation endproducts in patients with systemic lupus erythematosus. *Rheumatology*. 2007;46:1551-6.
- Yan S, Ramasamy R, Schmidt A. Mechanisms of Disease: advanced glycation end-products and their receptor in inflammation and diabetes complications. *Nat Rev Endocrinol*. 2008;4:285-93.

P163. NEFRITIS LÚPICA CLASE II: NO TAN BENIGNA COMO PARECE

L. Farran Ortega¹, M. Tormo¹, X. Mitjavila², X. Fulladosa³, O. Capdevila², J. Torra³, D. Llop⁴, J.M. Nolla¹ y J. Narváez¹

¹Servicio de Reumatología. Unidad Funcional de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas (UFMAS). Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. ²Servicio de Medicina Interna. Unidad Funcional de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas (UFMAS). Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. ³Servicio de Nefrología. Unidad Funcional de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas (UFMAS). Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. ⁴Unitat de Recerca de Lípids i Arteriosclerosi. Universitat Rovira i Virgili. Institut d'Investigació Sanitària Pere Virgili. Reus.

Introducción: Tradicionalmente, la nefritis lúpica mesangial proliferativa (NLMP) o clase II se ha considerado una forma poco agresiva de afectación renal. De acuerdo con las recomendaciones actuales, el tratamiento inmunosupresor no estaría indicado de entrada y la estrategia terapéutica en estos pacientes debería guiarse por las manifestaciones extrarrenales. Sin embargo, se han publicado algunas series con altas tasas de recidiva y de transformación de clase histológica que cuestionan su pronóstico benigno.

Objetivos: Analizar la forma de presentación clínica y el curso evolutivo de una cohorte de pacientes con NLMP, tratando de identificar posibles factores de mal pronóstico.

Métodos: Estudio ambispectivo observacional que incluyó a todos los pacientes con NLMP en la biopsia renal inicial (criterios ISN/RPS) atendidos entre 1980 y 2020 en un hospital universitario de tercer nivel que no asiste a población pediátrica.

Resultados: Se identificaron 30 pacientes cuyas características demográficas y clínicas se muestran en la tabla 1. El tiempo de evolución (mediana) desde el diagnóstico del LES hasta el desarrollo de la NLMP fue 33 meses. La mayoría de pacientes estaban en tratamiento con HCQ (27%) y/o GLC (67%) al debut de la nefritis. Se detectó proteinuria superior a 500 mg/24 horas en el 67% de los casos (media: 1.258 g/día; IQR 25-75: 230-2.305 mg), microhematuria en el 73%, cilindros granulosos en el 3% e insuficiencia renal (IR) en el 13% (tabla 2). En un 7% de los enfermos la proteinuria al diagnóstico fue de rango nefrótico, descartándose la presencia de podocitopatía. En la biopsia diagnóstica, el índice de actividad medio fue de 2,10 (DE: 1,66) y el de cronicidad 1,21 (1,93). Un 80% de los pacientes fueron tratados con prednisona (30% con dosis $< 0,5$ mg/kg/día y 50% con dosis de 1 mg/kg/día). A pesar de ello, en 16 enfermos (53%) fue necesario añadir tratamiento inmunosupresor por recidivas, falta de respuesta o transformación de clase histológica. Los fármacos inmunosupresores utilizados (algunos pacientes reci-

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de los 30 pacientes con nefritis lúpica tipo 2

Edad, media (desviación estándar)	55.5 (14.6)
Sexo: Mujer / Hombre	25 (83%) / (16%)
Edad al diagnóstico del LES, media (DE)	32 (11)
Etnia	
Caucásica	24 (80%)
Sudamericana	4 (13.3%)
Árabe	1 (3.3%)
Asiática	1 (3.3%)
Africana	0 (0)
Manifestaciones clínicas concomitantes	
Articular	27 (90%)
Cutáneo-mucosa	18 (60%)
Serositis	13 (43%)
Citopenias	9 (30%)
Neuropsiquiátricas	6 (20%)
Pulmonar (no serositis)	4 (13%)
Raynaud	3 (10%)
Ac antifosfolípido	9 (30%)
Diagnóstico SAF 2º	3 (10%)
Tratamiento LES previo al diagnóstico de la NL	
Corticoides	20 (67%)
Hidroxicloroquina	8 (27%)

Tabla 2. Datos clínicos, analíticos e histológicos al diagnóstico de la nefritis lúpica tipo 2.

Anatomía patológica	
Atrofia tubular	4 (13%)
Fibrosis intersticial	4 (13%)
Índice actividad	2.1 (1.6); IQR = 1 - 3
Índice cronicidad	1.2 (1.9); IQR = 0 - 2
Manifestaciones clínicas	
Hipertensión arterial secundaria	0 (0%)
Insuficiencia renal secundaria	4 (13%)
Síndrome nefrótico	2 (7%)
Variables analíticas	
Proteinuria > 500 mg/día	20 (67%)
Proteinuria (g/24h)	1258.6 (1135); IQR = 230 - 2305
Microhematuria	22 (73%)
Cilindros granulosos	3 (3%)
Leucocituria	5 (17)
Creatinina previa a NL	64.8 (8.5); IQR = 60.5 - 67.5
Creatinina durante NL	83.9 (32.1); IQR = 64.7 - 98
Tratamiento NL	
Corticoides 1 mg/kg/día	15 (50%)
Corticoides < 0.5 mg/kg/día	9 (30%)
Micofenolato	9 (30%)
Azatioprina	9 (30%)
Ciclofosfamida	3 (10%)
Rituximab	1 (3%)
Belimumab	1 (3%)
Rebiopsia renal	
Clase II	6 (20)
Clase III	1 (16.7)
Clase IV	1 (16.7)
Clase V	2 (33.3)
Clase III+V	1 (16.7)

bieron más de 1) fueron MMF (30%), AZA (30%), CYC (10%), RTX (3%) y BELI (3%). Solo se realizó rebiopsia renal en 6 (20%) de los 16 pacientes con mala evolución de la nefritis, constatándose una transformación de la clase histológica (a clase III, IV o V) en la 2ª biopsia en cinco de ellos (17%). Al final del período de seguimiento, en el 87% (26/30) de los casos se había conseguido una respuesta renal completa, pudiéndose suspender definitivamente el tratamiento inmunosupresor en el 43%. Los 4 pacientes restantes (13%) acabaron desarrollando una IR crónica: 1 (25%) a los 3 años del diagnóstico, 2 (50%) entre los 5 y 10 años, y 1 (25%) después de 10 años. Solo 1 enfermo (3%) progresó a una IRC terminal con necesidad de hemodiálisis. Ninguno falleció. En el análisis multivariante, el único factor relacionado con la necesidad de añadir tratamiento inmunosupresor por mala evolución clínica a pesar de la corticoterapia fue el inicio de la nefritis por encima de los 45 años (OR = 1,65; p = 0,020). No se han podido identificar factores de mal pronóstico relacionados con el desarrollo de IRC, dado el bajo número de pacientes con esta complicación.

Conclusiones: Un 53% de los pacientes con NLMP acaba necesitando tratamiento inmunosupresor por mala evolución de la actividad de la nefritis con la corticoterapia, a pesar de lo cual un 17% progresa de clase histológica y un 13% acaba desarrollando IRC.

P164. PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE DESARROLLO DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL EN LA NEFRITIS LÚPICA

M. Tormo Ratera¹, L. Farran¹, X. Mitjavila², X. Fulladosa³, O. Capdevila², J. Torra³, D. Llop⁴, J.M. Nolla¹ y J. Narváez¹

¹Servicio de Reumatología. Unidad Funcional de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas (UFMAS). Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. ²Servicio de Medicina Interna. Unidad Funcional de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas (UFMAS). Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. ³Servicio de Nefrología. Unidad Funcional de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas (UFMAS). Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. ⁴Unitat de Recerca de Lípids i Arteriosclerosi. Universitat Rovira i Virgili. Institut d'Investigació Sanitària Pere Virgili. Reus.

Introducción: Existe una enorme variabilidad en la tasa de enfermos con nefritis lúpica (NL) que evolucionan a una insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) subsidiaria de tratamiento renal sustitutivo. Recientemente se ha hipotetizado que el pronóstico de la NL debería haber mejorado gracias a un diagnóstico y tratamiento específico más precoz e intenso.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de IRCT en una cohorte de pacientes con NL e identificar los factores de riesgo relacionados con su aparición.

Métodos: Estudio ambispectivo observacional que incluyó a todos los pacientes con NL confirmada mediante biopsia (criterios ISN/RPS) atendidos entre 1980 y 2020 en un hospital universitario de tercer nivel que no asiste a población pediátrica.

Resultados: Se han incluido 186 pacientes cuyas características demográficas y clínicas se muestran en la tabla. Los tipos histológicos en la biopsia renal inicial fueron los siguientes: tipo II en un 16% de los casos, tipo III en un 20,5%, tipo IV en un 41,5% y tipo V en un 22%. Durante el seguimiento, un 6,5% de los pacientes (12/186) acabó desarrollando una IRCT: un 17% en los primeros 5 años tras el diagnóstico de la NL, un 25% entre los 5 y 10 años, un 17% entre los 10 y los 15 años, y un 41% tras más de 15 años de seguimiento. De los 12 pacientes que desarrollaron IRCT, uno (8%) tenía una NL clase II en la biopsia renal inicial, dos (16%) una clase III, ocho (68%) una clase IV y uno (8%) una clase V. Al margen de las formas proliferativas de NL (clases III y IV), el único factor de riesgo asociado con el desarrollo de IRCT en el estudio multivariante fue el grado de dete-

rioro de la función renal en el momento del diagnóstico de la NL medido por la creatinina sérica (OR = 1,005; p = 0,018). Ni el índice de cronicidad, ni la presencia de fibrosis intersticial o atrofia tubular alcanzaron la significación estadística.

Tabla 1. Principales características clínicas y demográficas de los 186 pacientes con nefritis lúpica (NL) incluidos en el estudio.

Edad al diagnóstico de la NL, media (rango)	54 (43-63)
Sexo	154 (83%) / 32 (17%)
Etnia caucásica	166 (89%)
Manifestaciones clínicas concomitantes a la NL	
Articular	85%
Fenómeno de Raynaud	11%
Cutáneo-mucosa	65%
Serositis	32%
Pulmonar (excluyendo pleuritis)	6%
Cardíaca	2.7%
Neuropsiquiátrica	15%
Vasculitis	6%
Miositis	2%
Citopenias autoinmunes	28%
Tratamiento previo al diagnóstico de la NL	
Glucocorticoides	47%
Hidroxicloroquina	68%
Micofenolato	0.5%
Metotrexato	1%
Azatioprina	1%
Tratamiento tras el diagnóstico de la NL	
Bolus de metilprednisolona	10%
Prednisona o equivalente 0.5 mg/kg/día	24%
Prednisona o equivalente 1 mg/kg/día	76%
Micofenolato	49%
Ciclofosfamida	21%
Azatioprina	31%
Tacrolimus	1%
Rituximab	23%

Conclusiones: Gracias a los avances en el tratamiento de la NL, la tasa de IRCT se ha reducido a un 6,5%. La mayoría de los casos que desarrollan IRCT corresponden a pacientes con clases proliferativas y deterioro significativo de la función renal al diagnóstico de la NL, en los que el tratamiento retrasa pero no evita esta complicación (en el 60% de enfermos se establece ≥ 15 años desde el diagnóstico de la nefritis).

P165. PREVALENCIA DE SARCOPENIA EN LOS PACIENTES CON POLIMIALGIA REUMÁTICA DE UNA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA DE UN HOSPITAL GENERAL

A. Silva Riveiro¹ y J.M. Nolla Solé²

¹Hospital Santa Bárbara-Complejo Asistencial de Soria. ²Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona.

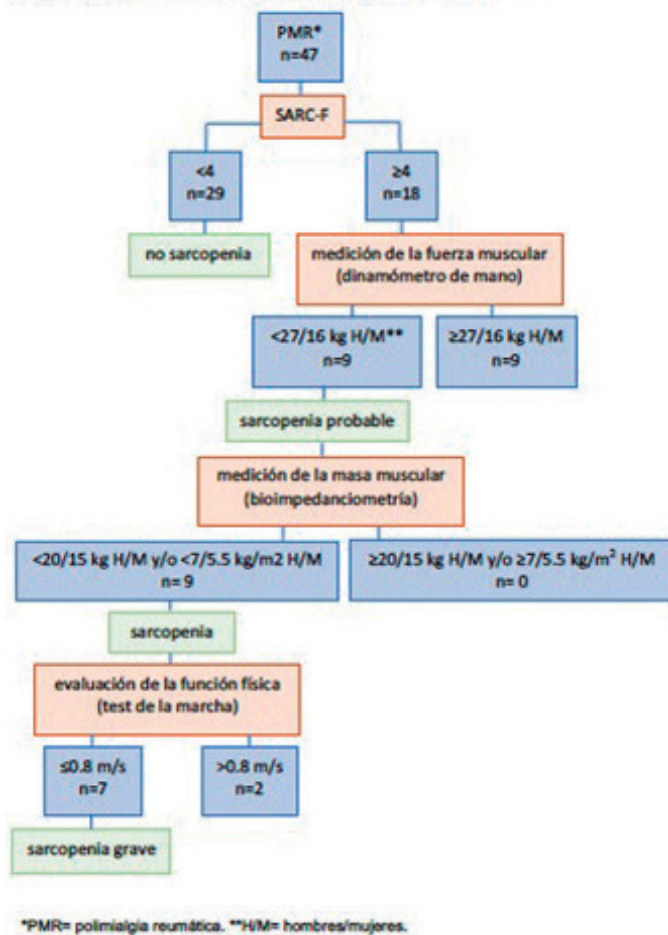
Introducción: La sarcopenia es una afección musculoesquelética caracterizada por la pérdida de masa y fuerza muscular, junto con una disminución de la función física. Conlleva un aumento del riesgo de caídas y hospitalización, una disminución de la capacidad para llevar a cabo actividades de la vida diaria y un aumento de la morbimortalidad¹. Además del envejecimiento (sarcopenia primaria), se han identificado otros procesos relacionados con la pérdida de masa y función muscular (sarcopenia secundaria), entre los que destacan las enfermedades reumáticas inmunomediadas². A tenor de los resulta-

dos obtenidos en artritis reumatoide, espondiloartritis, artritis psoriásica y esclerosis sistémica, la prevalencia de sarcopenia en las enfermedades inmunomediadas es alta. En nuestro conocimiento, no se dispone de información en polimialgia reumática, la enfermedad inflamatoria por excelencia en el paciente de edad avanzada.

Objetivos: Analizar la prevalencia de sarcopenia en la cohorte de pacientes con polimialgia reumática de una consulta de Reumatología de un hospital general.

Métodos: Se estudió un grupo de 47 pacientes con polimialgia reumática (criterios EULAR/ACR 2012), 23 hombres y 24 mujeres con una edad media de $79,6 \pm 7,8$ años; todos los pacientes estaban en remisión, 23 de ellos (48,9%) en tratamiento. La prevalencia de sarcopenia se estableció mediante la estrategia secuencial EWGSOP2⁵, que consta de una anamnesis (cuestionario SARC-F) y del análisis de la fuerza y la masa muscular y de la función física. La fuerza muscular se evaluó con un dinamómetro de mano SAEHAN Spring Hand Dynamometer (Smedley-Type) (SH5002), la masa muscular con un impendanciómetro TANITA Segmental Body Composition Analyzer BC-418, calibrado por sexo y edad, y la función física mediante el test de la marcha (se cronometró el tiempo que el paciente tardaba en recorrer 4 metros a un paso cómodo y seguro). Se obtuvo la aprobación del Comité de Ética para la Investigación con Medicamentos.

Figura 1. Flujo de pacientes aplicando el algoritmo EWGSOP2



Resultados: Se identificaron 9 pacientes (19,1%) con sarcopenia (6 mujeres y 3 hombres), con una edad media de $82,2 \pm 4,5$ años; en 7 de ellos (77,8%) la sarcopenia se consideró grave (fig.). De los 7 pacientes con sarcopenia grave (edad media: $84,3 \pm 2,3$ años), 4 (57,1%) eran mujeres y 3 (42,9%), hombres. En la globalidad de la serie, presentaban sarcopenia el 25% de las mujeres y el 13% de los hombres. Dieciocho pacientes (38,3%) presentaban en el cuestionario SARC-F una

puntuación sugestiva de sarcopenia (≥ 4), 18 pacientes (38,3%) una fuerza muscular disminuida, 47 pacientes (100%) una masa muscular disminuida y 28 pacientes (59,6%) un test de la marcha $\leq 0,8$ m/s.

Conclusiones: Los resultados obtenidos en este estudio, el primero en que se analiza la magnitud del problema en la polimialgia reumática, ponen de manifiesto una alta prevalencia de sarcopenia en esta enfermedad. Teniendo esto en cuenta y las consecuencias que acarrea la sarcopenia en la calidad de vida relacionada con la salud, consideramos que podría ser relevante instaurar en práctica asistencial una búsqueda activa de casos en pacientes con polimialgia reumática, de cara a poder implementar las medidas necesarias que ayuden a prevenirla y tratarla.

Bibliografía

1. Cruz-Jentoft A, Sayer AA. Sarcopenia. *Lancet*. 2019;393:2636-46.
2. Cruz-Jentoft A, Romero-Yuste S, Chamizo Carmona E, Nolla, JM. Sarcopenia, immune-mediated rheumatic diseases, and nutritional interventions. *Aging Clin Exp Res*. 2021;33:2929-39.

P166. LUPUS EN GITANOS ESPAÑOLES (LUGIES). SUBESTUDIO DEL REGISTRO RELESSER

M.M. Vasques Leitao Sousa Rocha¹, J. Calvo Alén¹, Í. Rúa-Figueroa², C. Bermúdez Ampudia³, J.L. Marengo de la Fuente⁴, R. Martínez Pérez⁴, M. Galindo-Izquierdo⁵, J.M. Álvaro-Gracia⁶, J. Martínez Barrio⁶, C. Marras Fernández-Cid⁷, N. Lozano Rivas⁷, R. Menor Almagro⁸, A. Fernández-Nebró⁹, S. Manrique Arijá⁹, R. Cáliz Cáliz¹⁰ y J.M. Pego-Reigosa¹¹

¹Hospital Universitario Araba. Vitoria. ²Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ³Bioaraba. Instituto de investigación sanitaria. ⁴Hospital de Valme. Sevilla. ⁵Hospital Doce de Octubre. Madrid. ⁶Hospital Gregorio Marañón. Madrid. ⁷Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia. ⁸Hospital de Jerez de la Frontera. ⁹Hospital Carlos Haya. Málaga. ¹⁰Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ¹¹Hospital Meixoeiro. Vigo.

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad heterogénea con una distribución epidemiológica con marcada diferencia geográfica y étnica. A pesar de que la raza gitana constituye la minoría étnica más relevante en España, se disponen de pocos estudios que analicen las posibles diferencias del diagnóstico, curso evolutivo y pronóstico de la enfermedad en relación a esta variable.

Objetivos: Comparar las características clínicas, analíticas e inmunológicas de pacientes españoles con lupus eritematoso sistémico de etnia gitana con aquellos de origen caucásico.

Métodos: Subestudio de RELESSER-TRANS comparativo entre pacientes de etnia gitana y pacientes de origen caucásico, para el cual se enriqueció la base de datos RELESSER con nuevos pacientes gitanos, recogiendo las variables con la misma metodología que en el registro multicéntrico. Diseño del estudio: casos y controles anidado, pareado por género, edad y fecha de diagnóstico. Se extrajeron 5 controles caucásicos por cada caso gitano. También se realizó un análisis adicional pareado únicamente por fecha de diagnóstico. En el análisis estadístico se realizó la prueba t de Student para comparaciones en las variables cuantitativas expresados los resultados como media y desviación típica. Para las variables cualitativas se realizó la prueba de la Chi-cuadrado, expresando los resultados mediante la frecuencia y porcentaje. Se consideró el valor de la $p < 0,05$ para determinar la presencia de diferencias estadísticamente significativas.

Resultados: Se incluyeron un total de 156 pacientes, de los cuales 26 gitanos (24 mujeres y 2 hombres) y 130 caucásicos (120 mujeres y 10 hombres), con una media de edad al diagnóstico de 28,3 (13,8). En el análisis pareado exclusivamente por fecha diagnóstica, los gitanos presentaron un debut de la enfermedad a una edad más temprana, 21,5 (14,9) vs. 28,3 (13,6) en caucásicos ($p = 0,038$). En cuanto a las manifestaciones clínicas, se apreciaron diferencias estadísticamente significativas con una mayor presencia de pericar-

ditis (37,5% vs. 8,59% p = 0,001), linfopenia (60% vs. 37,6% p = 0,012) y trombopenia (40% vs. 19,5% p = 0,050) en gitanos que en caucásicos. Por el contrario, el eritema malar se apreció con menor frecuencia (33,3% vs. 65,6% p = 0,007) en gitanos que en caucásicos. Se evidenció una mayor prevalencia de síndrome antifosfolípido (SAF) (36% vs. 9,38% p = 0,002) así como mayor número de gestaciones (2,3 vs. 0,94 p = 0,030) y abortos espontáneos (18,2% vs. 0,83% p < 0,001) en mujeres gitanas. También se encontró con mayor frecuencia positividad de anticoagulante lúpico en pacientes gitanos respecto a caucásicos (43,5% vs. 17,2%), no existiendo diferencias en el resto de parámetros inmunológicos. Se observaron diferencias numéricas en cuanto a SLEDAI, SLICC y Katz, aunque sin significación estadística. También se apreciaron diferencias en la mortalidad (25% gitanos vs. 1,75% caucásicos, p = 0,021), aunque por el tamaño muestral no se pudo realizar análisis multivariante y por tanto explorar diferencias en la influencia de las comorbilidades.

Conclusiones: Los pacientes españoles de etnia gitana comparativamente a los de ancestro caucásico presentan un debut del LES a edad más temprana. A nivel clínico destaca la menor incidencia de manifestaciones cutáneas y mayor de SAF. El curso de la enfermedad parece más grave con datos que sugieren mayor actividad clínica y daño orgánico acumulado, así como un aumento significativo de la mortalidad.

P167. SIGNIFICADO CLÍNICO DE LOS ANTICUERPOS ANTI-LA EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: DATOS DEL REGISTRO RELESSER

C.P. Sangüesa Gómez¹, A. Olivé¹,
 Í. Rúa-Figueroa Fernández de Larrinoa², A.M. Galindo³,
 J. Calvo-Alén⁴, A. Fernández-Nebro⁵, R. Menor-Almagro⁶,
 N. Jiménez⁷, A. Anzola⁸, Tomero⁹, N. del Val¹⁰, E. Uriarte-Itzazelaia¹¹,
 R. Blanco¹², J.L. Andreu¹³, A. Boteanu¹⁴, J. Narváez¹⁵, T. Cobo¹⁶,
 C. Bohórquez¹⁷, C. Montilla¹⁸, E. Salas¹⁹, F.J. Toyos²⁰, J.A. Bernal²¹,
 E. Salgado²², M. Freire²³, A.J. Mas²⁴, L. Expósito²⁵,
 J.A. Hernández-Beriain²⁶, O. Ibaranguoitia²⁷, M.L. Velloso-Feijoo²⁸,
 N. Lozano-Rivas²⁹, G. Bonilla³⁰, M. Moreno³¹, I. Jiménez³²,
 V. Quevedo-Vila³³, Á. Pecondón³⁴, E. Aurrecochea³⁵, E. Vals³⁶,
 C. Mouriño^{2,37}, T. Vázquez-Rodríguez³⁸ y J.M. Pego-Reigosa²

¹Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona. ²Hospital Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ³Hospital Doce de Octubre. Madrid. ⁴Hospital de Araba. Vitoria. ⁵Hospital Regional Universitario de Málaga. ⁶Hospital de Jerez de la Frontera. ⁷SiDOR Research Group & CINBIO. Universidad de Vigo. ⁸Hospital Gregorio Marañón. Madrid. ⁹Hospital de la Princesa. Madrid. ¹⁰Hospital de Navarra. Pamplona. ¹¹Hospital Universitario de Donostia. San Sebastián. ¹²Hospital Marqués de Valdecilla. Santander. ¹³Hospital Puerta de Hierro-Majadahonda. Madrid. ¹⁴Hospital Ramón y Cajal. Madrid. ¹⁵Hospital de Bellvitge. Barcelona. ¹⁶Hospital Infanta Sofía. Madrid. ¹⁷Hospital Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. ¹⁸Hospital de Salamanca. ¹⁹Hospital Marina Baixa. Alicante. ²⁰Hospital Virgen Macarena. Sevilla. ²¹Hospital de Alicante. ²²Complejo Hospitalario de Orense. ²³Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. ²⁴Hospital Universitari Son Llàtzer. Palma de Mallorca. ²⁵Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. ²⁶Hospital Insular de Gran Canaria. Las Palmas. ²⁷Hospital de Basurto. Bilbao. ²⁸Hospital de Valme. Sevilla. ²⁹Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia. ³⁰Hospital La Paz. Madrid. ³¹Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell. ³²Hospital Clínico San Cecilio. Granada. ³³Hospital de Monforte. Lugo. ³⁴Hospital Miguel Servet. Zaragoza. ³⁵Hospital de Sierrallana. Torrelavega. ³⁶Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. ³⁷Hospital Universitario de Vigo. ³⁸Hospital Lucus Augusti. Lugo.

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune sistémica en cuyo mecanismo patogénico juega un papel fundamental la producción de autoanticuerpos (AC). Se han encontrado AC contra múltiples autoantígenos. La asociación de

algunos de estos AC con síntomas clínicos, actividad de la enfermedad o mecanismos patogénicos está bien establecida. Los AC anti-La están presentes entre el 7-45% de los pacientes con LES, habitualmente acompañados de AC anti-Ro y en presencia de este se ha asociado con un perfil de enfermedad más leve, menor riesgo de crisis epilépticas y nefritis, así como mayor frecuencia de artritis. Hasta la fecha no hemos encontrado estudios que analicen la prevalencia ni las características clínicas de los pacientes con anti-La+ en ausencia de anti-Ro.

Objetivos: Describir las características demográficas, clínicas, serológicas e índices de severidad de pacientes anti-Ro-/La+ en una cohorte retrospectiva de pacientes con LES y compararlas con el resto de los pacientes.

Métodos: Estudio retrospectivo transversal, en el que fueron incluidos todos los pacientes con LES (> 4 criterios ACR-1997) registrados en la base RELESSER. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas, serológicas, comorbilidades, así como indicadores de actividad y gravedad de la enfermedad. Los pacientes se dividieron en 4 grupos según de la presencia de anti-Ro y anti-La: anti-Ro-/La+, anti-Ro+/La-, anti-Ro+/La+ y anti-Ro-/La-. Se comparó el grupo anti-Ro-/La+ con el resto de los grupos. En el análisis estadístico se realizó mediante t-test para las variables continuas y un test exacto de Fisher para las categóricas.

Resultados: De 3619 pacientes con LES, 44 (1,2%) presentaron anti-Ro-/La+. La edad media (± DE) fue de 33,77 (± 16,52) años, el 88,6% eran mujeres, 90,5% eran caucásicos y la duración media del LES (± DE) fue de 135,36 (± 88,46) meses. El 22,13% de los pacientes incluidos tenían anti-Ro+/La-, 18,98% anti-La+/Ro+ y 64,02% anti-La-/Ro-. La fotosensibilidad y las úlceras orales se observaron con mayor frecuencia en los pacientes anti-Ro-/La+ en comparación con los pacientes anti-Ro-/La- (60,2% vs. 52,6% p = 0,0471 y 59,1% vs. 40,7% p = 0,0194 respectivamente). El 77,3% de los pacientes anti-La aislado presentaron artritis y el 25% nefritis lúpica, sin diferencias significativas en comparación con el resto de los grupos. El 11,4% de los pacientes anti-Ro-/La+ presentaron convulsiones vs. 4,4% anti-Ro+/La- (p = 0,0510), vs. 3,3% en anti-Ro+/La+ (p = 0,0218) y vs. 5,2% en anti-Ro-/La- (p = 0,799). Las alteraciones cognitivas se observaron en el 7% de los pacientes anti-Ro-/La+ vs. 2,8% en anti-Ro+/La- (p = 0,1315) vs. 1,5% en anti-Ro+/La+ (p = 0,0370) y vs. 3,1% en anti-Ro-/La- (p = 0,1492). No se observaron diferencias en el resto de las variables clínicas asociadas al LES, el perfil inmunológico, el grado de actividad de LES ni el índice de gravedad de Katz (tablas 2 y 3).

Conclusiones: La prevalencia de anti-La en ausencia de anti-Ro en esta cohorte de LES fue del 1,2%. Este grupo de pacientes asocia con mayor frecuencia manifestaciones clínicas tales como la fotosensibilidad y las aftas orales en comparación con los pacientes que no presentan ni anti-Ro ni anti-La. Por otro lado, a diferencia de lo descrito en la literatura, la presencia aislada de anti-La se asocia a una mayor afectación neurológica en forma de convulsiones o alteraciones cognitivas en comparación con la asociación de anti-Ro y anti-La o la presencia aislada de anti-Ro.

Tabla 1. Características sociodemográficas y del LES

	Anti-Ro-/anti-La+ n = 44, n (%)
Sexo	
Hombres	5/44 (11,4)
Mujeres	39/44 (88,6)
Edad al diagnóstico, media ± DE	33,77 (16,52)
Raza	
Caucásica	38/42 (90,5)
Afroamericana	0/42 (0)
Latinoamericana	3/42 (7,1)
Asiática/Oriental	1/42 (2,4)
Otra	0/42 (0)
Tiempo evolución (meses), media ± DE	135,36 (88,46)
Edad aparición 1er criterio, media ± DE	31,66 (15,95)
Retraso diagnóstico	30,92 (65,17)

Tabla P167

Tabla 2. Criterios de LES

	Anti-Ro-/La+ n = 44, n (%)	Anti-Ro+/La- n = 801, n (%)	Anti-Ro-/La+ vs. Anti-Ro+/La-	Anti-Ro+/La+ n = 687, n (%)	Anti-Ro-/La+ vs. Anti-Ro+/La-	Anti-Ro-/La- n = 2.317, n (%)	Anti-Ro-/La+ vs. Anti-Ro-/La-
Erupción malar	26/42 (61,9)	435/791 (55)	0,4280	72/677 (54,9)	0,4261	1.113/2.289 (48,6)	0,1183
Erupción discoide	10/44 (22,7)	185/782 (23,7)	1,0000	168/666 (25,2)	0,8578	379/2.273 (16,7)	0,3066
Fotosensibilidad	30/44 (68,2)	474/779 (60,8)	0,4267	454/669 (67,9)	1,0000	1.183/2.247 (52,6)	0,0471
Úlceras mucosas	26/44 (59,1)	341/782 (43,6)	0,0603	316/667 (47,4)	0,1608	915/2.246 (40,7)	0,0194
Artritis	34/44 (77,3)	593/787 (75,3)	0,8588	499/675 (73,9)	0,7240	1.715/2.283 (75,1)	0,8610
Pleuritis	9/42 (21,4)	166/784 (21,2)	1,0000	154/672 (22,9)	1,0000	487/2.273 (21,4)	1,0000
Pericarditis	4/42 (9,5)	123/787 (15,6)	0,3804	118/671 (17,6)	0,2101	334/2.274 (14,7)	0,5065
Convulsiones	5/44 (11,4)	47/801 (5,9)	0,1832	34/687 (4,9)	0,0776	150/2.317 (6,5)	0,2073
Psicosis	1/44 (2,3)	12/801 (1,5)	0,5036	12/687 (1,7)	0,5569	54/2.317 (2,3)	1,0000
Anemia hemolítica	2/44 (4,5)	67/801 (8,4)	0,5706	52/687 (7,6)	0,7639	198/2.317 (8,5)	0,5803
Leucopenia (< 4.000/mm ³)	27/43 (62,8)	492/784 (62,8)	1,0000	451/665 (67,8)	0,5043	1.204/2.272 (53)	0,2199
Linfopenia (< 1.500/mm ³)	19/42 (45,2)	437/780 (56)	0,2025	389/668 (58,2)	0,1089	1.075/2.252 (47,7)	0,7583
Trombopenia grave (< 20.000/mm ³)	2/44 (4,5)	50/801 (6,2)	1,0000	34/687 (4,9)	1,0000	134/2.317 (5,8)	1,0000
Anti-DNA	31/44 (70,5)	560/787 (71,2)	1,0000	435/663 (65,6)	0,6228	1.623/2.265 (71,7)	0,8665
Anti-Sm	8/42 (19)	187/772 (24,2)	0,5778	168/659 (25,5)	0,4629	361/2.218 (16,3)	0,6721
Diagnóstico de síndrome antifosfolípido secundario	8/44 (18,2)	98/795 (12,3)	0,2458	76/678 (11,2)	0,2195	327/2.298 (14,2)	8/44 (18,2)

Tabla P167

Tabla 3. Manifestaciones clínicas, analíticas e inmunológicas acumuladas

	Anti-Ro-/La+ n = 44, n (%)	Anti-Ro+/La- n = 801, n (%)	Anti-Ro-/La+ vs. Anti-Ro+/La-	Anti-Ro+/La+ n = 687, n (%)	Anti-Ro-/La+ vs. Anti-Ro+/La-	Anti-Ro-/La- n = 2317, n (%)	Anti-Ro-/La+ vs. Anti-Ro-/La-
Fiebre	1/43 (2,3)	35/790 (4,4)	1,0000	29/674 (4,3)	1,0000	74/2.287 (3,2)	1,0000
Linfadenopatía	2/42 (4,8)	87/784 (11,1)	0,3037	75/670 (11,2)	0,3020	209/2.284 (9,2)	0,5826
Esplenomegalia	0/41 (0)	21/779 (2,7)	0,0000	19/663 (2,9)	0,0000	79/2.267 (3,5)	0,0000
Erupción inflamatoria	31/43 (72,1)	538/796 (67,6)	0,6172	455/675 (67,4)	0,6153	1.360/2.291 (59,4)	0,1160
Alopecia	11/44 (25)	302/787 (38,4)	0,0802	237/671 (35,3)	0,1922	743/2.276 (32,6)	0,3317
Artritis erosiva	5/44 (11,4)	76/794 (9,6)	0,6049	74/678 (10,9)	0,8071	215/2.287 (9,4)	0,6020
Fibromialgia	5/44 (11,4)	47/789 (6)	0,1866	41/670 (6,1)	0,1937	149/2.274 (6,6)	0,2111
Fibrosis pleural	0/44 (0)	14/799 (1,8)	0,0000	3/681 (0,4)	0,0000	16/2.306 (0,7)	0,0000
Hipertensión pulmonar	2/44 (4,5)	13/790 (1,6)	0,1851	14/679 (2,1)	0,2538	59/2.286 (2,6)	0,3211
Miocarditis	0/44 (0)	2/789 (0,3)	0,0000	7/668 (1)	0,0000	18/2.272 (0,8)	0,0000
Libman Sacks endocarditis	1/42 (2,4)	7/787 (0,9)	0,3415	3/667 (0,4)	0,2171	23/2.263 (1)	0,3583
Pericarditis	4/42 (9,5)	123/787 (15,6)	0,3804	118/671 (17,6)	0,2101	334/2.274 (14,7)	0,5065
Raynaud	12/41 (29,3)	258/786 (32,8)	0,7339	225/668 (33,7)	0,6129	726/2.233 (32,5)	0,7384
Nefritis lúpica	11/44 (25)	236/801 (29,5)	0,6116	157/687 (22,9)	0,7141	662/2.317 (28,6)	0,7364
Fallo renal terminal	0/44 (0)	14/773 (1,8)	0,0000	9/654 (1,4)	0,0000	72/2.255 (3,2)	0,0000
Cefalea lúpica	2/44 (4,5)	41/793 (5,2)	1,0000	43/669 (6,4)	1,0000	129/2.282 (5,7)	1,0000
Neuropatía craneal	0/44 (0)	30/779 (3,9)	0,0000	37/661 (5,6)	0,0000	90/2.246 (4)	0,0000
Deterioro cognitivo/psicosis mayor	3/43 (7)	22/796 (2,8)	0,1315	10/679 (1,5)	0,0370	70/2.292 (3,1)	0,1492
Convulsiones	5/44 (11,4)	35/801 (4,4)	0,0510	23/687 (3,3)	0,0218	120/2.317 (5,2%)	0,0799
Mielitis	1/44 (2,3)	10/801 (1,2)	0,4467	4/687 (0,6)	0,2675	14/2.317 (0,6)	0,2465
Depresión	12/44 (27,3)	138/792 (17,4)	0,1066	105/671 (15,6)	0,0563	383/2.276 (16,8)	0,1013
Serositis intestinal	0/43 (0)	13/791 (1,6)	0,0000	9/668 (1,3)	0,0000	40/2.274 (1,8)	0,0000
Hepatitis lúpica	0/44 (0)	20/787 (2,5)	0,0000	18/663 (2,7)	0,0000	55/2.274 (2,4)	0,0000
PTT	2/44 (4,5)	14/790 (1,8)	0,2047	14/665 (2,1)	0,2611	53/2.279 (2,3)	0,2798
Aplasia pura células rojas	0/44 (0)	1/793 (0,1)	0,0000	5/667 (0,7)	0,0000	9/2.278 (0,4)	0,0000
Anti-RNP	10/44 (22,7)	222/785 (28,3)	0,4930	180/665 (27,1)	0,6014	490/2.292 (21,4)	0,8528
Anticoagulante lúpico positivo	8/34 (23,5)	114/581 (19,6)	0,6573	101/512 (19,7)	0,6570	430/1.648 (26,1)	0,8451
Hipocomplementemia	37/44 (84,1)	627/788 (79,6)	0,5655	524/679 (77,2)	0,3530	1.694/2.289 (74)	0,1635
SLEDAI < 6	37/44 (84,1)	685/801 (85,5)	0,272	574/687 (83,6)	0,4252	2.021/2.317 (87,2)	0,2457
Sjögren	11/44 (25)	124/794 (15,6)	0,1363	243/673 (36,1)	0,1464	155/2.279 (6,8)	0,0002

P168. SECUKINUMAB 150 MG PROPORCIONA MEJORES MANTENIDAS EN SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA ESPONDILOARTRITIS AXIAL NO RADIOGRÁFICA: RESULTADOS A 2 AÑOS DEL ESTUDIO PREVENT

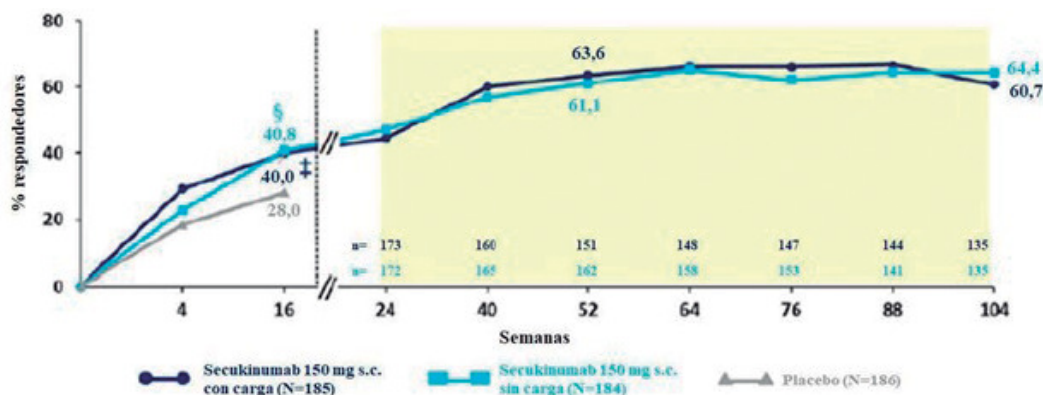
R. Blanco Alonso¹, D. Poddubnyy², A. Deodhar³, X. Baraliakos⁴, E. Dokoupilova⁵, S. Hall⁶, A. Kivitz⁷, M. G. H. Van de Sande⁸, A. Stefanska⁹, P. Pertel¹⁰, H. Richards¹⁰ y J. Braun¹¹

¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Servicio de Reumatología. Santander. ²Charité-Universitätsmedizin Berlin. German Rheumatism Research Centre. Berlín (Alemania). ³Oregon Health & Science University. Division of Arthritis and Rheumatic Diseases. Portland (EE. UU.). ⁴Rheumazentrum Ruhrgebiet. Rheumatology Division. Herne (Alemania). ⁵Medical Plus. s.r.o. Uherske Hradiste. Masaryk University. Department of Pharmaceutical Technology. Faculty of Pharmacy. Brno (República Checa). ⁶Monash University. Department of Medicine. Melbourne (Australia). ⁷Altoona Center for Clinical Research. Clinical Research Division. Pennsylvania

(EE. UU.). ⁸Amsterdam UMC. University of Amsterdam. Amsterdam Rheumatology and Immunology Center. Amsterdam (Holanda).

⁹Novartis Ireland Limited. Immunology. Hepatology and Dermatology. Dublín (Irlanda). ¹⁰Novartis Pharma AG. Immunology. Hepatology and Dermatology. Basilea (Suiza). ¹¹Rheumazentrum Ruhrgebiet. Herne. and Ruhr-University Bochum. Department of Rheumatology. Bochum (Alemania).

Introducción y objetivos: La espondiloartritis axial (EspAax) es una enfermedad inflamatoria caracterizada por un dolor de espalda crónico, y consta de espondilitis anquilosante (EA/EspAax-r) y EspAax no radiográfica (EspAax-nr)¹. La dosis de secukinumab 150 mg, con (DC) o sin (SC) carga, mejoró significativamente los signos y síntomas de pacientes con EspAax-nr en el estudio PREVENT (NCT02696031) hasta la semana 52². El objetivo fue presentar la eficacia y seguridad a largo plazo de secukinumab en el estudio PREVENT durante 2 años.



§p<0,01 y †p<0,05 vs placebo (p-valores no ajustados a la semana 16). Los datos se presentan como imputación de no respondedores hasta la semana 16 y como datos observados desde la semana 24 a la semana 104. A la semana 52 todos los pacientes que permanecían en tratamiento ciego cambiaron a secukinumab abierto.

ASAS, *Assesment of SpondyloArthritis International Society*; N, número total de pacientes aleatorizados; n, número de pacientes evaluables incluyendo aquellos que cambiaron a secukinumab abierto o *standard of care* tras la semana 20. Tras la semana 52, solo se presentan los pacientes que continuaron recibiendo secukinumab abierto; s.c., subcutáneo.

P168 Figura. La respuesta ASAS40 fue mantenida hasta la semana 104 en la población general.

Tabla. Resumen de eficacia clínica (datos observados)

Variables	Semanas	SEC 150 mg DC (N = 185)	SEC 150 mg SC (N = 184)	PBO-SEC 150 mg (N = 186)
*ASAS40 en pacientes naïve a TNFi, n/M (%)	52 ^a	90/137 (65,7)	95/145 (65,5)	85/151 (56,3)
104	78/123 (63,4)	83/123 (67,5)	83/134 (61,9)	
Cambio BASDAI desde momento de inicio, media ± DE	52 ^a	-3,7 ± 2,8	-3,7 ± 2,6	-3,3 ± 2,4
104	-4,1 ± 2,6	-3,9 ± 2,6	-3,7 ± 2,5	
BASDAI50, n/M (%)	52 ^a	90/153 (58,8)	92/163 (56,4)	90/161 (55,9)
104	88/137 (64,2)	84/136 (61,8)	87/142 (61,3)	
Remisión parcial	52 ^a	46/152 (30,3)	56/163 (34,4)	46/161 (28,6)
ASAS, n/M (%)	104	51/137 (37,2)	50/135 (37,0)	50/142 (35,2)
Enfermedad inactiva	52 ^a	49/152 (32,2)	58/163 (35,6)	48/160 (30,0)
ASDAS PCR, n/M (%)	104	50/132 (37,9)	53/133 (39,8)	53/142 (37,3)

*Para pacientes naïve a TNFi; N = 164; DC; 166; SC; 171; PBO-SEC. ^aNúmero total de pacientes evaluables incluyendo SEC abierto y *standard of care* (SOC; 2 pacientes en DC; 1 paciente en SC continuaron en SOC). Tras la semana 52; solo se presentan los pacientes que continuaron recibiendo SEC abierto. ASAS; *Assesment of SpondyloArthritis international Society*; ASDAS; *Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score*; BASDAI; *Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index*; DE; desviación estándar; M; número de pacientes con evaluación; N; número total de pacientes aleatorizados; n; número de pacientes que son respondedores; PBO; placebo; SEC; secukinumab; SOC; *standard of care*; TNFi; factor de necrosis antitumoral.

Métodos: El diseño detallado del estudio, y las variables primarias y secundarias clave han sido publicados anteriormente². En total, 555 pacientes que cumplieron criterios ASAS para EspAax más proteína C reactiva (PCR) anormal y/o imagen por resonancia magnética (RM), sin evidencia de cambios radiográficos en articulaciones sacroilíacas (SI) de acuerdo a los criterios modificados de Nueva York para EA, fueron aleatorizados (1:1:1) a recibir secukinumab 150 mg con DC, SC, o placebo (PBO) en el momento de inicio. Los pacientes DC recibieron secukinumab 150 mg en las semanas 1, 2, 3, y 4, y luego cada 4 semanas (c4s) empezando en la semana 4. Los pacientes SC recibieron secukinumab 150 mg en el momento de inicio y PBO en las semanas 1, 2 y 3, y luego 150 mg c4s. El 90% de los pacientes fueron naïve al factor de necrosis antitumoral (TNFi), el 57% tuvieron PCR elevada y el 73% tuvieron evidencia de inflamación en articulación SI en la RM. Todas las imágenes fueron evaluadas centralmente antes de la inclusión. Todos los pacientes continuaron recibiendo tratamiento abierto secukinumab 150 mg

tras la semana 52. Las evaluaciones de eficacia hasta la semana 104 incluyeron ASAS40 en pacientes naïve a TNFi, ASAS40, cambio en BASDAI desde el momento de inicio, BASDAI50, remisión parcial ASAS, y enfermedad inactiva ASDAS-PCR en la población general. Los análisis de seguridad incluyeron todos los pacientes que recibieron ≥ 1 dosis del tratamiento de estudio durante el periodo entero de tratamiento hasta la semana 104. Se presentan los datos observados.

Resultados: En general, 438 pacientes completaron las 104 semanas de estudio: 78,9% (146/185; DC), 77,7% (143/184; SC) y 80,1% (149/186; PBO). Los resultados de eficacia a la semana 52 fueron mantenidos hasta la semana 104 y se muestran en la tabla y en la figura. El perfil de seguridad fue consistente con publicaciones previas, sin muertes reportadas durante el periodo entero de tratamiento hasta la semana 104².

Conclusiones: Secukinumab 150 mg demostró mejoras mantenidas en signos y síntomas de pacientes con EspAx-nr durante 2 años. Secukinumab fue bien tolerado sin señales nuevas o inesperadas de seguridad.

Bibliografía

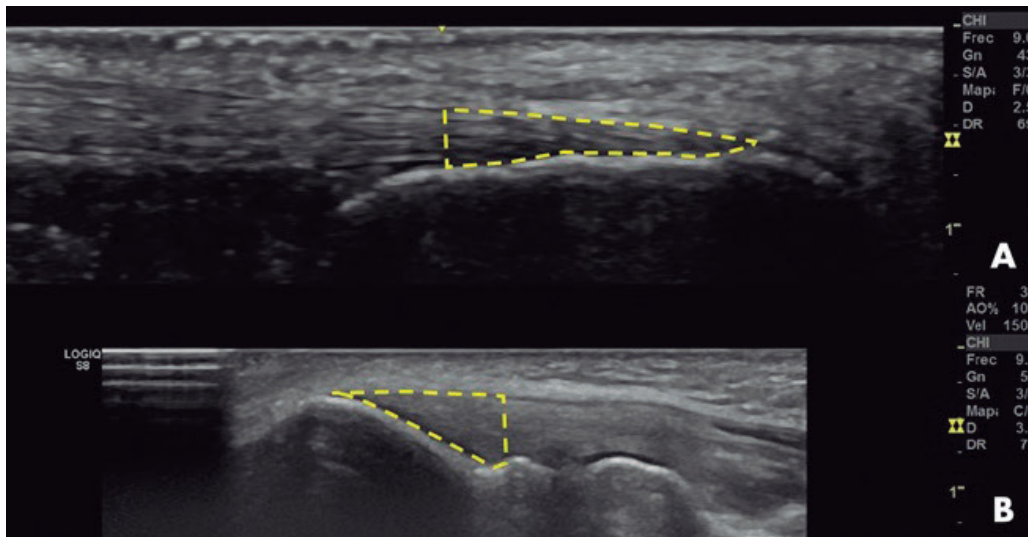
1. Strand V, et al. *J Clin Rheumatol*. 2017;23(7):383-91.
2. Deodhar A, et al. *Arthritis Rheumatol*. 2020.

P169. DISCRIMINACIÓN DEL COMPROMISO INFLAMATORIO ENTÉSICO EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS MEDIANTE EL USO DEL ANÁLISIS INFORMÁTICO DE IMÁGENES ECOGRÁFICAS ESTÁTICAS

Á. Andreu Suárez¹, C. Guillén Astete¹, M. Tortosa Cabañas¹, R. Manzo¹ y M. Martínez Aznar²

¹Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ²Facultad de Ciencias Biológica. Universidad Europea de Madrid.

Introducción: Una de las debilidades del estudio ecográfico de las entesis es la ausencia de una escala ordinal de evaluación universalmente reconocida y replicable que permita cuantificar el grado de afectación de estas estructuras tanto con interés diagnóstico como evolutivo.



P169 Figura. Esquema para la obtención del área de análisis de la entesis aquilea (A) y epicondílea (B). Se consideró área entésica aquella desde el punto más distal de la entesis hasta el punto de emergencia o separación del tendón de la cortical.

Objetivos: Analizar la capacidad de diferenciación que tiene el análisis informático de las imágenes estáticas de pacientes con entesopatías inflamatorias y la capacidad de discriminar entre una entesis afectada y una sana contralateral en el mismo individuo.

Métodos: Se analizaron imágenes estáticas de las entesis aquilea y epicondílea de pacientes que consultaron por dolor entésico asociado a una espondiloartritis con afectación periférica entésica entre 2016 y 2020. Las imágenes fueron obtenidas por un mismo observador y con el mismo equipo de ecografía. El análisis de las imágenes se realizó mediante el programa ImageJ 1,53e. Se seleccionaron registros de imágenes con estudios contralaterales en pacientes con entesopatías asimétricas de reciente diagnóstico (antes del inicio del tratamiento). Como controles se recurrió a un repositorio de imágenes procedentes de controles sanos reclutados para estudios previos, apareados por la edad y sexo de los pacientes. Se compararon la media de intensidad de grises (MIG), su dispersión (DIG) y la moda (MoIG) de las entesis estudiadas. La Figura 1 explica la forma de adquisición de la imagen para el estudio de ambas entesis.

Resultados: Se incluyeron los registros de imágenes de 9 pacientes con espondiloartritis axial (34,1 DE 9,5 años, 7 varones) y 10 con artritis psoriásica (34,0 ± 5,7 años, 8 varones) con afectación asimétrica de 15 entesis aquileas y 10 epicondíleas. La distribución de las variables MIG, DIG y MoIG fue normal tanto para las entesis afectas, los controles contralaterales de los pacientes y los controles de entesis de sujetos sanos. En los registros con afectación aquilea, la MIG del lado afectado fue 76,69 ± 25,14, la DIG fue 24 ± 3,48 y la MoIG fue 76,6 ± 30,1. En la entesis aquileas no dolorosa las medidas fueron 83,99 ± 27,29, 22,72 ± 3,14 y 78,7 ± 32,5, respectivamente. Se detectaron diferencias estadísticamente significativas en todas las comparaciones apareadas ($t = -9,522$, $p = .000$; $t = 3,393$, $p = 0,004$; y $t = -2,247$, $p = .041$, respectivamente). En los registros con afectación epicondílea, la MIG del lado afectado fue 75,3 ± 14,71, la DIG fue 25,93 ± 2,52 y la MoIG fue 72,7 ± 15,4. En la entesis aquileas no dolorosa las medidas fueron 82,57 ± 16,06, 25,7 ± 2,99 y 74,9 ± 16,5, respectivamente. Se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre las MIG y MoIG ($t = -9,849$, $p = 0,000$; y $t = -2,752$, $p = 0,022$, respectivamente). La relación MIN del lado afecto/lado sano entre pacientes fue 1,18 ± 0,047 mientras que la relación MIN entre el lado dominante y no dominante de los deportistas sanos fue 0,91 ± 0,022 ($t = 25,81$, $p = 0,000$).

Conclusiones: El análisis informático de imágenes estáticas de entesis, discrimina correctamente las entesis sintomáticas de las no sintomáticas en estudios ecográficos tempranos. Aún en entesis no sintomáticas,

detecta diferencias en comparación con sujetos sanos. Esta capacidad discriminatoria podría ser de utilidad en la actualización de los índices de recuento ecográfico de entesis o para su uso como criterio de respuesta evolutiva. Como debilidad cabe destacar el potencial efecto confusor que las entesofitosis podrían tener en este tipo de análisis si no se realizan demarcaciones específicas del área estudiada.

P170. PROBABILIDAD CONJUNTA DE ALCANZAR EFICACIA ARTICULAR Y CUTÁNEA DE LOS TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS APROBADOS PARA ARTRITIS PSORIÁSICA Y PSORIASIS CUTÁNEA

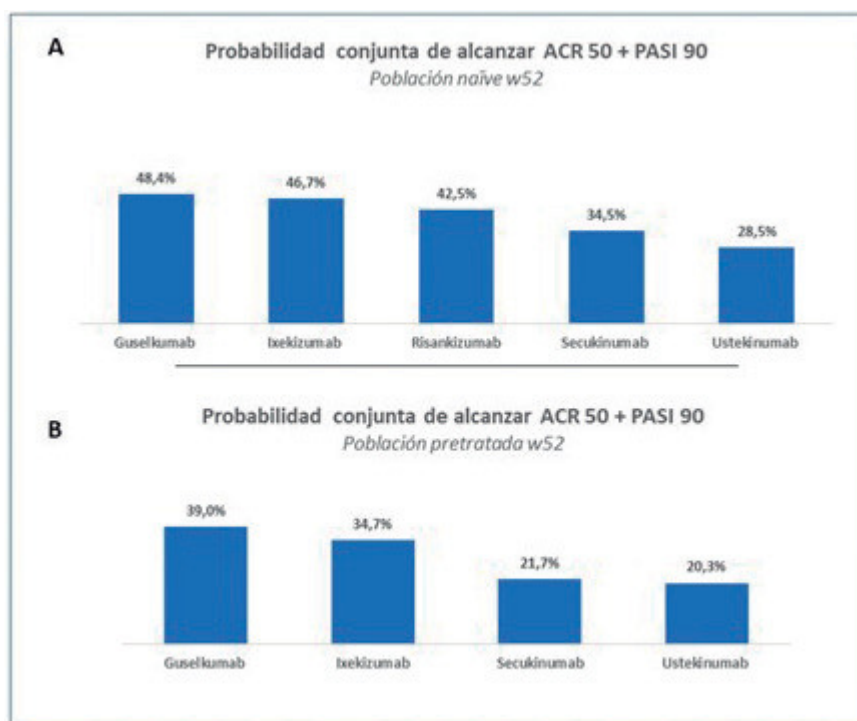
A. Urruticoechea Arana¹, G. Mercadal-Orfila² y J.L. Sánchez Carazo³

¹Hospital Can Misses. Ibiza. ²Servicio de Farmacia. Hospital Mateu Orfila. Mahón. ³Servicio de Dermatología. Hospital General de Valencia.

Introducción: La artritis psoriásica (PsA) es una enfermedad inmunomediada, inflamatoria crónica seronegativa, que se puede asociar de forma no cronológica a psoriasis cutánea. La afectación articular causa dolor, deterioro de la función física y disminución de la calidad de vida. Para objetivar la mejoría, tanto cutánea como articular durante el tratamiento, se han empleado escalas para ambos dominios, por separado, aunque cada vez se incluyen índices de valoración compuesta en los ensayos clínico. Sin embargo, no están incluidas en los ensayos de todos los tratamientos innovadores, y en algunos casos, no se evalúa de la misma manera, complicando la evaluación comparada de los tratamientos. Las variables que recogen los EECC son la mejora porcentual de la escala ACR, para determinar la eficacia articular, y la mejora porcentual del PASI para determinar la eficacia cutánea. La combinación de ambas puede resultar una herramienta útil en la determinación de la eficacia global (articular y cutánea) de los tratamientos en PsA.

Objetivos: Calcular la probabilidad conjunta de alcanzar los objetivos articulares y cutáneos que tienen los pacientes incluidos en los ensayos clínicos de los tratamientos innovadores en PsA.

Métodos: Se han analizado los datos de eficacia ACR50 y PASI90 en semana 52 de los ensayos clínicos pivotaes de ustekinumab, secukinumab, ixekizumab, guselkumab y risankizumab; tanto para población naïve como para población tratada previamente con anti-TNF. Se determinó un modelo para el cálculo de las probabilidades conjuntas de respuesta reumatológica (ACR) y dermatológica (PASI) de los distintos tratamientos incluidos en el análisis usando para ello la metodología descrita por Rogers et al., 2011. Para cada una de las posibles combina-



P170 Figura. Probabilidad de alcanzar ACR50 y PASI90 en población naïve (A) y pretratada (B) en semana 52 con los fármacos biológicos innovadores aprobados para el tratamiento de psoriasis y artritis psoriásica.

ciones de ACR y PASI se calculó un coeficiente de correlación (ρ , #r). El mínimo valor de coeficiente obtenido en cada una de las combinaciones fue tomado para calcular las probabilidades de los distintos tratamientos a través de la siguiente fórmula: $p_{ACR + PASI}(\text{tratamiento } 1) = \#r \cdot \sqrt{[p_{ACR} \cdot p_{PASI} \cdot (1 - p_{ACR}) \cdot (1 - p_{PASI})] + p_{ACR} \cdot p_{PASI}}$.

Resultados: Se calculó probabilidad de alcanzar los objetivos cutáneos y articulares de los tratamientos, entendiendo este objetivo terapéutico como la combinación de ACR50 y PASI90. Por falta de información, la eficacia combinada de risankizumab no se calculó para la población pretratada. Los resultados se pueden ver en la figura. La probabilidad de alcanzar ACR50 y PASI90 en población naïve (apartado A de la figura) en semana 52 con los fármacos biológicos innovadores aprobados para el tratamiento de psoriasis y artritis psoriásica son del 48,4% para guselkumab; 46,7% ixekizumab, 42,5% risankizumab, 34,5% secukinumab y 28,5% en el caso de ustekinumab. En la población pretratada con anti-TNF (B) la probabilidad de alcanzar la eficacia ACR50 y PASI90 de forma conjunta para guselkumab, ixekizumab, secukinumab y ustekinumab fue, 39%, 34,7%, 21,7% y 20,3% respectivamente. Los resultados fueron superiores con guselkumab e ixekizumab tanto en paciente naïve como pretratado a semana 52, con una diferencia porcentual significativa vs. secukinumab y ustekinumab.

Conclusiones: La mayor probabilidad de alcanzar conjuntamente ACR50 y PASI 90 se obtuvo con guselkumab tanto en paciente naïve como pretratado a semana 52. Los índices de valoración compuestos permiten evaluar mejor la aportación de medicamentos que actúan en diferentes dominios clínicos.

P171. ACTIVIDAD Y GRAVEDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA DE INICIO RECIENTE. MODELO PREDICTIVO MEDIANTE INTELIGENCIA ARTIFICIAL

M.R. Queiro Silva¹, D. Seoane-Mato², A. Laiz³, E. Galíndez Agirregoikoa⁴, C. Montilla⁵, H.S. Park³, J.A. Pinto-Tasende⁶, J.J. Bethencourt Baute⁷, B. Joven Ibáñez⁸, E. Toniolo⁹, J. Ramírez¹⁰, C. Pruenza García-Hinojosa¹¹ y Grupo del Estudio REAPSER

¹Servicio de Reumatología & Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias (ISPA). Facultad de Medicina. Universidad de Oviedo. ²Unidad de Investigación. Sociedad Española de Reumatología. Madrid. ³Departamento de Reumatología y Enfermedades Autoinmunes. Hospital Universitari de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Basurto. Bilbao. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Salamanca. ⁶Servicio de Reumatología-INIBIC. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. ⁷Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. Sta. Cruz de Tenerife. ⁸Servicio de Reumatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ⁹Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Son Llàtzer. Palma de Mallorca. ¹⁰Unidad de Artritis. Departamento de Reumatología. Hospital Clínic de Barcelona. ¹¹Instituto de Ingeniería del Conocimiento. Universidad Autónoma de Madrid.

Introducción: Desde una perspectiva de práctica clínica, la necesidad de información referente a los factores predictores de una mayor actividad y gravedad de la artritis psoriásica (APs) es perentoria en la medida en que un adecuado abordaje de la actividad inflamatoria puede revertir la inflamación y limitar o evitar el daño estructural.

Objetivos: Evaluar qué características del paciente y la enfermedad predicen actividad moderada-alta, así como enfermedad de mayor gravedad, en APs de reciente comienzo.

Métodos: REAPSER es un estudio observacional, prospectivo (2 años de seguimiento; periodicidad anual de las visitas), multicéntrico, promovido por la Sociedad Española de Reumatología. Se incluyeron pacientes de 18 años o más, que cumplieran los criterios de clasificación CASPAR, con una duración de la APs de menos de dos años desde la aparición de síntomas. La intención en la visita basal fue reflejar la situación del paciente antes de que la evolución de la enfermedad se viese modificada por los tratamientos pautados en los Servicios de Reumatología. Todos los pacientes proporcionaron su consentimiento informado. El estudio fue aprobado por los Comités de Ética de Investigación de los centros participantes. La actividad se valoró por DAPSA (NAD68 + NAT66 + EVA actividad paciente + EVA dolor paciente + PCR) y el análisis se orientó a la actividad

moderada-alta (DAPSA > 14). Se definió enfermedad grave en cada visita como el cumplimiento de al menos uno de los siguientes: necesidad de uso de FAME, HAQ > 0,5, poliartritis (NAT66 ≥ 5). El conjunto de datos contenía los valores de las variables independientes de las visitas basales y de seguimiento 1, y estos se ligaron a los valores de la variable resultado de las visitas de seguimiento 1 y 2, respectivamente. Se entrenaron modelos de regresión logística y un algoritmo de aprendizaje automático (*machine learning*) de tipo bosque aleatorio para analizar la asociación entre la variable resultado y las variables seleccionadas en el análisis bivariable (la significación estadística para dicha selección se definió como un valor $p < 0,05$). Utilizamos una matriz de confusión para visualizar el rendimiento del modelo final. Esta matriz muestra la clase real de los datos, junto con la clase predicha por el algoritmo de aprendizaje automático, y registra el número de aciertos y errores.

Resultados: El tamaño muestral fue de 158 pacientes. El 14,6% fueron pérdidas de seguimiento. En la primera visita de seguimiento, el 20,8% de los pacientes que acudieron a consulta presentaban DAPSA > 14. Este porcentaje fue del 21,2% en la segunda visita de seguimiento. En la primera visita de seguimiento, el 78,2% de los pacientes que acudieron a consulta presentaban enfermedad grave. Este porcentaje fue del 76,4% en la segunda visita. La tabla 1 muestra los resultados de la regresión logística para DAPSA > 14. Al entrenar el algoritmo de aprendizaje automático del tipo bosque aleatorio, el orden de importancia jerárquico fue: PsAID, número de articulaciones dolorosas, nivel de actividad física, sexo. La proporción de aciertos en la matriz de confusión fue 90%. La tabla 2 muestra los resultados de la regresión logística para enfermedad grave. Al entrenar el algoritmo de aprendizaje automático del tipo bosque aleatorio con estas variables, la jerarquía fue la siguiente: dolor, uso de FAME sintético, forma clínica al diagnóstico, PCR alta, HTA, y psoriasis en pliegues. La proporción de aciertos en la matriz de confusión fue 85,71%.

Tabla 1. Modelo predictivo para DAPSA moderado-alto

Variable	Coef. regresión	IC95%	p-Wald
PsAID	3,335	(1,994, 4,676)	< 0,001
Número de articulaciones dolorosas	2,612	(0,533, 4,691)	0,014
Sexo (mujer)	0,719	(0,120, 1,317)	0,019
Nivel de actividad física	-0,766	(-1,610, 0,077)	0,075

Tabla 2. Modelo predictivo para enfermedad grave

Variable	Coefficiente de regresión	IC95%	p-valor del test de Wald
Valoración del dolor global ^a	5,174	(3,447, 6,901)	< 0,001
Forma clínica al diagnóstico	4,490	(2,157, 6,822)	< 0,001
Psoriasis pliegue interglúteo y/o perianal	2,270	(0,945, 3,595)	0,001
Tratamiento con FAMEs sintéticos	2,177	(1,393, 2,961)	< 0,001
Hipertensión arterial	1,918	(0,864, 2,972)	< 0,001
PCR alta	1,568	(0,662, 2,474)	0,001

^aDe 0 (sin dolor) a 10 (muy intenso); ^b1.axial, 2.periférica, 3.mixta.

Conclusiones: Nuestros modelos predictivos basados en machine learning pueden servir al reumatólogo para orientar la acción terapéutica, tanto desde el punto de vista farmacológico como desde las recomendaciones de estilo de vida para estos pacientes, ofreciendo así una visión más holística del manejo de la enfermedad.

P172. VARIABLES CONFUSORAS DE LA ASOCIACIÓN ENTRE SEXO E IMPACTO DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA DE INICIO RECIENTE

M.R. Queiro Silva¹, D. Seoane-Mato², A. Laiz³, E. Galíndez Agirreigoikoa⁴, C. Montilla⁵, H.S. Park³, J.A. Pinto-Tasende⁶, J.J. Bethencourt Baute⁷, B. Joven Ibáñez⁸, E. Toniolo⁹, J. Ramírez¹⁰, A. González Marcos¹¹ y Grupo del Estudio REAPSER

¹Servicio de Reumatología & Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias (ISPA). Facultad de Medicina. Universidad de Oviedo. ²Unidad de Investigación. Sociedad Española de Reumatología. Madrid. ³Departamento de Reumatología y Enfermedades Autoinmunes. Hospital Universitari de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Basurto. Bilbao. ⁵Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Salamanca. ⁶Servicio de Reumatología-INIBIC. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. ⁷Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. Sta. Cruz de Tenerife. ⁸Servicio de Reumatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ⁹Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Son Llàtzer. Palma de Mallorca. ¹⁰Unidad de Artritis. Departamento de Reumatología. Hospital Clínic de Barcelona. ¹¹Instituto de Ingeniería del Conocimiento. Universidad Autónoma de Madrid.

Introducción: Se ha señalado que el cuadro clínico y el impacto de la artritis psoriásica (APs) pueden ser diferentes entre ambos sexos. Sin embargo, la mayoría de estudios publicados en este sentido no han tenido en cuenta la posibilidad de variables confusoras que contribuyan a explicar esta asociación.

Objetivos: Evaluar la influencia de posibles factores de confusión en la asociación entre sexo e impacto de la enfermedad valorado por el PsAID.

Métodos: REAPSER es un estudio observacional, prospectivo (2 años de seguimiento; periodicidad anual de las visitas), multicéntrico, promovido por la Sociedad Española de Reumatología. Se incluyeron pacientes de 18 años o más, que cumplían los criterios de clasificación CASPAR, con una duración de la APs menor de dos años desde la aparición de síntomas. La intención en la visita basal fue reflejar la situación del paciente antes de que la evolución de la enfermedad se viese modificada por los tratamientos pautados en los Servicios de Reumatología. Todos los pacientes proporcionaron su consentimiento informado. El estudio fue aprobado por los Comités de Ética de Investigación de los centros participantes. Realizamos un análisis transversal. El conjunto de datos estaba formado por los datos de cada paciente de las tres visitas (basal, al primer año y al segundo año de seguimiento) ligados a los valores del PsAID en cada una de las visitas. El PsAID se categorizó en dos clases: < 4 (bajo impacto) y ≥ 4 (alto impacto). Una vez seleccionadas las variables asociadas tanto a PsAID ≥ 4 como al sexo, se identificaron como potencialmente confusoras de la asociación entre sexo y PsAID aquellas que produjeron un cambio de al menos un 10% entre la estimación ajustada y la cruda. Para ello, mediante regresión logística binaria se calculó la OR de la asociación entre sexo y PsAID, y la OR de dicha asociación ajustada por cada variable. Tras identificar las variables potencialmente confusoras, se definió el modelo final multivariante, estimativo de la asociación entre sexo y PsAID. Para ello, se partió del modelo de regresión logística que incluía únicamente PsAID y sexo, y se fueron añadiendo una a una las posibles variables de confusión identificadas en el paso previo, siguiendo un orden decreciente en función del impacto (se empezó por la variable que había producido un mayor cambio entre la estimación ajustada y la cruda). Si la inclusión de la variable en el modelo modificaba más del 10% la OR de la asociación entre sexo y PsAID, dicha variable formaba parte del modelo final.

Resultados: El tamaño muestral fue de 158 pacientes. El 20,9% fueron pérdidas de seguimiento. El conjunto de datos contenía 418 observaciones (158 en la visita basal, 135 en la primera visita de seguimiento y 125 en la segunda visita de seguimiento). En la tabla se muestran los resultados del modelo final multivariante. Se observó que las variables confusoras fueron el HAQ, valoración global del dolor, nivel de actividad física y el patrón articular al diagnóstico. Una vez ajustado por estas variables, no existió una asociación estadísticamente significativa entre ser mujer y PsAID ≥ 4.

Conclusiones: La asociación entre sexo femenino y mayor impacto de enfermedad se explicaría por la influencia de otras variables, en concreto HAQ más alto, mayor intensidad del dolor, diferencias en el nivel de actividad física y en el patrón articular al diagnóstico (menor frecuencia de patrón espondilítico en mujeres).

Modelo final multivariante de la asociación entre sexo y PsAID ≥ 4 ajustado por variables confusoras

	OR	IC95%	p-valor
Sexo (mujer)	0,611	0,276-1,357	0,226
HAQ	55,250	17,655-172,894	< 0,001
Valoración global del dolor	1,670	1,397-1,996	< 0,001
Nivel de actividad física			
Bajo (categoría de referencia)			
Medio	0,566	0,196-1,632	0,292
Alto	1,159	0,345-3,890	0,811
Patrón articular al diagnóstico			
Oligoarticular (categoría de referencia)			
Poliarticular	0,523	0,218-1,252	0,146
Distal	0,124	0,006-2,523	0,174
Espondilítica	0,096	0,014-0,643	0,016

P173. ESTIMACIÓN DE LOS COSTES EVITABLES EN EL PROCESO ASISTENCIAL DE LA ESPONDILOARTRITIS AXIAL Y LA ARTRITIS PSORIÁSICA

F.J. de Toro Santos¹, C. Fernández-Carballido², M.J. Castro Ruiz³, M. Vázquez Díaz⁴, M.Á. Máñez⁵, M. Soler Martínez⁶ y S. Aceituno Mata⁶

¹Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. Instituto de investigación biomédica de A Coruña. ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de San Juan. Alicante. ³Enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ⁵Economista. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. ⁶HEOR consultant. Outcomes 10. Castellón

Objetivos: El proceso asistencial de pacientes con espondiloartritis axial (EspAax) o artritis psoriásica (APs) se enfrenta a diversos retos, entre ellos el diagnóstico tardío o la elevada carga asistencial, que dificultan el seguimiento óptimo. Estos suponen costes relevantes que podrían ser evitados con mejoras en el proceso asistencial. El objetivo fue estimar los costes evitables en el proceso asistencial actual de la EspAax y la APs, en caso de implementar determinadas mejoras que abordaran las ineficiencias, desde la perspectiva del sistema nacional de salud (SNS) español.

Métodos: Para ambas patologías, se realizó un análisis comparativo del uso de recursos y costes del proceso asistencial actual frente a un proceso asistencial ideal, construido en base a potenciales mejoras sobre el proceso actual. Las diferentes fases del proceso, las potenciales mejoras y el uso de recursos en cada proceso se obtuvieron de una revisión de la literatura y consulta a un panel multidisciplinar de expertos. Se consideraron las fases de prediagnóstico y diagnóstico de la enfermedad (desde los primeros síntomas hasta el diagnóstico), y el tratamiento/seguimiento de un año. Se identificaron como potenciales mejoras que abordaran ineficiencias, el diagnóstico precoz desde atención primaria y la incorporación de enfermería especializada en reumatología. En cada fase se incluyeron los costes directos sanitarios (visitas a atención primaria, urgencias, enfermería, especialistas, pruebas de laboratorio y de imagen) excluyendo el coste farmacológico. Los costes unitarios (€, 2021) se extrajeron de bases de datos oficiales.

Resultados: Para la EspAax, se estimó que un diagnóstico precoz en 8,4 meses, frente a un retraso de 6,5 años, con la detección desde atención primaria, evitaría una media de 3,2 visitas a urgencias y 10,1 derivaciones erróneas/paciente a otros especialistas; esto reduciría el número de pruebas de laboratorio (4,5 menos de media) y de imagen (4,4 menos de media). En conjunto podrían evitarse una media de

3.189 €/paciente, que supondría una reducción del 67,5% del coste actual del diagnóstico de la EspAax. Durante el seguimiento, un papel más relevante de enfermería en reumatología podría evitar una media de 3,3 visitas presenciales al reumatólogo y 10 pruebas por paciente/año, lo cual evitaría una media de 5.586 €/paciente/año (reducción de 83,9% respecto al proceso actual) en el seguimiento de la EspAax. Para la APs, se estimó que un diagnóstico precoz de la doble patología en 3,5 meses, frente a 1,3 años, con la detección desde atención primaria, evitaría una media de 3,1 visitas a urgencias y 5,1 derivaciones erróneas/paciente a otros especialistas; esto reduciría el número de pruebas de laboratorio (2,4 menos de media) y de imagen (4,1 menos de media). En conjunto podrían evitarse una media de 2.174 €/paciente, que supondría una reducción del 70,7% del coste actual del diagnóstico de la APs. Durante el seguimiento, un papel más relevante de enfermería podría evitar una media de 1,8 visitas presenciales al reumatólogo/dermatólogo y 2,5 pruebas por paciente/año, lo cual evitaría una media de 1.363 €/paciente/año (reducción de 57,7% respecto al proceso actual) en el seguimiento de la APs.

Conclusiones: La implementación de mejoras en el proceso asistencial de la EspAax o la APs, especialmente en el diagnóstico y seguimiento, reduciría el uso de recursos y costes desde la perspectiva del SNS español.

P174. CERTOLIZUMAB PEGOL IN UVEITIS. RETENTION PROBABILITY AND CAUSES OF DISCONTINUATION

V. Llorens Belles, M. Sainz-de-la-Maza¹, Á. García-Aparicio², A. Blanco-Esteban³, C. Hernando-Hernández⁴, J. Cincunegui-Gutiérrez⁵, P. Fanlo-Mateo⁶, H. Heras-Mulero⁷, O. García-García⁸, M. Hernandez-Garfella⁹, R. Veroz-González¹⁰, L. Rodríguez-Melían¹¹ and V. Jovani-Casano¹², on behalf of Biotherapies in Uveitis (BioÚvea) Study Group

¹Clínic Institute of Ophthalmology (ICOF). Clínic Hospital of Barcelona. ²Rheumatology department. Hospital Virgen de la Salud. Toledo. ³Ophthalmology department. Hospital Universitario de Donostia. San Sebastián. ⁴Ophthalmology department. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. ⁵Ophthalmology department. Hospital Galdakao-Usansolo. Galdakao. Bilbao. ⁶Internal Medicine department. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. ⁷Ophthalmology department. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. ⁸Ophthalmology department. Hospital de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. ⁹Ophthalmology department. Hospital General de Valencia. ¹⁰Rheumatology department. Hospital de Mérida. ¹¹Ophthalmology department. Hospital Insular de Gran Canaria. Las Palmas. ¹²Rheumatology department. Hospital General Universitario de Alicante.

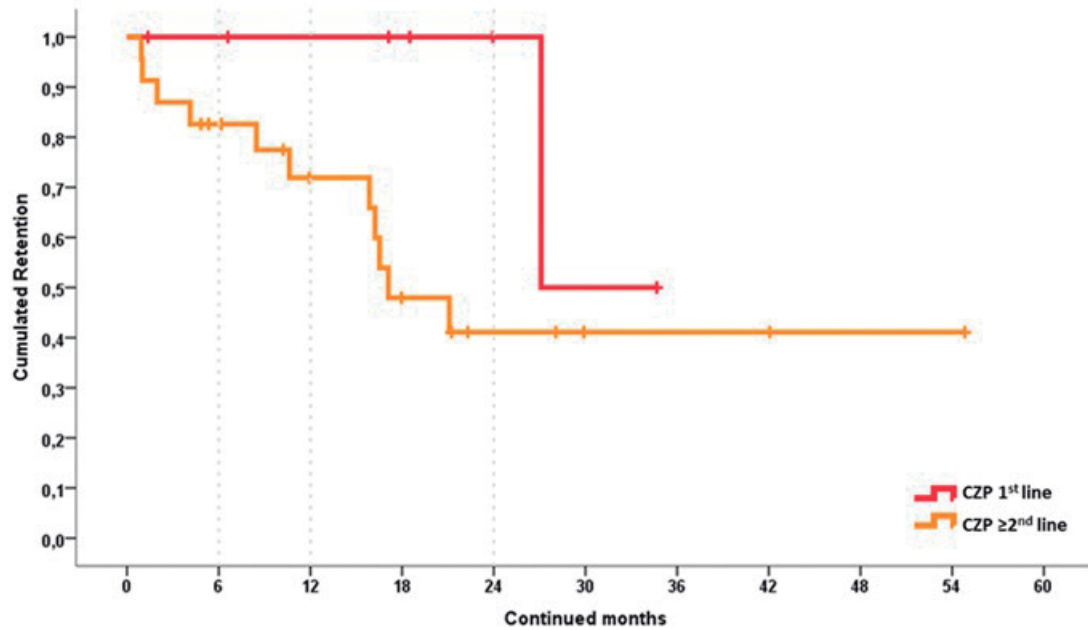
Introduction: A personalized disease-specific treatment for non-infectious uveitis (NIU) is challenging. Around 50% of adults with NIU who required classic DMARDs or adalimumab in clinical trials, failed at 6 months during open label phase^{1,2}. Therefore, to investigate treatment alternatives for NIU are most needed.

Objectives: To study Certolizumab pegol (CZP) retention rate (RR) at 24 months in NIU and susceptibility factors for discontinuation.

Methods: Adults with NIU who received CZP for this indication were included. Data were gathered from the BioÚvea Spanish registry, detailed elsewhere.³ Demographics, clinical, and therapeutic data was recorded from Nov 2016 to Nov 2017. The primary endpoint assessed was CZP RR at 24 months. Causes and susceptibility factors for definitive discontinuation of CZP were analyzed as well. CZP RR was calculated with the Kaplan-Meier method, Log-rank test was used for the univariate, and the Cox proportional hazard model was implemented for the multivariate analysis.

Results: Thirty patients with a median of 41 (IQR 16) years, 18 (60%) females, were included. NIUs were bilateral in 19 (63%) patients and were active at CZP onset in 20 (71%). Half of the patients suffered from non-anterior NIUs, and etiologically 2 (7%) were unclassifiable,

Outcome: discontinuation due to inefficacy and adverse events. Raw retention.



CZP 1st line vs. ≥2nd line				6 m	12 m	24 m	36 m	
Biotherapy line	n	DRT (median, months)	Follow-up median (range), months	LTFU	DRR % PAR, n	DRR % PAR, n	DRR % PAR, n	DRR % PAR, n
CZP 1st line	7	27.1	18.5 (1.4-34.7)	0	100 6	100 5	100 3	50 1
Cause of discontinuation								
Lack/loss efficacy	1				0	0	0	1
AE	0				0	0	0	0
CZP ≥2nd line	23	17.1	22.3 (0.9-54.8)	1	82.6 17	71.9 12	41.1 4	41.1 2
Cause of discontinuation								
Lack/loss efficacy	5				1	2	2	0
AE	6				3	0	3	0

P174 Figure. Retention rate of Certolizumab pegol in bio-naïve and bio-experienced patients with non-infectious uveitis. Abbreviations: DRT, Drug Retention Time; LTFU, lost to follow-up; DRR, Drug Retention Rate; PAR, Patients at Risk; AE, adverse event.

7 (23%) had ocular syndromes, and 21 (70%) were associated to systemic disorders. Seven (23%) patients were bio-naïve, whereas 23 (77%) started CZP as a 2nd (5, 17%) or ≥ 3rd (18, 60%) biologic. With a median follow-up of 21.2 (Range 0.2 to 54.8) months, 12 (40%) patients discontinued CZP, 6 (20%) due to adverse events and 6 (20%) due to lack of efficacy. The overall CZP RR at 24 months was 53.6%, with a median Retention Time (RT) of 27.1 months. In the multivariate analysis, CZP started as a first biologic (HR 0.053, 95%CI 0.003 to 0.809; $p = 0.035$), and male gender (HR 0.1, 95%CI 0.015 to 0.694; $p = 0.02$) were protective factors for discontinuation. CZP RR at 24 months as a 1st line biologic was 100% with a median RT of 27.1 months. Conversely, CZP RR at 24 months as a ≥ 2nd line was 41.1% with a median RT of 17.1 months. When given as a 1st biologic, one (14%) patient discontinued CZP due to loss of efficacy at 27.1 months. Conversely, discontinuation of CZP when administered in ≥ 2nd line was more frequent, either due to lack or loss of efficacy in 5 (22%) patients or adverse events (AEs) in 6 (26%) (Fig.).

Conclusions: CZP in NIU showed an excellent retention rate at 24 months in bio-naïve patients. However, it was more than halved when CZP was started as a ≥ 2nd biologic. Discontinuation of CZP in bio-experienced patients was due to lack or loss of efficacy in 22% and to adverse events in an additional 26% of patients.

Bibliography

1. Rathinam SR, Gonzales JA, Thundikandy R, et al. Effect of Corticosteroid-Sparing Treatment With Mycophenolate Mofetil vs. Methotrexate on Inflammation in Patients With Uveitis: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2019;322(10):936-45.

2. Jaffe GJ, Dick AD, Brézin AP, et al. Adalimumab in Patients with Active Noninfectious Uveitis. *N Engl J Med*. 2016;375:932-43.

3. Llorenç V, Cordero-Coma M, Blanco-Esteban A, et al. Drug Retention Rate and Causes of Discontinuation of Adalimumab in Uveitis: Real-World Data from the Biotherapies in Uveitis (BioUvea) Study Group. *Ophthalmology*. 2020;127(6):814-25.

P175. FACTORES ASOCIADOS CON LA RETENCIÓN DEL TRATAMIENTO CON GOLIMUMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA. SEGUIMIENTO HASTA 8 AÑOS

M. Pombo-Suárez¹, D. Seoane-Mato², L. Cea-Calvo³, F. Díaz-González⁴, F. Sánchez-Alonso², M. Sánchez-Jareño³, C. Campos Fernández⁵, C. Díaz-Torné⁶, R. Martín Doménech⁷ e I. Castrejón⁸

¹Departamento de Reumatología. Hospital Universitario de Santiago de Compostela. ²Unidad de investigación. Sociedad Española de Reumatología (SER). Madrid. ³Medical Affairs. MSD España. Madrid. ⁴Departamento de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife. ⁵Departamento de Reumatología. Hospital General Universitario de Valencia. ⁶Departamento de Reumatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ⁷Departamento de Reumatología. Hospital General Universitario de Elda. ⁸Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

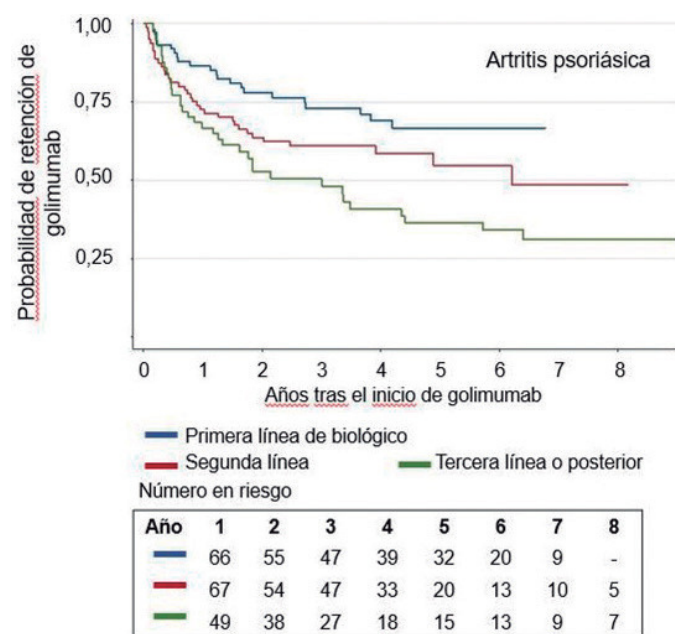
Objetivos: La probabilidad de continuar el tratamiento con un fármaco biológico puede considerarse un reflejo indirecto de su efecti-

vidad en práctica clínica. En este estudio, evaluamos la probabilidad de retención (persistencia o supervivencia) del tratamiento con golimumab en pacientes con artritis psoriásica (APs) y los factores asociados a la retención con 8 años de seguimiento.

Métodos: Los datos se obtuvieron de BIOBADASER, el registro español de medicamentos biológicos de la Sociedad Española de Reumatología y la Agencia Española del Medicamento. Se realizó un análisis de esta base de datos, incluyendo todos los pacientes de 18 años o más que habían iniciado golimumab para el tratamiento de la APs. La probabilidad de retención de golimumab se calculó con una prueba de Kaplan-Meier y los factores relacionados con la retención con un modelo de regresión de Cox. Se censuró por la derecha a los pacientes que aún recibían golimumab en la última observación para el análisis de datos.

Análisis de regresión de Cox. HR para suspensión de golimumab

	Hazard Ratio	Intervalo de confianza del 95%	p-valor
Sexo (mujeres vs. hombres)	1,35	0,76-2,41	0,310
Segundo vs. primer fármaco biológico	1,49	0,77-2,90	0,238
Tercer vs. primer fármaco biológico	2,63	1,35-5,16	0,005
Tratamiento con corticoides al inicio de golimumab	1,47	0,87-2,47	0,149



Probabilidad de retención de golimumab por línea de tratamiento.

Resultados: Se identificaron 248 adultos con APs (edad media al inicio de golimumab: 50 [DE: 12] años, 56% mujeres) y un total de 262 ciclos de tratamiento con golimumab (periodo de gracia para considerar dos ciclos distintos en un paciente: 3 meses). La mediana de duración de la APs al inicio de golimumab fue 7 años (rango intercuartil: 3 - 13). Se prescribió golimumab como primer biológico en 78 tratamientos (30%), como segundo en 98 (37%) y como tercero o posterior en 86 (33%). La APs era poliarticular en el 45% de los pacientes. Los medicamentos concomitantes al inicio de golimumab incluyeron metotrexato (41%), corticosteroides (26%), leflunomida (14%) y sulfasalazina (6%). La probabilidad de retención de golimumab desde el inicio del tratamiento fue del 75% (intervalo de confianza del 95%: 70-80) en el año 1, 65% (59-71) en el año 2, 61% (55-67) en el año 3, 55% (48-61) en el año 4, 49% (42-56) en el año 5, 44% (36-51) al año 6 y el 40% (32-48) al año 7 y al año 8. La tasa de retención fue mayor cuando golimumab se utilizó

como primer biológico (83% al año 1, 68% al año 3 y 54% en el año 7) que cuando se usó como segunda línea (76% en el año 1, 61% en el año 3 y 39% en el año 7) o como tercera línea de biológico (67%, 55% y 27% respectivamente) (p log-rank: 0,003, fig.). En el análisis de regresión de Cox (tabla), la retención de golimumab fue mayor cuando se utilizó como primer biológico en comparación con la tercera/posterior línea (hazard ratio [HR] para la discontinuación en tercera/posterior línea: 2,63). No hubo relación entre retención de golimumab y edad, índice de masa corporal, tabaquismo, actividad de la enfermedad al inicio del estudio o forma de la APs. El riesgo de discontinuación fue discretamente mayor, pero no significativamente, en mujeres (HR: 1,35) y en pacientes tratados con corticoides (HR: 1,47).

Conclusiones: Este análisis retrospectivo del registro BIOBADASER proporciona información sobre el uso a largo plazo de golimumab en la práctica clínica para el tratamiento de la APs y muestra tasas de retención favorables, del 75% en el año 1, del 61% en el año 3 y del 40% en el año 8. La probabilidad de retención de golimumab fue mayor en los pacientes tratados con golimumab como primer fármaco biológico. BIOBADASER está financiado por la Sociedad Española de Reumatología, la Agencia Española del Medicamento y diferentes compañías farmacéuticas. Este estudio fue financiado por MSD, España.

P176. COMPARATIVA DEL IMPACTO DE LA ENFERMEDAD ARTICULAR CRÓNICA SOBRE LA ESFERA SEXUAL RESPECTO A LA POBLACIÓN SANA

C. Valera Ribera¹, M. Robustillo Villarino², E. Flores Fernández¹, P. Andújar Brazal¹, I. Vázquez Gómez¹, À. Martínez Ferrer¹, E. Valls Pascual¹, D. Ybáñez García¹ y J.J. Alegre Sancho¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia. ²Sección de Reumatología. Hospital Universitario La Plana. Villarreal.

Introducción: Las enfermedades articulares inflamatorias crónicas deterioran la calidad de vida de las personas afectas, tanto por la deformidad que generan, como por el dolor y la discapacidad que conllevan. Existen estudios de la influencia de la patología articular sobre la sexualidad. Sin embargo, son escasos en número, muchos sin grupo control y sin profundizar en las distintas áreas de la función sexual.

Objetivos: Describir la prevalencia de disfunción sexual (DS) en pacientes con artritis reumatoide (AR) y artritis psoriásica (AP). Comparar los resultados entre grupos y con la población sana. Analizar los factores asociados a DS en las 3 poblaciones.

Métodos: Estudio observacional transversal multicéntrico. Se incluyeron personas adultas de ambos sexos y cualquier orientación sexual y consecutivamente pacientes diagnosticados de AP (criterios CASPAR) y AR (criterios EULAR/ACR 2010), controlados en consultas externas de Reumatología de dos hospitales universitarios de la misma área geográfica. Se recogieron las variables sociodemográficas y clínicas: edad, género, año del diagnóstico, salud percibida, estado civil, nivel de estudios, situación laboral y nivel de ingresos, así como antecedentes de síndrome depresivo y de tratamiento activo de enfermedad mental. Se compararon los resultados con controles sanos. Se aplicó el cuestionario validado CSFQ-14, que valora cambios en la función sexual, tanto secundaria a la enfermedad como a medicación. Además, permite determinar la presencia de DS con puntuaciones situadas por debajo de 41 puntos. Este cuestionario estudia diferentes dominios en ambos sexos (placer, deseo, excitación y orgasmo), además de la pérdida de interés tras la excitación en mujeres y el priapismo en hombres. Se realizó un modelo de regresión logística para valorar la influencia de las variables recogidas sobre los resultados.

Resultados: Se incluyeron 188 pacientes en el estudio. En la tabla se recogen sus características sociodemográficas y clínicas, así como la comparativa entre diferentes grupos. La existencia de DS se asoció con el diagnóstico de AR y AP ($p < 0,001$), la edad ($p < 0,001$), la situación laboral ($p < 0,001$) y el nivel de ingresos anuales ($p = 0,0022$). En el CSFQ-14, los hombres obtuvieron de media 7,5 puntos más que las mujeres, aunque esta diferencia fue menor (6,15 puntos) en hombres afectados de AP. Asimismo, los pacientes con AP y AR alcanzaron de media 8,2 puntos menos que el grupo control. Todos los dominios del cuestionario se vieron afectados negativamente por padecer AP o AR ($p < 0,001$). Se estimó que la odds ratio de padecer una DS se multiplicaba por 8,7 en pacientes afectados de AP y por 10 en pacientes con AR.

Comparativa de las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes

Variables sociodemográficas	Grupo Control n = 89 (47,3%) Media ± DE/n (%) Mediana (1r. Q., 3r. Q.)	Artritis Psoriásica n = 72 (38,3%) Media ± DE/n (%) Mediana (1r. Q., 3r. Q.)	Artritis Reumatoide n = 27 (14,4%) Media ± DE/n (%) Mediana (1r. Q., 3r. Q.)	P-valor
Disfunción sexual (CSFQ-14)				< 0,001*
Sí	5 (5,88%)	21 (30,43%)	13 (48,15%)	
No	80 (94,12%)	48 (69,57%)	14 (51,85%)	
Género				0,0045*
Mujer	58 (65,17%)	27 (37,5%)	14 (51,85%)	
Hombre	31 (34,83%)	45 (62,5%)	13 (48,15%)	
Edad	43,6 ± 11,4 44 (35, 52)	52,2 ± 10,9 53,5 (44,8, 59)	57,7 ± 12,1 58 (49,5,63,5)	< 0,001*
Estado civil				0,83
Soltero/a	10 (11,24%)	6 (8,33%)	4 (14,81%)	
Casado/a	52 (58,43%)	48 (66,67%)	16 (59,26%)	
En pareja	18 (20,22%)	12 (16,67%)	3 (11,11%)	
Divorciado/a	8 (8,99%)	6 (8,33%)	4 (14,81%)	
Viudo/a	1 (1,12%)	0 (0%)	0 (0%)	
Nº hijos	1,29 ± 0,979 1 (0, 2)	1,33 ± 0,902 1 (1, 2)	1,22 ± 1,01 1 (0, 2)	0,87
Estudios				< 0,001*
Primaria	8 (9,09%)	28 (38,89%)	7 (25,93%)	
Secundaria	7 (7,95%)	17 (23,61%)	4 (14,81%)	
Bachiller o F.P.	25 (28,41%)	15 (20,83%)	9 (33,33%)	
Universitario	34 (38,64%)	11 (15,28%)	5 (18,52%)	
Posgrado	14 (15,91%)	1 (1,39%)	2 (7,41%)	
Situación laboral				< 0,001*
Desempleado	3 (3,37%)	14 (19,44%)	4 (14,81%)	
Con empleo	85 (95,51%)	47 (65,28%)	13 (48,15%)	
Jubilado	1 (1,12%)	11 (15,28%)	10 (37,04%)	
Ingresos				< 0,001*
< 16.000€/año	9 (12,33%)	13 (28,26%)	14 (51,85%)	
16.000-24.000€/año	21 (28,77%)	21 (45,65%)	8 (29,63%)	
> 24.000€/año	43 (58,9%)	12 (26,09%)	5 (18,52%)	
Salud percibida				< 0,001*
Muy buena	32 (36,78%)	1 (1,39%)	0 (0%)	
Buena	51 (58,62%)	27 (37,5%)	13 (48,15%)	
Regular	4 (4,6%)	36 (50%)	10 (37,04%)	
Mala	0 (0%)	8 (11,11%)	4 (14,81%)	
Depresión				0,37
No	61 (88,41%)	64 (88,89%)	21 (77,78%)	
Sí	8 (11,59%)	8 (11,11%)	6 (22,22%)	
Tratamiento psicológico				0,32
No	70 (79,55%)	62 (86,11%)	20 (74,07%)	
Sí	18 (20,45%)	10 (13,89%)	7 (25,93%)	
Tratamiento farmacológico				0,66
No	71 (80,68%)	61 (84,72%)	21 (77,78%)	
Sí	17 (19,32%)	11 (15,28%)	6 (22,22%)	

Conclusiones: Los pacientes enfermos de AR o AP manifiestan un deterioro importante de su vida sexual en comparación con la población sana. Este detrimento afecta a todos los dominios de la esfera sexual (placer, deseo, excitación y orgasmo). En concordancia con estudios previos, la edad, el género, la situación laboral y económica y la salud percibida también predisponen a la disfunción sexual. Estos factores han de tenerse en consideración al valorar

este ámbito en nuestros pacientes. El cuestionario CSFQ-14 evalúa la salud sexual de forma global y supone una herramienta para el estudio de esta en pacientes con enfermedades articulares inflamatorias.

P177. DISEASE COURSE AND DISEASE BURDEN IN PATIENTS WITH AXIAL SPONDYLOARTHRITIS: RESULTS FROM 5-YEAR MULTICOUNTRY PROSPECTIVE OBSERVATIONAL STUDY

D. Poddubnyy^{1,2}, J. Sieper¹, S. Akar³, S. Muñoz-Fernández⁴, H. Haibel¹, F. Ganz⁵ and R.D. Inman⁶

⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Infanta Sofía. Universidad Europea. Madrid. ¹Division of Gastroenterology. Infectious Diseases and Rheumatology. Charité-Universitätsmedizin Berlin (Alemania). ²Epidemiology Unit. German Rheumatism Research Centre. Berlin (Alemania). ³Department of Internal Medicine. Division of Rheumatology. Izmir Katip Celebi University. Izmir (Turquía). ⁵Global Medical Affairs. AbbVie Inc. Baar (Suiza). ⁶Schroeder Arthritis Institute. University Health Network. University of Toronto. Toronto. ON (Canadá).

Introduction: Background/Purpose: Patients (pts) with axial SpA (axSpA) can be classified into radiographic axSpA (r-axSpA) and non-radiographic axSpA (nr-axSpA) based on the presence or absence of radiographic sacroiliitis. The PROOF study evaluated disease course and disease burden of pts with nr-axSpA and r-axSpA over 5 years.

Methods: PROOF was a real-world, prospective, observational study conducted in rheumatology clinical practices in 29 countries in 6 geographic regions. The study enrolled adults with current/past chronic back pain for ≥ 3 months and onset before 45 years of age. Study visits occurred at baseline (BL) and yearly thereafter. Clinical characteristics and disease burden of axSpA over 5 years were evaluated. Flares of SpA features (mean number over the previous year) were also assessed.

Baseline Demographics and Disease Characteristics

	r-axSpA (n = 1,050)	nr-axSpA (n = 562)
Age, y, mean (SD)	34.4 (11.0)	35.3 (9.6)
Men, n (%)	744 (71)	271 (48)
Symptom duration, month, mean (SD)	61.0 (88.0)	47.7 (66.4) (n = 555)
HLA-B27 (positive), n (%)	604 (69) (n = 870)	273 (57) (n = 476)
Number of SpA features, mean (SD)	2.4 (1.1)	2.3 (1.2)
Inflammatory back pain, n (%)	1002 (95)	533 (95)
Peripheral arthritis, n (%)	347 (33)	182 (32)
Enthesitis (heel), n (%)	349 (33)	223 (40)
Dactylitis, n (%)	56 (5)	31 (6)
Uveitis, n (%)	108 (10)	51 (9)
Psoriasis, n (%)	55 (5)	58 (10)
IBD, n (%)	17 (2)	23 (4)
Good response to NSAIDs, n (%)	640 (61)	337 (60)
Family history of SpA, n (%)	197 (19)	104 (19)
Elevated CRP, n (%)	553 (53)	183 (33)
Active sacroiliitis on MRI, n (%)	279 (27)	298 (53)
Coronary artery disease, n (%)	9 (1) (n = 980)	3 (1) (n = 526)
Current Treatment, n (%)		
NSAIDs	810 (77)	437 (78)
Methotrexate	62 (6)	43 (8)
Sulfasalazine	256 (24)	118 (21)
DMARDs, other	56 (5)	17 (3)
Systemic corticosteroids	81 (8)	41 (7)
Analgesics	146 (14)	101 (18)
TNF inhibitors	181 (17)	60 (11)

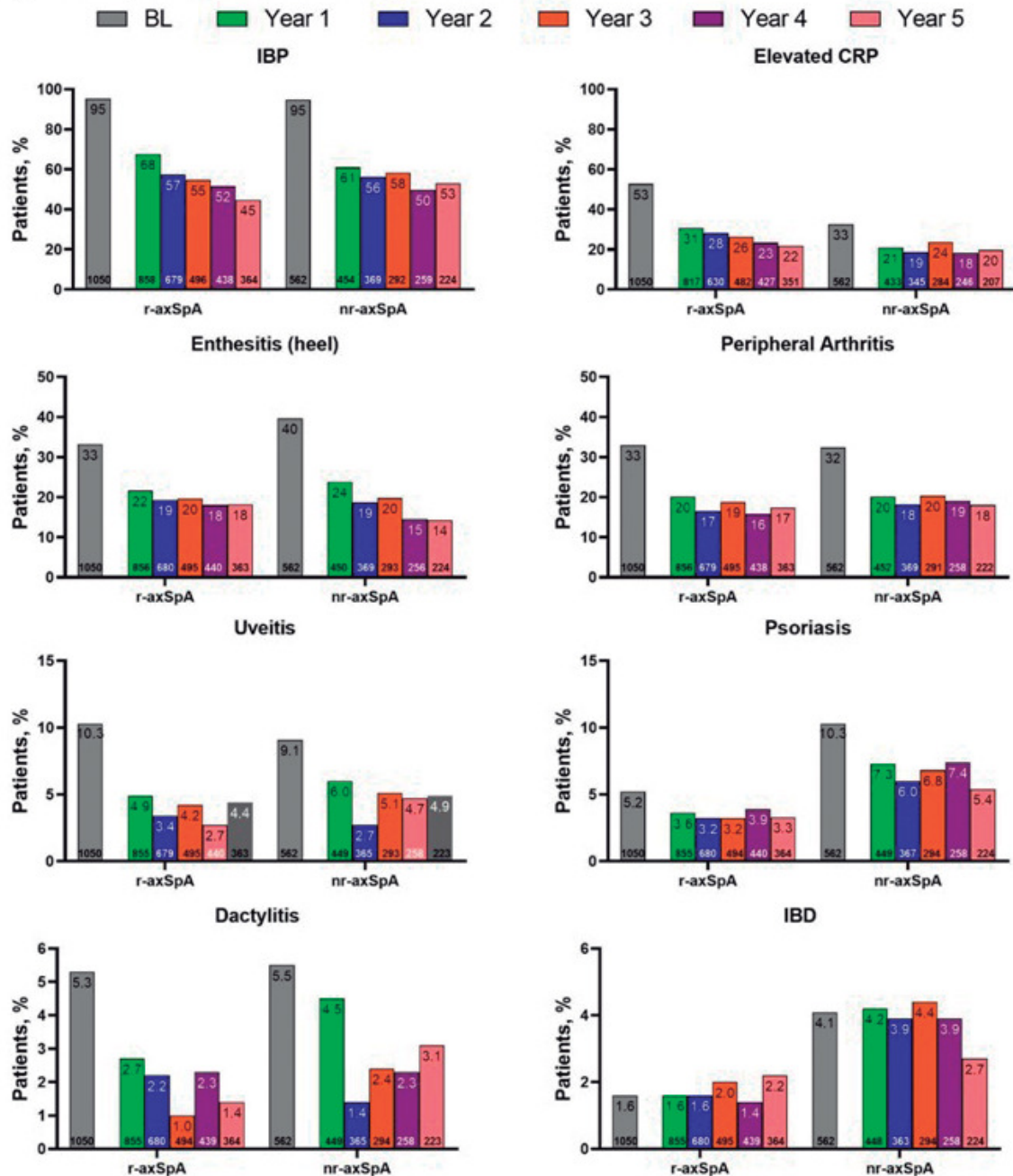
axSpA; axial spondyloarthritis; HLA-B27; human leukocyte antigen B27; IBD; inflammatory bowel disease; nr; non-radiographic; r; radiographic.

Results: Of 2,633 enrolled pts, 2,165 (82%) were diagnosed with axSpA and fulfilled the Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS) classification criteria for axSpA. Among these, 1,612 (74%) were classified as having r-axSpA (1050 [65%]) or nr-ax-

SpA (562 [35%]) based on fulfilling ASAS criteria by central reading; 27% and 53%, respectively, had active sacroiliitis on MRI (Table). Compared with r-axSpA, higher proportion of nr-axSpA pts had enthesitis (40% vs. 33%), psoriasis (10% vs. 5%), and inflammatory bowel disease (IBD, 4% vs. 2%) at BL. Consistent with previous studies¹, higher proportions of r-axSpA vs. nr-axSpA pts were men (71% vs. 48%) and had elevated CRP (53% vs. 33%; Table). A similar trend was observed over 5 years: higher proportion of pts with r-axSpA had elevated CRP, whereas psoriasis and IBD were more common among pts with nr-axSpA; occurrence of enthesitis was similar

between r-axSpA and nr-axSpA on subsequent visits (Fig. 1). The use of medications was similar between r-axSpA and nr-axSpA pts at BL (Table) and changes in treatment patterns (eg, reduced use of NSAIDs, corticosteroids, sulfasalazine, and other DMARDs and increased use of TNF inhibitors) were similar between populations over time. Pts with r-axSpA had a higher mean frequency of inflammatory back pain (IBP) flares per year at years 1 and 2 (22.2 and 17.4, respectively [vs. 13.8 and 5.3 with nr-axSpA]) and peripheral arthritis flares per year at years 1 and 2 (8.9 and 19.0 [vs. 4.2 and 4.5 with nr-axSpA]); however, no differences were observed throughout

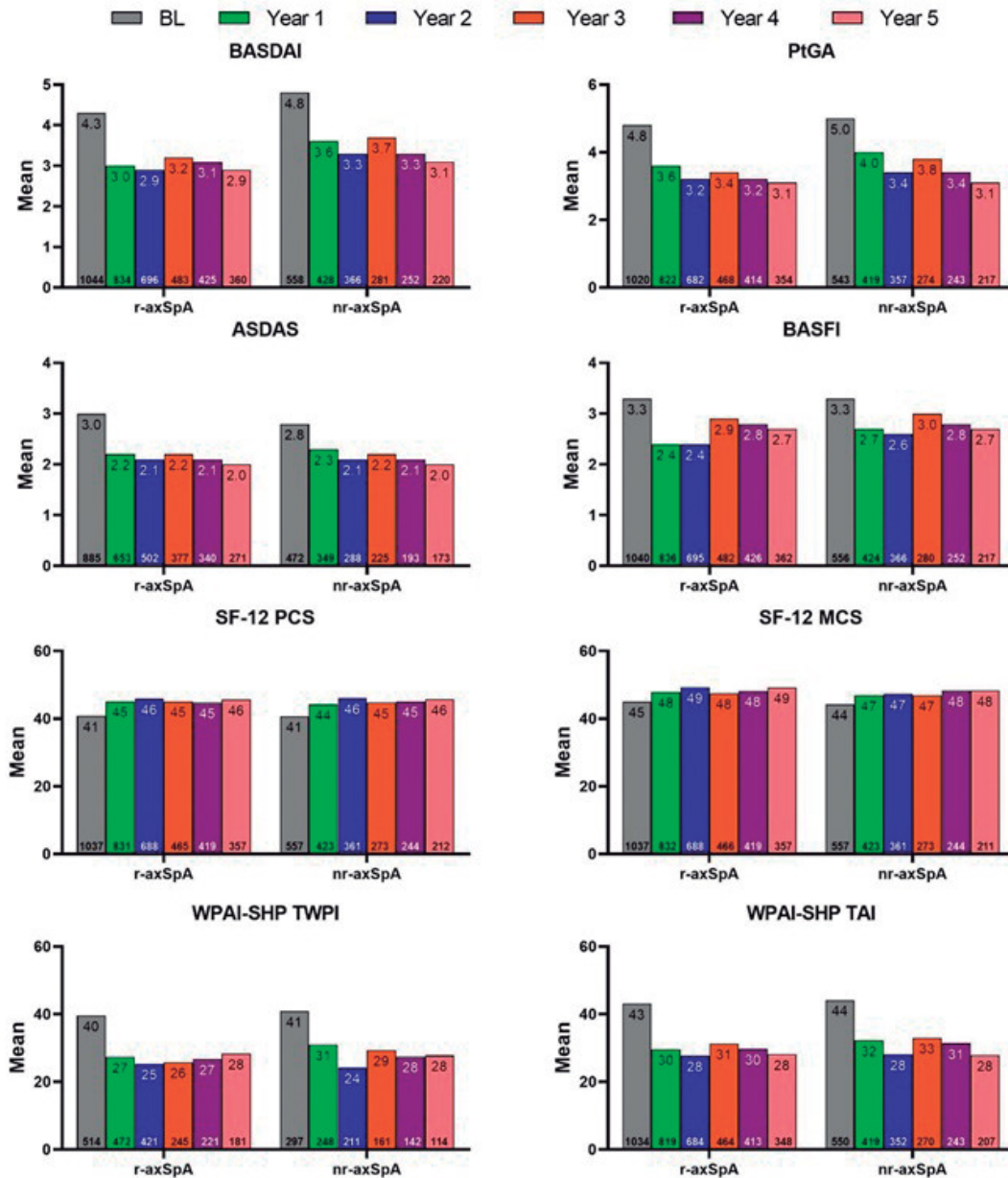
Figure 1. Proportion of Patients With SpA Features Over Time*



axSpA, axial spondyloarthritis; IBD, inflammatory bowel disease; IBP, inflammatory back pain; nr, non-radiographic; r, radiographic.

*Values at baseline are for proportions of patients with ever presence of the SpA feature, and values at yearly visits are proportions of patients with presence of the SpA feature since last visit.

Figure 2. Disease Activity, Quality of Life, and Work Impairment Outcomes Over Time



axSpA, axial spondyloarthritis; MCS, Mental Component Summary; nr, non-radiographic; PCS, Physical Component Summary; r, radiographic; SF-12, 12-Item Short Form Health Survey; TAI, Total Activity Impairment; TWPI, Total Work Productivity Impairment; WPAI-SHP, Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire–Specific Health Problem.

P177 Figure 2

the rest of the study. Mean number of IBD (0.8–9.0 vs. 0.5–0.9) and psoriasis (2.2–4.2 vs. 1.1–1.5) flares was higher among pts with nr-axSpA vs. r-axSpA, respectively, at each study visit. Disease activity decreased in both r-axSpA and nr-axSpA populations over time; results on physical function, pt global assessment of disease activity, quality of life, and work impairment were similar between populations through 5 years (Fig. 2).

Conclusions: In this study, a higher proportion of pts were diagnosed with r-axSpA at baseline. Patients with r-axSpA and nr-axSpA share a similar clinical presentation, except for certain extra-articular manifestations (eg, psoriasis and IBD), which were more prevalent among nr-axSpA pts. Both groups showed a comparable burden of disease and treatment over 5 years.

Bibliography

1. López-Medina C, et al. RMD Open, 2019;5:e001108.

P178. SERUM LEPTIN CONCENTRATION IS ASSOCIATED WITH THE ATTAINMENT OF CLINICAL OUTCOMES IN PATIENTS WITH AXIAL SPONDYLOARTHRITIS TREATED WITH TNF INHIBITORS

B. Hernández Breijo¹, M. Novella-Navarro^{1,2}, F. Genre³, V. Navarro-Compán^{1,2}, A. Martínez-Feito^{1,4}, S. Remuzgo-Martínez³, M.Á. González-Gay^{3,5}, A. Balsa^{1,2} and Ch. Plasencia-Rodríguez^{1,2}

¹Immuno-Rheumatology Research Group. Hospital La Paz Institute for Health Research-IdiPAZ. Madrid. ²Rheumatology Department. La Paz University Hospital. Madrid. ³Research Group on Genetic Epidemiology and Atherosclerosis in Systemic Diseases and in Metabolic Diseases of the Musculoskeletal System. IDIVAL. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ⁴Immunology Unit. La Paz University Hospital. Madrid. ⁵Medicine and Psychiatry Department. Universidad de Cantabria. Santander.

Baseline characteristics of patients included in the study

Characteristics	Total patients (n = 110)	Remission (ASDAS < 1.3)			LDA (ASDAS < 2.1)		
		No-REM (n = 84, 76%)	REM (n = 26, 24%)	p-value	No-LDA (n = 57, 52%)	LDA (n = 53, 48%)	p-value
Age (years)	48 ± 13	49 ± 13	46 ± 16	0.4	50 ± 12	46 ± 15	0.05
Male	71 (64)	52 (62)	19 (73)	0.3	32 (56)	39 (74)	0.06
Disease duration (years)	8 (4-18)	8 (4-19)	8 (3-13)	0.6	8 (4-15)	9 (3-19)	0.7
Smokers (n = 100)	48 (48)	37 (50)	11 (42)	0.5	27 (54)	21 (42)	0.2
SpA subtype				0.7			1.0
Ankylosing spondylitis	79 (72)	61 (73)	18 (69)		41 (72)	38 (72)	
Non-radiographic SpA	31 (28)	23 (27)	8 (31)		16 (28)	15 (28)	
HLA-B27 (n = 104)	74 (72)	57 (72)	17 (68)	0.7	40 (73)	34 (69)	0.7
Psoriasis/IBD/Uveitis (n = 109)	22 (20)	17 (20)	5 (19)	0.9	13 (23)	9 (17)	0.5
Peripheral arthritis (n = 106)	23 (22)	18 (22)	5 (19)	0.7	12 (22)	11 (22)	1.0
BMI (kg/m ²)	27.4 ± 5.0	27.7 ± 4.9	26.3 ± 5.3	0.2	28.4 ± 5.3	26.3 ± 4.5	0.03
Normalweight	39 (35)	26 (31)	13 (50)	0.08	15 (26)	24 (45)	0.04
Overweight or obese	71 (65)	58 (69)	13 (50)	0.08	42 (74)	29 (54)	0.04
ASDAS	3.5 ± 0.9	3.6 ± 0.9	3.3 ± 1.0	0.2	3.7 ± 0.9	3.3 ± 0.9	0.1
ESR (mm/h)	17 (7-35)	17 (7-36)	18 (9-30)	0.8	17 (7-38)	16 (6-31)	0.3
Previous bDMARDs	30 (27)	26 (31)	4 (15)	0.1	20 (35)	10 (19)	0.06
TNFi				0.1			0.07
Infliximab	62 (56.4)	50 (59.5)	12 (46.2)		36 (63.2)	26 (49.1)	
Adalimumab	20 (18.2)	12 (14.3)	8 (30.8)		7 (12.3)	13 (24.5)	
Etanercept	3 (2.7)	2 (2.4)	1 (3.8)		2 (3.5)	1 (1.9)	
Certolizumab pegol	9 (8.2)	9 (10.7)	0 (0)		7 (12.3)	2 (3.8)	
Golimumab	16 (14.5)	11 (13.1)	5 (19.2)		5 (8.8)	11 (20.8)	
csDMARD	67 (61)	48 (57)	19 (73)	0.1	33 (58)	34 (64)	0.5
MTX	28 (25)	20 (24)	8 (31)	0.5	14 (25)	14 (26)	0.8
SSZ	24 (22)	18 (21)	6 (23)	0.9	12 (21)	12 (23)	0.8
MTX & SSZ	15 (14)	10 (12)	5 (19)	0.3	7 (12)	8 (15)	0.7
Prednisone (n = 109)	12 (11)	9 (11)	3 (11)	0.9	4 (7)	8 (15)	0.2

The table shows mean ± SD, median (IQR) or absolute number (percentage) for all patients included (n = 110). The results are stratified according to remission or LDA (by ASDAS) at 6m of TNFi treatment. P-value < 0.05 was considered statistically significant. Significant results are highlighted in bold. ASDAS, Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index; bDMARD, biological disease-modifying anti-rheumatic drug; BMI, body mass index; csDMARD, conventional synthetic disease-modifying anti-rheumatic drug; ESR, erythrocyte sedimentation rate; HLA-B27, human leucocyte antigen B27; IBD, inflammatory bowel disease; LDA, low disease activity; MTX, methotrexate; REM, remission; SpA, spondyloarthritis; SSZ, sulfasalazine; TNFi, Tumour Necrosis Factor inhibitors.

Introduction: The underlying mechanisms of the role of body mass index on the impairment of response to TNF inhibitors (TNFi) in axial spondyloarthritis (axSpA) patients are still lacking. A plausible explanation for the decreased response to TNFi in obese patients may be behind the adipokines.

Objectives: This study aims to analyse the influence of adipokines on attaining the clinical outcomes in patients with axSpA treated with TNFi.

Methods: This was a longitudinal study including 110 patients with axSpA who were initiated at TNFi and were followed-up for 6

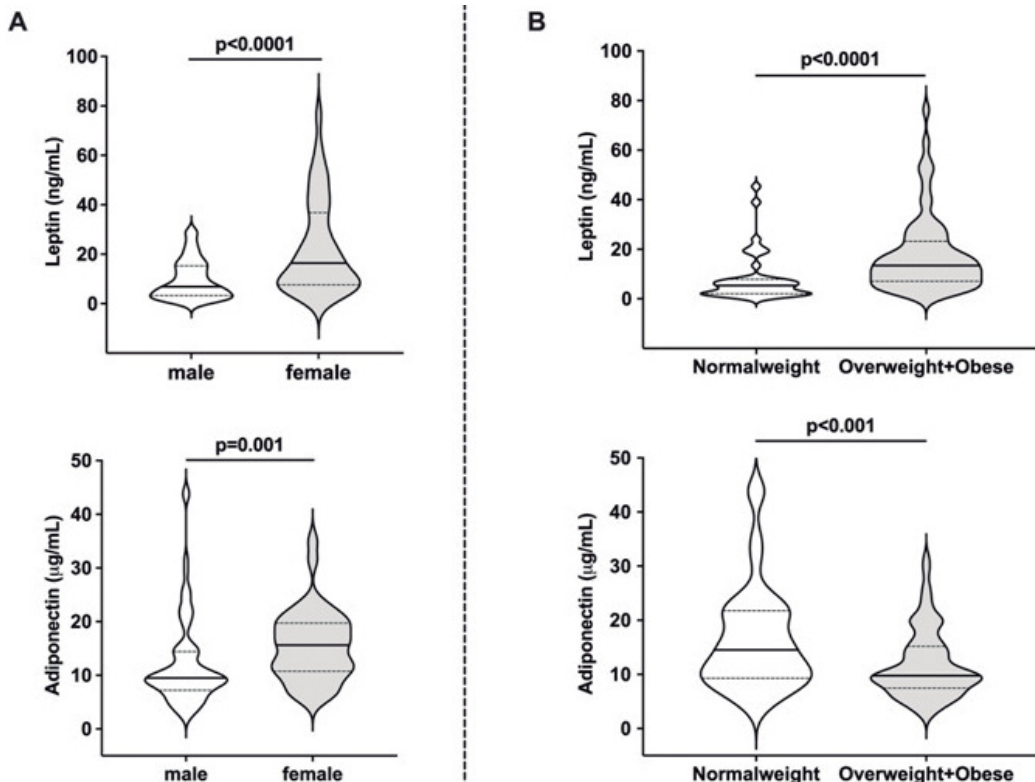


Figure 1. Influence of BMI and sex on adipokines concentration.

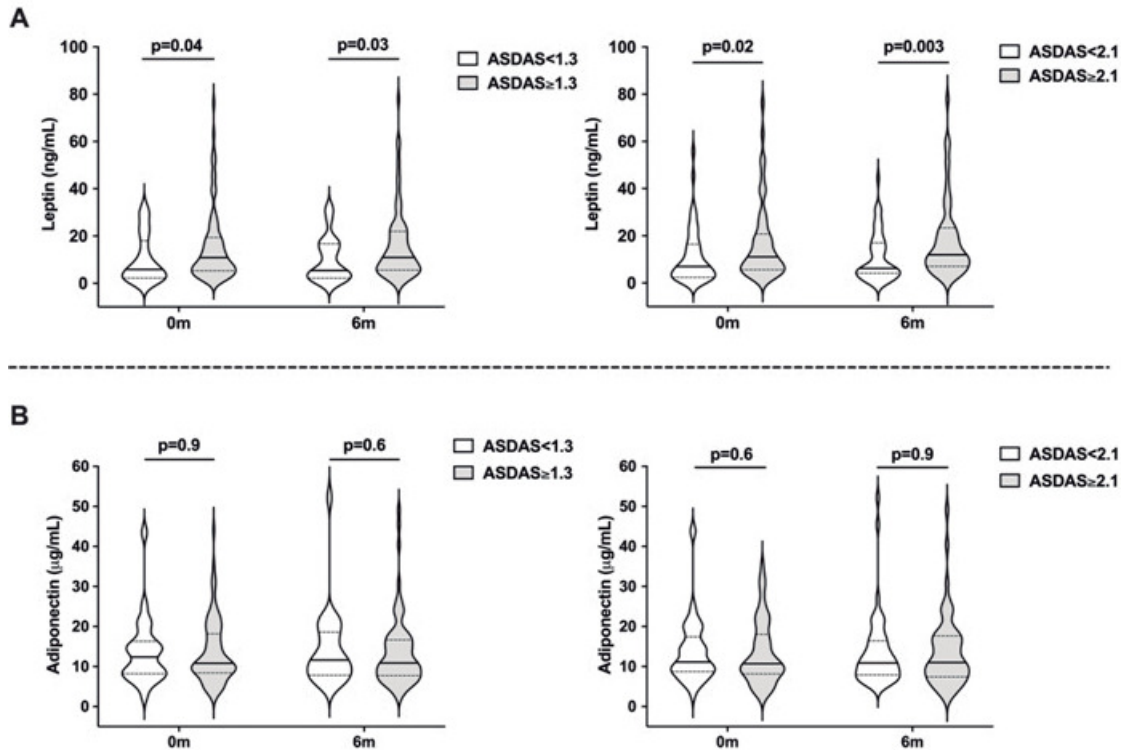


Figure 2. Evaluation of the association between adipokines' concentration and the clinical outcomes, according to remission or LDA by ASDAS.

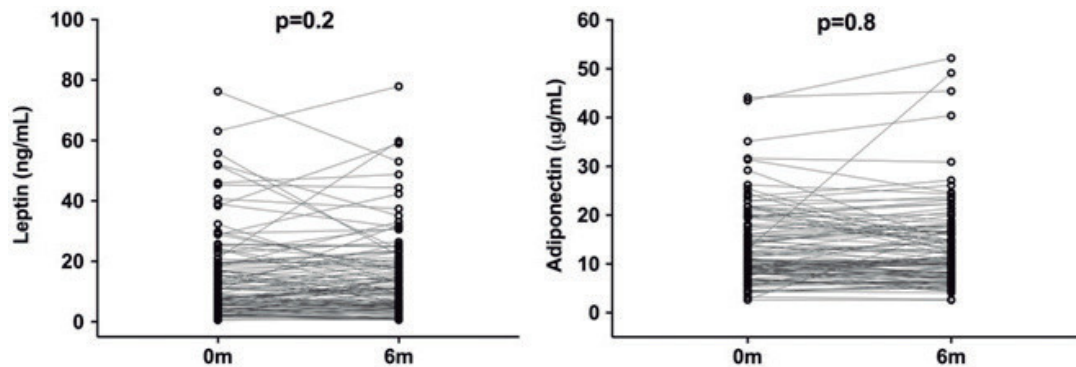


Figure 3. Modulation of adipokines' concentration by TNFi treatment.

months (m). Disease activity was assessed by Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score (ASDAS) at baseline and at 6m of treatment. Clinical outcomes at 6m of treatment were defined as remission (ASDAS < 1.3) and the attainment of low disease activity (LDA; ASDAS < 2.1). Leptin and adiponectin concentrations were measured in serum samples collected at baseline (0m) and after 6m by ELISA kits.

Results: Baseline characteristics of patients included in the study are shown in table 1. We found that both leptin and adiponectin were constitutively elevated in female axSpA patients ($p \leq 0.001$ for both adipokines) (Fig. 1A). At time of TNFi initiation, leptin concentrations were higher in patients with high body mass index (BMI) (overweight or obese) ($p < 0.0001$). On the contrary, adiponectin was higher in normalweight patients ($p < 0.001$) (Fig. 1B). After 6m of TNFi treatment, 24% of patients attained remission. They had significantly lower leptin concentration at

baseline compared with patients who did not attain remission ($p = 0.04$) (Fig. 2A). Furthermore, this difference remained significant after 6m of treatment ($p = 0.03$). Similar results were found considering LDA as the clinical outcome, obtained in 48% of the patients (0m: $p = 0.02$; 6m: $p = 0.003$) (Fig. 2A). Regarding adiponectin, we found similar concentrations between patients who attained or did not attain the clinical outcomes (remission or LDA) at the baseline and 6m of TNFi treatment (Fig. 2B). In addition, we found that TNFi therapy did not modify adipokines concentration (Fig. 3).

Conclusions: Our results showed that low leptin concentrations were associated with attaining clinical outcomes in axSpA patients treated with TNFi. In addition, since leptin secretion by white adipocytes is enhanced during obesity and considering that TNFi do not seem to modulate its expression, obese patients should be encouraged to decrease BMI to attain a successful therapy.

P179. RESPONSE TO CERTOLIZUMAB PEGOL IN PATIENTS WITH NON-RADIOGRAPHIC AXIAL SPONDYLOARTHRITIS BY BASELINE C-REACTIVE PROTEIN CUT-OFFS: POST-HOC ANALYSIS FROM A PHASE 3 MULTICENTER STUDY

M. Aparicio Espinar¹, P.C. Robinson², S. Hall³, B. Hoepken⁴, L. Bauer⁴, E. Demas⁵, M. Kim⁶ and A. Deodhar⁷

¹Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. ²University of Queensland School of Clinical Medicine. Brisbane. Queensland (Australia). ³Cabrini Medical Centre. Monash University and Emeritus Research. Melbourne. Victoria (Australia). ⁴UCB Pharma. Monheim am Rhein (Germany). ⁵UCB Pharma. Slough (United Kingdom). ⁶UCB Pharma. Smyrna. Georgia (USA). ⁷Oregon Health & Science University. Portland. Oregon (USA).

Introduction: Certolizumab pegol (CZP), an Fc-free, PEGylated tumor necrosis factor (TNF) inhibitor, has previously demonstrated efficacy and safety in patients with radiographic (r) and non-radiographic (nr) axial spondyloarthritis (axSpA)^{1,2}. In nr-axSpA patients, CZP has demonstrated efficacy across all C-reactive protein (CRP) subgroups, including patients with normal baseline CRP levels³. However, the association between CZP efficacy and baseline CRP levels has not been investigated in the subset of nr-axSpA patients with positive magnetic resonance imaging (MRI+; defined as the presence of active sacroiliitis on MRI based on the Assessment of SpondyloArthritis international Society [ASAS] criteria)⁴. This post-hoc analysis explores the association between baseline CRP levels and CZP efficacy in MRI+ nr-axSpA patients from the C-OPTIMISE trial.

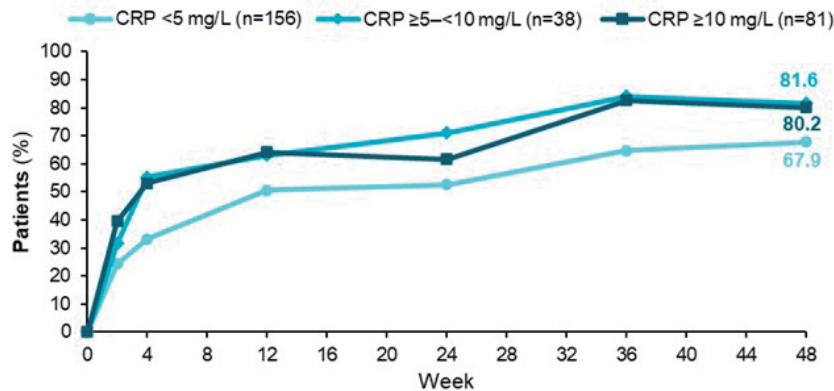
Methods: C-OPTIMISE (NCT02505542) was a two-part, multicenter, phase 3b study in adult patients with r-axSpA or nr-axSpA^{1,2}. In the

open-label run-in period (0-48 weeks), patients received CZP 400 mg at Weeks 0, 2, and 4, then CZP 200 mg every 2 weeks thereafter. This analysis included the subset of MRI+ nr-axSpA patients in the C-OPTIMISE cohort who received ≥ 1 dose of study medication in the open-label period. Efficacy outcomes were evaluated and stratified by baseline CRP levels (< 5 mg/L, ≥ 5-< 10 mg/L and ≥ 10 mg/L). The upper limit of normal of the CRP assay was defined as 9.99 mg/L by the central laboratory. The lower limit of quantification (LLOQ) was 4 mg/L; where CRP levels < LLOQ, a CRP value of 2 mg/L was used to calculate Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score (ASDAS)⁵. Outcomes included ASAS ≥ 40% improvement (ASAS40), ASDAS-major improvement (ASDAS-MI), ASAS partial remission (ASAS PR), ASDAS, BASDAI, and BASFI.

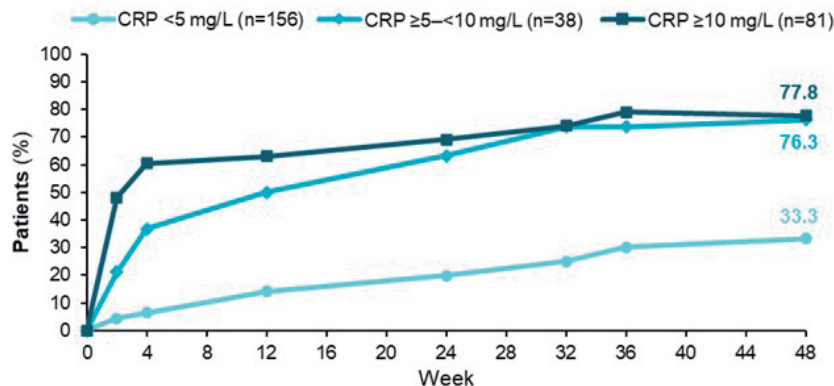
Results: In total, 275 MRI+ nr-axSpA patients were included in this analysis (CRP < 5 mg/L: n = 156; CRP ≥ 5-< 10 mg/L: n = 38; CRP ≥ 10 mg/L: n = 81). Response rates for ASAS40 increased over the treatment period and were comparable across CRP subgroups (Fig. 1A). Response rates for ASDAS-MI were higher in the CRP ≥ 10 mg/L and CRP ≥ 5-< 10 mg/L subgroups than the CRP < 5 mg/L subgroup (Fig. 1B). Across other efficacy measures, improvements were observed at Week 48 compared with baseline in all CZP-treated CRP subgroups (Table).

Conclusions: Clinically relevant responses were observed in MRI+ nr-axSpA patients treated with CZP, across CRP subgroups and measured outcomes. The responses in each subgroup were consistent with those previously reported in the total nr-axSpA patient group.¹ ASDAS-MI response rates were lower in the CRP < 5 mg/L subgroup, however, CRP is a key factor in ASDAS derivation. It is unlikely that ASDAS-MI could be achieved in patients in the CRP < 5 mg/L subgroup since most of them had CRP levels < LLOQ.

A) ASAS40 Response Rate



B) ASDAS-MI Response Rate



ASAS40: Assessment of SpondyloArthritis international Society ≥40% improvement; ASDAS-MI: Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score – major improvement; CRP: C-reactive protein; CZP: certolizumab pegol.

Figure 1. (A) ASAS40 and (B) ASDAS-MI response rates in CZP-treated patients by baseline CRP category (non-responder imputation).

		CRP <5 mg/L (n=156)	CRP ≥5-<10 mg/L (n=38)	CRP ≥10 mg/L (n=81)
ASAS40 % (n)	Baseline	—	—	—
	Week 48	67.9 (106)	81.6 (31)	80.2 (65)
ASDAS-MI % (n)	Baseline	—	—	—
	Week 48	33.3 (52)	76.3 (29)	77.8 (63)
ASAS PR % (n)	Baseline	—	—	—
	Week 48	50.0 (78)	73.7 (28)	67.9 (55)
ASDAS Mean (SD)	Baseline	3.1 (0.5)	3.6 (0.5)	4.3 (0.6)
	Week 48	1.6 (1.0)	1.3 (1.0)	1.5 (1.0)
BASDAI Mean (SD)	Baseline	6.7 (1.4)	6.5 (1.6)	6.9 (1.3)
	Week 48	2.6 (2.5)	1.6 (2.4)	1.7 (2.2)
BASFI Mean (SD)	Baseline	5.0 (2.0)	4.7 (2.3)	5.5 (2.1)
	Week 48	1.9 (2.3)	1.4 (2.3)	1.3 (1.9)

ASDAS-MI, ASAS40 and ASAS PR are reported using non-responder imputation. ASDAS, BASDAI and BASFI are reported using the last observation carried forward. ASAS: Assessment of SpondyloArthritis international Society; ASAS40: ASAS ≥40% improvement; ASDAS-MI: Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score – major improvement; BASDAI: Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index; BASFI: Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index; CRP: C-reactive protein; CZP: certolizumab pegol; PR: partial remission; SD: standard deviation.

P179 Figure 2. Clinical responses in CZP-treated patients by baseline CRP category.

Acknowledgements: This study was funded by UCB Pharma. Editorial services were provided by Costello Medical.

Bibliography

- Landewé R, et al. *Rheumatol Ther.* 2020;7:581-99.
- Landewé R, et al. *Ann Rheum Dis.* 2020;79:920-8.
- Robinson P, et al. *Int J Rheum Dis.* 2020;23:67-8.
- Rudwaleit M, et al. *Ann Rheum Dis.* 2009;68:1520-7.
- Machado P, et al. *Arthritis Rheumatol.* 2015;67:408-13.

P180. PÓSTER RETIRADO

P181. RETENCIÓN A 8 AÑOS DEL TRATAMIENTO CON GOLIMUMAB EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL Y FACTORES ASOCIADOS

M. Pombo-Suárez¹, D. Seoane-Mato², L. Cea-Calvo³, F. Díaz-González⁴, F. Sánchez-Alonso², M. Sánchez-Jareño³, M. Martínez-Morillo⁵, I. Ros Vilamajó⁶, C. Rodríguez-Lozano⁷ e I. Castrejón⁸

¹Departamento de Reumatología. Hospital Universitario de Santiago de Compostela. ²Unidad de investigación. Sociedad Española de Reumatología. Madrid. ³Medical Affairs. MSD España. Madrid.

⁴Departamento de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife. ⁵Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Barcelona. ⁶Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Son Llàtzer. Palma de Mallorca. ⁷Departamento de Reumatología. Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. ⁸Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos: La tasa de retención a largo plazo de un fármaco biológico puede considerarse un marcador indirecto de su efectividad en prác-

tica clínica. En este trabajo evaluamos la probabilidad de retención (persistencia o supervivencia) del tratamiento con golimumab y los factores asociados a la retención, en una muestra amplia de pacientes con espondiloartritis (EsA) axial, con hasta 8 años de seguimiento.

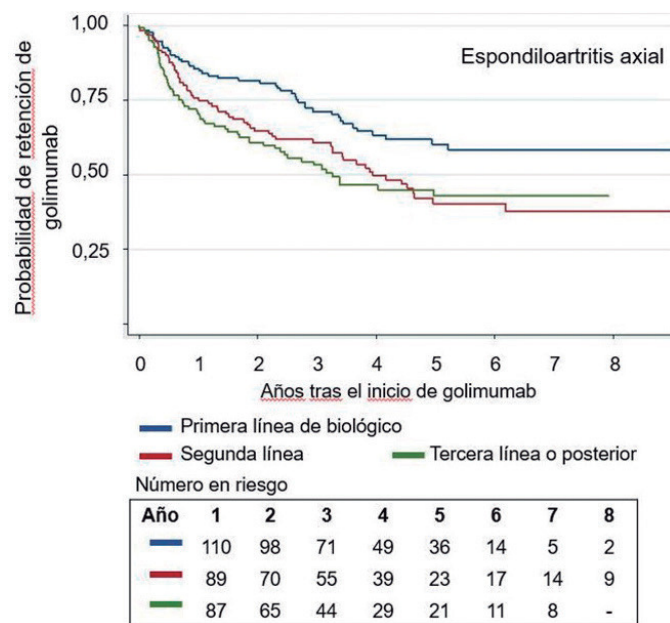
Métodos: Se realizó un análisis de la base de datos BIOBADASER (registro español de medicamentos biológicos), incluyendo a todos los pacientes adultos que habían iniciado golimumab para el tratamiento de la EsA axial. La probabilidad de retención se evaluó con la prueba de Kaplan-Meier, las diferencias entre grupos con la prueba de los rangos logarítmicos, y los factores asociados mediante regresión de Cox. Se censuró a la derecha a los pacientes que aún recibían golimumab en la última observación para el análisis.

Resultados: Se incluyeron 370 pacientes con EsA axial (edad media 48 años [DE: 12], 65% hombres y 35% mujeres), y un total de 396 ciclos de tratamiento con golimumab (periodo de gracia para considerar dos ciclos distintos: 3 meses). La mediana de duración de la enfermedad era 7 años (rango intercuartil [RIC]: 2-16), la mediana del BASDAI (*Bath ankylosing Spondylitis Disease Activity Index*) 6,0 (RIC: 4,5 - 7,3) y el HLA-B27 fue positivo en el 72% de los pacientes. El golimumab se prescribió como primer biológico en el 34% de los tratamientos (n = 133), como segundo en el 30% (n = 121) y como tercero o posterior en el 36% (n = 142). Los medicamentos concomitantes al inicio de golimumab fueron metotrexato (13%), esteroides (10%), sulfasalazina (7%) y leflunomida (2%). La probabilidad de retención de golimumab fue 77% (intervalo de confianza del 95%: 73-81) en el año 1, 69% (64-74) en el año 2, 62% (57-68) en el año 3, 53% (47-59) en el año 4, 48% (42-54) en el año 5, 47% (41-53) en el año 6 y 46% (39-52) en el año 7 y en el año 8. La tasa de retención fue mayor cuando golimumab fue primera línea de biológico (p log-rank: 0,003, fig.), con porcentajes del 86% en el año 1, 71% en el año 3 y 58% en el año 7, en comparación a segunda línea (tasas de retención a 1, 3 y 7 años: 76%, 61% y 38%, respectivamente), y a tercera/posterior línea (tasas de retención a 1, 3 y 7 años:

71%, 53% y 43%). El análisis de regresión de Cox (tabla) mostró que la probabilidad de retención de golimumab fue mayor cuando se usó como primer biológico *versus* segunda o tercera línea, y menor en mujeres (HR para discontinuación: 1,53) y en pacientes con BASDAI por encima de la mediana al inicio de golimumab (HR para discontinuación: 1,40). La edad, el resultado del HLA-B27 o el índice de masa corporal no se asociaron con la retención.

Análisis de regresión de Cox. Hazard Ratios (cociente de riesgos) para la discontinuación de golimumab

	Hazard ratio	Intervalo de confianza del 95%	p-valor
Sexo (mujeres vs. hombres)	1,53	1,11-2,11	0,009
Segundo vs. primer fármaco biológico	1,63	1,10-2,41	0,014
Tercer vs. primer fármaco biológico	1,63	1,09-2,43	0,016
Actividad de la enfermedad mayor a la mediana al iniciar golimumab	1,40	1,01-1,92	0,042



Probabilidad de retención de golimumab por línea de tratamiento.

Conclusiones: Este análisis retrospectivo de la base de datos BIOBADASER aporta nueva información sobre una amplia muestra de pacientes con EsA axial tratados con golimumab, y muestra una elevada tasa de retención (46%) tras 8 años de tratamiento, lo que sugiere que golimumab es efectivo en el largo plazo en práctica clínica real. La retención de golimumab fue mejor cuando se utilizó como primer fármaco biológico, y menor en mujeres y en pacientes con mayor actividad de la enfermedad al inicio del tratamiento. BIOBADASER está financiado por la Sociedad Española de Reumatología, la Agencia Española del Medicamento y por diferentes compañías farmacéuticas. El presente estudio fue financiado por MSD, España.

P182. ANÁLISIS DE SEGURIDAD Y SUPERVIVENCIA DEL TRATAMIENTO CON SECUKINUMAB EN UNA COHORTE DE PACIENTES REUMÁTICOS NAÏVE A TERAPIA BIOLÓGICA

M. Gómez Vargas, M. Lisbona Muñoz y L. Robles Kirkegard

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: El secukinumab es un anticuerpo monoclonal humano selectivo de IL-17A que inhibe la interacción con el receptor

de IL-17. La IL-17A tiene una función clave en la patogenia de la psoriasis, artritis psoriásica (Aps), espondilitis anquilosante (EA) y espondiloartritis axial no radiográfica (EspA).

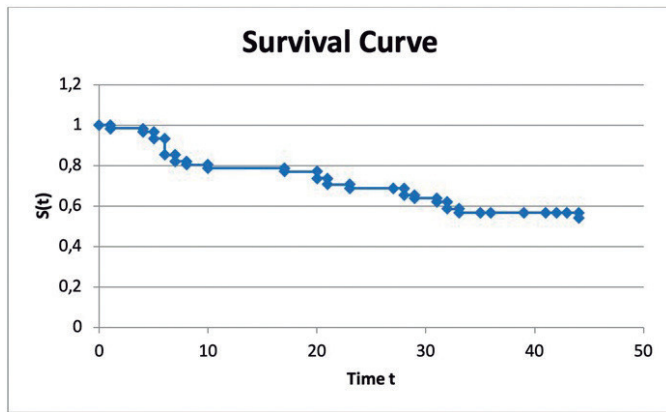
Objetivos: Describir el perfil de seguridad y supervivencia del tratamiento con secukinumab en una cohorte de pacientes (pac) con Aps, EA y EspA no radiográfica naïve a terapia biológica.

Métodos: Estudio observacional descriptivo. Cohorte de pac con APs, EA y EspA no radiográfica del Servicio de Reumatología del H.U. Virgen del Rocío de Sevilla que realizan tratamiento con secukinumab 150 mg sc/mensual como 1ª línea de tratamiento biológico. Variable principal: Suspensión del secukinumab por evento adverso (EA) (leve: obliga suspensión, grave: ingreso hospitalario o muerte) ineficacia (fallo 1º o 2º), decisión del pac, remisión clínica u otros. Variables secundarias: edad, sexo, tipo de enfermedad (APs, EA o EspA no radiográfica), manifestaciones clínicas (afectación axial, periférica, axial y periférica) otras manifestaciones (afectación cutánea, entesítica y/o presencia de dactilitis). Tiempo desde el diagnóstico de la enfermedad al inicio de terapia biológica (meses) y tiempo de exposición a secukinumab (meses). Tratamiento concomitante con FAMEs. Análisis estadístico: Se utilizó el paquete estadístico SPSS v21. Las variables cualitativas se analizaron mediante Test chi² y Fisher, según se precisase. Se consideró estadísticamente significativos, valores de p < 0,05. El análisis de supervivencia se realizó mediante curvas de supervivencia de Kaplan-Meier, comparadas mediante test log-rank.

Resultados: Se analizaron 171 pac que realizaron tratamiento con secukinumab, en algún momento de la evolución de su enfermedad. Se incluyeron un total de 61 pac naïve a terapia biológica. Las características basales de la muestra se exponen en la tabla. Los pac recibieron tratamiento con secukinumab durante una mediana de 35 m (DE ± 17,5 m). El fármaco fue suspendido en 27 pac; En 19 pac (70%) por ineficacia (11 por fallo primario y 8 por fallo secundario); en 5 pac por EA leve (1 pac con candidiasis mucocutánea); 3 pac por pérdida de seguimiento y 1 pac por decisión propia. No hubo EA graves. El tiempo medio exposición del fármaco fue de 32,7 meses. La supervivencia del fármaco fue de 85%, 76%, 68% y 56%, a los 6 meses, 1, 2 y 3 años respectivamente, siendo la supervivencia global del 69%. Se analizó la asociación entre los diferentes diagnósticos y la suspensión del fármaco, con un nivel de significancia del 5%, comprobándose que ambas variables son independientes (p = 0,702). De la misma forma, se estudió la posible relación entre el tipo de afectación de la enfermedad (axial/periférica/ambas), con la suspensión del tratamiento sin encontrarse asociación entre ambas (p = 0,743).

Características basales

Variable	N (%)
Sexo, hombres	36 (59%)
Edad, años (media, DE)	47,8 (± 13,3)
Enfermedad	
Artritis psoriásica	36 (59%)
Espondilitis anquilosante	22 (36%)
Espondiloartritis axial no radiográfica	3 (5%)
Tiempo de evolución de la enfermedad de base, años (media, DE)	12,6 (± 8)
Tiempo de evolución de la enfermedad de base hasta el inicio de secukinumab, años (mediana)	6
Manifestaciones clínicas (%):	
Afectación axial	32 (52%)
Afectación periférica	43 (70%)
Afectación axial y periférica	31 (50,8%)
Otras manifestaciones:	
Afectación cutánea	36 (59%)
Entesitis	18 (29%)
Dactilitis	17 (27%)
FAMEs concomitante a los 6 meses de inicio de secukinumab (n, %):	
Metotrexato	19 (31%)
Leflunomida	7 (11,5%)
Sulfasalazina	6 (9,8%)



Curva de supervivencia.

Conclusiones: La suspensión del fármaco debida a EA fue pequeña en nuestra muestra (tanto por ciento) siendo los EA que se detectaron leves (incluyendo una candidiasis mucocutánea). No se observó ningún EA grave. Objetivamos una supervivencia global del fármaco 70% en nuestro estudio. Estos datos son concordantes con los publicados en los diferentes ensayos clínicos del fármaco (FUTURE I, II y V, MEASURE I,II y III, PREVENT...). Por tanto podemos concluir que el Secukinumab constituye un fármaco con un buen perfil de seguridad.

P183. EXPERIENCIA EN CONDICIONES DE VIDA REAL DE LOS INHIBIDORES JAK EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS PSORIÁSICA

P.F. Muñoz Martínez, J.J. Fragó Gil^{1,2}, R. González Mazarío³, L. Mas Sánchez¹, C. Pávez Perales¹, S. Leal Rodríguez¹, A.V. Huaylla Quispe¹, C. Riesco Barcena¹, E. Grau García^{1,2}, J. Ivorra Cortés¹, L. González Puig¹, R. Negueroles Albuixech¹, I. Martínez Cordellat¹, F. Ortiz-Sanjuán¹, E. Vicens Bernabeu¹, J.E. Oller Rodríguez¹, M. de la Rubia Navarro¹, I. Cánovas Olmos¹, C. Nájera Herranz¹ y J.A. Román Ivorra¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia. ²Grupo de investigación de Reumatología. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe (IIS La Fe). Valencia. ³Sección de Reumatología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia.

Introducción: El tofacitinib y el upadacitinib son dos inhibidores JAK (JAKi) aprobados para el tratamiento de la artritis psoriásica (APs) cuya eficacia y seguridad se ha estudiado en diferentes ensayos clínicos aleatorizados, que a pesar de representar diversas circunstancias clínicas, no engloban a todos los perfiles de pacientes.

Objetivos: El objetivo del presente trabajo es analizar la efectividad y seguridad de los JAKi para el tratamiento de la APs en condiciones de práctica clínica.

Métodos: Estudio observacional unicéntrico de pacientes con APs que habían iniciado tratamiento con tofacitinib o upadacitinib desde noviembre de 2017 hasta enero de 2022. Se recogieron variables demográficas, clínicas y analíticas en el inicio y a los meses 1, 3, 6 y posteriormente semestralmente. Se empleó como variable de efectividad el DAS28, el SDAI y el HAQ, y se recogieron datos de seguridad que incluían cualquier evento adverso (EA) reportado. Se consideró EA grave si ponía en peligro la vida del paciente y daba lugar a hospitalización, discapacidad o muerte. Todos los EA se expresaron ajustados por exposición (E/100 pacientes-año).

Resultados: Se incluyeron 17 pacientes, cuyas características se exponen en la tabla. Todos los pacientes tenían una APs periférica, con afectación cutánea y ungueal. En 12 (71%) se describió dactilitis y 3 pacientes tenían historia de afectación axial (18%). En el momento

del análisis, 12 pacientes seguían tomando el fármaco (71%), lo que supone un total de 20,08 pacientes/año de exposición (19,83 para tofacitinib y 0,25 para upadacitinib). Se observó una reducción significativa de las puntuaciones de actividad de la enfermedad en todos los grupos del estudio. En total, 8 pacientes notificaron 18 EA, siendo el más frecuentemente registrado la infección leve del tracto urinario (34,9 E/100PA), seguida de la infección respiratoria (19,92 E/100PA). Se registraron dos EA graves, ambos relacionados con infecciones (neumonía y sepsis urinaria, ambos 4,98 E/100PA). El herpes zóster se observó en un solo caso y fue monometamérico (4,98 E/100PA). Ningún paciente sufrió tuberculosis, enfermedad tromboembólica o cardiovascular, malignidad ni muerte. Cinco pacientes interrumpieron el tratamiento en el grupo de tofacitinib, debido a un fallo primario (1), un fallo secundario (2) y un EA grave (2).

	Total de pacientes n = 17 (100%)	Tofacitinib n = 14 (82,35%)	Upadacitinib n = 3 (17,65%)
Edad-años (DE)	54,71 (11,89)	53,71 (12,67)	59,33 (7,02)
Sexo femenino-n (%)	11 (64,70%)	10 (71,43%)	1 (33,33%)
Origen-n (%)			
Caucásica	15 (88,24%)	12 (85,71%)	3 (100%)
Otra	2 (11,76%)	2 (14,29%)	0 (0%)
Fumadores-n (%)	1 (7,14%)	0 (0%)	1 (33,33%)
Tratamiento con glucocorticoides-n (%)	8 (47,05%)	6 (42,86%)	2 (66,67%)
Dosis media de glucocorticoides-mg de prednisona o equivalente	5 (7,73)	5,21 (8,56)	4,17 (3,82)
Comorbilidades-n (%)			
Hipertensión arterial	6 (35,29%)	4 (28,57%)	2 (66,67%)
Diabetes mellitus	3 (17,65%)	3 (21,43%)	0 (0%)
Dislipidemia	6 (35,29%)	5 (35,71%)	1 (33,33%)
Uso previo FAMEb-n (%)			
Pacientes naïve	2 (11,76%)	1 (7,14%)	1 (33,33%)
Fallo a 1 FAMEb	2 (11,76%)	2 (14,29%)	0 (0%)
Fallo a 2 FAMEb	3 (17,65%)	2 (14,29%)	1 (33,33%)
Fallo a 3 FAMEb	10 (58,83%)	9 (64,28%)	1 (33,33%)
DAS 28-media total (DE)	5,21 (0,8)	5,27 (0,82)	4,63 (NA)
SDAI-media total (DE)	24,83 (6,46)	23,72 (6,1)	32,6 (NA)
HAQ-media total (DE)	1,72 (0,33)	1,82 (0,16)	1 (NA)
Reactantes de fase aguda			
PCR-mg/L	16,73 (25,78)	18,02 (28,69)	11,57 (8,76)
VSG-mm/h	38,8 (36,32)	34,75 (31,58)	55 (57,09)

Conclusiones: En nuestra serie de 17 pacientes con APs tratados con JAKi, los dos JAKi aprobados mantuvieron un perfil de seguridad aceptable sin un solo caso de neoplasia, evento tromboembólico o cardiovascular. Los JAKi demostraron su eficacia en nuestra cohorte.

P184. GOLIMUMAB TRAS LA DISCONTINUACIÓN DE FÁRMACOS CON MECANISMO DE ACCIÓN DISTINTO A LA INHIBICIÓN DEL TNF EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS INFLAMATORIAS: TASA DE RETENCIÓN A CUATRO AÑOS

M. Pombo-Suárez¹, D. Seoane-Mato², L. Cea-Calvo³, F. Díaz-González⁴, F. Sánchez-Alonso², M. Sánchez-Jareño³, F.J. Manero Ruiz⁵, P. Pretel⁶, V. Jovani⁷ e I. Castrejón⁸

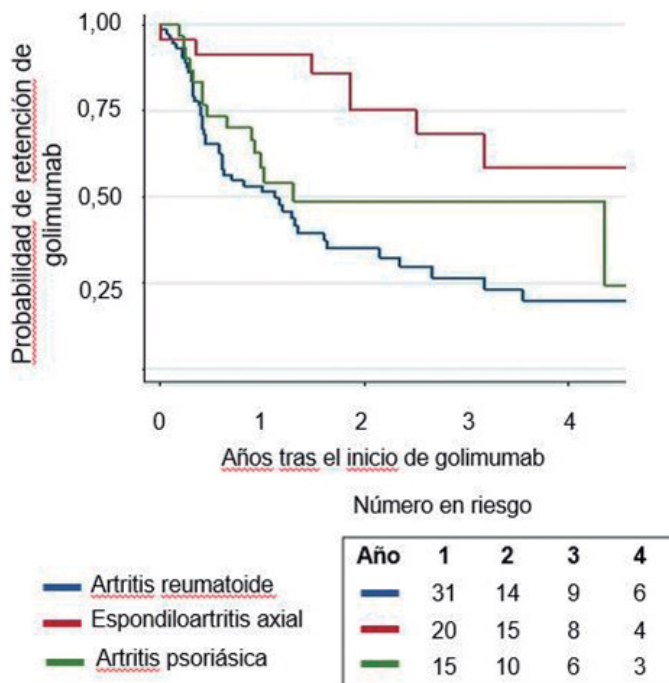
¹Departamento de Reumatología. Hospital Universitario de Santiago de Compostela. ²Unidad de investigación. Sociedad Española de Reumatología. Madrid. ³Medical Affairs. MSD España. Madrid.

⁴Departamento de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife. ⁵Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. ⁶Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. ⁷Departamento de Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante. ⁸Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos: Las opciones de tratamiento para las enfermedades reumáticas han evolucionado para incluir biológicos con mecanismo de

acción distinto a los inhibidores del factor de necrosis tumoral (i-TNF) y fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad sintéticos dirigidos (FAMEsd). Estos fármacos se han estudiado como terapia de primera línea o después de un i-TNF. Sin embargo, los datos sobre el uso de i-TNF después de discontinuar biológicos no i-TNF o FAMEsd son escasos. En este estudio, evaluamos la probabilidad de retención (persistencia o supervivencia) de golimumab en pacientes con enfermedades reumáticas cuando se prescribió después de discontinuar biológicos no i-TNF o FAMEsd.

Métodos: Se analizaron los adultos con artritis reumatoide (AR), artritis psoriásica (APs) o espondiloartritis (EsA) axial de la base de datos BIOBADASER que habían iniciado golimumab tras discontinuar fármacos biológicos no i-TNF o FAMEsd. La probabilidad de retención de golimumab se evaluó con la prueba de Kaplan-Meier y las diferencias entre grupos con la prueba de los rangos logarítmicos. Se censuró por la derecha a los pacientes que continuaban con golimumab en la última observación para el análisis. También comparamos la probabilidad de retención de golimumab en los pacientes que lo iniciaron después de discontinuar biológicos no i-TNF o FAMEsd con la de los pacientes que lo iniciaron después de otro i-TNF.



Probabilidad de retención de golimumab tras discontinuación de fármacos biológicos no i-TNF o FAMEsd.

Resultados: Un total de 125 pacientes (85 [68%] mujeres) con AR (n = 72), EsA axial (n = 23) o APs (n = 30) habían iniciado golimumab después de suspender biológicos no i-TNF o FAMEsd. El golimumab se había iniciado en segunda línea (es decir, después de un primer biológico no i-TNF o FAMEsd) en 26 pacientes (21%), como tercera en 29 (23%) y como cuarta/posterior en 70 (56%). La mediana de duración de la enfermedad al iniciar golimumab fue 10 años (rango intercuartil: 6-17). Los tratamientos previos a golimumab más frecuentes fueron secukinumab (n = 34) y abatacept (n = 23). Las tasas de retención de golimumab fueron 61% (intervalo de confianza [IC] 95%: 51-69) en el año 1, 46% (36-55) en el año 2, 40% (30-50) en el año 3 y 33% (23-44) en el año 4. No hubo diferencias en las tasas de retención cuando se usó golimumab como segunda, tercera o cuarta/posterior línea de tratamiento (p log-rank = 0,462). La tasa de retención fue menor en pacientes con AR (26% al año 3) que en

EsA axial (68%) o en APs (49%) (p log-rank = 0,002) (fig.). En segunda línea, la tasa de retención a 3 años de golimumab fue ligeramente inferior cuando se inició después de biológicos no i-TNF o FAMEsd que cuando el tratamiento previo fue un i-TNF (32% frente a 55%, p = 0,119), pero los porcentajes de retención fueron similares cuando se inició como tercera línea de tratamiento (52% tras biológicos no i-TNF/FAMEsd vs. 50% tras i-TNF, p = 0,838) o como cuarta/posterior línea (37 vs. 44% respectivamente, p = 0,554).

Conclusiones: Presentamos, por primera vez, las tasas de retención de 4 años para golimumab cuando se prescribió a pacientes que tuvieron que discontinuar fármacos biológicos no i-TNF o FAMEsd. En esta población difícil de tratar, las tasas de retención de golimumab fueron favorables durante 4 años de tratamiento, y fueron más altas en EsA axial y en APs que en AR.

BIOBADASER está financiado por la Sociedad Española de Reumatología, la Agencia Española del Medicamento y por diferentes compañías farmacéuticas. Este estudio fue financiado por MSD, España.

P185. INFLUENCE OF BASELINE DEMOGRAPHICS ON IMPROVEMENTS IN DISEASE ACTIVITY MEASURES IN PATIENTS WITH ANKYLOSING SPONDYLITIS RECEIVING UPADACITINIB: A POST HOC SUBGROUP ANALYSIS OF SELECT-AXIS 1

F. van den Bosch¹, D. Poddubnyy^{2,3}, J. Stigler⁴, A. Östör⁵, S. D'Angelo⁶, V. Navarro-Compán⁷, I.-H. Song⁴, T. Gao⁴, F. Ganz⁸ and L.S. Gensler⁹

¹Department of Rheumatology, Ghent University Hospital, Ghent (Belgium). ²Department of Gastroenterology, Infectious Diseases and Rheumatology, Campus Benjamin Franklin, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Berlin (Germany). ³Epidemiology Unit, German Rheumatism Research Centre, Berlin (Germany). ⁴AbbVie Inc, North Chicago, Illinois (USA). ⁵Department of Rheumatology, Cabrini Medical Center, Melbourne, Victoria (Australia). ⁶Rheumatology Institute of Lucania (IReL)-Rheumatology Department of Lucania, "San Carlo" Hospital of Potenza and "Madonna delle Grazie" Hospital of Matera, Potenza (Italia). ⁷Department of Rheumatology, University Hospital La Paz, IdiPaz, Madrid. ⁸AbbVie AG, Baar (Switzerland). ⁹University of California, San Francisco, San Francisco, California (USA).

Introduction: Upadacitinib (UPA), an oral Janus kinase inhibitor, has demonstrated efficacy and safety through 14 weeks in the SELECT-AXIS 1 study in biologic disease-modifying antirheumatic drug-naïve patients with active ankylosing spondylitis (AS)¹.

Objectives: To evaluate the efficacy of UPA 15 mg once daily (QD) in selected subgroups of patients with AS based on different baseline characteristics.

Methods: In SELECT-AXIS 1, patients were randomized to 14 weeks of blinded treatment with UPA 15 mg QD or placebo (PBO). This post hoc analysis evaluated the proportions of patients achieving ≥ 40% improvement in Assessment of SpondyloArthritis International Society criteria (ASAS40), ≥ 50% improvement in the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI50), and change from baseline in Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score with C-reactive protein (ASDAS [CRP]) at Week 14 across subgroups based on the following baseline patient characteristics: gender, age, body mass index, AS symptom duration, C-reactive protein (CRP) levels, Spondyloarthritis Research Consortium of Canada Magnetic Resonance Imaging index, and human leukocyte antigen B27 status. For missing data, non-responder imputation analysis was used for ASAS40 and BASDAI50, and mixed model repeated measures analysis was used for ASDAS (CRP).

Results: Baseline disease characteristics were balanced between the treatment groups at randomization, as previously reported¹. ASAS40 and BASDAI50 response rates at Week 14 were numerically

PBO-corrected mean change from baseline (IC95%) in ASDAS(CRP) at Week 14 in patients receiving UPA 15 mg by baseline subgroups (MMRM)

Subgroup		n		ASDAS (CRP) PBO-corrected mean change from baseline (95%CI)
		UPA 15 mg	PBO	
Gender	Male	58	62	-1.11 (-1.37, -0.84)
	Female	26	22	-0.44 (-0.92, 0.03)
Age	< 40 years	24	36	-1.00 (-1.42, -0.58)
	40-< 65 years	51	46	-0.88 (-1.17, -0.59)
Body mass index	< 25 kg/m ²	32	37	-0.92 (-1.30, -0.55)
	≥ 25 kg/m ²	52	47	-0.89 (-1.20, -0.59)
AS symptom duration	< 5 years	16	17	-0.90 (-1.46, -0.34)
	≥ 5 years	68	67	-0.92 (-1.18, -0.66)
Baseline hsCRP	≤ 2.8 mg/L	23	19	-0.59 (-1.02, -0.15)
	> 2.8-< 10 mg/L	39	34	-0.59 (-0.95, -0.23)
	≥ 10 mg/L	22	31	-1.64 (-2.01, -1.27)
Inflammation based on SPARCC MRI scores	Positive ^a	56	57	-0.98 (-1.27, -0.69)
	Negative ^b	21	16	-0.60 (-1.08, -0.12)
HLA-B27 status	Positive	62	66	-0.97 (-1.24, -0.71)
	Negative	20	17	-0.73 (-1.28, -0.17)

higher with UPA 15 mg versus PBO across the demographic and disease characteristic subgroups evaluated (Fig.), including some subgroups with small sample sizes, such as patients with disease duration < 5 years and female patients. Improvements from baseline in ASDAS(CRP) were also consistently greater with UPA 15 mg versus PBO across the subgroups evaluated (Table).

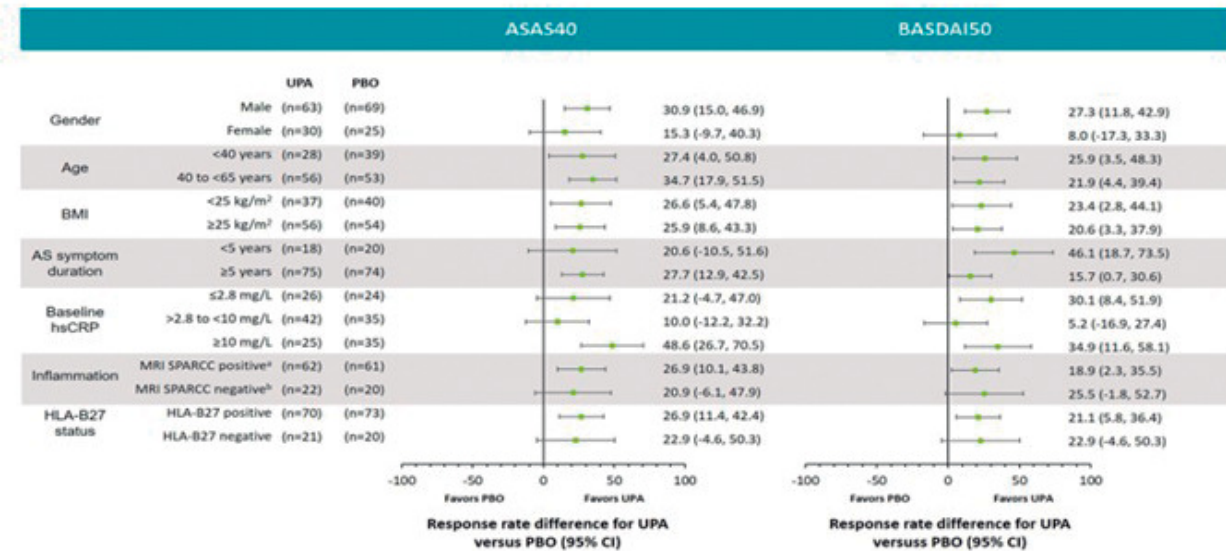
Conclusions: Within subgroups evaluated, most patients with active AS receiving UPA 15 mg demonstrated greater improve-

ments versus PBO in disease activity measures assessed by ASAS40, BASDAI50, and change from baseline in ASDAS (CRP). There was some evidence that gender, AS symptom duration, and baseline CRP levels seemed to influence outcomes, though results should be interpreted with caution due to small sample sizes for some subgroups.

Bibliografía

1. van der Heijde D, et al. Lancet 2019;394:2108-17.

Figure 1. Response rate difference for UPA versus PBO (95% CI) for ASAS40 and BASDAI50 responses at Week 14 in patients receiving UPA 15 mg by baseline subgroups (non-responder imputation)



^aSpine SPARCC score ≥2 or sacroiliac joint SPARCC score ≥2. ^bSpine SPARCC score <2 and sacroiliac joint SPARCC score <2

AS, ankylosing spondylitis; ASAS40, ≥40% improvement in Assessment of SpondyloArthritis International Society criteria; BASDAI50, ≥50% improvement in Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index; BMI, body mass index; CI, confidence interval; HLA-B27, human leukocyte antigen B27; hsCRP, high-sensitivity C-reactive protein; MRI, magnetic resonance imaging; PBO, placebo; SPARCC, Spondyloarthritis Research Consortium of Canada; UPA, upadacitinib

P186. IXEKIZUMAB MUESTRA UN PATRÓN DE MEJORÍA DEL DOLOR EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA CON Y SIN INFLAMACIÓN OBJETIVA

K. de Vlam¹, G. Gallo², P. Mease³, P. Rahman⁴, V. Krishnan², D. Sandoval Calderon², C. Lin², D. Zhu², R. Bolce², P.G. Conaghan⁵ y F.J. Ramírez García^{6*}

¹Department of Rheumatology, Universitaire Ziekenhuizen Leuven, Leuven (Bélgica). ²Eli Lilly and Company, Indianapolis, IN (EE. UU.). ³Swedish Medical Center/Providence St. Joseph Health and University of Washington, Seattle, WA (EE. UU.). ⁴Department of Medicine, Memorial University of Newfoundland, St. John's, NL (Canadá). ⁵Leeds institute of Rheumatic and Musculoskeletal Medicine, University of Leeds, & NIHR Leeds Biomedical Research Centre, Leeds (Reino Unido). ⁶Hospital Clínic Barcelona, IDIBAPS, Universidad de Barcelona. *Presentador del póster

Introducción: El SPIRIT-H2H (NCT03151551) fue un estudio de 52 semanas, multicéntrico, aleatorizado (1:1), abierto, ciego para evaluadores, que evaluó la eficacia y seguridad de la dosis aprobada de ixekizumab (IXE) vs. adalimumab (ADA) en pacientes con artritis psoriásica (APs).¹

Métodos: En este análisis post-hoc se evaluó la eficacia de IXE o ADA en monoterapia en la reducción del dolor con y sin inflamación objetiva en pacientes con proteína C reactiva (PCR) basal baja (< 5 mg/l). Los cambios en el dolor articular se midieron utilizando la escala visual analógica (EVA) de evaluación del dolor del paciente con APs. Se estratificaron a los pacientes en cuatro categorías según dos medidas de inflamación: 1. Inflamación baja mantenida en el tiempo (PCR < 5 mg/l durante las semanas 4-24 o ≥ 50% de mejora en el número de articulaciones inflamadas [NAI] durante las sema-

nas 8-24). 2. Inflamación fluctuante (PCR ≥ 5 mg/l al menos una vez entre las semanas 4-24 o < 50% de mejora en el NAI al menos una vez entre las semanas 8-24).

Resultados: Se incluyeron 95 pacientes. Las características basales fueron similares en ambos brazos de tratamiento. En los pacientes con inflamación fluctuante medida por PCR, los pacientes tratados con IXE demostraron una mejoría media numéricamente mayor en la EVA del dolor articular en la semana 16 (IXE: -31,64; ADA: -25,33; fig. 1b) que se mantuvo hasta la semana 52 (IXE: -47,69; ADA: -20,67; fig. 1b). Hubo una diferencia significativa a favor de IXE en la semana 32 (p = 0,0045) y la semana 52 (p = 0,0288, fig. 1b). En pacientes con inflamación baja mantenida en el tiempo medida por PCR, no hubo diferencia en la mejoría del dolor articular entre los pacientes tratados con IXE y ADA (fig. 1a). En pacientes con mejoría mantenida en el tiempo según el NAI, los pacientes tratados con IXE demostraron una mejoría media numéricamente mayor en la EVA del dolor articular desde la semana 4 (IXE: -17,47; ADA: -10,42; fig. 1c) que se mantuvo hasta la semana 52 (IXE: -43,16; ADA: -32,62; fig. 1c). En pacientes con mejoría fluctuante según el NAI, los pacientes tratados con IXE demostraron una mejoría media numéricamente mayor en la EVA del dolor articular en comparación con los pacientes tratados con ADA desde la semana 16 (IXE: -22,00; ADA: -19,31; fig. 1d) que se mantuvo hasta la semana 52 (IXE: -28,57; ADA: -13,27; fig. 1d).

Conclusiones: Este análisis sugiere un patrón diferente de mejoría del dolor en pacientes con PCR basal baja tratados con IXE o ADA en monoterapia, con una tendencia a un resultado favorable de reducción del dolor para los pacientes tratados con IXE, particularmente cuando la inflamación fluctúa, ya sea medida por PCR o mejora por el NAI. Presentado previamente en ACR 2021. Financiado por Eli Lilly and Company.

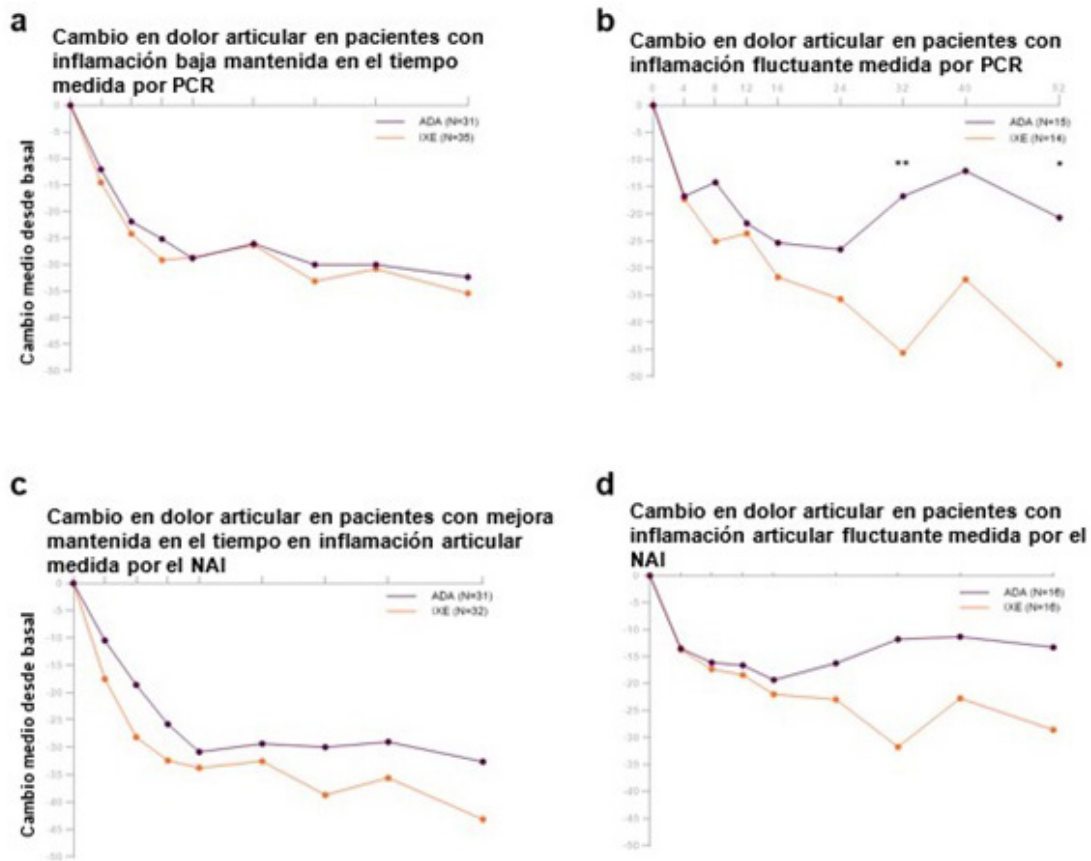


Figura 1. Cambio en el dolor articular en pacientes con APs con PCR basal baja (<5mg/l) tratados con IXE o ADA en monoterapia. *p<0,05, **p<0,01. Algunos pacientes fueron excluidos del análisis debido a visitas perdidas.

Bibliografía

1. Mease et al. Ann Rheum Dis. 2020;79(1):123-31.

P187. DIFERENCIAS ENTRE ESPONDILITIS ANQUILOSANTE Y ESPONDILOARTRITIS AXIAL NO RADIOGRÁFICA EN UNA COHORTE DE PACIENTES DE UN HOSPITAL TERCIARIO

M.J. Moreno Martínez¹, M.J. Moreno², C. Marras² y L.F. Linares²

¹Reumatología. Hospital Rafael Méndez. Murcia. ²Reumatología. Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción: La espondiloartritis axial (EspAax) incluye tanto la espondilitis anquilosante (EA), que presenta un daño estructural definido, y la espondiloartritis axial no radiográfica (EspAaxnr). Se han descrito algunas diferencias entre ambas entidades remarcando, que pese al mayor daño radiográfico en la EA, presentan la misma carga de enfermedad entre ambas formas. Mostramos las diferencias clínicas y demográficas entre ambas, en una serie de pacientes seguidos según práctica clínica.

Métodos: Se incluyen pacientes procedentes de una consulta monográfica de EspA, los cuales se reclutan según su asistencia a las consultas, desde septiembre 2021 hasta enero 2022. Como criterios de inclusión: > 18 años, pacientes con EspAaxnr según los criterios ASAS y pacientes con EA según los criterios modificados de Nueva York. Se recogen datos demográficos así como de la propia enfermedad y de los tratamientos utilizados (antiinflamatorios no esteroideos, AINE, y terapia biológica) y se determina la diferencia entre ambos grupos.

Resultados: Se incluyen 96 pacientes, de los cuales 64,6% eran EA y 35,4% EspAaxnr, con una edad media global de 48,8 (\pm 12) años. En total, el 70,8% eran varones y el 76,3% eran HLAB27+. Cuando analizamos la presencia de manifestaciones extraesqueléticas en la muestra: El 17,9% tenía antecedentes de uveítis, el 16,8% de psoriasis y el 11,5% de enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Las diferencias clínicas entre ambas entidades se muestran en la tabla 1. En cuanto a los años de evolución desde el diagnóstico, los pacientes con EspAaxnr tenían 11,7 (\pm 6,1) años frente a los 14,8 (\pm 8,5) años de los pacientes con EA ($p = 0,1$).

Diferencias clínicas entre EA y EspAaxnr

	EA (n = 62)	EspAaxnr (n = 34)	p
Edad (años)	50,4 (\pm 12,4)	45,8 (\pm 11,3)	0,06
Varones (%)	80,6	52,9	0,005
HLA-B27 (%)	72,7	84	0,2
Uveítis (%)	21,3	11,7	0,1
Psoriasis (%)	13,1	23,5	0,1
EII (%)	12,9	8,8	0,4
BASDAI	3,9 (\pm 2,4)	3,7 (\pm 2,6)	0,6
BASFI	3,3 (\pm 2,5)	2,5 (\pm 2,5)	0,07
EVA total	4,4 (\pm 2,7)	4,2 (\pm 3,1)	0,8
EVA dolor espalda total	3,9 (\pm 3)	4,2 (\pm 2,9)	0,6
EVA dolor nocturno	3,7 (\pm 2,8)	3,7 (\pm 3,2)	0,8
ASQOL	5,6 (\pm 5,7)	4,8 (\pm 5,5)	0,4
ASAS-HI	6,1 (\pm 4,5)	5,3 (\pm 4,4)	0,4
HADS depresión	4,7 (\pm 4,7)	4,5 (\pm 3,6)	0,6
HADS ansiedad	7,1 (\pm 4,9)	7,5 (\pm 4)	0,4
AINE (%)	52,4	54,5	0,5
Biológicos (%)	50,8	27,7	0,02

Conclusiones: En nuestra experiencia, existe un mayor porcentaje de varones en el grupo de EA que en el de EspAaxnr, sin encontrar diferencias en la positividad para el HLA-B27 ni en la frecuencia de manifestaciones extraesqueléticas. No encontramos diferencias en cuanto a la carga de enfermedad (actividad, función física, calidad de vida y valoración por parte del paciente) entre ambos grupos. Sin embargo, existe una mayor tendencia a la utilización de terapias biológicas en el grupo de EA frente al de EspAaxnr. Somos conscientes de las limitaciones de este trabajo, principalmente en lo referente al número de pacientes. Son necesarios estudios de grandes cohortes para afianzar estos resultados.

P188. VALORACIÓN DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL DE LA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR DERMATOLÓGICA-REUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON

E. Espartal López¹, X. Michelena¹, G. Aparicio², J. Mollet² y A. Erra¹

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

Introducción: La artritis psoriásica (APs) es una entidad heterogénea que afecta a múltiples dominios, destacando el nivel articular y cutáneo. La consulta multidisciplinar, en la que participan reumatólogos y dermatólogos, puede mejorar el control de la actividad de la enfermedad psoriásica.

Objetivos: Analizar el modelo de consulta multidisciplinar con el fin de cuantificar la repercusión que genera sobre el manejo de los pacientes con APs.

Métodos: Estudio transversal unicéntrico donde se recogen datos de registro de práctica clínica real en pacientes que han sido atendidos en la consulta multidisciplinar de Reumatología (RM) y Dermatología (DM) entre junio de 2020 y diciembre de 2021.

Resultados: Se han incluido un total de 78 pacientes (p). Las características basales se muestran en la tabla 1. El número de visitas totales fue de 94, con una media de 1,2 (min1-max 4) visitas por paciente. El 51% fueron derivados a la consulta por RM y el 49% por DM. Los motivos de la derivación fueron: establecer un diagnóstico articular en 31p (39,74%), establecer un diagnóstico cutáneo y/o ungueal en 15p (19,23%) y consensuar el tratamiento para control del dominio cutáneo y/o articular en 32 p (41,03%). Se estableció un nuevo diagnóstico de APs en 8 de los 31p (26%) y se realizó un cambio o se estableció un nuevo diagnóstico a nivel cutáneo en 18/78p (23%); dichos cambios se resumen en la tabla 2. Se realizaron cambios en el tratamiento en un total de 52p (66,7%). 8 de los 52p (15,38%) precisaron cambios de segunda línea. Los cambios más frecuentes fueron: añadir tratamiento tópico para control del dominio cutáneo (12/52p, 23,01%), cambio de fármaco biológico modificador de la enfermedad (FAMEb) (14/52p 26,92%) e inicio de tratamiento con FAMEb (10/52p, 19,23%). En la tabla 3 se describen los cambios en los tratamientos sistémicos antes y después de la valoración conjunta.

Tabla 1. Características basales de la cohorte

Características basales	
Edad, media	54 (19-83)
Género masculino, n (%)	40 (51,28%)
Género femenino, n (%)	38 (48,72%)
Diagnósticos iniciales	
Artritis psoriásica, n (%)	36 (46,15%)
Psoriasis, n (%)	34 (43,59%)
Artritis reumatoide, n (%)	3 (3,85%)
Espondiloartritis asociada a EII, n (%)	1 (1,28%)
Espondiloartritis HLA-B27+, n (%)	1 (1,28%)
Artritis en estudio, n (%)	2 (2,57%)
Eritrodermia asociada a artritis, n (%)	1 (1,28%)
Tratamientos Iniciales	
Sin tratamiento, n (%)	2 (2,57%)
Tópico, n (%)	5 (5,41%)
AINEs, n (%)	5 (6,41%)
FAMEsc, n (%)	26 (33,33%)
FAMEb, n (%)	38 (48,71%)
FAMEsc + FAMEb, n (%)	2 (2,57%)
Servicio de derivación procedente	
Reumatología, n (%)	40 (51,28%)
Dermatología, n (%)	38 (48,72%)
Características de las visitas	
Tiempo de espera (días), media	18,3 (3-90)
Número de visitas totales, n	94
Número de visitas por paciente, media	1,2
Número de visitas presenciales, n (%)	88 (93,61%)

EII: enfermedad inflamatoria intestinal; AINEs: antiinflamatorios no esteroideos; FAMEsc: fármacos antirreumático modificador de la enfermedad sintético convencional; FAMEb: fármaco antirreumático modificador de la enfermedad biológico.

Tabla 2. Cambios y/o nuevos diagnósticos a nivel cutáneo

Diagnóstico inicial, (n)	Diagnóstico final, (n)
Artritis psoriásica (36)	Artritis psoriásica (44) Dermatitis herpetiforme (1) Vitíligo (1) Dermatitis de contacto (1) Uña traumática (1) Eritromelalgia (1) Onicomiosis (1)
Psoriasis (34)	Psoriasis (27)
Artritis reumatoide (3)	Artritis reumatoide (2) Psoriasis paradójica (1) Onicomiosis (1)
Espondiloartritis asociada a EII (1)	Espondiloartritis asociada a EII + hidrosadenitis (1)
Espondiloartritis HLA-B27+ (1)	Espondiloartritis HLA-B27+ y psoriasis paradójica (1)
Artritis en estudio (2)	Perniosis (1) Urticaria crónica (1)
Eritrodermia asociada a artritis (1)	Sarna noruega (1)

EII: enfermedad inflamatoria intestinal.

Tabla 3. Tratamientos sistémicos iniciales y finales

Tratamientos iniciales, (n)	Tratamientos finales
FAMEsc (26)	FAMEsc (30)
FAMEb (38)	FAMEb (47)
FAMEsc + FAMEb (2)	FAMEsc + FAMEb (4)

FAMEsc: fármacos antirreumático modificador de la enfermedad sintético convencional; FAMEb: fármaco antirreumático modificador de la enfermedad biológico.

Conclusiones: La consulta multidisciplinar de Reumatología y Dermatología contribuye con una alta eficiencia al manejo de múltiples aspectos de la enfermedad psoriásica tales como: la toma de decisiones del tratamiento, la optimización del control de la enfermedad, la reducción del tiempo hasta el diagnóstico, evita duplicidades de visitas y consigue satisfacción tanto de los profesionales como de los pacientes. Dicha consulta consigue una estrategia eficiente en pacientes con APs que presentan complejidad clínica y requieren control de dominio articular y cutáneo.

P189. RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON IXEKIZUMAB: CONSISTENCIA A LO LARGO DEL TIEMPO Y EN CADA VISITA EN LA ARTRITIS PSORIÁSICA

C. Fernández Carballido, L.C. Coates¹, D. Sandoval², R. Bolce², Ch.-Y. Lin², K. Brooke Stenger², A. Trevelin Sprabery² y A. Kavanaugh³

¹Nuffield Department of Orthopaedics, Rheumatology and Musculoskeletal Sciences, Oxford University, Oxford (Reino Unido). ²Eli Lilly and Company, Indianapolis (EE. UU.). ³UC San Diego School of Medicine, California (EE. UU.).

Tabla P189

Consistencia en el tiempo de la respuesta al tratamiento en pacientes con APs

	IXE C4S (N = 283)		ADA C2S (N = 283)	
	ACR50 % (n)	DAPSA ≤ 14 % (n)	ACR50 % (n)	DAPSA ≤ 14 % (n)
Pacientes que lograron respuesta en la semana 24	51% (143)	61% (174)	47% (132)	60% (171)
Alcanzaron el objetivo en la semana 24 y lo mantuvieron hasta la semana 52 con algunas fluctuaciones*	83% (118)	82% (142)	80% (105)	77% (131)
Mantuvieron el objetivo en todas las visitas	65% (93)	68% (119)	55% (72)	57% (97)
Tuvieron algunas fluctuaciones*	18% (25)	13% (23)	25% (33)	20% (34)

*Fluctuaciones entre ACR50 y ACR20, o entre actividad de la enfermedad baja y moderada según DAPSA.

Objetivos: El ixekizumab (IXE), un anticuerpo monoclonal dirigido contra la IL-17A, ha demostrado superioridad frente a adalimumab (ADA) en pacientes con artritis psoriásica (APs) en el objetivo combinado de respuestas ACR50 y PASI100 en la semana 24¹. Analizamos la consistencia de la respuesta a lo largo del tiempo y en cada visita desde la semana 24 a la 52, evaluada por las respuestas ACR50 y DAPSA.

Métodos: Este análisis post-hoc utilizó datos de SPIRIT-H2H (NCT03151551)¹, un estudio de fase 3b/4 aleatorizado, abierto, de grupos paralelos. Los pacientes fueron aleatorizados para recibir 80 mg de IXE cada 4 semanas (IXE C4S) o 40 mg de ADA cada 2 semanas (ADA C2S). Se evaluó la proporción (%) de pacientes en la población por intención de tratar que lograron respuesta ACR50 o DAPSA ≤ 14 en la semana 24 y en cada visita posterior hasta la semana 52. Los datos faltantes se imputaron como falta de respuesta en todos los análisis. Nueve pacientes con psoriasis activa y área de superficie corporal (ASC) ≥ 3% fueron evaluados como PASI = 0 al inicio del estudio, una inconsistencia que se resolvió mediante criterio médico. Estos pacientes se consideraron respondedores para PASI100 si PASI = 0 y ASC = 0 en las visitas posteriores al inicio.

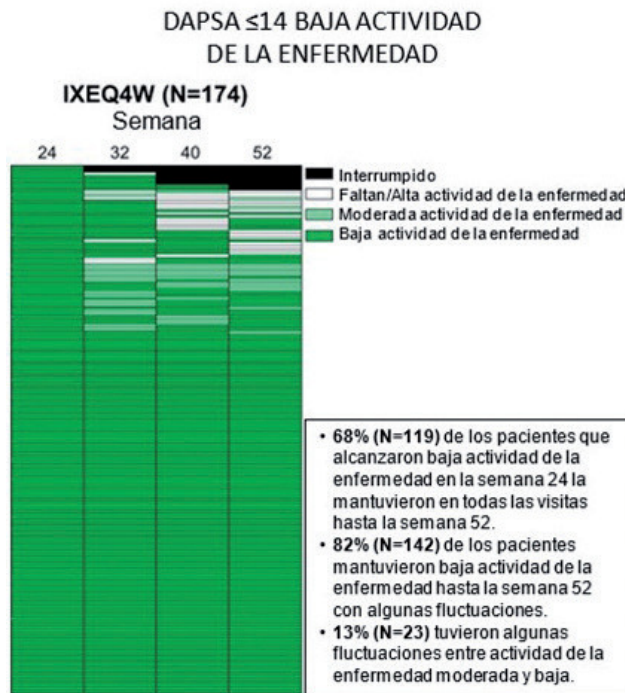
Resultados: Se reclutaron 566 pacientes (283 de cada grupo). De los 143 pacientes tratados con IXE que lograron respuesta ACR50 en la semana 24 (tabla), el 65% (N = 93) mantuvo esta respuesta en cada visita. El 83% (N = 118) de los que lograron ACR50 en la semana 24 mantuvieron ACR50 con algunas fluctuaciones (18% [N = 25]) entre respuestas ACR50 y ACR20 (tabla). De los 132 pacientes tratados con ADA que lograron respuesta ACR50 en la semana 24, el 55% (N = 72) mantuvo ésta en cada visita. El 80% (N = 105) de los que lograron ACR50 mantuvieron ACR50, con algunas fluctuaciones (25% N = 33) entre respuestas ACR50 y ACR20 (tabla). De los 174 pacientes tratados con IXE que lograron una actividad de la enfermedad baja (DAPSA ≤ 14) en la semana 24, el 68% (N = 119) mantuvo una actividad de la enfermedad baja en cada visita. De los que lograron una actividad de la enfermedad baja en la semana 24, el 82% (N = 142) de los pacientes mantuvieron una actividad de la enfermedad baja con algunas fluctuaciones (13%; N = 23) entre una actividad de la enfermedad moderada y baja (fig.). De los 171 pacientes tratados con ADA que lograron una actividad de la enfermedad baja en la semana 24, el 57% (N = 97) mantuvo una actividad de la enfermedad baja en cada visita. El 77% (N = 131) de los que lograron una actividad de la enfermedad baja en la semana 24 mantuvieron una actividad de la enfermedad baja, con algunas fluctuaciones (20%; N = 34) entre una actividad de la enfermedad moderada y baja (tabla).

Conclusiones: Una proporción numéricamente más alta de pacientes tratados con IXE versus ADA mostró consistencia en las respuestas al tratamiento, medidas por las respuestas ACR50 y la definición DAPSA de baja actividad, a lo largo del tiempo y para cada visita. Presentado previamente en FSR2021. Financiado por Eli Lilly and Company.

Bibliografía

1. Mease et al. Ann Rheum Dis. 2020;79(1):123-31.

Figura. Diagrama de mapa de calor que describe la consistencia a lo largo del tiempo del efecto de IXE en pacientes con APs que lograron DAPSA ≤ 14 (baja actividad de la enfermedad) en la semana 24.



P189 Figura

P190. FIB-4: USO EN EVALUACIÓN DE HÍGADO GRASO EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA

C. Iñiguez Ubiaga¹, C. García Porrúa¹, L. Iñiguez Ubiaga², L. Losada Ares¹, A. López Seijas¹, A. Sánchez-Andrade Fernández¹ y J.A. Pinto Tasende²

¹Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo. ²Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

Introducción: La enfermedad de hígado graso no alcohólico (EHGNA) es la patología más prevalente hepática en el mundo. La artritis psoriásica presenta una mayor prevalencia de EHGNA que la población general por lo que el despistaje de la misma es fundamental para evitar la morbimortalidad asociada. El uso de métodos no invasivos, como FIB4, es accesible y sencillo en práctica clínica diaria.

Objetivos: Nuestro objetivo principal es conocer la correlación entre métodos no invasivos y ecografía en enfermedad por hígado graso no alcohólico (EHGNA) en una cohorte de pacientes con artritis psoriásica. Como objetivo secundario buscamos conocer la prevalencia de EHGNA en esta muestra.

Métodos: Se realiza un estudio transversal observacional de pacientes con artritis psoriásica, incluyendo datos descriptivos demográficos y de enfermedad, correlacionando los hallazgos obtenidos en FIB4 con métodos de imagen. Se calcula la prevalencia de EHGNA. El análisis estadístico se realiza mediante SPSS v21.

Resultados: Se recogen datos de 90 pacientes con diferencias en el consumo de alcohol, con valores de FIB4 más altos en aquellos con hábito enólico frente a aquellos que no lo presentaban (FIB4 $2,29 \pm 1,34$ vs. $1,51 \pm 0,85$ $p = 0,025$), hipertensión arterial (FIB4 = $1,90 (\pm 1,13)$ vs. $1,29 (\pm 0,64)$ $p = 0,004$), diabetes mellitus 2 ($2,16 (\pm 1,24)$ vs. $1,48 (\pm 0,85)$ $p = 0,012$) y con tratamiento biológico ($1,52 (\pm 1)$ vs. sin tratamiento biológico $1,87 (\pm 1)$ $p = 0,012$), correlacionados con ecografía. En el análisis de regresión multivariante no encontramos la prevalencia EHGNA fue de 56,67%.

Conclusiones: El hábito enólico, la HTA, la DM2 y no estar en tratamiento biológico se asoció a mayor riesgo de fibrosis hepática por FIB4. La prevalencia de EHGNA fue superior en nuestra muestra a la población estándar.

P191. PERFIL DE SEGURIDAD DE IXEKIZUMAB PARA EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS PSORIÁSICA Y LA ESPONDILOARTRITIS AXIAL HASTA 3 AÑOS: ACTUALIZACIÓN DEL ANÁLISIS INTEGRADO DE SEGURIDAD

S. Schwartzman¹, A. Deodhar², B. Combe³, A. Accioly⁴, A. Kronbergs⁴, B. Janos⁴, D. Zhu⁴, D. Sandoval⁴, P. Rahman⁵, D. Poddubnyy⁶ y M. Moreno Martínez-Losa^{7*}

¹The Hospital for Special Surgery. New York. NY (EE. UU.). ²Oregon Health & Science University. Portland. OR (EE. UU.). ³Montpellier University. CHU Montpellier. Montpellier (Francia). ⁴Eli Lilly and Company. Indianapolis. IN (EE. UU.). ⁵Memorial University of Newfoundland. St. John's. NL (Canadá). ⁶Charité - Universitätsmedizin Berlin and German Rheumatism Research Centre. Berlin (Alemania). ⁷Parc Tauli Hospital Universitari. I3PT (UAB). Barcelona. *Colaboradora del estudio y presentadora de los resultados del mismo.

Objetivos: El ixekizumab (IXE), un anticuerpo monoclonal de alta afinidad dirigido selectivamente a la IL-17A, está aprobado para el tratamiento de la psoriasis, la artritis psoriásica (APs), la espondilitis anquilosante activa (EA) y la espondiloartritis axial no radiográfica (EspAax-nr) con signos objetivos de inflamación. Hemos actualizado el perfil de seguridad de IXE en pacientes con APs o EspAax.

Métodos: Se resumieron los datos de seguridad de IXE a largo plazo de 8 ensayos clínicos aleatorizados. Se calcularon las tasas de incidencia (TI) de acontecimientos adversos surgidos durante el tratamiento (AAS) ajustadas por 100 pacientes-año (PA) dentro de períodos de 1 año hasta el 19 de marzo de 2021 para todos los pacien-

Resultados de seguridad

	Todo IXE APs(N = 1.401)	Todo IXE EspAax(N = 932)
Total pacientes-año	2,247,7 n (TI); IC95%	2,096,2 n (TI); IC95%
AAST	1,131 (50,3); 47,5-53,3	798 (38,1); 35,5-40,8
Nasofaringitis	202 (9,0); 7,8-10,3	176 (8,4); 7,2-9,7
Infección de las vías respiratorias altas	186 (8,3); 7,2-9,6	122 (5,8); 4,9-6,9
AAG	134 (6,0); 5,0-7,1	101 (4,8); 4,0-5,9
Muertes ^a	6 (0,3); 0,1-0,6	3 (0,1); 0,0-0,4
Interrupciones debidas a acontecimientos adversos	115 (5,1); 4,3-6,1	66 (3,1); 2,5-4,0
Acontecimientos adversos de interés especial		
Infecciones	759 (33,8); 31,4-36,3	540 (25,8); 23,7-28,0
Infecciones graves	28 (1,2); 0,9-1,8	23 (1,1); 0,7-1,7
Infecciones oportunistas ^b	40 (1,8); 1,3-2,4	17 (0,8); 0,5-1,3
Infecciones por <i>Candida</i> ^c	45 (2,0); 1,5-2,7	26 (1,2); 0,8-1,8
Reacciones en el lugar de inyección	260 (11,6); 10,2-13,1	156 (7,4); 6,4-8,7
Reacciones alérgicas/hipersensibilidad ^d	102 (4,5); 3,7-5,5	89 (4,2); 3,4-5,2
Citopenias ^e	56 (2,5); 1,9-3,2	28 (1,3); 0,9-1,9
Neutropenia grado ≥ 1 ^f	219 (9,7); 8,5-11,1	170 (8,1); 7,9-9,4
Neoplasias	15 (0,7); 0,4-1,1	9 (0,4); 0,2-0,8
MACE ^g	12 (0,5); 0,3-0,9	6 (0,3); 0,1-0,6
Depresión ^h	37 (1,6); 1,2-2,3	19 (0,9); 0,6-1,4
Iridociclitis (uveítis anterior)	0 (0,0); 0,0-0,0	58 (2,8); 2,1-3,6
Enfermedad inflamatoria intestinal ⁱ	3 (0,1); 0,0-0,4	17 (0,8); 0,5-1,3
Colitis ulcerativa	1 (0,0); 0,0-0,3	10 (0,5); 0,3-0,9
Enfermedad de Crohn	2 (0,1); 0,0-0,4	7 (0,3); 0,2-0,7

AAG: acontecimientos adversos graves; AAST: acontecimientos adversos surgidos durante el tratamiento; APs: artritis psoriásica; EspAax: espondiloartritis axial; IXE: ixekizumab; MACE: acontecimientos adversos cerebrovasculares mayores; n: número de pacientes en cada categoría; SMQ: Consultas Normalizadas MedDRA; TI: tasa de incidencia. Los términos de acontecimientos adversos se derivaron de MedDRA v23.1. ^aLas 6 muertes notificadas en la población con APs se debieron a acontecimiento cardiovascular (n = 2), carcinoma metastásico de células renales (n = 1), accidente cerebrovascular (n = 1), neumonía (n = 1) y ahogamiento (n = 1). En la población con EspAax, las causas de muerte fueron suicidio (n = 1), sepsis (n = 1) y asesinato (n = 1). ^bLas infecciones oportunistas incluyeron candidiasis esofágica, candidiasis oral, reactivación de hepatitis B y herpes zoster. ^cAlgunos casos de infecciones por *Candida* también se consideraron infecciones oportunistas. Todos los casos de infección por *Candida* fueron localizados. En el grupo con APs, la mayoría de los casos fueron leves (34/45, TI = 1,5 por 100 pacientes-año) o moderados (10/45, TI = 0,4 por 100 pacientes-año) en gravedad, excepto 1 caso de candidiasis esofágica considerada grave. El paciente que notificó candidiasis esofágica grave no suspendió el fármaco del estudio debido a este acontecimiento adverso. En el grupo con EspAax, todos los casos fueron leves (16/26, TI = 0,8 por 100 pacientes-año) o moderados (10/26, TI = 0,5 por 100 pacientes-año) en gravedad. En todas las indicaciones, no se informaron casos de candidiasis sistémica. ^dNo se confirmaron casos de anafilaxia tras revisiones médicas. ^eAmplia, según la clasificación SMQ. ^fBasado en resultados de laboratorio de recuento de neutrófilos. Grado de neutropenia ≥ 3, n (TI) [IC95%] APs = 8 (0,4) [0,2, 0,7], EspAax = 4 (0,2) [0,1, 0,5]. ^gLos datos representan acontecimientos confirmados por adjudicación. ^hAmplia, de acuerdo con la clasificación SMQ o sub-SMQ. ⁱLos datos representan casos confirmados por adjudicación externa. En la población con APs, ninguno de los pacientes con EII confirmada por adjudicación externa tenía antecedentes médicos de EII. Tres pacientes tuvieron acontecimientos de EII confirmados por adjudicación. Un paciente tuvo más de 1 acontecimiento. En la población con EspAax, de los 17 pacientes con EII adjudicada, 5 pacientes tenían antecedentes de EII.

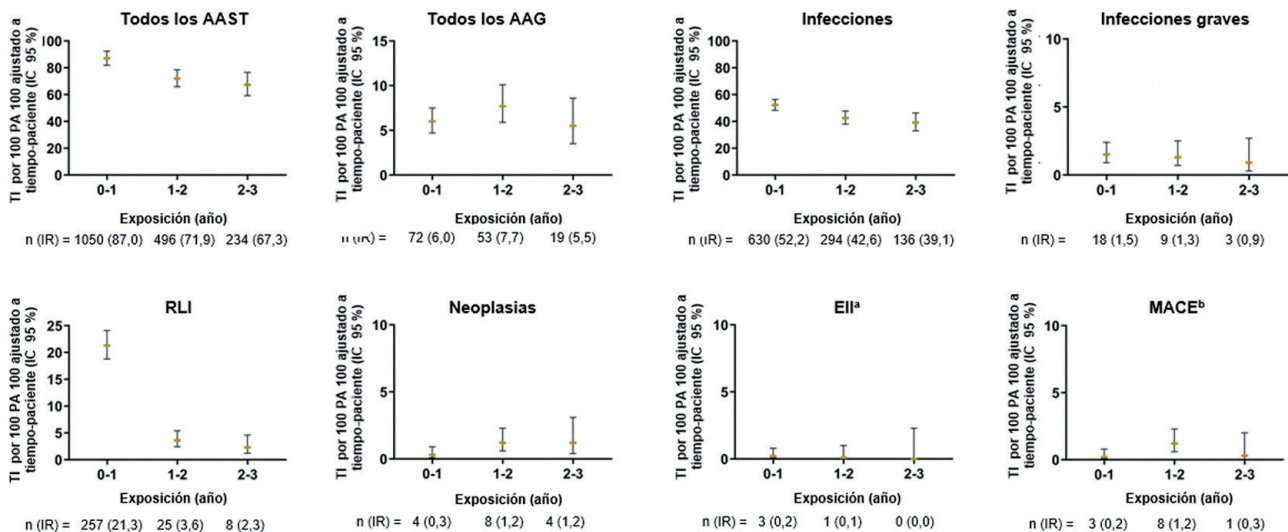


Figura 1. Tasa de incidencia de AAST, AAG y AA seleccionados ajustada por exposición en la población conjunta de PAs. Los puntos de datos en el gráfico son la TI (IC del 95 %)/100 paciente-año en intervalos de años sucesivos desde el año 0 hasta el año 3. Los ICs para las TI provienen de la prueba de razón de verosimilitud del efecto del tratamiento del modelo de regresión de Poisson. ^a Los datos representan casos confirmados por adjudicación externa. Tres pacientes tuvieron acontecimientos de EII confirmados por adjudicación. Un paciente tuvo más de 1 acontecimiento. ^b Los datos representan acontecimientos confirmados por adjudicación. AAG, acontecimientos adversos graves; AAST, acontecimientos adversos surgidos durante el tratamiento; PAs, artritis psoriásica; EII, enfermedad inflamatoria intestinal; IC: intervalo de confianza; MACE, acontecimientos adversos cerebro-cardiovasculares mayores; RLI, reacciones en el lugar de la inyección; TI: tasas de incidencia.

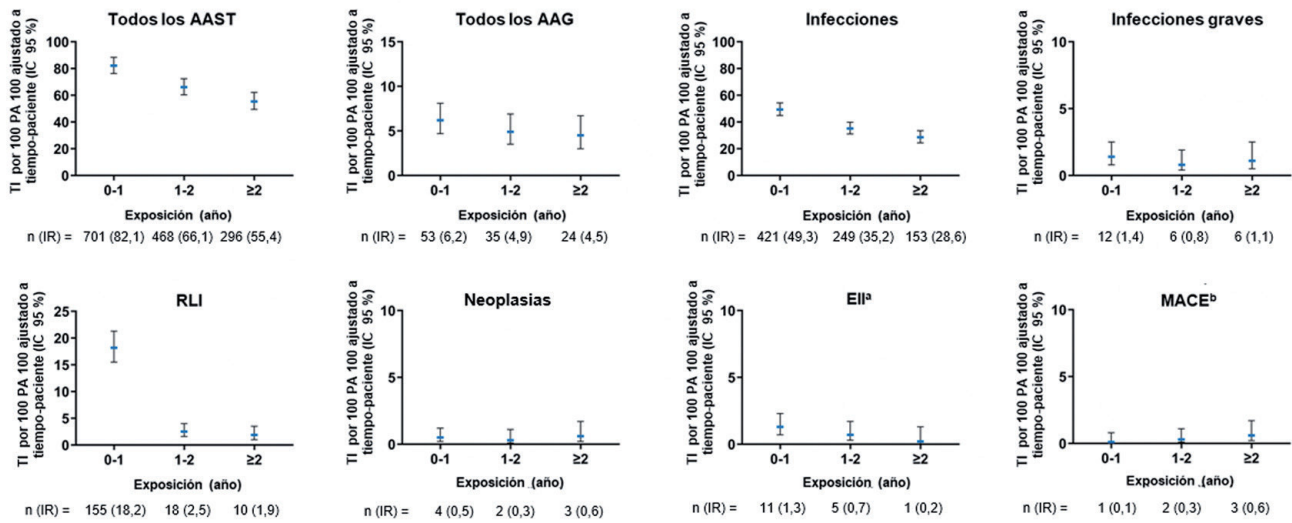


Figura 2. Tasa de incidencia de AAST, AAG y AA seleccionados ajustada por exposición en la población conjunta de EspAax.

Los puntos de datos en el gráfico son la TI (IC del 95 %)/100 paciente-año en intervalos de años sucesivos desde el año 0 hasta el año 3. Los ICs para las TI provienen de la prueba de razón de verosimilitud del efecto del tratamiento del modelo de regresión de Poisson.

^a Los datos representan casos confirmados por adjudicación externa.

^b Los datos representan acontecimientos confirmados por adjudicación.

AA, acontecimientos adversos; AAG, acontecimientos adversos graves; AAST, acontecimientos adversos surgidos durante el tratamiento; EII, enfermedad inflamatoria intestinal; EspAax; espondiloartritis axial; IC, intervalo de confianza; MACE, acontecimientos adversos cerebro-cardiovasculares mayores; RLI, reacciones en el lugar de la inyección; TI, tasas de incidencia.

P191 Figura 2

tes tratados con ≥ 1 dosis de IXE. Los resultados de seguridad incluyeron AAST, acontecimientos adversos graves (AAG), interrupciones debidas a acontecimientos adversos y muertes. Los casos notificados de acontecimiento adverso cerebro-cardiovascular mayor (MACE) y enfermedad inflamatoria intestinal (EII) fueron adjudicados.

Resultados: Se incluyeron 1.401 pacientes con APs (exposición acumulada a IXE, 2.247,7 PA) y 932 pacientes con EspAax (2.096,2 PA) (tabla). Las TI de cualquier AAST por 100 PA fueron 50,3 para APs y 38,1 para EspAax. Se notificaron AAG en 134 pacientes con APs (TI = 6,0) y en 101 pacientes con EspAax (TI = 4,8). Se reportaron nueve muertes: 6 pacientes con APs (TI = 0,3); 3 pacientes con EspAax (TI = 0,1). Las TI de interrupción del fármaco en estudio debida a acontecimiento adverso por 100 PA fueron 5,1 (APs) y 3,1 (EspAax). Las TI de infecciones graves fueron bajas (APs: TI = 1,2; EspAax: TI = 1,1). Las TI fueron bajas para infecciones oportunistas (APs: TI = 1,8; EspAax: TI = 0,8) e infecciones por *Candida* (APs: TI = 2,0; EspAax: TI = 1,2). Las TI de reacciones en el lugar de la inyección fueron 11,6 (APs) y 7,4 (EspAax). Las TI de reacciones alérgicas/hipersensibilidad fueron 4,5 (APs) y 4,2 (EspAax). En todas las indicaciones, las TI fueron bajas para citopenia ($\leq 2,5$), neoplasias malignas ($\leq 0,7$), MACE ($\leq 0,5$), depresión ($\leq 1,6$) e iridociclitis ($\leq 2,8$). De acuerdo con la adjudicación externa, 20 pacientes tenían EII confirmada (3 pacientes con APs; 17 pacientes con EspAax) de los cuales 1 fue confirmado como colitis ulcerosa en el grupo con APs (TI = 0,0) y 10 en el grupo con EspAax (TI = 0,5); se confirmaron 2 acontecimientos como enfermedad de Crohn en el grupo con APs (TI = 0,1) y 7 en el grupo con EspAax (TI = 0,3). En todos los aspectos de seguridad, las TI se redujeron o permanecieron constantes a lo largo del tiempo para los grupos con APs y EspAax (figs. 1 y 2).

Conclusiones: En este análisis actualizado con 2.247,7 PA para APs y 2.096,2 PA para EspAax, IXE mantuvo un perfil de seguridad consistente con el descrito anteriormente¹⁻³, sin acontecimientos de seguridad nuevos o inesperados tras una exposición de hasta 3 años.

Presentado previamente en ACR23021. Financiado por Eli Lilly and Company.

Bibliografía

1. Mease P, et al. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2019;71(3):367-78.
2. Combe B, et al. *Arthritis Res Ther*. 2020;22(1):14.
3. Genovese MC, et al. *Rheumatology (Oxford)*. 2020;59(12):3834-44.

P192. EFECTO DE IXEKIZUMAB FRENTE A ADALIMUMAB, CON Y SIN USO CONCOMITANTE DE METOTREXATO U OTROS FAME SINTÉTICOS CONVENCIONALES, SOBRE LOS COMPONENTES INDIVIDUALES DE LA RESPUESTA ACR A LAS 52 SEMANAS EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA

M. Elaine Husni¹, S. Kamat², K. Brooke Stenger³, R. Bolce³, T. Holzkaemper³, C.C. Helt³, S. Young Park³, J.R. Lisse³, L. Idolazzi⁴ y B. Joven⁵

¹Cleveland Clinic. Cleveland. OH (EE. UU.). ²St Louis University. St. Louis. MO (EE. UU.). ³Eli Lilly and Company. Indianapolis. IN (EE. UU.). ⁴University of Verona (Italia). ⁵Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

Objetivos: En el estudio SPIRIT-H2H, ixekizumab (IXE) tuvo una eficacia superior a adalimumab (ADA) en pacientes con artritis psoriásica (APs) y respuesta inadecuada a los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad sintéticos convencionales (FAMEsc)¹. Analizamos el efecto de IXE y ADA en los componentes individuales de la respuesta del American College of Rheumatology (ACR) en la semana 52, con y sin uso concomitante de metotrexato (MTX) o FAMEsc.

Métodos: Los pacientes del SPIRIT-H2H (NCT03151551, estudio multicéntrico de 52 semanas) que cumplieron con los Criterios de Clasificación para la Artritis Psoriásica (CASPAR) fueron estratificados por uso concomitante de FAMEsc y psoriasis de moderada a grave (PsO) y aleatorizados 1:1, en la visita basal a la dosificación de IXE o

ADA indicada para APs o PsO, según su afectación cutánea. Los pacientes no habían recibido tratamiento previo con FAMEsc biológicos y mostraban respuesta inadecuada a FAMEsc, tenían APs activa (≥ 3 articulaciones dolorosas [NAD] y ≥ 3 articulaciones inflamadas [NAI]) y tenían PsO $\geq 3\%$ del área de superficie corporal. Se analizaron la evaluación global por el paciente (PtGA) y por el médico (PGA), el índice de discapacidad según el cuestionario de capacidad funcional (HAQ-DI) y el dolor articular mediante una escala analógica visual, NAD y NAI, así como la proteína C reactiva (PCR). Todos los análisis post-hoc se realizaron en la población por intención de tratar (ITT). El cambio desde basal en los componentes individuales del ACR se analizó utilizando un modelo de análisis de covarianza (ANCOVA), en general y con y sin terapias concomitantes. Se presentan la media de mínimos cuadrados (LSM) y el error estándar (EE). Los datos faltantes se imputaron utilizando la observación basal extrapolada modificada (mBOCF).

Resultados: Los grupos de tratamiento, IXE (N = 283) o ADA (N = 283), estaban equilibrados en cuanto a los valores basales para los componentes individuales de la respuesta ACR (tabla). En la semana 52, IXE demostró eficacia en todos los componentes individuales del ACR en la población ITT, específicamente en PGA, PtGA y dolor articular; ADA también demostró eficacia numérica (fig. A). Se observaron mejoras desde basal para IXE en todos los componentes de la respuesta ACR, con o sin MTX o FAMEsc (fig. B-E). El efecto del MTX fue notablemente diferente entre IXE y ADA en NAD68, PGA, dolor articular y PtGA.

Conclusiones: Todos los componentes de la puntuación compuesta ACR mejoraron con IXE en la semana 52, independientemente del uso de MTX o FAMEsc. IXE mostró una eficacia comparable a la de ADA en la semana 52 en todos los componentes de la respuesta ACR, demostrando una mejora en los dominios musculoesqueléticos.

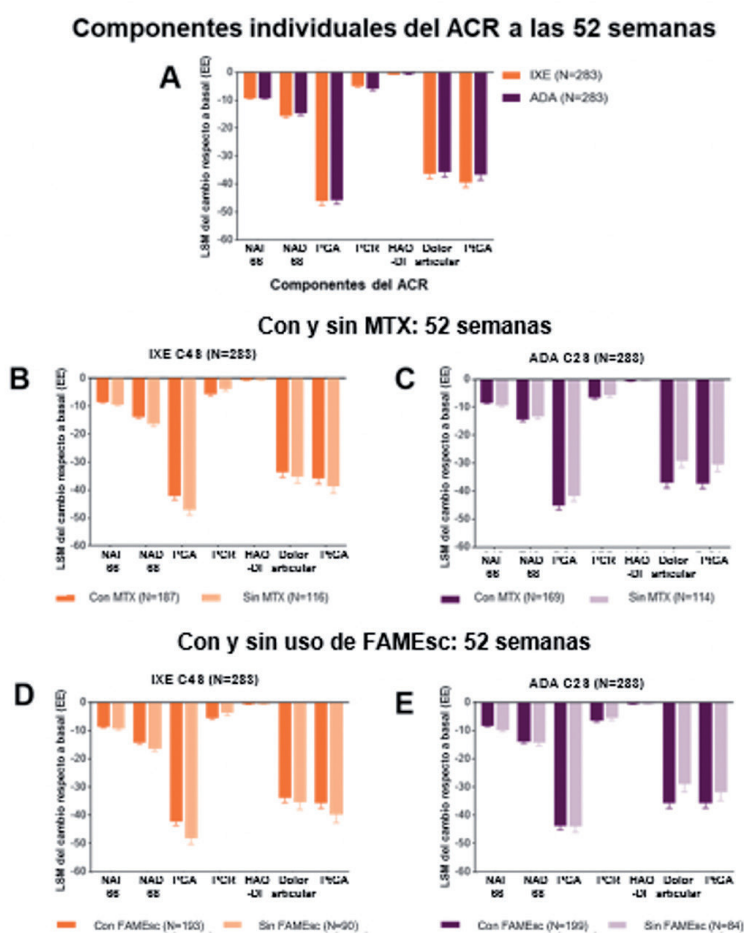


Figura. Cambio desde basal en los componentes individuales de la puntuación compuesta ACR en la semana 52 en pacientes tratados con IXE o ADA (A) en la población ITT, (B y C) con y sin uso de MTX basal y (D y E) con y sin uso de FAMEsc en la basal. Datos presentados como cambio de la media de mínimos cuadrados (LSM) desde basal (mBOCF) + EE. Abreviaturas: ACR, American College of Rheumatology; ADA, adalimumab; EE, error estándar; FAMEsc, fármacos antiinflamatorios modificadores de la enfermedad sintéticos convencionales; HAQ-DI: índice de discapacidad del cuestionario de evaluación de la salud; ITT, intención de tratar; IXE, ixekizumab; mBOCF, observación basal extrapolada modificada; MTX, metotrexato; NAD, número de articulaciones dolorosas; NAI, número de articulaciones inflamadas; PCR, proteína C reactiva; PGA, evaluación global por el médico, PtGA, evaluación global por el paciente.

Características demográficas y clínicas basales de los pacientes tratados con IXE o ADA en la población ITT

	Población ITT	
	IXE C4S (N = 283)	ADA C2S (N = 283)
Edad (años)	47,5 (12,0)	48,3 (12,3)
Mujer, n (%)	121 (42,8)	133 (47,0)
Duración de la enfermedad (años)	5,9 (6,4)	6,6 (7,4)
NAI66	10,1 (7,5)	10,7 (8,1)
NAD68	19,1 (12,7)	21,3 (15,4)
PGA	58,9 (17,5)	59,4 (18,2)
PCR	9,8 (13,7)	10,5 (19,3)
HAQ-DI	1,2 (0,6)	1,3 (0,7)
Dolor articular	59,7 (21,9)	62,4 (21,1)
PtGA	62,4 (20,3)	65,2 (20,7)

Datos presentados como media (DE) a menos que se especifique lo contrario. ADA: adalimumab; HAQ-DI: índice de discapacidad del cuestionario de evaluación de la salud; ITT: intención de tratar; IXE: ixekizumab; NAD: número de articulaciones dolorosas; NAI: número de articulaciones inflamadas; PCR: proteína C reactiva; PGA: evaluación global por el médico; PtGA: evaluación global por el paciente.

Presentado previamente en ACR 2021. Financiado por Eli Lilly and Company.

Bibliografía

1. Mease PJ, et al. *Ann Rheum Dis.* 2020;79(1).

P193. INCREMENTO DE MARCADORES SUBCLÍNICOS DE ENFERMEDAD HEPÁTICA EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA INDEPENDIENTEMENTE DE LA OBESIDAD. EFECTO DE METOTREXATO Y APREMILAST

M. Ruiz-Ponce¹, I. Arias-de la Rosa¹, L. Cuesta-López¹, M.D. López-Montilla¹, A. Lucendo-Villarín², P. Navarro-Sánchez², C. López-Medina¹, L. Ladehesa-Pineda¹, C. Pérez-Sánchez¹, Ch. López-Pedreira¹, A. Escudero-Contreras¹, E. Collantes-Estévez¹ y N. Barbarroja¹

¹IMBIC/Hospital Reina Sofía/Universidad de Córdoba. ²Servicio del Aparato digestivo. Hospital General de Tomelloso.

Introducción: En la artritis psoriásica (APs) las comorbilidades metabólicas, la inflamación crónica y los tratamientos administrados podrían producir efectos adversos en el hígado por lo que es una necesidad relevante monitorizar el daño hepático en esta enfermedad.

Objetivos: 1) Analizar el riesgo de enfermedad hepática en APs utilizando cuatro índices validados en una cohorte de pacientes pareados en edad, sexo y BMI sin APs con diagnóstico de enfermedad del hígado graso no alcohólico (EHGNA), 2) Evaluar los posibles factores clínicos de la APs que están relacionados con el riesgo de padecer EHGNA y 3) Estudiar los efectos del metotrexato (MTX) y apremilast (APRE) en el riesgo de daño hepático en una cohorte longitudinal de pacientes con APs.

Métodos: 1) Estudio transversal en 4 cohortes: 65 controles sin EHGNA y 65 pacientes no APs con EHGNA determinados por ecografía, 75 donantes sanos (DS) y 75 pacientes con APs. Los sujetos con obesidad fueron excluidos del estudio. Se evaluaron variables clínicas y analíticas, alteraciones metabólicas y el riesgo de enfermedad hepática mediante los índices Fibrosis-4 (FIB-4), triglicéridos/glucosa (TyG), esteatosis hepática (HSI) y la ratio aspartato aminotransferasa/plaquetas (APRI). Se analizaron niveles de proteínas séricas involucradas en enfermedad cardiovascular y daño hepático mediante la tecnología de Olink Proteomics, 3) Estudio longitudinal en 15 pacientes tratados con MTX, 15 con APRE y 15 con el tratamiento combinado.

Resultados: Utilizando los cuatro índices de enfermedad hepática en las dos cohortes de pacientes no APs sin EHGNA y con EHGNA diagnosticados por ecografía, observamos que de los índices APRI, HSI y TyG que estaban significativamente incrementados en los pacientes con EHGNA, el de mayor capacidad de discriminar los dos

grupos fue el HSI con una AUC próxima a 0,8. Al igual que en los pacientes con EHGNA, los valores de HSI en los pacientes APs estaban significativamente incrementados comparados con los DS. En estos pacientes los niveles de HSI y de enzimas hepáticas se asociaron a parámetros inflamatorios como niveles incrementados de PCR, articulaciones dolorosas e inflamadas y a alteraciones metabólicas como la resistencia a la insulina y presencia de síndrome metabólico. Aquellos pacientes APs que presentaban un índice HSI más elevado tenían niveles alterados de proteínas séricas involucradas en enfermedad cardiovascular y hepática, concretamente en procesos catabólicos (LDLr, COL1A1), inflamación (TNFR2, TNFSF13B, SELE, IL6 e IL2RA), adhesión y activación celular (ICAM2, IGFBP2, CDH5, AP-N, GP6, GRN) y adipoquinas como la resistina. En el estudio longitudinal, el tratamiento con MTX, apremilast o combinado no producía cambios en las enzimas hepáticas, plaquetas ni en el índice HSI tras 6 meses de tratamiento.

Conclusiones: 1) Los pacientes APs delgados presentan un riesgo incrementado de desarrollo de enfermedad hepática asociado a la resistencia a la insulina y factores inflamatorios de la enfermedad. 2) HSI podría ser un biomarcador utilizado en la práctica clínica habitual para identificar posibles pacientes con EHGNA y así realizar un seguimiento más detallado de esta patología. 3) El tratamiento con MTX o APRE no se asocia al incremento del índice HSI ni de enzimas hepáticas en los primeros 6 meses de tratamiento. Financiado por ISCIII (PI20/00079) cofinanciado con FEDER.

P194. APLICABILIDAD DEL ÍNDICE MASEI EN LAS ENTESIS Y SU ASOCIACIÓN CON OTROS ÍNDICES/MARCADORES SEROLÓGICOS DE ACTIVIDAD EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS

D. Castro Corredor¹, L.Á. Calvo Pascual², M.A. Ramírez Huaranga¹, M. González Peñas¹, J. Seoane Romero¹, L. Martín de la Sierra López¹, L.M. Jiménez Rodríguez¹ y M. Paulino Huertas¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario de Ciudad Real. ²Departamento 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 entesis es uno de los órganos diana, puesto que puede observarse una inflamación de ésta, conocida como entesitis, que en muchos pacientes con espondiloartritis puede pasar desapercibida.

Objetivos: Determinar la relación entre el índice MASEI (Madrid Sonographic Enthesitis Index) en las entesis y otros índices/marcadores serológicos de actividad (como BASDAI, DAPSA o ASDAS y VSG y PCR) en pacientes con espondiloartritis.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal. Se recopilaron datos de pacientes con EspA a los que se le realizó una ecografía musculoesquelética aplicando el Madrid Sonographic Enthesitis Index (MASEI) y que fueron atendidos en nuestras consultas durante mayo 2021 a septiembre 2021 y bajo la aprobación del CEICm de nuestro centro. Se describieron las variables evaluadas usando medidas de frecuencia y medidas de tendencia central/dispersión, según correspondiera. Contrastamos la normalidad de todas las variables, mediante un test de Shapiro-Wilk. Estudiamos la correlación de variables numéricas paramétricas con el coeficiente de Pearson y para las no paramétricas el coeficiente de Spearman. Para variables numéricas y categóricas paramétricas utilizamos para el contraste de hipótesis la diferencia de medias con la prueba t-Student, mientras que para variables numéricas y categóricas no paramétricas, utilizamos para el contraste de hipótesis la prueba U de Mann-Whitney. Finalmente, para conocer la correlación entre variables categóricas usamos una prueba chi-cuadrado.

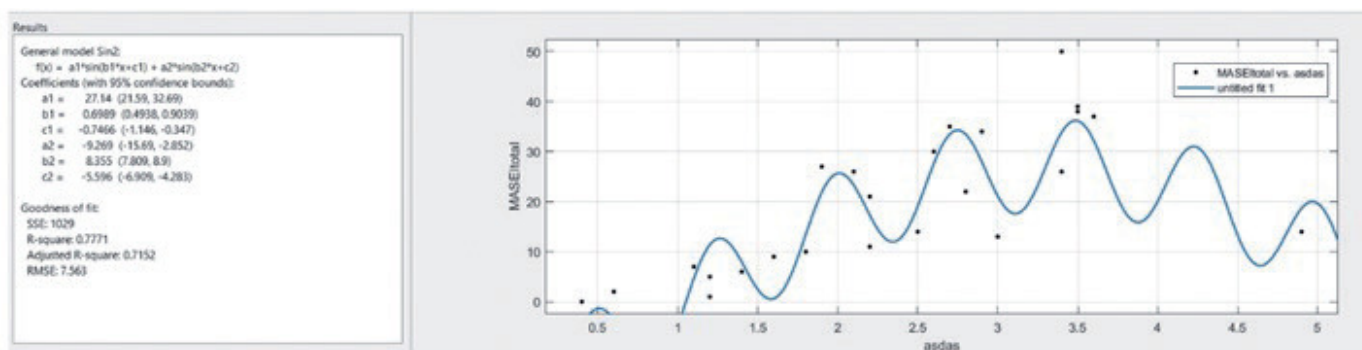


Figura 1. Relación MASEI-ASDAS

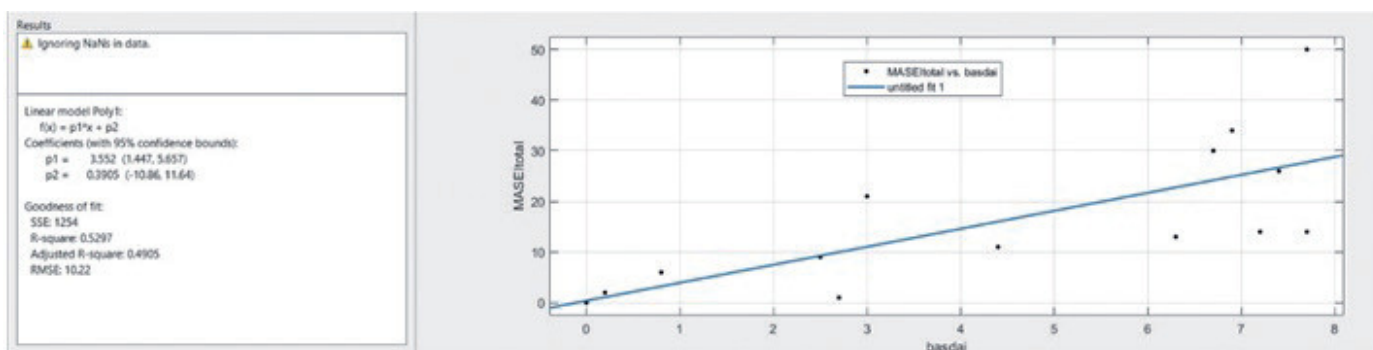


Figura 2. Relación MASEI-BASDAI

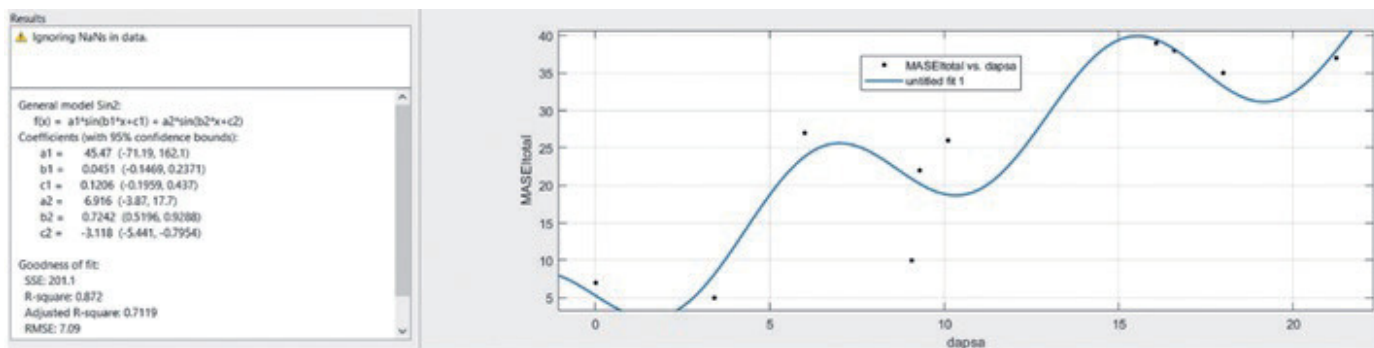


Figura 3. Relación MASEI-DAPSA

Como resultados adicionales añadimos un estudio de ajuste de funciones, *curve-fitting* realizado con *Matlab*, entre las variables: MASEI-ASDAS, MASEI-BASDAI y MASEI DAPSA, para una optimización paramétrica para conseguir ajustar los datos, evitando *overfitting*.

Resultados: Se analizaron 24 pacientes con EspA (edad media de 50,50 años \pm 10,63), de los cuales 8 fueron mujeres y 16 hombres. El nivel promedio de ASDAS fue de 2,35 (\pm 1,09), de BASDAI (para los que presentaban afectación axial) fue de 4,54 (\pm 2,93), de DAPSA (para la artritis psoriásica) fue de 10,98 (\pm 6,85), mientras que el nivel medio del MASEI total fue de 19,88 (\pm 14,77). Se ha encontrado una correlación entre el MASEI total con las siguientes variables: ASDAS (con coeficiente de Pearson de 0,696); BASDAI (con coeficiente de Spearman de 0,823) y DAPSA (con coeficiente de Pearson

de 0,823). Los niveles medios de vitamina D fueron de 25,98 (\pm 12,05) y presentan una correlación de Pearson negativa de -0,317 con la variable MASEI total. Con respecto al ajuste de funciones, se obtuvieron un par de funciones sinusoides para la relación MASEI-ASDAS y MASEI DAPSA (figs. 1 y 3) y una recta de regresión para la relación MASEI-BASDAI (fig. 2). Estas tres curvas, tienen un ajuste R-cuadrado de 0,77, 0,87 y 0,52, respectivamente.

Conclusiones: Los pacientes con espondiloartritis que presentan mayor actividad de la enfermedad medido por ASDAS, BASDAI/DAPSA y por los marcadores serológicos de inflamación PCR y VSG, presentan un MASEI total mayor que los pacientes que se encuentran controlados. Además, se ha observado que los pacientes con cifras bajas de vitamina D presentan mayor actividad de la enfermedad y un mayor MASEI total.

P195. ESTUDIO ECOGRÁFICO DE LA AFECTACIÓN ENTÉSICA EN LA HIPEROSTOSIS ESQUELÉTICA DIFUSA IDIOPÁTICA (HEDI). APLICABILIDAD DEL ÍNDICE MASEI

M.T. Clavaguera Poch¹, T. Clavaguera¹, M. Valls¹, M. Buxó², M. Pujol³, G. Salvador³, E. Armengol⁴, X. González-Giménez⁴, M. Moreno⁵, M. Arévalo⁵, V. Torrente⁶, L. Mateo⁷, S. Holgado⁷, X. Michelena⁸, J. de Agustín⁸, M. Sallés⁹, S. Mínguez⁹, A. Ponce¹⁰, R. Morlà¹⁰, P. Estrada¹¹, D. Reina¹¹, P. Moya¹², H. Corominas¹², J. Font¹ y P. Reyner¹

¹Servicio de Reumatología. Hospitals Universitaris Doctor Trueta i Santa Caterina. Girona. ²Bioestadística. Institut d'Investigació Biomèdica de Girona. ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Mútua de Terrassa. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital de Palamós. ⁵Servicio de Reumatología. Parc Taulí Hospital Universitari. Sabadell. ⁶Servicio de Reumatología. Hospital Comarcal de l'Alt Penedès. Vilafranca del Penedès. ⁷Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. ⁸Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. ⁹Servicio de Reumatología. Althaia. Xarxa Assistencial i Universitària de Manresa. ¹⁰Servicio de Reumatología. Hospital Clínic de Barcelona. ¹¹Servicio de Reumatología. Hospital Moisès Broggi. Sant Joan Despí. ¹²Servicio de Reumatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción: En la enfermedad de Forrester-Rotés o HEDI la entesis es la estructura diana de las manifestaciones extraespinales. A pesar de ser una manifestación característica de la enfermedad ha sido escasamente estudiada.

Objetivos: Evaluar la utilidad del Madrid Sonographic Enthesitis Index (MASEI) para clasificar pacientes con HEDI y estudiar los hallazgos ecográficos en las entesis hiperostóticas.

Métodos: Se reclutaron 35 pacientes con HEDI, según los criterios clasificatorios de Resnick, que se compararon con 33 pacientes sanos ajustados por edad, sexo e índice de masa corporal. Se les practicó una ecografía siguiendo estrictamente el protocolo del MASEI. Los exploradores ecográficos, con una amplia experiencia en ecografía musculoesquelética (grupo ECOCAT), fueron ciegos al diagnóstico de los pacientes. La fiabilidad interobservador del grupo medida por el ICC es de 0,97 (IC95% 89-99)¹. Se recogieron variables sociodemográficas, clinicorradiológicas, y las que conforman el MASEI. Además de calcular el MASEI total, éste se categorizó en MASEI inflamatorio (MASEI-I) y MASEI daño (MASEI-D) ya descritos² y MASEI-HEDI que engloba las variables de grosor, estructura y calcificación. En el análisis, las características de los pacientes se describieron mediante estadísticos descriptivos y la comparación entre grupos con el test Chi-cuadrado para las variables categóricas y el test t-Student para las numéricas. La validez del índice se examinó mediante área bajo la curva ROC y su correspondiente intervalo confianza 95%. Se determinó el punto de corte óptimo (PC), definido como el que maximiza la sensibilidad (S) y especificidad. (E). El programa estadístico utilizado fue R software.

Resultados: En el análisis de las lesiones elementales, y de forma estadísticamente significativa ($p < 0,05$), destacan las alteraciones en estructura, grosor y calcificación de las entesis de cuádriceps distal (TCD) y tendón de Aquiles (TAQ). Se obtuvo el PC de $\geq 16,50$ (S 80%, E 85%) con una AUC de 0,877 (IC95%, 0,79 a 0,96). En los MASEI categorizados, los PC fueron MASEI-I: 5,50 (S 89%; E 76%) y AUC 0,835 (IC95%, 0,73 a 0,94); MASEI-D: 7,50 (S 86%; E 76%) y AUC 0,850 (IC95% 0,75 a 0,94) y MASEI-HEDI: 16,50 (S 74%, E 91%) y AUC de 0,855 (IC95% 0,76 a 0,95). El MASEI total en el grupo de HEDI fue de 27,46 (DE 14,4) frente el 10,30 (DE 6,4) en los controles sanos ($p < 0,001$) así como, en los categorizados MASEI-I, MASEI-D o MASEI-DISH ($p < 0,001$).

Conclusiones: Las alteraciones en las entesis del TAQ y del TCD son las que marcan las diferencias con los pacientes sanos. El punto de PC óptimo estaría en 16,50 pero no observamos ventajas en establecer categorizaciones del MASEI que puedan ser útiles en práctica

clínica. Aunque el MASEI sea un índice diseñado para clasificar pacientes con espondiloartritis nuestro estudio evidencia que también nos permite diferenciar pacientes con HEDI de controles sanos. Sería también interesante analizar la capacidad del MASEI de diferenciar pacientes con HEDI de pacientes con espondiloartritis. Beca de la Sociedad Catalana de Reumatología 2019.

Bibliografía

1. Moya Alvarado P, et al. Rheumatol Int. 2020.
2. Eder Let al. J Rheumatol. 2014;41(3):466-72.

P196. ULTRASOUND INTIMA MEDIA THICKNESS CUT-OFF VALUES FOR CRANIAL AND EXTRACRANIAL ARTERIES IN PATIENTS WITH GIANT CELL ARTERITIS

K.F. López Gloria¹, P. Rodríguez-Merlos^{1,2}, B. Serrano^{1,2}, J.C. Nieto-González^{1,2}, C. González^{1,2}, I. Monteagudo^{1,2}, T. González^{1,2}, I. Castrejón^{1,2}, J.M. Álvaro-Gracia^{1,2} and J. Molina-Collada^{1,2}

¹Department of Rheumatology. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IISGM). Madrid.

Introduction: Ultrasound (US) is a valid imaging tool to detect signs of giant cell arteritis (GCA). Although the halo sign has always been considered the most useful finding for GCA diagnosis, modern high frequency transducers are able to precisely measure the intima-media thickness (IMT) of cranial and extracranial arteries. However, data on optimal cut-off values for IMT to differentiate patients and controls in clinical practice are limited.

Objectives: To determine the optimal cut-off value for IMT of cranial and extracranial arteries in patients with suspected GCA.

Methods: This is a retrospective observational study of patients referred to our US fast-track clinic with suspected GCA. All patients underwent bilateral US examination of the cranial (superficial temporal arteries and its frontal and parietal branches) and extracranial (carotid, subclavian and axillary) arteries within 24 hours per protocol. The exam was performed using an EsaoteMy-Lab8 (Esaote, Genoa) with a 12-18 MHz frequency transducer for cranial arteries and an 8-14 frequency transducer for extracranial arteries. The IMT was measured in gray scale mode and the presence of a non-compressible halo sign was checked in all arteries. The gold standard for GCA diagnosis was clinical confirmation by the referring rheumatologist after 6 months follow-up. Mean IMT values of each artery were compared between patients with and without GCA by independent samples t-test. Receiver operating characteristics (ROC) analysis was performed and the Youden index was used to determine the optimal cut-off value for IMT of each artery.

Results: Of the 157 patients with suspected GCA (67.5% female, mean age 73.7 years) referred to the fast-track clinic, 47 (29.9%) had GCA clinical confirmation after 6 months. Clinical, laboratory and US findings of patients with and without GCA are shown in Table 1. 41 (87.2%) patients with GCA had positive US findings (61.7% had cranial involvement, 44.7% extracranial involvement and 19.1% a mixed pattern of cranial and extracranial arteries). Mean IMT values for each artery of patients with and without GCA are shown in Table 2. The following IMT cut-off values showed the highest diagnostic accuracy: 0.44 mm for the common superficial temporal artery; 0.34 mm for the frontal branch; 0.36 mm for the parietal branch; 1.1 mm for the carotid artery; 1 mm for the subclavian and axillary arteries (Table 2). The area under the ROC curve of the IMT for a clinical diagnosis of GCA was 0.984 (95%CI 0.959-1) for common superficial temporal artery, 0.989 (95%CI 0.976-1) for frontal branch, 0.991 (95%CI 0.980-1) for parietal branch, 0.977 (95%CI 0.961-0.993) for carotid, 0.99 (95%CI 0.979-1) for subclavian and 0.996 (95%CI 0.991-1) for axillary arteries (Table 2).

Table P196

Table 1. Clinical, laboratory and US findings of patients with and without GCA

	Total (n = 157)	Patients with GCA n = 47 (29.9)	Patients without GCA n = 110 (70.1)	p
Demographics				
Age, mean (SD)	73.7 (10.8)	75.3 (11.3)	73 (10.6)	0.245
Female, n (%)	106 (67.5)	31 (66)	75 (68.2)	0.785
Clinical variables				
Baseline use of steroids, n (%)	78 (50)	21 (45.7)	57 (51.8)	0.482
PMR diagnosis before US examination, n (%)	43 (27.4)	8 (17)	35 (31.8)	0.121
Laboratory findings				
CRP (mg/dL), mean (SD)	5.9 (11.3)	10.7 (18.2)	3.8 (5)	0.001
ESR (mm/h), mean (SD)	52.8 (34.2)	68.2 (34)	45 (31.8)	0.001
Haemoglobin (g/dL), mean (SD)	13.7 (17.6)	11.7 (1.6)	14.5 (21)	0.185
Platelets 10 ⁹ /L, mean (SD)	293 (124.7)	335.4 (143.3)	274.7 (111.6)	0.014
Total cholesterol mg/dL, mean (SD)	181.9 (153.3)	161.3 (42.6)	190.6 (180.1)	0.111
HDL cholesterol mg/dL, mean (SD)	54 (18.7)	53.1 (20.7)	54.3 (17.8)	0.723
LDL cholesterol mg/dL, mean (SD)	97.4 (35.9)	90.8 (30.9)	100.1 (37.6)	0.142
US variables				
Positive US findings, n (%)	46 (29.3%)	41 (87.2%)	5 (4.5%)	< 0.001
Temporal artery positive US findings, n (%)	32 (20.4%)	29 (61.7%)	3 (2.7%)	< 0.001
Extracranial arteries positive US findings, n (%)	23 (14.6%)	21 (44.7%)	2 (1.8%)	< 0.001
Temporal + extracranial arteries positive US findings, n (%)	9 (5.7%)	9 (19.1%)	0 (0%)	< 0.001

PMR: polymyalgia rheumatica; CRP: C-reactive protein; ESR: erythrocyte sedimentation rate; US: ultrasound; SD: standard deviation.

Table P196

Table 2. Optimal IMT cut-off values for cranial and extracranial arteries

Artery	Side	Patients without GCA	Patients with GCA	Cut-off, (mm)	AUC (95%CI)	Sensitivity (%)	Specificity (%)
Common superficial temporal artery mm, mean (SD)	Right	0.33 (0.06)	0.68 (0.28)	0.43	0.997 (0.988-1)	100	97.1
	Left	0.35 (0.11)	0.57 (0.21)	0.45	0.966 (0.905-1)	100	92.3
	Both	0.34 (0.08)	0.63 (0.25)	0.44	0.984 (0.959-1)	94.7	95.1
Frontal branch mm, mean (SD)	Right	0.26 (0.05)	0.4 (0.18)	0.34	0.994 (0.983-1)	100	97.1
	Left	0.27 (0.05)	0.4 (0.18)	0.34	0.985 (0.962-1)	100	96.1
	Both	0.26 (0.05)	0.4 (0.18)	0.34	0.989 (0.976-1)	100	96.6
Parietal branch mm, mean (SD)	Right	0.27 (0.05)	0.43 (0.18)	0.36	0.994 (0.981-1)	100	98.9
	Left	0.27 (0.05)	0.41 (0.16)	0.36	0.987 (0.967-1)	100	97.6
	Both	0.27 (0.05)	0.42 (0.17)	0.36	0.991 (0.980-1)	100	98.3
Carotid mm, mean (SD)	Right	0.8 (0.17)	0.88 (0.29)	1	0.974 (0.949-0.999)	100	92.6
	Left	0.82 (0.15)	1 (0.42)	1.2	0.982 (0.961-1)	90.9	96.2
	Both	0.81 (0.16)	0.96 (0.36)	1.1	0.977 (0.961-0.993)	90	94
Subclavian mm, mean (SD)	Right	0.74 (0.18)	0.99 (0.44)	1	0.987 (0.97-1)	100	93.4
	Left	0.67 (0.17)	0.9 (0.35)	1.1	0.991 (0.975-1)	100	98.3
	Both	0.7 (0.18)	0.94 (0.4)	1	0.99 (0.979-1)	100	96
Axillary mm, mean (SD)	Right	0.69 (0.16)	0.99 (0.5)	1	0.992 (0.982-1)	100	96
	Left	0.67 (0.17)	0.99 (0.49)	1	0.998 (0.995-1)	100	98.3
	Both	0.68 (0.17)	0.99 (0.49)	1	0.996 (0.991-1)	100	97.1

Conclusions: Different IMT cut-off values for each artery are necessary to establish a correct US diagnosis of GCA. These proposed IMT cut-off values may help to improve the diagnostic accuracy of US in clinical practice.

P197. DESARROLLO DE NUEVOS ÍNDICES DE ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD PARA LA EVALUACIÓN REMOTA DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE UTILIZANDO TERMOGRAFÍA Y APRENDIZAJE COMPUTACIONAL

I. Morales-Ivorra^{1,2}, J. Narváez³, C. Gómez³, J.M. Nolla³, C. Moragues³, D. Grados¹, J.A. Narváez⁴ y M.A. Marín-López²

¹Hospital Universitari d'Igualada. ²Singularity Biomed. ³Reumatología, Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona. ⁴Radiología. Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.

Introducción: En el seguimiento de los pacientes con artritis reumatoide (AR) se utilizan índices compuestos de actividad que incluyen variables obtenidas en la exploración física. En las consultas telemáticas no es posible determinarlas. La termografía es una

técnica de imagen rápida y segura que mide el calor mediante cámaras de infrarrojos. La inflamación de las articulaciones provoca un aumento de temperatura que puede detectarse mediante termografía. Los métodos de aprendizaje computacional son muy precisos en el análisis de imágenes médicas, y pueden ser utilizados para analizar imágenes térmicas automáticamente. La termografía de manos, la evaluación global del paciente (EVA) y los reactantes de fase aguda podrían combinarse dando lugar a nuevos índices de actividad que faciliten la evaluación remota de pacientes con AR.

Objetivos: Desarrollar nuevos índices de actividad de la enfermedad utilizando aprendizaje computacional para el análisis de las imágenes térmicas de las manos del paciente, el EVA y los reactantes de fase aguda.

Métodos: Estudio multicéntrico observacional. Se reclutaron en las consultas de reumatología pacientes con AR, artritis psoriásica, artritis indiferenciada y artritis secundaria a otras enfermedades. Los participantes sanos fueron reclutados entre personal sanitario y acompañantes. A todos los participantes se les realizó una termografía de manos utilizando una cámara Flir One Pro o una Thermal Expert Q1 conectada a un smartphone. A todos los pacientes

se les realizó una ecografía de manos (Eco-m). El grado de inflamación (0-3) fue medido en escala de grises (GS) y power doppler (PD). Los algoritmos de aprendizaje computacional se utilizaron para cuantificar la inflamación de cada imagen térmica utilizando como patrón oro la Eco-m (puntuación GS + PD). Esta puntuación obtenida fue denominada ThermoJIS. La muestra se dividió en 2 grupos independientes: entrenamiento y validación. Los pacientes con AR y termografía realizada mediante la cámara Thermal Expert Q1 se incluyeron en el grupo de validación. En este grupo también se recogió: EVA del paciente, la proteína C reactiva (PCR) y la velocidad de eritrosedimentación (VSG). El resto de los participantes se incluyeron en el grupo de entrenamiento. Los índices de actividad desarrollados fueron: ThermoDAS (ThermoJIS + EVA), ThermoDAS-VSG (ThermoJIS + EVA + VSG) y ThermoDAS-PCR (ThermoJIS + EVA + PCR). Se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman de ThermoJIS, ThermoDAS, ThermoDAS-VSG y ThermoDAS-PCR vs. GS, PD, EVA, VSG y PCR para caracterizar los nuevos índices de actividad.

Resultados: Se reclutaron 616 sujetos (475 en el grupo de entrenamiento y 141 en el de validación). Las correlaciones obtenidas entre los diferentes índices de actividad (ThermoJIS, ThermoDAS, ThermoDAS-VSG y ThermoDAS-PCR) vs. GS, PD, EVA, VSG y PCR se muestran en la tabla 1. Todas las correlaciones son estadísticamente significativas.

Correlaciones de Spearman de los índices desarrollados vs. hipertrofia sinovial (GS); vs. power doppler (PD); vs. valoración global del paciente (EVA); vs. VSG; vs. PCR

	GS	PD	EVA	VSG	PCR
ThermoJIS	0,42	0,43	0,18	0,16	0,12
ThermoDAS	0,50	0,53	0,87	0,16	0,19
ThermoDAS-VSG	0,54	0,53	0,79	0,49	0,33
ThermoDAS-PCR	0,60	0,60	0,77	0,49	0,54

Conclusiones: ThermoJIS muestra una correlación moderada con Eco-m pero débil con el EVA y los reactantes de fase aguda, lo que sugiere que ThermoJIS no es redundante con los síntomas ni con los valores analíticos. Combinar el EVA y los reactantes de fase aguda con ThermoJIS mejora todas las correlaciones, incluida la correlación con Eco-m. Estos índices termográficos no precisan de la exploración física por lo que podrían facilitar la evaluación de los pacientes con AR en las consultas telemáticas.

P198. EVALUACIÓN DEL ÍNDICE ÍNTIMA-MEDIA DE LA VENA FEMORAL COMÚN MEDIANTE ECOGRAFÍA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE BEHÇET: ESTUDIO COMPARATIVO DE PACIENTES CON Y SIN AFECTACIÓN VASCULAR EN UN CENTRO DE REFERENCIA NACIONAL

D. Prieto-Peña, A. del Peral-Fanjul, B. Atienza-Mateo, V. Pulito-Cueto, M.A. González-Gay y R. Blanco-Alonso

¹Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Research Group on Genetic Epidemiology and Atherosclerosis in Systemic Diseases and Metabolic Bone Diseases of the Musculoskeletal System. IDIVAL. Santander.

Objetivos: Las manifestaciones vasculares son frecuentes en la enfermedad de Behçet¹. Se ha observado mediante ecografía que existe un aumento del grosor del complejo íntima-media venoso en pacientes con Behçet². Sin embargo, se desconoce si estos hallazgos se correlacionan con la afectación vascular. Nuestro objetivo fue comparar los hallazgos ecográficos vascular en pacientes con enfermedad de Behçet con y sin afectación vascular.

Métodos: Estudio observacional de todos los pacientes con Behçet valorados de forma consecutiva en un centro de referencia nacional entre Marzo de 2021 y Mayo de 2021. Todos los pacientes cumplían criterios internacionales para enfermedad de Behçet (ICBD) 2014³. Se recogieron variables demográficas y clínicas. Se consideró que los pacientes tenían afectación vascular si habían presentado historia de trombosis venosa profunda, tromboembolismo pulmonar, tromboflebitis superficial, trombosis arterial (trombosis arterial periférica, ictus, accidente isquémico transitorio), aneurismas, infarto agudo de miocardio y/o fenómeno de Raynaud. Se evaluó el grosor de la pared venosa midiendo el índice íntima-media (IMT) de forma bilateral en las venas femorales comunes mediante ecografía Doppler y se calculó la media de ambas medidas². El análisis estadístico se realizó con SPSS.

Resultados: Se evaluaron 17 pacientes con Behçet con afectación vascular y 25 sin afectación vascular. Las principales características demográficas y clínicas se recogen en la tabla. Las manifestaciones vasculares fueron: trombosis venosa profunda (n = 4), tromboflebitis superficial (n = 1), aneurismas arteriales (n = 2), infarto agudo de miocardio (n = 3), trombosis arterial (n = 1) y fenómeno de Raynaud (n = 10). La mediana [RIC] del IMT en las venas femorales fue significativamente mayor en los pacientes con afectación vascular en

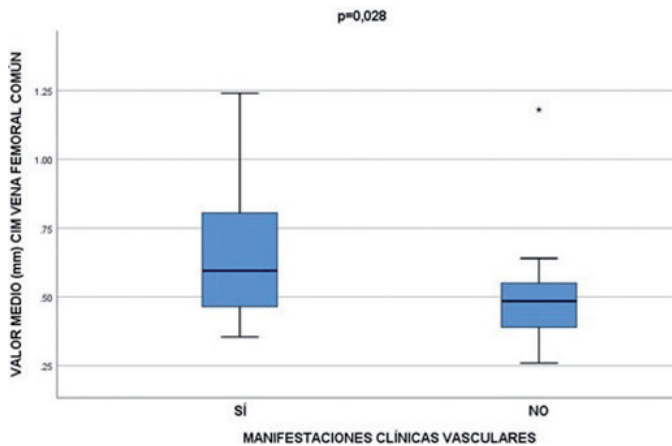
Tabla 198

Características demográficas y clínicas de los pacientes con Behçet con y sin afectación vascular

	Con afectación vascular (n = 17)	Sin afectación vascular (n = 25)	p
Sexo (hombres), n (%)	10 (41,2)	13 (48)	0,663
Edad (años), media ± DE	51,24 ± 12,8	45,56 ± 12,88	0,133
HLA B51 positivo, n/casos evaluados	4/17	14/25	-
Tiempo de evolución desde el diagnóstico (años), media ± DE	13,35 ± 10,45	13,04 ± 8,52	0,891
Factores de riesgo cardiovascular			
Hipertensión, n (%)	7 (41,2)	1 (4)	0,003
Diabetes mellitus, n (%)	1 (5,9)	2 (8)	0,794
Dislipemia, n (%)	6 (35,3)	5 (20)	0,268
Tabaquismo (fumadores o exfumadores), n (%)	10 (58,8)	12 (48)	0,067
Manifestaciones clínicas			
Úlceras orales, n (%)	16 (94,1)	25 (100)	0,220
Úlceras genitales, n (%)	12 (70,6)	16 (64)	0,657
Eritema nodoso, n (%)	9 (52,9)	6 (24)	0,055
Pseudofoliculitis, n (%)	9 (52,9)	19 (76)	0,120
Uveítis, n (%)	7 (41,2)	9 (36)	0,735
Artralgias, n (%)	14 (82,4)	17 (68)	0,299
Manifestaciones neurológicas, n (%)	2 (11,8)	2 (8)	0,683
Hallazgos ecográficos			
IMT vena femoral común (mm), mediana [RIC]	0,65 [0,45-0,82]	0,49 [0,39-0,55]	0,028

DE: desviación estándar; IMT: índice íntima-media; RIC: rango intercuartílico.

comparación con los pacientes sin afectación vascular (0,65 [0,45-0,82] vs. 0,49 [0,39-0,55] mm; $p = 0,028$) (fig.). Se observó una frecuencia más elevada de manifestaciones vasculares en pacientes hipertensos.



Valor medio (mm) del complejo íntima-media (CIM) de la vena femoral común en pacientes con enfermedad de Behçet que presentan o no manifestaciones vasculares clínicas.

Conclusiones: Los pacientes con Behçet con afectación vascular presentaron valores más altos de IMT en las venas femorales comunes. La evaluación del grosor de la pared venosa mediante ecografía podría ser una técnica útil para identificar pacientes con Behçet con afectación vascular.

Bibliografía

1. Emmi G, Bettiol A, Silvestri E, Di Scala G, Becatti M, Fiorillo C, et al. Vascular Behçet's syndrome: an update. Intern Emerg Med. 2019;14(5):645-52.
2. Alibaz-Oner F, Ergelen R, Yıldız Y, Aldag M, Yazici A, Cefle A, et al. Femoral vein wall thickness measurement: A new diagnostic tool for Behçet's disease. Rheumatology (Oxford). 2021;60(1):288-96.
3. 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.

P199. ÍNDICES DE RELACIÓN DE INTENSIDAD DE GRISES COMO MÉTODO DE DISCRIMINACIÓN ENTRE LOS CAMBIOS INDUCIDOS POR EL DEPORTE Y LAS ESPONDILOARTRITIS EN LAS ENTESIS DE CARGA

M. Tortosa Cabañas, C.A. Guillén Astete, Á. Andreu Suárez y A.M. Palomeque Vargas

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

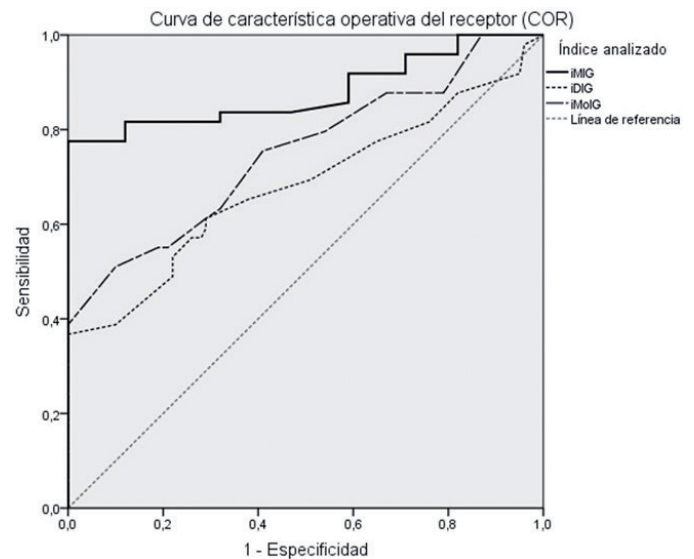
Introducción: Se está introduciendo el análisis informático de imágenes radiológicas en el estudio de la patología musculoesquelética. En el campo de la ecografía, los ajustes basales y las diferencias entre las imágenes obtenidas por distintos equipos suponen un problema potencial en el estudio comparativo de los pacientes. Nuestro grupo de investigación ha demostrado que este tipo de análisis de imágenes ecográficas es sensible a los cambios adaptativos inducidos por el ejercicio.

Objetivos: Determinar si el análisis informático de imágenes ecográficas estáticas permite discriminar los cambios adaptativos de aquellos producidos por enfermedades inmunomediadas con dianas entésicas.

Métodos: Se diseñó un estudio de validación de un test. Dado que el análisis de imágenes ecográficas estáticas depende en gran medida de las características de la imagen y de los ajustes ecográficos utili-

zados, se definieron tres índices basados en los hallazgos en territorios patológicos y su contraparte en las entesis sanas. Índice de medias de intensidad de grises (iMIG): Media de la intensidad de grises en la entesis clínicamente afecta/media de la intensidad de grises en la misma entesis sana. Índice de dispersión de intensidad de grises (iDIG): Media de la desviación estándar de las medias de intensidad de grises en la entesis clínicamente afecta/media de la desviación estándar de las medias de intensidad de grises en la misma entesis sana. Índice de modas de intensidad de grises (iMoG): Media de las modas de intensidad de grises en la entesis afecta/media de la intensidad de grises en la misma entesis sana. En los controles se utilizaron los mismos índices con el lado dominante como numerador y el no dominante como denominador. Todas las entesis estudiadas correspondieron al miembro inferior.

Resultados: Se incluyeron registros de 49 pacientes (20 con diagnóstico de artritis psoriásica, 19 con espondiloartritis axial radiográfica y 10 con espondiloartritis axial no radiográfica) y de 100 controles sanos. De los 49 estudios, 30 correspondieron al tendón de Aquiles, 10 al tendón rotuliano distal y 9 al tendón rotuliano proximal. En el grupo de pacientes, la iMIG fue 0,917 DE 0,062, la iDIG fue 0,976 DE 0,042 y la iMoG fue 0,962 DE 0,041. En el grupo de controles, la iMIG fue 1 DE 0,020, la iDIG fue 1,001 DE 0,03 y la iMoG fue 0,999 DE 0,03. El área bajo la curva (fig.) para los tres índices fueron: iMIG 0,879 (IC95% 0,807 a 0,951), iDIG 0,582 (IC95% 0,582 a 0,785), iMoG 0,751 (IC95% 0,662 a 0,840). Todas las áreas demostraron validez diagnóstica con $p < 0,0001$. De acuerdo con la matriz de coordenadas de la curva de características operativa del receptor (COR), para un punto de corte de iMIG inferior o igual 1,02 se alcanzaría una sensibilidad de 95,9% y una especificidad del 71%.



Trazado de las curvas COR para los tres índices analizados.

Conclusiones: Los índices que contrastan las medias, dispersión y moda de intensidades de grises son válidos para la discriminación entre sujetos sanos y pacientes con entesopatías de carga relacionadas con espondiloartritis. De todos ellos, el iMIG parece el más adecuado. Se propone preliminarmente un punto de corte inferior a 1,02 para identificar a pacientes con entesopatías inflamatorias. En los pacientes, las entesis afectadas tienen una media de grises inferior que la contraparte sana por lo que el iMIG tiende a ser inferior a 1. En sujetos sanos, la media de grises es ligeramente mayor en la entesis dominante por lo que el iMIG tiende a ser superior o igual a 1.

P200. VALIDACIÓN DEL ANÁLISIS INFORMÁTICO CUANTITATIVO DE IMÁGENES ECOGRÁFICAS DE LOS TENDONES AQUILEO Y ROTULIANO EN SUJETOS SANOS

Á. Andreu Suárez, C. Guillén Astete, M. Tortosa Cabañas, R. Manzo y X. Cenicacelaya Olabarrieta

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: El estudio ecográfico de los tendones forma parte de la evaluación complementaria de pacientes con distintas patologías musculoesqueléticas. La valoración del estado ecográfico de los tendones depende en gran medida de la subjetividad del explorador, valorando la ordenación de las fibras, su ecogeneidad global y su grosor. Este tipo de evaluaciones tiene gran interés diagnóstico, sin embargo su valor evolutivo es menor en tanto que a la valoración subjetiva puede no percibir cambios sutiles. Recientemente se ha introducido el análisis informático de la imagen como alternativa en investigación para complementar la evaluación ecográfica. Dos de los parámetros más útiles de estos análisis son la media y la moda de intensidades de grises. Ambas permiten una evaluación global de la ecoestructura de un órgano.

Objetivos: Determinar si el análisis informático de imágenes estáticas es válido y apto para su uso en el estudio de tendones.

Métodos: Se analizaron las imágenes ecográficas de voluntarios sanos de distintos grupos de edad. Los estudios correspondieron a los siguientes tendones de lado dominante del voluntario: (i) el cuerpo del tendón rotuliano en aproximación transversal, y (ii) el corte longitudinal del tendón de Aquiles. El procesamiento de las imágenes se realizó utilizando el programa ImageJ 1.53e. Tres investigadores distintos realizaron un análisis en espectro de grises (0-255) con el cálculo de la media, desviación estándar (SD), rango, mediana y moda. Para el proceso de validación del análisis realizado por el software se compararon dos medidas de cortes distintos del tendón rotuliano y tres cortes longitudinales de 20 mm del tendón de Aquiles (paramedial, central y paralateral).

Resultados: Se analizaron imágenes de 44 voluntarios sanos: 20 varones y 24 mujeres. Cuarenta y cuatro tríos de imágenes del tendón de Aquiles y 44 pares de imágenes del tendón rotuliano fueron analizadas. En el estudio del tendón de Aquiles (fig. 1), de acuerdo con la prueba de Shapiro-Wilk la distribución de las medias de distribución de grises tuvieron una distribución no normal mientras que las modas tuvieron una distribución normal. Las medias de intensidad de grises fueron: $80,15 \pm 26,04$, $80,05 \pm 25,57$ y $79,91 \pm 25,83$ para los cortes medial, central y lateral, respectivamente (Friedman, $p = 0,454$). Las medias de las modas de las intensidades

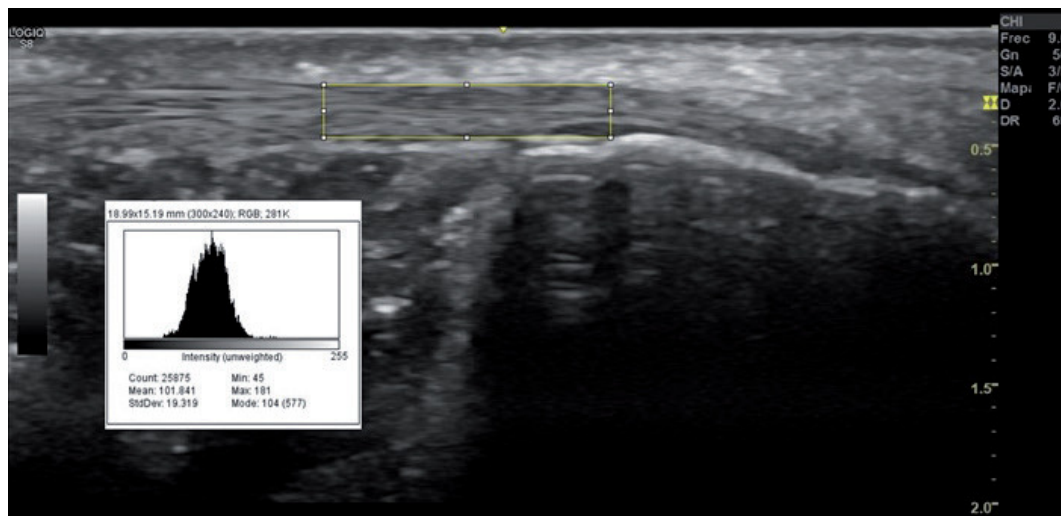


Figura 1. Análisis de imagen de un tendón de Aquiles en el plano longitudinal central.

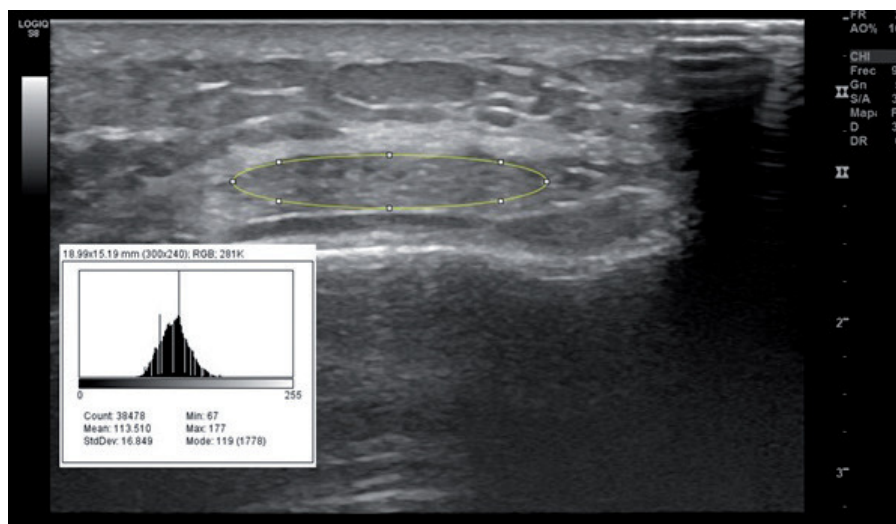


Figura 2. Análisis de un corte transversal del tendón rotuliano en el punto de emergencia de la tuberosidad tibial.

de grises para las mismas medidas fueron 67,35 ± 31,60, 67,76 ± 32,18 y 68 ± 32,18, respectivamente (ANOVA datos apareados, p = .259). En el estudio del tendón rotuliano (fig. 2) todas las distribuciones de medidas fueron no normales. Las medias de intensidad de grises en el punto de emergencia del tendón (P) fue 81,35 ± 29,63 y a 20 mm proximal a este punto fue 80,97 ± 29,08 (Wilcoxon, p = 0,327). Las medias de las modas en las mismas localizaciones fueron 82,71 ± 28,75 y a 20 mm proximal a este punto fue 64,44 ± 33,31 (Wilcoxon, p = 0,079).

Conclusiones: El presente estudio demuestra que el análisis cuantitativo de imágenes estáticas correspondientes a tendones sanos permite obtener resultados similares en la misma estructura en planos longitudinales o transversales distintos. Partiendo de esta prueba de validación, la demostración de sensibilidad al cambio provocada por cualquier estímulo (deporte, noxas o tratamientos) podría permitir su uso como instrumento complementario a la valoración de estructuras tendinosas o tendinoentésicas a lo largo del tiempo.

P201. INFLUENCIA DE LA INTENSIDAD Y LOCALIZACIÓN DE LA ALTERACIÓN VASCULAR EN LA EXPRESIÓN FENOTÍPICA BASAL Y EN LA EVOLUCIÓN DE LA ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES

A. Ginon Moreno¹, M.C. Uyaguari Morocho², E. Fernández-Fernández², I. Monjo², E. de Miguel²

¹Reumatología. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid. ²Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción: La arteritis de células gigantes (ACG) es la vasculitis más frecuente en la población > 50 años. Se reconocen varios tipos de afectación en la ACG, según los vasos afectados, pero el significado de la alteración de la pared vascular en la expresión fenotípica de la enfermedad y en la evolución de la misma ha sido poco estudiado hasta ahora.

Objetivos: Conocer la importancia en la ACG del tipo e intensidad de la alteración vascular en la expresión basal de la enfermedad y en el seguimiento de la misma.

Métodos: Estudio observacional descriptivo de nuevos pacientes consecutivos diagnosticados de ACG en nuestro hospital. Todos los pacientes habían sido sometidos a una ecografía color Doppler donde se exploraron tanto arterias craneales (arterias temporales común,

frontal y parietal) y arterias extracraneales (incluyendo arterias axilares, subclavias y carótidas). Se realizó el diagnóstico ecográfico de acuerdo con las definiciones OMERACT de signo del halo y se estableció como límite de grosor de íntima media ≥ 0,34 mm para las arterias temporales superficiales, ≥ 0,42 para el tronco común de la arterias temporales y ≥ 1 mm para las arterias axilares, subclavias y carótidas. El “halo score” (HScore) se calculaba de acuerdo con los criterios de Sebastian et al.¹ Se revisaron las historias clínicas de los pacientes y se compararon sus datos ecográficos, clínicos y de laboratorio entre los diferentes patrones ecográficos de ACG.

Resultados: Se incluyeron 74 pacientes, mujeres 44 (58,7%), con una edad media de 78,6 ± 8,6 años. Al analizar los subtipos de ACG: 18 pacientes tenían afectación de arterias craneales (ACGc), 12 pacientes tenían ACG de vasos grandes extracraneales (ACGvg) y 44 pacientes tenían formas mixtas craneales y extracraneales. Las características de la población y de cada uno de los subtipos de ACG y los grosores de la pared vascular de los diferentes vasos aparecen en la tabla 1. Los pacientes con afectación de vaso grande puro tenían todos síndrome constitucional, mientras que en los pacientes con afectación de vasos craneales pura o mixta esta manifestación clínica aparecía en 3/4 partes de los pacientes. Por el contrario el subtipo de ACGvg presentaba significativamente menos eventos isquémicos y solo un efecto isquémico adverso grave frente a 18 en el caso de en la ACGc y mixta p < 0,01 y p < 0,05 respectivamente, la ACGvg solo presentaba un caso de efecto adverso isquémico grave frente a 9 casos en la ACGc y otros 9 en la ACGm. En el análisis del HScore los resultados muestran que las puntuaciones son significativamente diferentes entre los grupos de ACGc y ACGvg algo esperable debido a la diferente preferencia por el tipo de vaso afecto entre ambos grupos. Más interesante es el hecho de que la afectación de la pared de las arterias craneales es más intensa en los pacientes con ACGc que en la ACGm, p < 0,001. No obstante los efectos isquémicos graves incluyendo NOIA/Amaurosis y ACVA no mostraron diferencias significativas p = 0,78. La afectación del vaso grande en la ACGvg frente a la ACGm no mostró diferencias significativas.

Conclusiones: El engrosamiento de la pared arterial es mayor en la ACGc que en la ACG mixta, no obstante los efectos adversos graves por isquemia no mostraban diferencias significativas entre ambos grupos. El síndrome isquémico se presenta preferentemente en los grupos con afectación de vasos craneales, pero no de forma exclusiva.

Bibliografía

1. Sebastian et al. BMC Rheumatology. 2020;4:35.

Tabla P201
Características clínicas de la población estudiada

Características clínicas	Total ACG (n = 74)	ACGc (n = 18)	ACGvg (n = 12)	ACGm (n = 44)	ACGc vs. ACGm p	ACGc vs. ACGvg p	ACGvg vs. ACGm p
Sexo femenino, n (%)	44 (59,4)	10 (55,5)	6 (50)	27 (61,3)	0,672	0,765	0,478
Edad, (años) media ± DE	78,6 ± 8,6	79,0 ± 8,1	73,2 ± 9,4	80,7 ± 7,9	0,505	0,031	0,077
VSG, (mm/h) media ± DE	57,1 ± 35,5	66,1 ± 39,2	39,6 ± 24,5	56,6 ± 34,1	0,391	0,021	0,115
PCR (mg/dL) media ± DE	56,4 ± 57,1	50,1 ± 45,6	52,3 ± 52,5	60,7 ± 63,7	0,179	0,758	0,417
Síntomas constitucionales, n (%)	59 (78,7)	12 (66,6)	12 (100)	35 (79,5)	0,282	0,025	0,087
Síntomas isquémicos, n (%)	66 (82,66)	15 (83,3)	5 (41,6)	35 (79,5)	0,732	0,018	0,010
HScoreCraneal, media ± DE	6,29 ± 5,37	9,00 ± 5,10	2,25 ± 3,25	6,27 ± 5,43	0,066	0,000	0,003
HScoreVG, media ± DE	5,05 ± 4,35	0,94 ± 1,10	6,25 ± 4,67	6,52 ± 4,02	0,000	0,002	0,856
HScoreTotal, media ± DE	11,35 ± 6,17	9,94 ± 4,90	8,50 ± 5,65	12,79 ± 6,48	0,067	0,478	0,035
Frontal derecha (mm), media ± DE	0,40 ± 0,14	0,44 ± 0,19	0,29 ± 0,09	0,40 ± 0,11	0,412	0,022	0,029
Frontal izquierda (mm), media ± DE	0,40 ± 0,12	0,41 ± 0,70	0,31 ± 0,17	0,40 ± 0,12	0,711	0,253	0,299
Parietal derecha (mm), media ± DE	0,47 ± 0,27	0,48 ± 0,13	0,29 ± 0,07	0,49 ± 0,34	0,879	0,002	0,014
Parietal izquierda (mm), media ± DE	0,38 ± 0,13	0,39 ± 0,14	0,34 ± 0,08	0,38 ± 0,12	0,987	0,398	0,354
Axilar derecha (mm), media ± DE	0,96 ± 0,33	0,72 ± 0,18	1,04 ± 0,42	1,09 ± 0,30	0,000	0,024	0,821
Subclavia derecha (mm), media ± DE	1,00 ± 0,35	0,73 ± 0,13	1,06 ± 0,41	1,05 ± 0,34	0,000	0,023	0,998
Axilar izquierda (mm), media ± DE	0,94 ± 0,29	0,71 ± 0,14	1,04 ± 0,37	0,97 ± 0,27	0,000	0,033	0,598
Subclavia izquierda (mm), media ± DE	0,91 ± 0,27	0,71 ± 0,17	1,06 ± 0,30	0,93 ± 0,24	0,006	0,007	0,241
Carótida derecha distal (mm), media ± DE	0,95 ± 0,22	0,82 ± 0,14	0,84 ± 0,25	1,02 ± 0,19	0,002	0,821	0,048
Carótida derecha proximal (mm), media ± DE	0,90 ± 0,24	0,68 ± 0,15	0,89 ± 0,21	0,90 ± 0,22	0,001	0,033	0,298
Carótida izquierda distal (mm), media ± DE	1,01 ± 0,24	0,80 ± 0,13	0,87 ± 0,23	1,10 ± 0,22	0,000	0,520	0,026
Carótida izquierda proximal (mm), media ± DE	0,98 ± 0,31	0,73 ± 0,90	0,8 ± 0,15	1,07 ± 0,33	0,001	0,110	0,029

ACG: arteritis de células gigantes; ACGc: arteritis de células gigantes craneal; ACGvg: arteritis de células gigantes de vaso grande; ACGm: arteritis de células gigantes mixta; DE: desviación estándar; p: valor p

P202. EVALUACIÓN ECOGRÁFICA DE LA EFICACIA DE TOCILIZUMAB EN LA ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES EN 26 PACIENTES DE PRÁCTICA CLÍNICA

J. Sánchez¹, J. Loricera¹, L. Sánchez-Bilbao¹, E. de Miguel², R. Melero³, E. Galíndez-Agirreagoikoa⁴, J. Narváez⁵, C. Galisteo⁶, J.C. Nieto⁷, P. Moya⁸, E. Labrador⁹, M.A. González-Gay^{1,19} y Ricardo Blanco¹ en nombre del Grupo español de Arteritis de células Gigantes

¹Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Universidad de Cantabria. Santander. ²Departamento de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

³Departamento de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. ⁴Departamento de Reumatología. Hospital de Basurto. Bilbao.

⁵Departamento de Reumatología. Hospital de Bellvitge. Barcelona.

⁶Departamento of Reumatología. Hospital Parc Taulí. Sabadell.

⁷Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ⁸Departamento de Reumatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ⁹Departamento de Reumatología. Hospital de San Pedro. Logroño. ¹⁹Cardiovascular Pathophysiology and Genomics Research Unit. School of Physiology. Faculty of Health Sciences. University of the Witwatersrand. Johannesburg (Sudáfrica).

Introducción: La vasculitis de grandes vasos (VGV) se caracteriza por la inflamación de la pared de los vasos afectados, que puede detectarse mediante técnicas de imagen¹. La ecografía de arteria temporal (EAT) es una de las herramientas más utilizadas para el diagnóstico de la arteritis de células gigantes (ACG), especialmente en pacientes con fenotipo craneal. El tocilizumab (TCZ) ha demostrado eficacia en el tratamiento de esta patología vascular, incluida la ACG^{2,3}. Sin embargo, la mejoría objetivada por técnicas de imagen como la ecografía tras el tratamiento con TCZ está poco documentada.

Objetivos: Evaluar la eficacia de TCZ en la mejoría de la inflamación de la pared vascular detectada mediante ecografía de arteria temporal.

Métodos: Estudio multicéntrico observacional de 26 pacientes con ACG detectada en EAT tratados con TCZ. La ACG se diagnosticó según criterios ACR de 1990 y/o biopsia de arteria temporal y/o presencia de signos de inflamación de la pared del vaso por ecografía, definida por la presencia del signo del halo. En todos los casos era obligatoria la presencia de al menos una ecografía basal y otra de seguimiento. Los pacientes se dividieron en dos subgrupos, con y sin signos de mejoría (parcial o completa) en el seguimiento ecográfico.

Principales características de 26 pacientes con ACG tratados con tocilizumab y ecografía temporal en el seguimiento

	Sin mejoría en EAT (n = 21)	Con mejoría en EAT (n = 5)	p
Características basales al inicio de TCZ			
Características generales			
Edad(años), media DE	77,38.9	72,212.9	0,270
Sexo, mujeres/hombres (% mujeres)	17/4 (80,95)	2/3 (40)	0,101
Tiempo desde diagnóstico hasta inicio de TCZ (meses), mediana [RIC]	6 [3-9]	3 [1-6]	0,452
Manifestaciones sistémicas, n (%)			
Fiebre, n (%)	1/21 (4,76)	1/5 (20)	0,354
Síndrome constitucional, n (%)	10/21 (47,62)	2/5 (40)	0,999
PmR, n (%)	11/21 (52,38)	1/5 (20)	0,330
Manifestaciones isquémicas, n (%)			
Afectación visual, n (%)	1/21 (4,76)	1/5 (20)	0,354
Cefalea, n (%)	15/21 (71,43)	5/5 (100)	0,298
Claudicación mandibular, n (%)	4/15 (26,67)	¼ (25)	0,999
Datos de laboratorio			
VSG, mm 1ª hora, mediana [RIC]	33 [22-49]	55 [54-80]	0,216
PCR, mg/dL, mediana [RIC]	1,5 [0,7-6,7]	3,8 [1-4,2]	0,948
Dosis de Prednisona, mg/día, mediana [RIC]	13,7 [10-30]	30 [12,5-30]	0,505
Tiempo desde inicio de TCZ hasta PET de seguimiento (meses)	3.93.6	3.12.1	0,456

Resultados: Se incluyeron 26 pacientes en el estudio (19 mujeres/7 hombres; edad media, 76,3 ± 9,7 años). Las principales características clínicas de los pacientes con ACG con y sin mejoría en la ecografía se muestran en la tabla. No encontramos diferencias significativas en ninguna de las variables estudiadas entre ambos grupos. Tras el inicio de TCZ, 21 de 26 pacientes (80,7%) mostraron signos de mejoría en la ecografía (12 completa, 9 parcial). En 4 de los 5 pacientes en los que no hubo mejoría en los hallazgos ecográficos, se observó mejoría clínica ya desde el primer mes después del inicio de TCZ.

Conclusiones: TCZ parece ser eficaz en el control de la ACG, incluyendo la afectación vascular detectada por ecografía. Esta mejoría se puede detectar en el seguimiento mediante una técnica de imagen inocua y coste-efectiva como la ecografía de arteria temporal. Grupo español de Arteritis de Células Gigantes: Juan C. González Nieto (H. Gregorio Marañón), Juan R. de Dios (H.U. Araba), Esther Fernández (H. Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca), Isabel de la Morena (H. Clínico Universitario de Valencia), Patricia Moya (H. Sant Pau), Roser Solans i Laqué (H. Valle de Hebrón), Eva Pérez Pamplín (H.U. de Santiago), José L. Andréu (H.U. Puerta de Hierro), Marcelino Revenga (H. Ramón y Cajal), Juan P. Baldivieso Achá (H. U. de La Princesa), Eztizen Labrador (H. San Pedro), Andrea García-Valle (Complejo Asistencial Universitario de Palencia), Adela Gallego (Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz), Carlota Iñiguez (H.U. Lucus Augusti), Cristina Hidalgo (Complejo Asistencial Universitario de Salamanca), Noemí Garrido-Puñal (H. Virgen del Rocío), Ruth López-González (Complejo Hospitalario de Zamora), José A. Román-Ivorra (H.U. y Politécnico La Fe), Sara Manrique (H. Regional de Málaga), Paz Collado (H.U. Severo Ochoa), Enrique Raya (H. San Cecilio), Valvanera Pinillos (H. San Pedro), Francisco Navarro (H. General Universitario de Elche), Alejandro Olivé-Marqués (H. Trías i Pujol), Francisco J. Toyos (H.U. Virgen Macarena), María L. Mareña Rojas (H. La Mancha Centro), Antoni Juan Más (H.U. Son Llàtzer), Beatriz Arca (H.U. San Agustín), Carmen Ordás-Calvo (H. Cabueñes), María D. Boquet (H. Arnau de Vilanova), Noelia Álvarez-Rivas (H.U. Lucus Augusti), María L. Velloso-Feijoo (H.U. de Valme), Cristina Campos (H. General Universitario de Valencia), Íñigo Rúa-Figueroa (H. Doctor Negrín), Antonio García (H. Virgen de las Nieves), Carlos Vázquez (H. Miguel Servet), Pau Lluch (H. Mateu Orfila), Carmen Torres (Complejo Asistencial de Ávila), Cristina Luna (H.U. Nuestra Señora de la Candelaria), Elena Becerra (H.U. de Torre Vieja), Nagore Fernández-Llanio (H. Arnau de Vilanova), Arantxa Conesa (H.U. de Castellón), Eva Salgado (Complejo Hospitalario Universitario de Ourense).

Bibliografía

- Prieto-Peña D, et al. Semin Arthritis Rheum. 2019;48:720-7.
- Prieto-Peña D, et al. Ther Adv Musculoskelet Dis. 2021;13:1759720X211020917.
- Calderón-Goercke M, et al. Semin Arthritis Rheum. 2019;49:126-35.

P203. ANÁLISIS DE LAS DIFERENCIAS CLÍNICAS ENTRE LOS SUBTIPOS DE ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES

M.C. Uyaguari Morocho¹, E. Fernández-Fernández¹, A. Ginon², I. Monjo¹ y E. de Miguel¹

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

²Estudiante de Grado en Medicina. Universidad Autónoma de Madrid.

Introducción: La arteritis de células gigantes (ACG) es la vasculitis más frecuente en la población mayor de 50 años. Hoy en día, se conoce que existen varios tipos de afectación en la ACG según los vasos que se vean afectados, craneal, extracranial y mixta. Sin embargo, las características clínicas que diferencian a estos tres subtipos han sido poco estudiadas hasta ahora. Probablemente, en una futura medicina personalizada, las características diferenciales

Tabla P203

Características clínicas de la población estudiada y diferencias entre los subtipos de ACG

Características clínicas	ACG total n = 74	ACGc n = 18	ACGvg n = 12	ACGm n = 44	ACGc vs. ACGm p	ACGc vs. ACG vg p	ACGvg vs. ACGm p
Sexo mujer, n (%)	44 (59,4)	10(55,5)	6 (50)	27 (61,3)	0,672	0,765	0,478
Edad en años, media ± DE	78,6 ± 8,6	79,0 ± 8,1	73,2 ± 9,4	80,7 ± 7,9	0,505	0,031	0,077
VSG en mm/h, media ± DE	57,1 ± 35,5	66,1 ± 39,2	39,6 ± 24,5	56,6 ± 34,1	0,391	0,021	0,115
PCR en g/dL, media ± DE	56,4 ± 57,1	50,1 ± 45,6	52,3 ± 52,5	60,7 ± 63,7	0,179	0,758	0,417
Síndrome constitucional, n (%)	59 (78,7)	12 (66,6)	12 (100)	35 (79,5)	0,282	0,025	0,087
Síntomas isquémicos, n (%)	66 (82,66)	15 (83,3)	5 (41,6)	35 (79,5)	0,732	0,018	0,010
Remisión 6m, n (%)	25 (33,3)	7 (38,8)	5 (41,6)	13 (29,5)	0,847	0,879	0,425
Remisión libre de corticoides, n (%)	8 (10,7)	1 (5,5)	2 (16,6)	5 (11,3)	0,475	0,320	0,622
Recaída mayor, n (%)	4 (5,3)	0 (0)	1 (8,3)	3 (6,8)	0,479	0,213	0,857
Recaída menor, n (%)	12 (16)	2(11,1)	3 (25)	8 (18,1)	0,492	0,317	0,598

ACG: arteritis de células gigantes; ACGc: arteritis de células gigantes con afectación craneal; ACGvg: arteritis de células gigantes con afectación de vaso grande; ACGm: arteritis de células gigantes con afectación mixta; DE: desviación estándar; p: valor (p < 0,05).

en la expresión de la enfermedad serán relevantes en el pronóstico y seguimiento de estos pacientes.

Objetivos: Conocer las diferencias clínicas asociadas a los subtipos de afectación de arteritis de células gigantes.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes nuevos diagnosticados de ACG en nuestro hospital durante tres años. Todos los pacientes fueron sometidos a una ecografía color Doppler donde se exploraron tanto arterias craneales (arterias temporales superficiales con su tronco común y sus ramas frontales y parietales) como arterias extracraneales (arterias axilares, subclavias y carótidas). Se realizó el diagnóstico ecográfico según las definiciones OMERACT de signo del halo y se estableció como límite de grosor de íntima media ≥ 0,34 mm para las ramas de las arterias temporales, ≥ 0,42 para el tronco común de las arterias temporales y ≥ 1 mm para las arterias axilares, subclavias y carótidas. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes y se compararon sus datos demográficos, clínicos y de laboratorio entre los diferentes patrones de afectación ecográfica de ACG. Se estableció como límite de significación estadística una p < 0,05. Para los criterios de remisión y recaída se usaron las definiciones recogidas en las recomendaciones EULAR de 2019¹. El análisis estadístico se realizó mediante SPSS versión 25.

Resultados: Se incluyeron 74 pacientes, 44 (58,7%) mujeres con una edad media de 78,6 ± 8,6 años. Al analizar los subtipos de ACG, 18 pacientes (24,3%) tenían afectación exclusiva de arterias craneales (ACGc), 12 (16,2%) pacientes tenían afectación de vasos grandes extracraneales (ACGvg) y 44 (59,5%) pacientes tenían formas mixtas con afectación craneal y extracraneal (ACGm). Las características de la población y de los subtipos de ACG se muestran en la tabla. El análisis de los resultados mostró que los pacientes con ACGvg son más jóvenes, tienen menos clínica isquémica y tienen VSG más bajas que los pacientes con ACGc (p < 0,05). La afectación craneal se asoció con más manifestaciones isquémicas que la ACG con afectación de vaso grande e incluso que la ACGm (p < 0,05). Adicionalmente, se observó una tendencia a presentar mayor síndrome constitucional en el grupo de ACGvg comparado con el grupo de ACGc (p < 0,05). La principal limitación del estudio es su bajo tamaño muestral al analizar los subgrupos, que no permite confirmar algunas de las tendencias observadas en la tabla.

Conclusiones: Se observan diferencias fenotípicas significativas en la forma de presentación de los diferentes subtipos de afectación vascular en la ACG.

Bibliografía

1. Hellmich B, et al. Ann Rheum Dis. 2020;79(1):19-30.

P204. ANÁLISIS DEL GRADO DE CORRELACIÓN ENTRE LA ECOGRAFÍA FRENTE A LOS ÍNDICES DE ACTIVIDAD BASAL (DAS28, DAPSA Y ASDAS) PARA EVALUAR LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD DE LA ARTRITIS REUMATOIDE, ARTRITIS PSORIÁSICA Y ESPONDILITIS ANQUILOSANTE PREVIA AL INICIO DE TRATAMIENTO CON TERAPIAS BIOLÓGICAS

I.M. Fernández-Maeztu Palaçín, J. Rodas Flores, M.D. Ruiz Montesino, G. Jurado Quijano, A. Fernández-Reboul Fernández y J.J. Pérez Venegas

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: Existen numerosos estudios acerca del papel de la Ecografía como herramienta para predecir progresión de enfermedades inflamatorias articulares, siendo sensible para detectar sinovitis de bajo grado, incluso en aquellos pacientes que se encuentran en remisión clínica.

Objetivos: El objetivo principal del estudio es analizar el grado de correlación de la actividad medida por ecografía frente a los índices de actividad basal en artritis reumatoide (AR), artritis psoriásica (APS) y espondilitis anquilosante (EA) previa al inicio de tratamiento con terapias biológicas.

Métodos: Se recogen variables demográficas, diagnóstico, hallazgos ecográficos basales (clasificados en sinovitis con power doppler y tenosinovitis o sinovitis con tenosinovitis con power doppler) e índices de actividad basal. Se realiza un análisis retrospectivo, no intervencionista, mediante revisión de registros y bases de datos de pacientes adultos con AR, APS y EA del Servicio de Reumatología del H.U.V.M., mediante un estudio inferencial relacionando la existencia de actividad en ecografía para cada una de las patologías a estudio, frente a la evaluación de actividad clínica estandarizada.

Tabla 1.

		ARTRITIS REUMATOIDE	ARTRITIS PSORIÁSICA	ESPONDILITIS ANQUILOSANTE
ECOGRAFIA	Sin actividad ecográfica	15(28%)	13(42%)	7(50%)
	Sinovitis P.D.	14(26%)	8(26%)	4(29%)
	Tenosinovitis P.D. o Sinovitis con Tenosinovitis P.D.	25(46%)	10(32%)	3(21%)
TOTAL		54	31	14

P204 Figura 1

Tabla 2.

		ARTRITIS REUMATOIDE				ARTRITIS PSORIASICA			
		Media DAS28	Desviación típica	N pacientes	NA	Media DAPSA	Desviación típica	N pacientes	NA
ECOGRAFIA	Sin actividad ecográfica	4.89	1.27	15	0	21.83	12.74	11	2
	Sinovitis P.D.	4.35	1.46	14	0	29.68	15.88	7	1
	Tenosinovitis P.D. o Sinovitis con Tenosinovitis P.D.	4.29	1.19	23	2	23.87	5.87	9	1
$p = 0.343$					$p = 0.4$				

NA: No Aplica

P204 Figura 2

Tabla 3.

	Actividad DAS28 basal						Actividad DAPSA basal					
	Remisión	Baja	Moderada	Alta	Total	n	Remisión	Baja	Moderada	Alta	Total	n
Sin actividad ecográfica	1(6.7%)	1(6.7%)	6(40.0%)	4(46.6%)	100	15	1(9.1%)	1(9.1%)	6(54.5%)	3(27.3%)	100	11
Sinovitis P.D.	0(0%)	3(21.4%)	7(50.0%)	4(28.6%)	100	14	0(0%)	0(0%)	5(71.4%)	2(28.6%)	100	7
Tenosinovitis P.D. o Sinovitis con Tenosinovitis P.D.	3(13.0%)	2(8.7%)	11(47.8%)	7(30.4%)	100	23	0(0%)	0(0%)	6(66.7%)	3(33.3%)	100	9
$p = 0.5848$						$p = 0.7837$						

P204 Figura 3

Resultados: Se han incluido un total de 99 pacientes con diagnósticos de AR (n = 54), APS (n = 31) y EA (n = 14) con imagen ecográfica previa al inicio de tratamiento de biológico, y se ha correlacionado con la actividad basal por ecografía (tabla 1). El contraste de las medias del DAS28 y DAPSA basal para los distintos hallazgos ecográficos no arrojó diferencias significativas (tablas 2 y 3), no pudiéndose realizar el contraste para el ASDAS basal debido al pequeño tamaño muestral.

Conclusiones: En nuestra práctica clínica habitual se encuentra una adecuada correlación entre los hallazgos clínicos. Sin embargo, aproximadamente un 24% de los pacientes con actividad clínica moderada/alta no tenía actividad ecográfica. Si bien es cierto que los resultados no son estadísticamente significativos, esto puede explicarse por el pequeño tamaño muestral. Son necesarios más datos que permitan justificar la utilización de una evaluación objetiva (como la que aporta la ecografía) junto a los índices habituales de actividad para asegurar una correcta utilización de las estrategias terapéuticas en este tipo de pacientes.

P205. TRASTORNOS EN LOS PIES ASOCIADOS A LA ARTROPATÍA DE JACCOUD EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: ESTUDIO DESCRIPTIVO

L. Cano García¹, J. García Campos², A. García-Studer¹, F. Ortiz-Márquez¹, G. Díaz Cordobés¹ y J. Marco-Lledó²

¹Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA). UGC de Reumatología. Hospital Regional Universitario de Málaga. ²Universidad Miguel Hernández. Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL) de Alicante.

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad crónica de origen autoinmune mediada por autoanticuerpos,

con afectación de diversos órganos. El 95% de los pacientes con LES presenta afectación musculoesquelética, la mayoría de las veces en forma de artralgiás o artritis no erosiva que afectan sobre todo a las manos y las rodillas. Un subgrupo de pacientes con lupus que cada vez se ve con mayor frecuencia, desarrolla tardíamente una artropatía deformante como resultado de la laxitud de ligamentos y aparato peritendinoso que produce una subluxación articular. El pie es una estructura muy afectada que inicialmente puede pasar desapercibida, pero que da lugar a una importante discapacidad.

Objetivos: Conocer la prevalencia de los problemas de los pies en una muestra de pacientes con LES.

Métodos: Se realizó un estudio de corte transversal. Se reclutaron consecutivamente 47 sujetos con diagnóstico de LES en la Unidad de Reumatología del Hospital Regional Universitario de Málaga entre marzo y mayo de 2021. Los criterios de inclusión fueron: pacientes con diagnóstico de LES según los criterios EULAR/ACR 2019, con al menos un año de evolución y edad igual o mayor a 18 años. Una enfermera de Reumatología recogió información sobre datos socio-demográficos y las características de los pies con respecto al sistema musculoesquelético, piel, faneras, aparato circulatorio y sistema nervioso mediante un cuestionario prediseñado. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Regional Universitario de Málaga siguiendo las recomendaciones de la Declaración de Helsinki y la normativa legal vigente en nuestro país en materia de investigación clínica y las normas de Buena Práctica Clínica vigentes. Todos los participantes fueron informados de los objetivos y los métodos del estudio y firmaron el consentimiento informado. Análisis estadístico descriptivo.

Resultados: Participaron 47 sujetos (93,6% mujeres) con una media de edad (DS) de 49,2 (10,8) años (rango 23-66 años) (tabla). Treinta y cinco (74,5%) pacientes presentaron en uno o ambos pies un arco longitudinal interno bajo, 19 (40%) hallux abductus valgus (HAV) y 30 (63,8%) presentaron alteraciones en los otros dedos. Diecisiete (36,2%)

pacientes presentaban dolor en el retropié, 16 (34,0%) en el mediopié, 17 (36,2%) en el antepié y 14 (29,8%) en los dedos. La rigidez en los pies estuvo presente 8 (17%) mientras que la tumefacción articular tan solo en uno (2,1%). Sobre la piel y faneras: 10 (21,3%) presentaron lesiones ungueales y 39 (80,3%) presentaron alguna lesión dérmica del tipo hiperqueratosis por roce o mal apoyo. En el aparato circulatorio no hubo hallazgos. Dos (4,3%) pacientes tenían menor sensibilidad bilateral en la exploración del sistema nervioso en los pies.

Características clínico epidemiológicas de 47 pacientes con LES

Variable	LES n = 47
Sexo (Mujer), n (%)	47 (93,6%)
Edad, media (DE)	49,2 (10,8)
SLICC, media (DE)	0,74 (1,32)
SLEDAI, media (DE)	1,17 (1,79)
Dolor retropié, n (%)	16 (34)
Dolor mediopié, n (%)	15 (31,9)
Dolor antepié derecho, n (%)	17 (36,2)
Dolor antepié izquierdo, n (%)	16 (34)
Helomas pie derecho, n (%)	8 (17)
Helomas pie izquierdo, n (%)	9 (19,1)
Hiperqueratosis derecha, n (%)	38 (80,9)
Hiperqueratosis izquierda, n (%)	38 (80,9)
Hallux abductus valgus, n (%)	19 (40)
Arco longitudinal interno, n (%)	19 (40)
Dolor en los dedos, n (%)	14 (29,8)
Lesiones ungueales, n (%)	10 (21,3)
Rigidez en los pies, n (%)	8 (17)
Menor sensibilidad bilateral de los pies, n (%)	2 (4,3)
Tumefacción articular, n (%)	1 (2,1)
Presentan calambres en los pies, n (%)	3 (6,4)

Conclusiones: Los problemas de los pies más prevalentes afectan al sistema musculoesquelético y están relacionados con la artropatía de Jaccoud, especialmente el hundimiento del arco longitudinal interno. Las hiperqueratosis asociadas al mal apoyo del pie también fueron muy prevalentes.

P206. CONSENSO DELPHI SOBRE EL MANEJO ENFERMERO DEL PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: RECOMENDACIONES GENERALES

L. Cano García¹, C. Domínguez Quesada², A.I. Rodríguez Vargas³, E. Trujillo Martín⁴ y J.M. Martín Martín⁵

¹Hospital Regional Universitario de Málaga. Instituto de Investigación Biomédica de Málaga. ²Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ³Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. ⁵Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. Tenerife.

Introducción: Las enfermeras tienen un papel fundamental en el manejo de pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) durante

todo el curso de la enfermedad. Para garantizar un cuidado integral es necesario reforzar el papel de la enfermera especializada y establecer un plan de entrenamiento específico para enfermería. Existe una necesidad no cubierta en este sentido, puesto que a nivel europeo no se dispone de guías de práctica clínica para enfermería sobre el manejo de los pacientes con LES.

Objetivos: Crear el primer consenso europeo de recomendaciones enfermeras en el manejo del paciente con LES.

Métodos: Para alcanzar el consenso la sociedad científica Open-Redoma puso en marcha el proyecto RECOMIENDALES utilizando la metodología Delphi. Se envió en dos rondas sucesivas una encuesta a enfermeras con experiencia en LES. El consenso se alcanzaba si al menos el 70% de los panelistas estaban de acuerdo o no con el tema cuestionado. El cuestionario contaba con 90 ítems divididos en 3 secciones: 1) Características de los expertos participantes (demográficas y rutina de práctica clínica), 2) Recomendaciones generales (presencia, características y rol de las enfermeras en servicios que atienden a pacientes con LES) y 3) Recomendaciones específicas (diagnóstico, educación, iniciación/cambio de tratamiento y seguimiento).

Resultados: 25 enfermeras de diferentes especialidades (Reumatología: 80%, Unidades de Enfermedades Autoinmunes: 4%, Medicina Interna: 4%, y Hospital de Día: 12%) participaron en el proyecto. En España no existen tantas enfermeras especializadas en LES, por lo que el número de panelistas fue reducido para asegurar unas recomendaciones que pudieran trasladarse a la práctica clínica. De esta manera, todas contaban con al menos 2 años de experiencia. Se alcanzó un alto consenso sobre el papel de la enfermera y sus responsabilidades en el manejo de los pacientes con LES. Los principales resultados de la sección 2, recomendaciones generales, se encuentran resumidos en la tabla. No hubo consenso en la responsabilidad de enfermería en actuar como nexo entre asociaciones de pacientes: se concibe como una responsabilidad inherente solo por parte del 48%. Tampoco se alcanzó consenso en enfermería como coordinadora de la derivación de los pacientes a otros especialistas, identificándose tres perfiles: 1) enfermera responsable de ser el nexo entre especialidades, con una visión del equipo multidisciplinar coordinado por ella y aportando la visión que permite evaluar la situación global del paciente; 2) enfermera como “gestora de casos”, mejorando el acceso a herramientas y coordinada solo con algunos servicios (reumatología, trabajador social); y 3) no es responsabilidad de la enfermera derivar a los pacientes ni coordinar las visitas.

Conclusiones: Se alcanzó un amplio consenso enfermero en las recomendaciones generales para manejar al paciente con LES, sin embargo, se identificó la necesidad de definir el papel y poner en valor la presencia de la enfermera especializada en los equipos multidisciplinarios, que deberían contar al menos con una enfermera experta en LES.

Tabla P206

Consenso alcanzado sobre las recomendaciones generales en RECOMIENDALES

Recomendaciones generales	% de acuerdo (puntuación 7-9)
Los equipos multidisciplinarios deben contar al menos con una enfermera entrenada en LES	100%
Los equipos que atienden al paciente LES deberían contar con servicio psicológico y un trabajador social coordinado con enfermería	96%
La consulta de enfermería en LES debería tener una agenda propia de visitas y contenidos	92%
El personal de enfermería debería tener acceso a formación continua específica en LES y en su manejo	100%
El personal de enfermería debería tener entrenamiento formal en asesoramiento individual y grupal a pacientes con LES	100%
Enfermería debería tener entrenamiento formal en técnicas de comunicación y escucha activa	100%
El personal de enfermería debería tener formación específica sobre los procedimientos y técnicas estéticas disponibles para los pacientes con LES	96%
El personal de enfermería debería tener oportunidades de formación y profundización en el manejo del LES	100%
El personal de enfermería debería colaborar en proyectos de investigación básica y clínica del servicio	96%
El personal de enfermería debería estar implicado en proyectos de investigación propios	92%
Enfermería debería participar a lo largo de todo el proceso asistencial del paciente LES	100%
Enfermería debería ser el nexo entre paciente y especialista en LES	88%
Enfermería debería coordinar la derivación del paciente LES a otros especialistas	48%
Enfermería debería ser nexo entre pacientes y asociaciones de pacientes	64%

P207. MALNUTRICIÓN EN PERSONAS CON ARTRITIS REUMATOIDE MAYORES DE 65 AÑOS

L. Cano García¹, D. Ruiz Vilchez³, P. Armenteros Ortiz³, C. Domínguez Quesada², N. al Mashhadani¹ y N. Mena Vázquez¹

¹Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA). UGC de Reumatología. Hospital Regional Universitario de Málaga. ²Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ³Hospital Universitario Reina Sofía. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica (IMIBIC). Universidad de Córdoba.

Introducción: La malnutrición es uno de los grandes síndromes geriátricos y factor de fragilidad.

Objetivos: Describir la prevalencia de riesgo de malnutrición y los factores asociados en pacientes con artritis reumatoide mayores de 65 años.

Métodos: Diseño: estudio de casos y controles. 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 ± 5 años) y sexo perteneciente a su entorno social o familiar. Variables y mediciones. La variable principal fue el riesgo de malnutrición, medida mediante el cribado Mini Nutritional Assessment. Otras variables evaluadas fueron: presencia de sarcopenia, definida según criterios European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP) 2019, nivel económico, 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), 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 152 sujetos, 76 AR y 76 controles. Hubo más pacientes que controles en riesgo de desnutrición, aunque las diferencias no fueron significativas (24 [31,6%] vs. 17 [22,4%]; $p = 0,136$). Los pacientes con AR eran sobre todo mujeres (78,9%) con una edad media \pm DE de $74,71 \pm 3,78$, presentaban sarcopenia 9/24 (37,5%) y el índice de Charlson fue de 3 puntos en 11/24 pacientes (45,8%) y de 4 puntos en 8/24 pacientes (33,3%). En relación con el tratamiento, casi un 40% no tomaba ningún FAMEs y el 25% tampoco FAMEb; mientras que más de la mitad (58,3%) recibían corticoides y la mayoría (95,8%) eran polimedificados. Los pacientes con AR que presentaban riesgo de desnutrición, en comparación con los demás, tenían una media de edad superior ($p = 0,007$), más frecuencia de sarcopenia ($p = 0,006$) y pliegue tricótipal derecho ($p = 0,043$). Así mismo mostraron valores más elevados en los siguientes índices de actividad, función física y calidad de vida: DAS28 ($p = 0,003$), HAQ ($p = 0,044$), Vitamina D ($p = 0,035$), IPAQ ($p = 0,003$), SPPB ($p = 0,018$), EQ5D ($p = 0,01$), EVA EQ5D ($p = 0,044$), SDAI ($p = 0,006$), CDAI ($p = 0,008$). En el análisis multivariante, los factores que se asociaron de forma independiente al riesgo de malnutrición fueron la edad (OR [IC95%], 1,148 [1,020-1,291]; $p = 0,022$) y la actividad inflamatoria por DAS28 (OR [IC95%], 2,043 [1,198-3,483]; $p = 0,009$) ($R^2 = 0,252$).

Conclusiones: Aunque la frecuencia de malnutrición fue similar en casos y controles, en la AR se asoció con más actividad inflamatoria y mayor edad. Es importante monitorizar el riesgo de malnutrición en estos pacientes para realizar intervenciones adecuadas para la prevención y mejora de la nutrición.

P208. IMPACTO DE LA COVID-19 EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

S. García Díaz¹, D. Roig-Vilaseca¹, M. Vacas-Moreira², D. Cerdà¹, P. Estrada¹, V. Navarro¹, S. Heredia¹, O. Camacho¹ y D. Reina¹

¹Servicio de Reumatología. Complex Hospitalari Moisès Broggi. Barcelona. ²Servicio de Psicología. Complex Hospitalari Moisès Broggi. Barcelona.

Introducción: La COVID-19 ha generado un cambio en la sociedad y en la vida cotidiana de las personas. Los pacientes con enfermedades reumáticas han sufrido física y mentalmente, tanto por las restricciones de movilidad como por el impacto en la vida personal, familiar, laboral y social que la COVID-19 ha comportado¹⁻⁴.

Objetivos: Examinar el impacto de la pandemia COVID-19 en los pacientes con enfermedades reumáticas.

Métodos: Estudio descriptivo transversal, en pacientes con enfermedades reumáticas. Se realizó un cuestionario online que valoraba el impacto de la COVID-19, adaptado y compuesto por 5 escalas de las 9 que componen el Cuestionario de Impacto Psicológico del Coronavirus³. Este instrumento dividido en dos partes: 1) variables sociodemográficas y 2) escalas Experiencia con el Coronavirus (ECOV), Uso de Conductas Preventivas (UCP), Escala de Miedo al Coronavirus (EMC), Escala de Interferencia por el Coronavirus (EIC) y Escala de Experiencias Positivas ante las Adversidades (EEPA). Se accedió al cuestionario a través de un código QR (facilitado a todos los pacientes tanto en consultas como hospital de día), por el equipo de reumatología durante dos semanas entre noviembre-diciembre 2021. Además, este código fue enviado por enfermería vía WhatsApp, a todos los pacientes registrados. Análisis estadístico: SPSS 24.0, prueba de chi-cuadrado de Pearson, t-Student y ANOVA.

Resultados: $n = 362$ encuestas *online*; 72% mujeres con edad media $63 \text{ años} \pm 14,21$ (22-70a). Las enfermedades reumáticas más frecuentes Artritis Reumatoide (50%) y Espondiloartritis (31%). El 83,2% refería padecer solo una enfermedad reumática (media $1,26 \pm 0,66$) y el 90% encuesta autocumplimentada. En experiencia con el Coronavirus (ECOV), 89% pacientes no habían tenido síntomas ni confirmado diagnóstico de coronavirus, 98% no hospitalizaron, 91% tenían confianza en nuestro sistema de salud; respecto al Uso de Conductas Preventivas (UCP) 98% usaba mascarilla fuera de casa y el 78,5% mantenía la distancia de seguridad; en relación a los miedos más comunes asociados al coronavirus (EMC), 40% tenía un poco de miedo a contagiarse (34% bastante) y 50% sin miedo a perder el trabajo; en la interferencia que el coronavirus ha provocado en estos pacientes (EIC), 73% no había tenido problemas laborales graves y 74% no había tenido dificultades en los estudios. En referencia a los aspectos psicológicos positivos asociados a la situación de pandemia (EEPA), 48% habían descubierto aficiones nuevas, 19% se habían hecho más religiosos, 83% había aprendido a valorar más las relaciones personales. Respecto al sexo, las mujeres tuvieron más miedo a contagiarse ellas o algún ser querido o familiar y morir que los hombres ($p = 0,02$; $p = 0,011$ y $p = 0,002$ respectivamente). Respecto a edad estaban más preocupados que pudieran perder su trabajo los pacientes de menor edad (45a) con respecto a los pacientes de más edad (61a), $p = 0$.

Conclusiones: La enfermedad de la COVID-19 ha impactado en los pacientes con enfermedades reumáticas. En nuestra muestra, las mujeres han estado más preocupadas por el contagio y la muerte de ellas mismas y sus familiares/amigos más cercanos y la gente de menor edad más preocupada por la pérdida laboral y de ingresos económicos que la de mayor edad. Es destacable que la mayoría de dicha población no haya estado hospitalizada ni haya estado diagnosticada de COVID-19 y además tenga una gran confianza en nuestro sistema de salud.

P209. FATIGA EN MUJERES CON ARTRITIS REUMATOIDE. RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD, CON LA CAPACIDAD FUNCIONAL Y CON LOS NIVELES DE HEMOGLOBINA

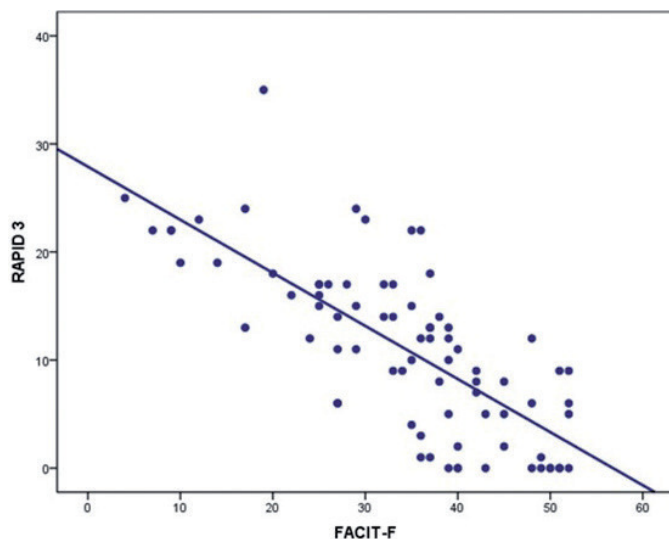
L. Valencia Muntalà, C. Gómez Vaquero, R. Blancafort, L. Farran, M. Tormo, J. Narvaéz, X. Juanola y J.M. Nolla

Servicio de Reumatología. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.

Introducción: La fatiga es un determinante fundamental de la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con artritis reumatoide. Los enfermos mencionan la fatiga como uno de sus problemas más relevantes. De forma un tanto sorprendente, el análisis del grado de fatiga no forma parte de la evaluación sistemática de los pacientes en práctica asistencial.

Objetivos: Analizar el grado de fatiga en una serie de mujeres afectas de artritis reumatoide controladas de forma habitual en el servicio de reumatología de un hospital universitario y evaluar su relación con los índices de actividad de la enfermedad, con la capacidad funcional y con los niveles de hemoglobina.

Métodos: Se consideraron objeto de estudio 80 pacientes atendidas de forma consecutiva en la consulta de enfermería. Se establecieron los siguientes criterios de inclusión: a) edad ≥ 50 años, b) cumplimiento de los criterios ACR/EULAR 2010 para la clasificación de la artritis reumatoide y c) ausencia de comorbilidades relevantes (insuficiencia cardíaca, insuficiencia respiratoria, insuficiencia renal grave). En cada paciente se analizó: a) edad, b) duración de la enfermedad, c) hemoglobina, d) DAS28, f) *Routine Assessment of Patient Index Data 3* (RAPID3), índice de actividad de la artritis reumatoide, autoadministrado, que incluye función física, dolor y evaluación global de la enfermedad por parte del paciente. Una puntuación alta refleja una actividad elevada (0-3, remisión; 3,01 -6, actividad baja; 6,01-12, actividad moderada; > 12, actividad alta), g) HAQ i h) *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy* (FACIT-F), cuestionario autoadministrado para la valoración de la fatiga que consta de 13 ítems y se basa en una escala Likert de 5 puntos (de 0 "nada" a 4 "muchísimo"). La puntuación oscila entre 0 y 52 puntos. Una puntuación alta representa un bajo nivel de fatiga. No existe un punto estandarizado que marque la existencia de fatiga; en la literatura se han considerado valores inferiores a 40 y a 30.



Correlación entre los valores de FACIT-F y RAPID3.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de $66,7 \pm 8,7$ años, la duración media de la enfermedad fue de $15,8 \pm 9,2$ años y los valo-

res medios de hemoglobina de $13,4 \pm 1,1$ g/L El valor medio del DAS28 fue de $2,8 \pm 0,98$, el del RAPID3 de $11,04 \pm 7,8$ y el del HAQ de $0,59 \pm 0,51$. El valor medio del FACIT-F fue de $34,3 \pm 11,9$; 26 (32,5%) pacientes presentaban un valor < 40 y 54 (67,5%) pacientes un valor < 30 . Se observó una correlación significativa entre los valores de FACIT-F y los valores del DAS28 ($r: -0,39$; $p < 0,001$), del RAPID3 ($r: -0,74$; $p < 0,001$) (fig.) y del HAQ ($r: -0,72$; $p < 0,001$). No se observó correlación entre los valores de FACIT-F y los niveles de hemoglobina.

Conclusiones: Las pacientes incluidas en el estudio presentaron un grado importante de fatiga. Se observó correlación entre la fatiga y los índices de actividad de la enfermedad, especialmente cuando ésta se evaluó mediante un cuestionario reportado por el paciente (RAPID3), así como con la capacidad funcional. No se constató correlación entre la fatiga y los valores de hemoglobina. Dada la prevalencia observada, en nuestra opinión, el análisis del grado de fatiga debe incluirse en la evaluación sistemática de los pacientes en práctica asistencial. Identificar su presencia constituye el primer paso para poner en marcha estrategias encaminadas a limitar sus efectos.

P210. EFICACIA A CORTO Y LARGO PLAZO DE LA FRAGMENTACIÓN CON AGUJA O LAVADO (BARBOTAGE) GUIADOS POR ECOGRAFÍA EN LA TENDINITIS CALCIFICANTE DEL HOMBRO SINTOMÁTICA REFRACTARIA A INFILTRACIÓN CON CORTICOIDES. ESTUDIO LONGITUDINAL PROSPECTIVO DE 181 PACIENTES

E. Casado Burgos, S. García-Cirera, S. Retamozo, M. Rusiñol, E. Costa, L. Lluís, J. Calvet y J. Gratacós

Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell.

Introducción: La tendinopatía calcificante del manguito de los rotadores es una causa frecuente de dolor de hombro y discapacidad en pacientes jóvenes. A pesar de los analgésicos o las infiltraciones con glucocorticoides, la sintomatología persiste en algunos pacientes, que pueden requerir cirugía. La fragmentación o el lavado guiados por ecografía son técnicas mínimamente invasivas que se pueden utilizar en lugar de la cirugía para eliminar la calcificación y mejorar los síntomas. Sin embargo, la evidencia es pobre debido a que la mayoría de los estudios publicados son retrospectivos o con pocos pacientes¹.

Objetivos: Evaluar la eficacia a corto y largo plazo de la fragmentación o el lavado (barbotate) guiados por ecografía en pacientes con tendinitis calcificante de hombro sintomática refractaria a al menos una infiltración previa de glucocorticoides.

Métodos: Estudio prospectivo, con inclusión de forma consecutiva de todos los pacientes derivados a una consulta externa de Reumatología entre julio de 2008 y diciembre de 2020 por una tendinitis calcificante de hombro sintomática (escala analógica visual o EVA ≥ 4). Todos los pacientes debían haber recibido sin éxito al menos una infiltración subacromial con glucocorticoides. Tras la firma del consentimiento informado todos los pacientes fueron tratados con una técnica mínimamente invasiva guiada por ultrasonido: fragmentación entre julio de 2008 y diciembre de 2013 o lavado (barbotaje) entre enero de 2014 y diciembre de 2020. Inmediatamente después del procedimiento todos los pacientes fueron tratados con una infiltración de corticoides en la bursa subacromio-subdeltoidea. En el momento basal y los 4 meses se valoró el dolor de hombro, mediante EVA, y se realizó una radiografía de hombro. A los 12 meses (o en el momento de la recaída si la hubiera) se volvió a valorar el dolor.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 181 sujetos (56 hombres y 125 mujeres). La edad media fue de 49,7 años (rango 29 -72). La duración media de los síntomas fue de 33,0 meses (2-150), con una EVA media basal $7,6 \pm 1,5$. El hombro derecho fue la localización más frecuentemente afectada (66,3%). El tamaño medio de la calcifica-

ción por radiografía fue de 13,7 mm (5-40). A 55 pacientes (30,4%) se les realizó fragmentación, a 115 (63,5%) lavado y a 11 (6,1%) ambas técnicas. No hubo diferencias significativas entre los grupos en el momento del procedimiento. A los 4 meses del procedimiento, el dolor medio según EVA fue de $4,5 \pm 3,8$, y el 82,9% de los sujetos experimentaron una resolución de la calcificación (56,8%) o una reducción del tamaño (26,1%). Setenta y tres pacientes (40,3%) presentaron una recaída clínica en los primeros 4 meses de seguimiento, y 33 pacientes (18,2%) presentaron una recaída entre los meses 4 y 12. Los síntomas desaparecieron en la mayoría de estos pacientes con una nueva infiltración de corticoides. Solo en 31 pacientes (17,1%) fue necesario realizar una segunda fragmentación o lavado, y en 13 pacientes (7,2%) una cirugía del manguito. No se observaron complicaciones locales o sistémicas después de la fragmentación o el lavado en ningún paciente. Los pacientes tratados con lavado refirieron más dolor de hombro en el caso de recaída clínica (EVA media 6,5 vs. 4,0; $p = 0,01$) y precisaron con más frecuencia una nueva infiltración de corticoides (54,8% vs. 34%; $p = 0,004$) o la repetición de un nuevo procedimiento ecoguiado (17,5% vs. 13,1%; $p = 0,008$). No hubo diferencias significativas entre ambas técnicas en los resultados radiológicos (resolución o disminución del tamaño de la calcificación).

Conclusiones: La fragmentación con aguja y el lavado (barbotage) guiados por ecografía son procedimientos eficaces y seguros a corto y largo plazo en el tratamiento de la tendinopatía calcificante del hombro sintomática, evitando la cirugía en más del 90% de los casos. La fragmentación parece tener mejores resultados clínicos que el lavado.

Bibliografía

1. Lafrance S, Doiron-Cadrin P, Saulnier M, et al. Is ultrasound-guided lavage an effective intervention for rotator cuff calcific tendinopathy? A systematic review with a meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ Open Sport Exerc Med.* 2019;5:e000506.

P211. LAS MUJERES SUFREN UNA DOBLE DISCRIMINACIÓN EN EL DIAGNÓSTICO DE GOTA

F. Pérez Ruiz, E. Garmendia, J. Aróstegui, J. Duruelo, J. Atxotegi, N. Rivas, C. Modesto, C. Vázquez-Puente, E. Barahona y M. González-Fernández

Osakidetza. OSI EE-Cruces. Hospital Universitario Cruces. Servicio Asistencial de Reumatología. Instituto de Investigación Biomédica BioCruces-Bizkaia. Departamento de Medicina de la Facultad de Medicina y Enfermería. Universidad del País Vasco.

Objetivos: Estudiar si el diagnóstico de gota está influido por el sexo de los pacientes en los registros de Atención Primaria (AP).

Métodos: Análisis transversal de una cohorte de inyección de pacientes con gota con los casos incluidos de forma consecutiva entre 1 de enero de 2017 y 31 de diciembre de 2021. Se analizan variables generales (edad a la inclusión, sexo, tiempo de evolución), variables de enfermedad (presencia de tofos, distribución topográfica) y variables de exploraciones previas indicadoras de posible

sesgo por sexo (solicitud de anticuerpos antinucleares -AAN- en el año previo a la inclusión). Se incluyeron las codificaciones (ICD-10) de gota en AP previa y posterior a la codificación por reumatología en la historia electrónica de los pacientes. Las comparaciones estadísticamente significativas se muestran (*).

Resultados: Análisis de 365 pacientes. 48 mujeres (13%) edad media 72 ± 13 años, tiempo de evolución 3 ± 3 años; 317 hombres (87%), edad media 60 ± 13 , tiempo de evolución 7 ± 7 . Codificación previa de gota en mujeres 27% vs. 41% en hombres*, codificación final 40% en mujeres vs. 70% en hombres*. No se observaron diferencias significativas en pacientes con o sin tofos, con o sin afección poliarticular en el diagnóstico previo y solo numéricamente superiores en las codificaciones posteriores en pacientes con tofos o ingreso hospitalario. Se habían solicitado AAN en el 24% de los pacientes: un 41% de las mujeres* (50% positivos*) y un 21% de los hombres (25% positivos), solo en un caso en títulos $\geq 1/400$ que contribuyó a un nuevo diagnóstico (síndrome de Sjögren). No solicitar AAN mejoró la codificación del 22% al 41% en mujeres y del 44% al 60% en hombres. La solicitud previa de AAN (no realizada vs. realizada) no influyó aparentemente en la codificación diagnóstica global previa (43% vs. 49%) o posterior (56% vs. 60%) porque el resultado de los AAN (negativo vs. positivo) sesgó la codificación en las mujeres: 33% vs. 55% para codificación previa* y 33% vs. 66% para codificación a posteriori* en mujeres y hombres respectivamente. Así, en presencia de AAN(-), la codificación se mantuvo en la mujeres en un 50% tanto previa como posterior, mientras que en los hombres la codificación mejoró* del 57% previo al 70% posterior. En presencia de AAN(+) la codificación no cambió, manteniéndose en un 22% en las mujeres y un 44% en los hombres.

Conclusiones: Las mujeres sufren una doble discriminación en la codificación diagnóstica de gota: por ser mujeres y porque se les solicitan muy frecuentemente AAN. La positividad de los AAN influye en una menor tasa de codificación diagnóstica en ambos sexos, pero solo la solicitud de AAN ya muestra también un impacto en la codificación en las mujeres, incluso a pesar de un resultado negativo.

P212. IMMUNE RESPONSES TO MRNA VACCINES AGAINST SARS-CoV-2 IN PATIENTS WITH IMMUNE-MEDIATED INFLAMMATORY RHEUMATIC DISEASES

C.I. Sieiro Santos¹, S. Calleja Antolín², C. Moriano Morales¹, E. Díez Álvarez¹, I. González Fernández¹, C. Álvarez Castro¹ y J.M. Ruiz de Morales²

¹Servicio de Reumatología, Complejo Asistencial Universitario de León.

²Servicio de Inmunología, Complejo Asistencial Universitario de León.

Introduction: Patients with immune-mediated rheumatic diseases (IMRDs) are commonly treated with immunosuppressors and prone to infections. Recently introduced mRNA SARS-CoV-2 vaccines have demonstrated extraordinary efficacy across all ages. Immunosuppressed patients were excluded from phase III trials with SARS-CoV-2 mRNA vaccines.

Table P212

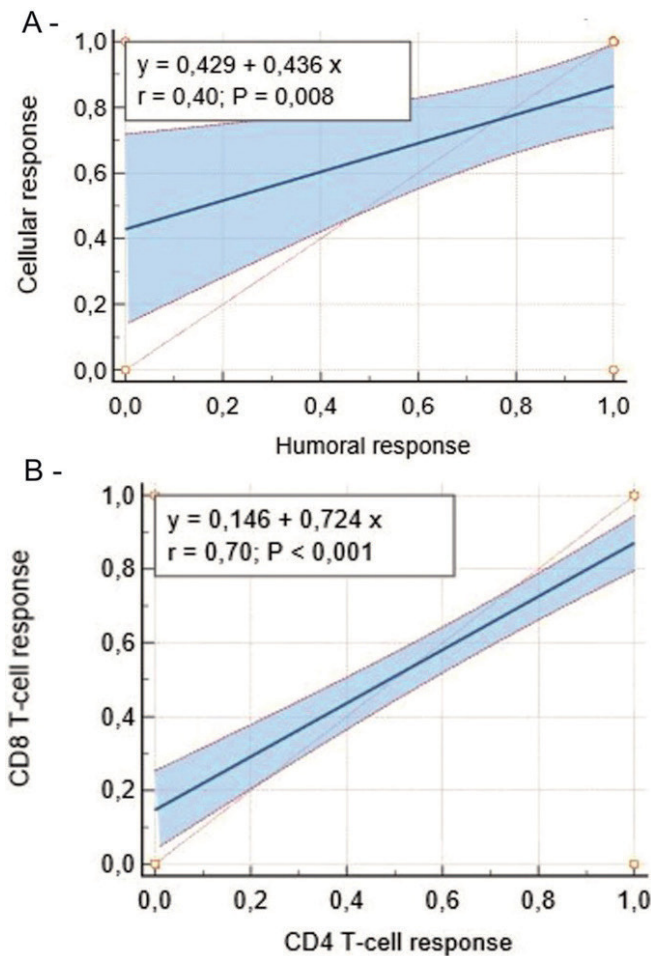
Multivariate analysis

	Abatacept	HCQ	Cumulative glucocorticoid dose	Cumulative methotrexate dose	Age > 65 years	Disease duration > 10 years
Seronversion	$\beta - 0.1$ $p = 0.04$	$\beta 0.22$ $p = 0.01$	$\beta - 0.26$ $p = 0.44$	$\beta - 0.19$ $p = 0.03$	$\beta - 0.27$ $p = 0.002$	$\beta - 0.10$ $p = 0.22$
IgG anti-spike levels	$\beta - 0.13$ $p = 0.001$	$\beta 0.27$ $p = 0.01$	$\beta - 0.25$ $p = 0.004$	$\beta - 0.29$ $p = 0.001$	$\beta - 0.19$ $p = 0.02$	$\beta - 0.14$ $p = 0.04$
CD4 T-cell response	$\beta - 0.1$ $p = 0.03$	$\beta 0.10$ $p = 0.24$	$\beta - 0.04$ $p = 0.61$	$\beta - 0.03$ $p = 0.64$	$\beta - 0.05$ $p = 0.56$	$\beta - 0.14$ $p = 0.11$
CD8 T-cell response	$\beta - 0.08$ $p = 0.02$	$\beta 0.20$ $p = 0.12$	$\beta - 0.1$ $p = 0.43$	$\beta - 0.02$ $p = 0.24$	$\beta - 0.1$ $p = 0.56$	$\beta - 0.1$ $p = 0.15$

Objectives: To fully characterise B-cell and T-cell immune responses elicited by mRNA SARS-CoV-2 vaccines in patients with rheumatic diseases under immunotherapies, and to identify which drugs reduce vaccine's immunogenicity.

Methods: Humoral, CD4 and CD8 immune responses were investigated in 100 naïve patients with SARS-CoV-2 with selected rheumatic diseases under immunosuppression after a two-dose regimen of SARS-CoV-2 mRNA vaccine. Responses were compared with age, gender and disease-matched patients with IMRD not receiving immunosuppressors and with healthy controls.

Results: Patients with IMRD showed decreased seroconversion rates (80% vs. 100%, $p = 0.03$) and cellular immune responses (75% vs. 100%, $p = 0.02$) (Table). Patients on methotrexate achieved seroconversion in 62% of cases and cellular responses in 80% of cases. Abatacept decreased humoral and cellular responses. Rituximab (31% responders) and belimumab (50% responders) showed impaired humoral responses, but cellular responses were often preserved. Antibody titres were reduced with mycophenolate and azathioprine but preserved with leflunomide and anticytokines.



Correlation between humoral and cellular responses.

Conclusions: Patients with IMRD exhibit impaired SARS-CoV-2 vaccine immunogenicity, variably reduced with immunosuppressors. Among commonly used therapies, abatacept and B-cell depleting therapies show deleterious effects, while anticytokines preserved immunogenicity. The effects of cumulative methotrexate and glucocorticoid doses on immunogenicity should be considered. Humoral and cellular responses are weakly correlated, but CD4 and CD8 tightly correlate (Fig.). Seroconversion alone might not reflect the vaccine's immunogenicity.

P213. INFECCIÓN POR SARS-CoV-2 Y SU VACUNACIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INTERSTICIAL DIFUSA ASOCIADA A ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS

A. García Studer¹, M. Rojas-Giménez², M.L. Velloso-Feijoo³, C.M. Romero-Barco⁴, F.J. Godoy-Navarrete⁵ y N. Mena Vázquez¹

¹Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA). UGC de Reumatología. Hospital Regional Universitario de Málaga. ²Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). UGC de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ³Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla. ⁴Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA). Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. ⁵Hospital Universitario de Jaén.

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) es una complicación frecuente y grave en las enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS) y se asocia a un incremento del riesgo de infecciones y morbimortalidad. La enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19), causada por el SARS-CoV-2, está suponiendo un reto sanitario mundial y algunos estudios sugieren que los pacientes con EPID pueden sufrir sus consecuencias de forma más grave.

Objetivos: Analizar el efecto de la infección por COVID-19 en pacientes con EPID asociada a EAS (EPID-EAS) y describir su estado de vacunación.

Métodos: Diseño: estudio observacional retrospectivo multicéntrico Andaluz de una serie de pacientes con EPID-EAS. Protocolo: se incluyeron pacientes con EPID asociada a EAS: artritis reumatoide (AR), esclerosis sistémica (ES) y miopatías inflamatorias (MII), atendidos en consultas de reumatología, en 2021. Estos pacientes son evaluados con un protocolo preestablecido de recogida de datos clínicos sobre su enfermedad, infección por COVID-19 y el estado de vacunación. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética (Código 0869-N-20). Variables: la variable principal fue infección por COVID-19 confirmada por PCR+. Variables secundarias: (1) la gravedad de COVID-19, definida como ingreso hospitalario o muerte (2) estado vacunal y (3) relación temporal entre infección y vacunación. Otras variables incluyeron: características clínico-epidemiológicas de las diferentes EAS incluidas, tratamientos recibidos, descripción del tipo de EPID (NINE/NIU) y de la función pulmonar por PFR y TCAR. Análisis estadístico: Análisis descriptivo, análisis bivariante entre pacientes con EPID-EAS con y sin infección por COVID-19 y dos análisis de regresión logística multivariante para ver los factores asociados a la "COVID-19" y "COVID-19 grave".

Resultados: Se incluyeron 176 pacientes con EPID-EAS, de los cuales 105 (59,7%) tenían AR, 49 (27,8%) ES y 22 (12,54%) MII. Las características clínico-epidemiológicas y terapéuticas en la fecha de inclusión muestran en la tabla 1. Se registraron 22/176 (12,5%) infecciones SARS-CoV-2, de las cuales 7/22 (31,8%) fueron graves y de estos 3/7 (42,8%) fallecieron. En cuanto a la vacunación, 163/176 (92,6%) pacientes recibieron la vacunación completa. Entre los vacunados correctamente, se registraron 18/163 (11%) infecciones SARS-CoV-2, 4/18 (22,2%) de los cuales fueron infectados después de la fecha de vacunación, y 14/18 (77,7%) cuando aún no tenían la pauta vacunal completa. De los 13 pacientes no vacunados, 4/13 (30,7%) tuvieron COVID-19. No hubo diferencias en cuanto a frecuencia, gravedad del COVID-19 y vacunación entre los subgrupos de pacientes con EPID-EAS. Las variables que se asociaron de forma independiente con la infección por COVID-19 fueron la CVF última (OR [IC95%], 0,971 [0,944-0,998]; $p = 0,048$), la vacunación (OR [IC95%], 0,185 [0,049-0,691]; $p = 0,012$) y con Rituximab (OR [IC95%], 3,172 [1,028-6,785]; $p = 0,045$). Así mismo, la única variable que se asoció de forma independiente con la infección por COVID-19 grave fue el efecto protector de la vacunación (OR [IC95%], 0,020 [0,003-0,119]; $p < 0,001$).

Table P213

Características clínico-epidemiológicas de 171 pacientes con EPID-EAS

Variable	Artritis reumatoide n = 105	Esclerosis sistémica n = 49	Miopatía inflamatoria n = 22	p-valor
Características clínico-epidemiológica basales				
Sexo, mujer, n (%)	58 (55,2)	42 (85,7)	17 (77,3)	< 0,001
Edad en años, media (DE)	67,9 (9,6)	60,9 (12,5)	55,7 (18,9)	< 0,001
Tabaco				
Nunca fumó, n (%)	67 (63,8)	34 (69,4)	19 (86,4)	0,116
Alguna vez fumó, n (%)	38 (36,2)	15 (30,3)	3 (13,6)	0,116
Tiempo de evolución EAS, meses, mediana (RIC)	46,2 (25,4-79,0)	67,1 (52,2-88,2)	39,1 (25,1-72,5)	0,010
Patrón radiológico				
< 0,001				
NIU, n (%)	66 (62,9)	8 (16,3)	1 (4,5)	
NINE n (%)	32 (30,5)	39 (79,6)	20 (90,9)	
Otros, n (%)	7 (6,7)	2 (4,1)	1 (4,5)	
Últimas PFR				
CVF, media (DE)	70,7 (19,9)	71,3 (21,4)	73,1 (16,6)	0,471
FEV1, media (DE)	71,2 (19,3)	72,2 (17,3)	74,4 (17,9)	0,345
DLCO SB, media (DE)	54,3 (16,5)	52,4 (15,9)	60,8 (15,2)	0,140
Tratamientos				
FAMEs, n (%)	88 (86,3)	10 (20,4)	11 (50,0)	< 0,001
FAME biológicos n (%)	47 (46,1)	14 (28,6)	6 (27,3)	0,590
Inmunosupresores n (%)	37 (36,3)	33 (67,3)	17 (77,3)	< 0,001
Antifibrótico, n (%)	2 (2,0)	1 (2,0)	0 (0,0)	0,800
Corticoides, n (%)	72 (71,3)	24 (49,0)	18 (81,8)	0,007
COVID-19				
Infección COVID-19, n (%)	14 (13,3)	4 (8,2)	4 (18,2)	0,460
Infección COVID-19 grave, n (%)	7 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,085
Vacunación COVID-19 completa, n (%)	94 (89,5)	47 (95,9)	22 (100,0)	0,135

Conclusiones: Un 12,5% de los pacientes con EPID-EAS fueron infectados por COVID-19, la mayoría sin la pauta de vacunación completa. El rituximab y el deterioro de la CVF fueron un factor de riesgo para la COVID-19 mientras que la vacunación fue un factor protector tanto para la infección leve como grave.

P214. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA VACUNA SARS-CoV-2 EN PACIENTES CON ENFERMEDADES INFLAMATORIAS CRÓNICAS TRATADOS CON TERAPIA BIOLÓGICA

J. Calvo Gutiérrez, C. López-Medina, M.C. Ábalos-Aguilera, D. Ruíz-Vílchez, P. Font Ugalde, R. Ortega Castro, A. Escudero Contreras y E. Collantes Estévez

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

Introducción: En la actual situación de pandemia por SARS-CoV-2, la Sociedad Española de Reumatología (SER) recomienda la vacunación de los pacientes con enfermedades inflamatorias crónicas (EIC) en tratamiento inmunosupresor y con FAME biológicos (FAMEb). Sin embargo, los datos sobre la generación de títulos de anticuerpos protectores después de las vacunas de ARNm en pacientes con EIC son limitados.

Objetivos: Determinar la tasa de seroconversión y seguridad tras la vacuna SARS-CoV-2 en pacientes con EIC en tratamiento con FAMEb.

Métodos: Estudio observacional transversal de 81 pacientes con EIC del HURS de Córdoba, que han recibido vacunación completa para SARS-CoV-2 (sin haber padecido previamente la enfermedad COVID-19) según las guías nacionales. A todos ellos se les realizó una determinación de anticuerpos de tipo IgG específicos contra la proteína trimérica espicular de SARS-CoV-2. Se utilizó la técnica de quimioluminiscencia con el kit Liaison® SARS-CoV-2 Trimeric S IgG, en muestras de suero extraído a 4-5 semanas después de la administración de la segunda dosis de la vacuna. En cada paciente se

recogió información sobre características sociodemográficas, enfermedad, tipo de FAMEb, tratamientos concomitantes y efectos adversos tras la segunda dosis de la vacuna.

Resultados: Se incluyeron 81 pacientes (edad media 59,5, 72,8% mujeres). El 50,6% de los pacientes tenían AR, el 17,3% SpA, el 11% APso y el 18,5% otras EIC. El 23,5% estaban en tratamiento con Rituximab, el 38,8% antiTNF, el 13,6% tocilizumab, el 9,9% abatacept, el 5% anti-JAK y el 14,2% otros tratamientos. Se detectaron anticuerpos anti-SARS-CoV-2 con actividad neutralizante en el 80% de los participantes del estudio. El tratamiento con rituximab se asoció significativamente con una seroconversión negativa en comparación con los pacientes en tratamiento antiTNF (OR 84,0 (IC95% 12,9-1709,2)). No se encontró interacción entre el tratamiento con FAMEb y el tipo de vacuna en cuanto a la seroconversión, ni entre FAMEb y con los FAME sintético concomitantes. Cuando evaluamos los títulos de IgG específicos frente a la proteína S del SARS-CoV-2, encontramos que los pacientes en tratamiento con rituximab mostraron los niveles de títulos más bajos en comparación con los pacientes con otros tratamientos (fig., tabla). Además, los pacientes que recibieron la vacuna AstraZeneca desarrollaron títulos más bajos de anticuerpos en comparación con los pacientes que recibieron Pfizer (tabla). Curiosamente, entre los pacientes con tratamiento antiTNF, AstraZeneca se asoció con títulos de IgG más bajos en comparación con Pfizer y Moderna [405,9 (553,0) frente a 1.084,1 (791,2) frente a 1.264,0 (1012,6), p = 0,016, respectivamente]. No se encontraron diferencias entre vacunas en pacientes con el otro tipo de FAMEb. Solo el 18,9% presentó efectos adversos leves. No se observaron efectos adversos graves y ningún paciente experimentó un brote de enfermedad después de la vacunación.

Conclusiones: Nuestros resultados muestran que las vacunas de ARNm de SARS-CoV-2 producen seroconversión en la mayoría de los pacientes con EIC, excepto en el caso de los pacientes con rituximab. No se encontraron efectos adversos graves o reactivación de la EIC. A pesar del pequeño número de pacientes incluidos, este estudio sugiere la necesidad de revacunación en el grupo de pacientes tratados con rituximab o vacunados con AstraZeneca.

Figure 1. IgG titers against the spike protein of SARS-CoV2 with regard to the bDMARD

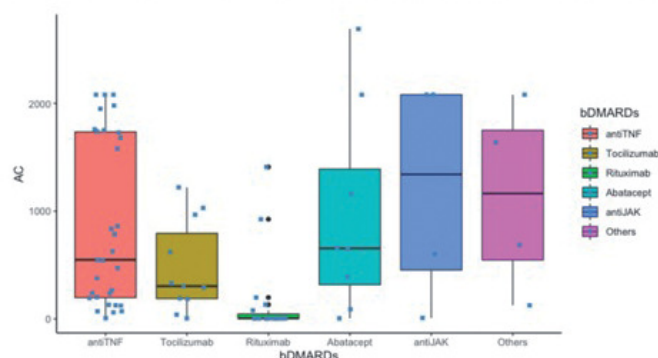


Table 1: Linear regressions to evaluate the IgG titers and their association with the bDMARD and the type of vaccine.

	Beta Coefficient (95% CI) IgG titers	p-value
bDMARD		
- Anti-TNF	Reference	
- Anti-IL6	-405.6 (-893.7 to 82.4)	0.102
- Rituximab	-728.7 (-1133.8 to -323.5)	<0.001
- Abatacept	88.7 (-462.8 to 640.1)	0.749
- Anti-JAK	315.6 (-423.2 to 1054.4)	0.397
- Otros	256.3 (-482.5 to 995.1)	0.491
Vaccine		
- Pfizer	Reference	
- AstraZeneca	-408.6 (-804.6 to -12.6)	0.043
- Janssen	-783.4 (-1662.1 to 95.3)	0.080
- Moderna	130.6 (-407.5 to 668.7)	0.630
Methotrexate* bDMARD	27.3 (-215.3 to 269.9)	0.823
Leflunomide* bDMARD	208.0 (-188.9 to 604.9)	0.300
Corticosteroides* bDMARD	32.9 (-259.4 to 325.2)	0.823
Vaccine* bDMARD	4.2 (-106.1 to 114.6)	0.939

P214 Figura. Títulos de IgG frente a la proteína S del SARS-CoV-2 con respecto al FAMEb. Regresiones lineales para evaluar los títulos de IgG y su asociación con el FAMEb y el tipo de vacuna.

P215. FACTORES PREDICTIVOS DE GRAVEDAD DE LA COVID-19 EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS INMUNOMEDIADAS

D. Martínez López, I. Ferraz-Amaro, D. Prieto-Peña, F. Benavides Villanueva, C. Corrales Selaya, L. Sánchez-Bilbao, A. Herrero-Morant, C. Álvarez-Reguera, M. Trigueros-Vázquez, R. Wallmann, M.Á. González-Gay y R. Blanco

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Servicio de Reumatología. IDIVAL. Santander. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. Servicio de Reumatología. Servicio Cántabro de salud.

Introducción: La COVID-19 se ha convertido en una enfermedad común entre los pacientes con enfermedades reumáticas inmuno-mediadas (R-IMID). Una estratificación de riesgo de los pacientes al inicio de la enfermedad es importante para predecir posibles resultados desfavorables.

Objetivos: Identificar factores predictivos de gravedad en pacientes con COVID-19 y R-IMID.

Métodos: Estudio transversal en un único Hospital Universitario. Se incluyeron todos los pacientes consecutivos con R-IMID y COVID-19 hasta el 6 de noviembre de 2020. Se consideró infección confirmada la positividad para SARS-CoV-2 en un frotis nasofaríngeo. La gravedad de los casos de COVID-19 se dividió en leve, moderada, grave y crítica de acuerdo con las guías del Instituto Nacional de Salud (NIH) de los Estados Unidos (1). Realizamos un análisis multivariable y calculamos el odds ratio de COVID crítico en pacientes con R-IMID, ajustando por edad, sexo y comorbilidades.

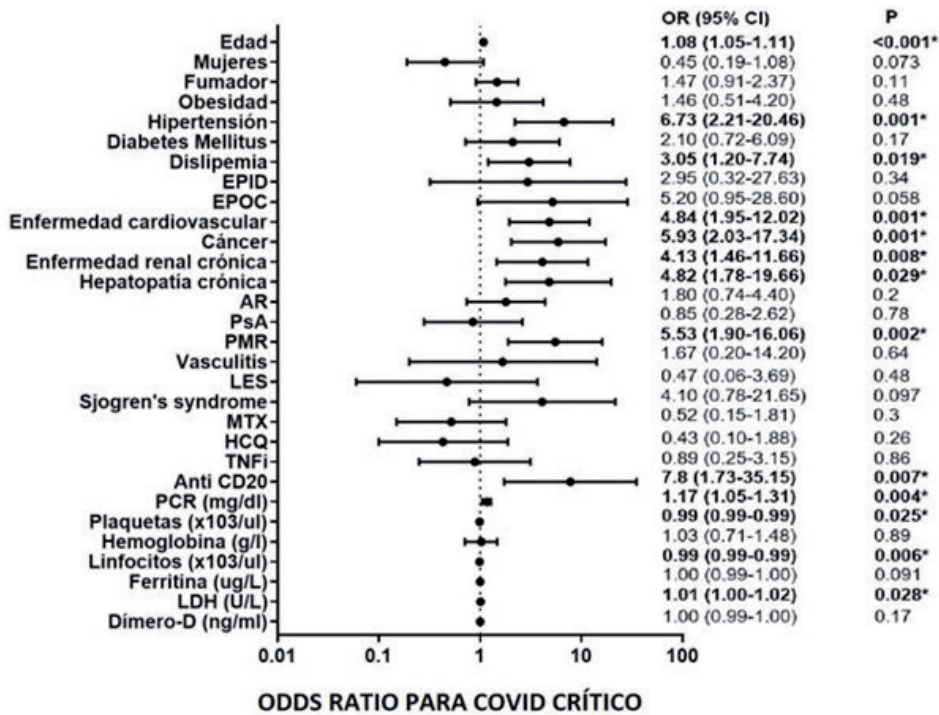
Resultados: Se incluyeron 274 pacientes con R-IMID y COVID-19. Las principales comorbilidades, valores analíticos, R-IMID subyacente y tratamientos recibidos se muestran en la tabla. Según la gravedad de la COVID-19, se dividió a los pacientes en leves (n = 209; 76,3%), moderados (n = 35; 12,8%), graves (n = 9; 3,3%) y críticos (n = 21; 7,7%). Las variables predictivas al inicio de la COVID-19 relacionadas estadísticamente con COVID crítico fueron la edad, hipertensión, dislipemia, enfermedad cardiovascular previa, cáncer, enfermedad renal crónica y hepatopatía crónica. El único tratamiento y R-IMID subyacente fueron la polimialgia reumática y ritu-

Caterísticas generales	Pacientes (n=274)	COVID crítico (n=21)	Características generales (cont.)	Pacientes (n=274)	COVID crítico (n=21)
Edad, años	59 ± 18	76.32 ± 13.4	Valores analíticos, media ± SD		
Mujeres, n (%)	185 (67)	11 (52.4)	- PCR (mg/dl)	4.7 ± 5.25	11.7 ± 8.6
FRCV, n (%)			- Creatinina (mg/dl)	0.91 ± 0.4	1.4 ± 0.7
- Fumador	27 (10)	2 (9.5)	- Plaquetas (x103/ul)	179 ± 78	163 ± 72
- Obesidad	49 (18)	5 (23.8)	- Hemoglobina (g/l)	13.0 ± 1.8	12.5 ± 2.1
- Hipertensión	119 (43)	18 (85.7)	- Neutrófilos (x103/ul)	4.5 ± 2.5	4.9 ± 3.2
- Diabetes Mellitus	36 (13)	5 (23.8)	- Linfocitos (x103/ul)	1.1 ± 1	0.7 ± 0.5
- Dislipemia	119 (43)	15 (71.4)	- Ferritina (ug/L)	426 ± 417	664 ± 469
Comorbilidades, n (%)			- LDH (U/L)	257 ± 92	314 ± 143
- Enfermedad pulmonar crónica	12 (4.4)	3 (14.3)	- Dímero-D (ng/ml)	999 ± 1256	1890 ± 1893
- Enfermedad cardiovascular	45 (16.4)	10 (47.6)	R-IMID, n (%)		
- Cáncer	21 (8)	6 (28.6)	- AR	79 (28.8)	9 (42.9)
- Enfermedad renal crónica	27 (10)	6 (28.6)	- PsA	55 (20.1)	3 (14.3)
- Hepatopatía crónica	11 (4)	3 (14.3)	- SpA	34 (12.4)	0
Tratamientos, n (%)			- PMR	22 (8)	6 (28.6)
- Metotrexato // Hidroxicloroquina	62 (23) // 50 (18)	3 (14.3) // 2 (9.5)	- LES	22 (8)	0
- TNFi	31 (11.3)	0	- Vasculitis	8 (2.9)	1 (4.8)
- Anti-CD20	8 (2.9)	3 (14.3)	- Síndrome de Sjögren	8 (2.9)	2 (9.5)
- Otros FAMES biológicos // JAKINiBs	16 (5.8) // 6 (2.2)	1 (4.8) // (4.8)	- Otras	46 (16.8)	0

AR: Artritis reumatoide; FRCV: Factores de riesgo cardiovascular; LDH: Lactato deshidrogenasa; LES: Lupus eritematoso sistémico; PCR: Proteína C reactiva; PMR: Polimialgia reumática; PsA: Artritis psoriásica; SpA: Espondiloartritis axial

*Ajustado por edad, factores de riesgo cardiovascular y comorbilidades.

Figura 1. Características generales pacientes con R-IMID y COVID-19.



AR: Artritis reumatoide; EPID: Enfermedad pulmonar intersticial crónica; EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica; HCQ: Hidroxicloroquina; LDH: Lactato deshidrogenasa; MTX: Metotrexato; PCR: Proteína C reactiva; PMR: Polimialgia reumática; PsA: Artritis psoriásica; TNFi: Inhibidores del TNF.

* p < 0.005

Figura 2. Factores predictivos para COVID crítico en R-IMID (análisis multivariable).

ximab, respectivamente. En cuanto a los valores analíticos, se encontraron valores superiores de proteína C reactiva, LDH, plaquetas y linfopenia (fig.).

Conclusiones: Identificamos varios factores asociados a un peor pronóstico de COVID-19 en pacientes con R-IMiD. Esto puede ayudar a identificar qué pacientes pueden presentar una peor evolución de la enfermedad en el momento del diagnóstico.

P216. RESPUESTA HUMORAL TRAS LA VACUNACIÓN FRENTE A SARS-CoV-2 EN PACIENTES TRATADOS CON RITUXIMAB

E. Flores Fernández¹, I. Vázquez-Gómez¹, C. Ribera-Valera¹, P. Andújar-Brazal¹, E. Valls-Pascual¹, J.M. Nogueira-Coito², A. Martínez-Ferrer¹, D. Ybáñez-García¹ y J.J. Alegre-Sancho¹

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

²Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia.

Introducción: La vacunación frente al SARS-CoV-2 ha demostrado una eficacia y seguridad en pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias crónicas similar a la observada en la población general. Varios estudios demuestran que los pacientes tratados con rituximab (RTX) tienen una baja tasa de respuesta a las vacunas^{1,2}, y estudios recientes sugieren que esto también sucede con la nueva vacuna frente al SARS-CoV-2³, lo cual aumenta el riesgo de hospitalización y mortalidad en este grupo específico de pacientes.

Objetivos: Describir la respuesta vacunal frente a SARS-CoV-2 en pacientes tratados con RTX, así como estudiar posibles factores asociados a una menor tasa de respuesta vacunal.

Métodos: Análisis prospectivo de una cohorte de pacientes tratados con RTX que recibieron la vacuna frente al SARS-CoV-2 entre los meses de abril y octubre de 2021. Se recogieron datos demográficos y médicos a través de la historia clínica electrónica. Se realizaron analíticas de sangre y serologías con niveles de anticuerpos frente a SARS-CoV-2 a todos los pacientes al mes y a los 6 meses tras haber recibido la pauta completa de vacunación. Se registró la posible administración de dosis de refuerzo de la vacuna. Se realizó un análisis descriptivo y analítico de los datos mediante el programa SPSS.

Resultados: De una cohorte de 41 pacientes compuesta por un 81,4% de mujeres con una media de edad de 56 (13,4DE) años, se consiguió respuesta vacunal solo en el 36,7% de los pacientes tras 6 meses de seguimiento. El 88,4% recibió una dosis de refuerzo, pero no consiguió producir respuesta vacunal en ningún paciente que no la hubiera desarrollado con las anteriores. La hipogammaglobulinemia se asoció a una menor probabilidad de respuesta vacunal de forma estadísticamente significativa (p = 0,04). Se observó una tendencia de menor tasa de respuesta vacunal en los que habían recibido el último ciclo de RTX en los 6 meses previos a la vacuna (p = 0,058). Además, los títulos de anticuerpos desarrollados un mes después de la vacunación se correlacionaron positivamente y de forma estadísticamente significativa con el tiempo entre el último ciclo de RTX y la vacunación (r = 0,423; p = 0,014) y con los niveles absolutos de CD19 previos (r = 0,514; p = 0,029), pero estas diferencias no se mantuvieron a los 6 meses. No se encontraron diferencias significativas con relación al número de ciclos previos de RTX, el

tratamiento concomitante con fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) sintéticos o corticoides.

Conclusiones: En nuestra muestra solo un 36,9% consiguió desarrollar respuesta vacunal, y no mejoró a pesar de la administración de una dosis de refuerzo. La hipogammaglobulinemia, el tiempo entre el último ciclo de RTX y la vacunación y los niveles de CD19 previos influyeron de forma significativa en el desarrollo de anticuerpos.

Bibliografía

1. Gelinck LB, et al. Poor serological responses upon influenza vaccination in patients with rheumatoid arthritis treated with rituximab. *Ann Rheum Dis.* 2007;66:1402-3.
2. Bingham CO, et al. Immunization responses in rheumatoid arthritis patients treated with rituximab: results from a controlled clinical trial. *Arthritis Rheum.* 2010;62:64-74.
3. Mrak D, et al. SARS-CoV-2 vaccination in rituximab-treated patients: B cells promoted humoral immune responses in the presence of T-cell-mediated immunity. *Ann Rheum Dis.* 2021;80:1345-50.

P217. THE IMPACT OF TELEMEDICINE CONSULTATIONS FOR RHEUMATOID ARTHRITIS, GIANT CELL ARTERITIS, OSTEOARTHRITIS AND CRYSTAL ARTHRITIS DURING COVID19 PANDEMIC

M. Tormo Ratera¹, M. Mirza and R. Luqmani²

¹Rheumatology. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. ²Nuffield Orthopaedic Centre. Rheumatology. Oxford (United Kingdom).

Introduction: Rheumatology departments across the UK have adapted to the COVID-19 pandemic, implementing novel methods of working via remote consultations.

Objectives: We wanted to explore the rates of telemedicine consultations for patients with Rheumatoid Arthritis (RA), Giant cell arteritis (GCA), Osteoarthritis (OA), and Crystal arthritis (CA). We also wanted to check how effective the telemedicine consultations had been in terms of avoiding the need for a face-to-face appointment.

Methods: No telemedicine consultations took place before the COVID-19 pandemic in patients diagnosed with GCA, RA, CA and OA. We assessed the number of telemedicine consultations (telephone or videocall) using data from the departmental database covering September 2020 to December 2021. We analysed the rates of face-to-face versus telemedicine appointments for both new referrals and follow-up consultations. The statistical analysis was conducted using chi-square test.

Results: There were 20.648 patients assessed in our department from September 2020 to December 2021. In total 1786 face-to-face and 2079 telemedicine consultations were conducted for GCA (18%), RA (66%), OA (13%) and CA (3%). The highest percentage of telemedicine consultations versus face-to-face for new referrals were observed for OA (30 vs. 70%) followed by RA (14 vs. 86%), CA (12 vs. 88%) and GCA (2 vs. 98%) (Table). Combining all these conditions, 68% of clinicians felt the telemedicine appointment avoided a face-to-face appointment. However, 33% of clinicians seeing new patients with RA did not feel the telemedicine appointment avoided a face-to-face appointment. In contrast, follow-up appointments were

Table 1

Diagnoses	New referrals		Follow-up	
	Telemedicine	Face-to-face	Telemedicine	Face-to-face
RA	36 (14%)	227 (86%)	1480 (65%)	783 (35%)
CA	7 (12%)	50 (88%)	41 (61%)	26 (39%)
OA	82 (30%)	187 (70%)	115 (51%)	109 (49%)
GCA	3 (2%)	21 (98%)	315 (53%)	283 (47%)

P217 Figure. Proportion of telemedicine consultations.

mainly conducted by telemedicine when compared with face-to-face; RA (65 vs. 35%), GCA (53 vs. 47%), OA (51 vs. 49%) and CA (61 vs. 39%). For the follow-ups, an overall majority of 90% of telemedicine consultations avoided the need for a face-to-face appointment, particularly observed for patients with CA and GCA (98 and 93% respectively). We noted that patients with RA were more likely than GCA to have a telemedicine follow-up (p-value < 0.00001).

Conclusions: Telemedicine appointments for new referrals and follow-up patients with Rheumatological diagnoses has been a new development because of COVID-19 pandemic. Our analysis shows that most of our new RA, GCA, OA, and CA referrals are still being seen face-to-face but most follow-up appointments are telemedicine consultations. In most cases, clinicians felt that telemedicine consultations avoided the need for a face-to-face appointment.

Bibliografía

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/RheumatologyJu-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.

P218. SEVERE COVID-19 OUTCOMES AMONG PATIENTS WITH RHEUMATIC DISEASES, CANCER, AND TRANSPLANTATION: A POPULATION-BASED STUDY

J.A. Avina Zubieta¹, S. Marozoff¹, N. Lu¹, J.M. Loree^{2,3}, H. Xie^{1,4}, D. Lacaille^{1,5}, J.A. Kopec^{1,6} and J.M. Esdaile^{1,5}

¹Arthritis Research Canada. Vancouver (Canada). ²BC Cancer. Vancouver (Canada). ³Division of Medical Oncology. Department of Medicine. University of British Columbia. Vancouver (Canada). ⁴Faculty of Health Sciences. Simon Fraser University. Burnaby (Canada). ⁵Division of Rheumatology. Department of Medicine. University of British Columbia. Vancouver (Canada). ⁶School of Population and Public Health. University of British Columbia. Vancouver (Canada).

Introduction: Individuals with autoimmune rheumatic diseases (ARDs), cancer, and transplantation may be at greater risk of severe COVID-19 outcomes than individuals in the general population.

Objectives: This study assesses the risk of COVID-19-related hospitalization, intensive care unit (ICU) admission, and COVID-19-specific mortality in patients with ARDs, cancer, or transplantation compared to matched-comparators from the general population. Design, Setting, and Participants: We conducted a population-based matched-cohort study of all individuals with test-positive SARS-CoV-2 infections, using administrative health datasets from British Columbia, Canada. Exposure: All test-positive SARS-CoV-2 patients with ARDs, cancer, and transplantation relative to test-positive SARS-CoV-2 general population comparators matched on age (± 5 years), sex, month/year of initial positive SARS-CoV-2 test, and local health authority. Main Outcome and Measure: COVID-19-related hospitalizations, ICU admissions, and COVID-19-specific mortality. We performed multivariable conditional logistic regression models adjusting for socioeconomic status, Charlson comorbidity index, hypertension, rural address, and number of previous COVID-19 polymerase chain reaction tests.

Results: Among 6,279 patients with ARDs, 2,228 with cancer and 222 transplant recipients who tested positive for SARS-CoV-2 infection, the risk of hospitalization was significantly increased for those with ARDs [overall ARDs (aOR: 1.30 (95%CI 1.19-1.43)); highest within ARDs: adult systemic vasculitides (aOR: 2.18 (95%CI 1.17-4.05; Fig. 1)) and transplantation [aOR: 10.56 (95%CI 6.88-16.22;)]. Overall cancer patients were not at increased risk of hospitalization (Fig. 2), although certain types were [highest within cancer: lung (aOR: 2.57 (95%CI 1.39-4.75))]. Odds of ICU admission were significantly increased for those with ARDs [overall ARDs (aOR: 1.30 (95%CI 1.11-1.51)); highest within ARDs: ankylosing spondylitis (aOR: 2.03 (95%CI 1.18-3.50))] and transplantation [aOR: 8.13 (95%CI 4.76-13.91; Fig. 3)], but not cancer. Risk of COVID-19-specific mortality was increased for those with ARDs [overall ARDs (aOR: 1.24 (95%CI 1.05-1.47)); highest within ARDs: ankylosing spondylitis (aOR: 2.15 (95%CI 1.02-4.55))] and transplantation [aOR: 5.48 (95%CI 2.82-10.63)], but not cancer.

Conclusions: The risk of severe COVID-19 outcomes is increased in certain patient groups with ARDs, cancer, and transplantation, although the magnitude differs across individual diseases. Strategies to mitigate risk, such as booster vaccination, prompt diagnosis, and early intervention with available therapies should be prioritized in these groups according to risk.

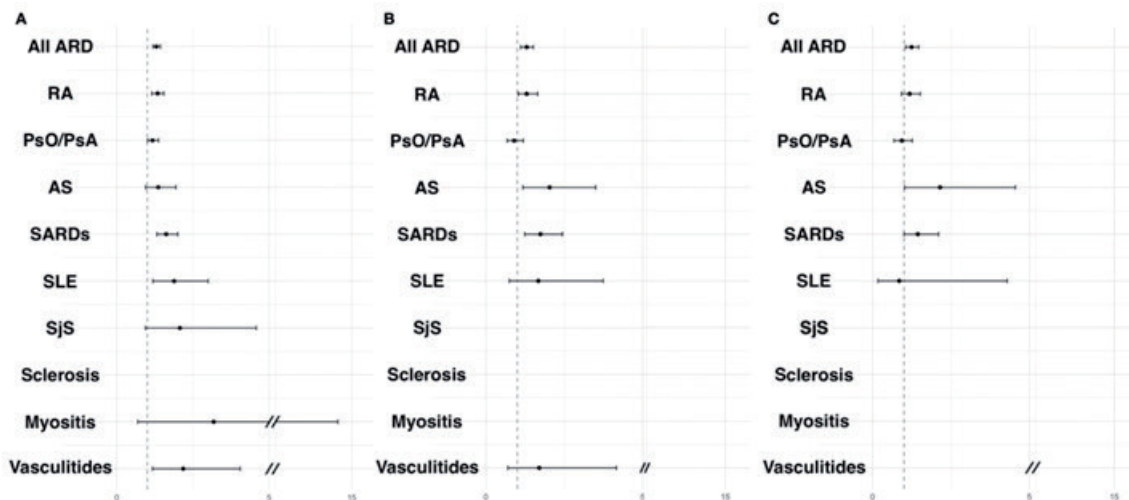


Figure 1. Risk of (A) hospitalizations, (B) ICU admissions, (C) COVID-19-specific mortality among patients with autoimmune rheumatic diseases compared to matched comparators from the general population*#

*Results presented as odds ratios with 95% confidence intervals
#Disease groups without a point estimate were too small to be calculated

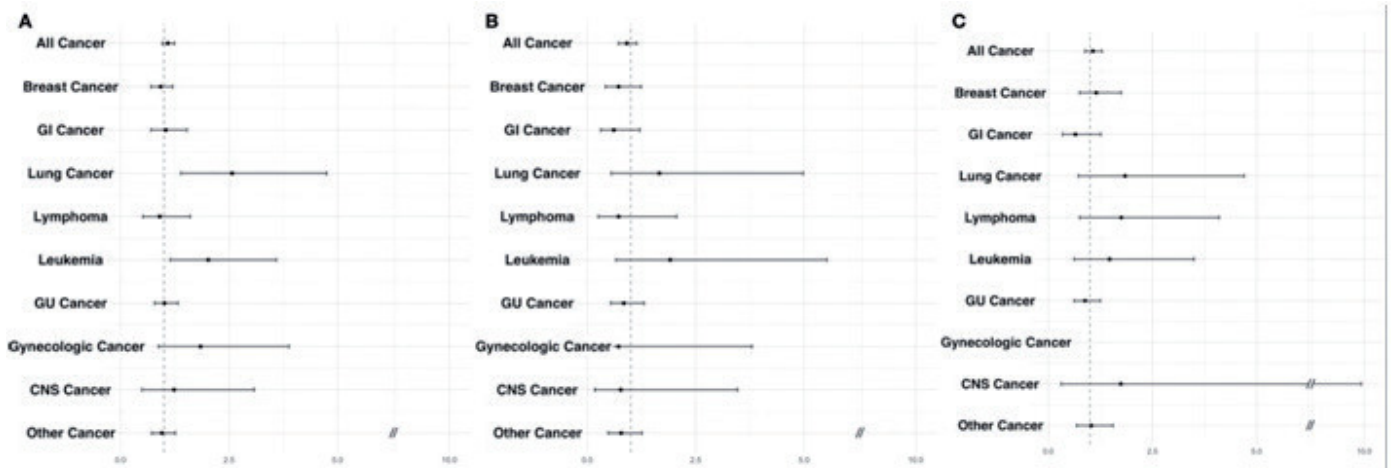


Figure 2. Risk of (A) hospitalizations, (B) ICU admissions, (C) COVID-19-specific mortality among patients with cancer compared to matched comparators from the general population*#
 *Results presented as odds ratios with 95% confidence intervals
 #Disease groups without a point estimate were too small to be calculated

P218 Figure 2

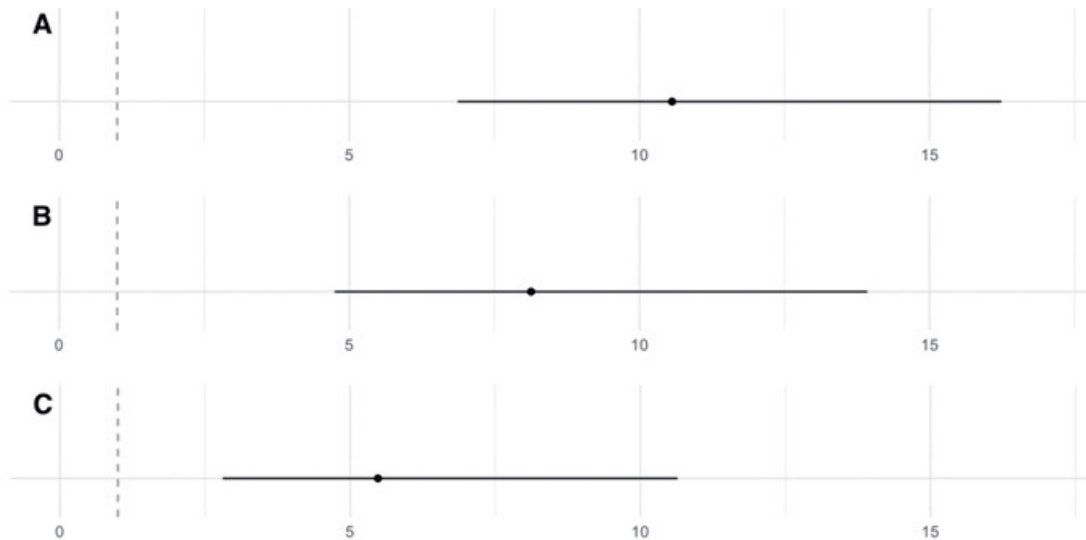


Figure 3. Risk of (A) hospitalizations, (B) ICU admissions, (C) COVID-19-specific mortality among transplant recipients compared to matched comparators from the general population*

*Results presented as odds ratios with 95% confidence

P218 Figure 3

P219. EXPERIENCIA REPORTADA POR EL PACIENTE CON ENFERMEDADES INFLAMATORIAS MEDIADAS POR INMUNIDAD (EIMI) EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19: ACCESIBILIDAD Y CONTINUIDAD DE CUIDADOS

J.P. Baldivieso Acha¹, E. Ramírez², M. Uriarte-Ecenarro¹, C. Valero¹, E. Velasco¹, I. Llorente¹, A. Morell², O. Solas³ y R. García-Vicuna¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de la Princesa. IIS-Princesa. Madrid. ²Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario de la Princesa. IIS-Princesa. Madrid. ³Consultora Senior en Salud Pública y gestión.

Introducción: Las restricciones de movilidad impuestas por la pandemia COVID19 tuvieron un gran impacto en la atención de pacien-

tes crónicos. Reumatología y Farmacia hospitalaria (FH) diseñaron intervenciones no farmacológicas (INF) coordinadas para mantener la accesibilidad y continuidad asistencial de los pacientes con EIMI. **Objetivos:** Evaluar la experiencia reportada por el paciente (*Patient-reported experience measurement*, PREM) con EIMI atendido en consultas de reumatología, desde la declaración del estado de alarma por la pandemia COVID-19 (14/3/2020), en relación con la accesibilidad a su equipo clínico-asistencial y a la medicación, y con la continuidad de los cuidados. Evaluar el estado de salud y la calidad de vida. **Métodos:** Estudio observacional en pacientes adultos que acudieron a consulta de reumatología entre el 2/11/2020 y el 13/2/2021, con artritis reumatoide (AR), artritis psoriásica (APs), espondiloar-

Tabla P219

Percepción de los pacientes sobre su experiencia y estado de salud durante el confinamiento y las restricciones por la COVID19.

Durante el confinamiento y las restricciones por el covid-19 en los último 6 meses ...	Respuestas (%) (N: 158)
¿Su grado de preocupación por la crisis del COVID19 ha sido...?	Mucho + Bastante (86,7%)
PROS (PROMIS 10) (escala Likert 5 puntos, rango muy buena-muy mala)	
¿En general, su salud ha sido...?	Muy buena (11,4), Buena (43,7)
¿Y su salud emocional/mental, incluyendo el estado de ánimo y la capacidad para pensar?	Muy buena (10,1), Buena (41,1)
Su calidad de vida ha sido...	Muy buena (8,25), Buena (49,4)
Su satisfacción en la realización de las tareas diarias (en casa, trabajo, con la familia) ha sido...	Muy buena (7,8), Buena (55,1)
Accesibilidad al cuidado sanitario y medicación (escala Likert 5 puntos, rango siempre-nunca)	
He podido contactar con mi reumatólogo siempre que lo he necesitado (email, teléfono)	Siempre (79,9)
Mi reumatólogo cambio la consulta presencial por consulta telefónica	Si (53)
He recibido la medicación en casa desde la farmacia hospitalaria.	Si (16)
He recogido mi medicación de la farmacia hospitalaria sin incidencias.	Si (21)
He mantenido la dosis prescrita de mi medicación*	Siempre+casi siempre (96,2)
En algún momento modifiqué la pauta de medicación por decisión propia	Si (6)
Mi reumatólogo cambió la dosis o vía de administración.	Si (7)
Su satisfacción con la atención brindada por todo el equipo clínico asistencial fue...	Muy+ Bastante satisfecho (75)
PREMS (IEXPAC) (Likert de 5 puntos, rango Siempre-Nunca)	
Ítem 2. Los profesionales que me atienden...se coordinaron para ofrecerme un buen cuidado	Siempre (34,18)
Ítem 8. Se aseguraron de que tomase mi medicación de forma correcta	Siempre (73,42)
Ítem 9. Se preocuparon por mi bienestar	Siempre (74,68)

IEXPAC: Instrumento de Evaluación de la eXperiencia del PAciente Crónico; PRE: patient-reported experience; PRO: patient-reported outcomes; PROMIS: Patient-reported outcomes measurement system.

tritis (EspA) o enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS), de al menos 1 año de evolución y 1 mes de tratamiento con FAME sintéticos convencionales (sc), sintéticos dirigidos (sd) o biológicos (b). Se realizaron entrevistas presenciales o telefónicas mediante un cuestionario diseñado *ad hoc*, con preguntas sobre COVID19, 11 ítems de la escala IEXPAC (www.iexpac.org) como medida PREM y 4 ítems de la escala PROMIS 10. Todas las preguntas se refieren a la experiencia del paciente en torno a los 6 meses anteriores a la recogida de datos. El estudio fue aprobado por el Comité de ética (MOD 3964, 25/2/2020) y todos los pacientes firmaron consentimiento informado.

Resultados: De 172 pacientes cribados, 158 (92%) completaron la encuesta, 66,5% mujeres con una mediana de edad de 60 (RIQ 47-69,3) años. El diagnóstico más frecuente fue AR (43%) seguido de EspA (35%), EAS (22%) y APs (13%). El 53,2% tenía prescrito FAMEsc, 46,8% FAME b o sd, y 32,9% en combinación. De 39 pacientes que solicitaron atención por sospecha de COVID-19, el diagnóstico se confirmó en 17 (10,8%), controlados por Atención Primaria mediante consulta telefónica. Solo 2 pacientes requirieron ingreso. Reumatología mantuvo las revisiones presenciales programadas en el 46% (73/158) y el resto se modificó por consulta telefónica proactiva y personalizada. El 80% afirmaron no experimentar problemas para contactar (teléfono o correo electrónico) con su equipo asistencial, siempre que precisaron pedir/modificar una cita, resolver dudas sobre su medicación o posibles brotes de su enfermedad, incluida la incertidumbre sobre posible infección COVID19. Los consultados no percibieron dificultades en el acceso a ningún FAME, y se priorizó a los pacientes más vulnerables para entrega domiciliaria (16%). Un 80% reportó haber mantenido siempre las dosis y pautas de administración prescritas. Las puntuaciones de la escala IEXPAC revelan interacciones productivas entre el equipo asistencial y el paciente en el control y seguimiento de su enfermedad, evaluación del cumplimiento del plan terapéutico, así como la confianza y apoyo de todo el equipo para mejorar su bienestar y calidad de vida. La tabla recoge resultados de algunos ítems relevantes de la encuesta.

Conclusiones: La evaluación de la experiencia del paciente y su estado de salud enriquecen las lecciones aprendidas durante la pandemia COVID19. Se deben considerar las percepciones del paciente y conocer su grado de aceptación de la atención no presencial para reorganizar la asistencia y garantizar accesibilidad.

P220. SEROCONVERSIÓN DE ANTICUERPOS DEL SARS-CoV-2 EN PACIENTES CON ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS (IMID) EN TRATAMIENTO CON TERAPIAS BIOLÓGICAS, INHIBIDORES DE JAK KINASAS O DE LA FOSFODIESTERASA 4

L. Romero¹, S. Muñoz-Fernández¹, M. Steiner¹, I.J. Thuissard Vasallo³, C. Andreu³, T. Cobo-Ibáñez¹, A. Gómez¹, B. Paredes¹, A.V. Esteban¹, L. Cebrian², F. Sánchez², M.Á. Matías², C. García Yubero⁴, M. Esteban⁵, N. Manceñido⁶, R. Pajares⁶, M.R. Arribas⁶, C. Esteban⁷, A. Martínez⁴, R. Guillén⁸, I. García⁸ y T. Navío²

¹Sección de Reumatología. Hospital Universitario Infanta Sofía. Universidad Europea de Madrid. ²Sección de Reumatología. Hospital Universitario Infanta Leonor. Universidad Complutense de Madrid. ³Facultad de Ciencias Biomédicas y de la Salud. Universidad Europea de Madrid. ⁴Sección de Farmacia. Hospital Universitario Infanta Sofía. Universidad Europea de Madrid. ⁵Sección de Oftalmología. Hospital Universitario Infanta Sofía. Universidad Europea de Madrid. ⁶Sección de Gastroenterología. Hospital Universitario Infanta Sofía. Universidad Europea de Madrid. ⁷Servicio de Farmacia. Hospital Universitario Infanta Leonor. Universidad Complutense de Madrid. ⁸Laboratorio Central. Hospital Universitario Infanta Sofía. Madrid.

Introducción: La seroprevalencia del SARS-CoV-2 en las IMID sigue sin estar del todo aclarada aún.

Objetivos: Analizar la seroconversión de anticuerpos (Ac) anti SARS-CoV-2 en pacientes con IMID en tratamiento con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad biológicos (FAMEb) o sintéticos dirigidos (FAMEsd).

Métodos: Estudio prospectivo transversal en pacientes con IMID y tratamientos con FAMEb y FAMEsd. Se midió la serología IgG anti SARS-CoV-2 mediante la técnica de inmunoensayo tipo sándwich de dos pasos por quimioluminiscencia indirecta comparándose con controles sanos, entre octubre/2020 y mayo/2021.

Resultados: Se incluyeron 1.100 sujetos en el estudio, 550 pacientes con IMID y 550 controles. Pareados por sexos en ambos grupos. Se observó una seroprevalencia del 16% (88/550) en los pacientes frente a 19,3% (106/550) en el grupo control, no siendo significativa la diferencia ($p = 0,154$). Se objetivó mayor seroconversión en los que recibían terapia con anti-TNF (18,9%) frente a los que recibían otros biológicos (11,5%) ($p = 0,021$). Asimismo, se encontró disminución de la seroconversión en los pacientes con fármacos modificadores de la

enfermedad convencionales (FAMEcs), principalmente el metotrexato ($p = 0,027$) en relación con los demás FAME, y en comparación con el grupo control (OR 0,432, IC95% 0,223-0,835; $p = 0,013$). Con Rituximab hubo una tendencia a la disminución de la seroconversión en relación con grupo control (OR = 0,296; IC95% 0,087-1,007; $p = 0,051$).

Conclusiones: Los pacientes con IMID tratados con FAMEb o FAMEsd no tienen diferencias en cuanto a la seroconversión en comparación con el grupo control. Los pacientes con metotrexato seroconvierten menos que los que se encuentran con biológicos en monoterapia y que la población general.

P221. CHARACTERIZATION OF THE IMMUNE RESPONSE IN PATIENTS WITH INFLAMMATORY IMMUNE-MEDIATED DISEASES ON IMMUNOSUPPRESSIVE TREATMENT AFTER SARS-CoV-2 VACCINATION

A. Martínez-Feito¹, P. Nozal¹, M. González Muñoz¹, M. Novella-Navarro², E. Fernández-Fernández², L. del Pino Molina^{3,4}, Y. Soto Serrano⁴, A. Iturralde Rodríguez¹, S. Ruiz Simón¹, M.D. Martín Arranz⁵, A. Balsa² and Ch. Plasencia²

¹Immunology La Paz University Hospital. Madrid. ²Rheumatology. La Paz University Hospital. Madrid. ³Center for Biomedical Network Research on Rare Diseases (CIBERER U767). Madrid. ⁴Lymphocyte Pathophysiology in Immunodeficiencies Group. La Paz Institute for Health Research (IdiPaz). Madrid. ⁵Gastroenterology. La Paz University Hospital. Madrid.

Introduction: The relevance of studying immune response after SARS-CoV-2 vaccination in patients with inflammatory immune-mediated diseases (IMIDs) represents a deep concern regarding the risk estimation and management of these patients. It is well known that certain treatments as anti CD20 therapies result in a diminished immunogenicity against common vaccines but data about the cellular protection obtained upon vaccination in patients with different IMID and different treatments remain scarce.

Objectives: To compare a potential detriment on cellular and antibody-mediated protection upon SARS-CoV-2 vaccination in patients with IMIDs treated with immunosuppressive drugs.

Methods: We recruited 73 patients with rheumatoid arthritis-RA- ($n = 49$), spondylarthritis-SpA- ($n = 19$), inflammatory bowel disease-IBD ($n = 5$), idiopathic juvenile arthritis-IJA- ($n = 2$) and heterogeneous IMID group ($n = 6$). In addition, 35 healthy controls were included. Patients were treated mainly with rituximab-RTX- ($n = 27$), TNFi ($n = 37$) or JAKi ($n = 3$). Data of age, sex, csDMARDs, previous SARS-CoV-2 infection, last RTX infusion and prednisone use were collected. After one month of vaccination, humoral response was assessed by the ELISA SARS-CoV-2-Sp1 IgG Test (positivity cut-off > 0.70 IU/ml) which was also compared with the data of 35 healthy controls. In addition, in 40 patients who had serum antibody levels < 100 UI/ml, the cellular response was analysed by the use of the QuantiFERON SARS-CoV-2 (cut-off value > 0.15 IU/ml). Differences (median [IQR]) between the different IMIDs and different treatments were compared through non-parametric test.

Results: Older age (> 56 years) and female sex were associated with low titres of serum antibodies ($p < 0.001$ and $p < 0.01$) in patients. Anti-Sp1 IgG antibodies were present in a 86% of the IMIDs patients and in 100% healthy controls with different IgG titres (IU/ml): 51 [11-184] vs. 700 [440-940]; $p < 0.0001$. Serum antibody levels (IU/ml) were statistically different between IMIDs: 33 [1-138] in RA vs. 94 [34-191] in SpA vs. 204 [187-204] in IBD vs. 133 [61-204] in IJA vs. 13 [1.5-31.8] in the rest; $p = 0.04$. Remarkably, patients with IBD were the youngest compared with the other patients. Lower serum anti-

body levels (IU/ml) were observed in patients treated with RTX compared with the other drugs: 3.6 [0.7-51] in RTX vs. 156 [45-204] in TNFi vs. 4 [18-58] in JAKi patients; $p < 0.0001$. Patients in whom the last infusion of RTX was, at least, one year before vaccination CD19+B cells were detected as well as 75% of patients presented antibodies compared with 45% of patients whom received the last RTX infusion in the year of vaccination. Cell-mediated responses to SARS-CoV-2 were positive in 33% of IMIDs patients and negative in 67% of patients. There were not differences in cell-mediated responses between patients with positive and negative humoral response. Strikingly, out of the 33% positive patients, 85% were treated with RTX. Out of the total patients with RTX, a 61% had inducible cell-mediated responses vs. 14% of the patients with TNFi; $p < 0.01$.

Conclusions: Titres of serum antibodies against Sp1 protein of SARS-CoV-2 are lower in patients with IMIDs than in controls. Female sex and older age are associated with lower production of antibodies against SARS-CoV-2. Patients under RTX had lower rates of positivity humoral response as well as lower serum titres than patients treated with other therapies regardless the patients' age. On the other hand, more patients treated with RTX had inducible cell-mediated responses compared with patients with TNFi.

P222. RESPUESTA HUMORAL TRAS VACUNACIÓN CONTRA SARS-CoV-2 EN PACIENTES CON ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INMUNOMEDIADAS BAJO TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR

I. Vázquez Gómez¹, E. Flores Fernández¹, C. Valera Ribera¹, E. Valls Pascual¹, P. Andújar Brazal¹, A.V. Orenes Vera¹, A. Martínez Ferrer¹, D. Ybáñez García¹, I. Torner Hernández¹, V. Núñez Monje¹, J.M. Nogueira Coito² y J.J. Alegre Sancho¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

²Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

Introducción: La vacunación contra el SARS-CoV-2 ha demostrado ser eficaz en población sana. Sin embargo, se ha descrito un posible compromiso de la inmunogenicidad en pacientes con enfermedades inflamatorias inmunomediadas bajo terapia inmunosupresora.

Objetivos: Determinar la tasa de respuesta serológica tras la vacunación frente a SARS-CoV-2 en dichos pacientes. Secundariamente, determinar la persistencia de la respuesta a los 6 meses e identificar factores que puedan influenciar ambas determinaciones.

Métodos: Estudio observacional prospectivo. Se reclutaron de forma consecutiva pacientes con distintas patologías inflamatorias en tratamiento con FAMEs clásicos y/o biológicos o dirigidos que recibieron primovacunaación contra el SARS-CoV-2 con 2 dosis [1 dosis en caso de Ad26.COVID.S (Janssen®)]. Se excluyeron pacientes tratados con rituximab y aquellos que habían padecido la COVID-19. Como variable primaria se evaluaron los niveles de anticuerpos (Ac) anti-SARS-CoV-2 IgG II al mes de la vacunación, considerando respuesta niveles > 50 UA/ml. Como variables secundarias se determinaron dichos Ac a los 6 meses de la vacunación y se analizaron factores que pudieran influir en la variabilidad de respuesta. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS V22.

Resultados: De los 89 pacientes reclutados, el 70% (62) fueron mujeres y la media de edad fue 58 años ($\pm 15,6$). El 85,4% (76) padecía una artropatía inflamatoria crónica (espondiloartropatías y AR), el 11,2% (10) conectivopatías (LES, Behçet, sarcoidosis) y el 3,4% (3) vasculitis (arteritis de gran vaso y enfermedad de Birdshot). El 96,5% de los pacientes alcanzó la respuesta al mes de la vacunación (82/85). La

mediana de niveles de IgG fue 2783,7 UA/ml. Todos los pacientes tratados con anti-TNF (43), anti-IL17 (2), inhibidores JAK (7) e inhibidores BlyS (1) mostraron respuesta al mes de la vacunación. El porcentaje decayó en el caso de anti-IL6 (7/8, 87,5%) e inhibidores de CTLA4-Ig (1/2, 50%). El 96,5% (56/58) de los pacientes con FAMES clásicos alcanzó la respuesta al mes. El porcentaje de respondedores disminuyó a los 6 meses (43/50, 86%) y la mediana de niveles de Ac se redujo un 85% (404,8 UA/ml). Los niveles de Ac fueron significativamente mayores en pacientes tratados con terapia biológica o dirigida en monoterapia en comparación con aquellos tratados con terapia biológica o dirigida en combinación con FAMES clásicos ($p = 0,000$). Esta diferencia no se apreció a los 6 meses. Además, se observaron diferencias en los niveles de Ac según el sexo (mayores en los varones) con una tendencia a la significación estadística. No se halló influencia del tipo de enfermedad, la corticoterapia o la edad sobre los niveles de Ac. La evolución temporal de los títulos de Ac se analizó en 47 pacientes. En 36 (76,5%) los niveles disminuyeron en la 2ª serología. 6 pacientes (12,7%) pasaron de la seroconversión inicial a negativizar la respuesta. Se trataba de mujeres con artropatías inflamatorias crónicas en tratamiento con MTX asociado a un FAME biológico o dirigido. Habían sido vacunadas con ChAdOx1 nCoV-19 (Oxford-AstraZeneca®) o BNT162b2 (BioNTech-Pfizer®).

Conclusiones: Casi la totalidad de los pacientes con enfermedades inflamatorias inmunomediadas estudiados presentaron respuesta vacunal pese a la terapia inmunosupresora. La mayoría mantuvo la respuesta a los 6 meses, con una importante reducción de los niveles de Ac. La combinación de inmunomoduladores influyó en los niveles de Ac.

P223. RESPUESTA INMUNE TRAS VACUNACIÓN CONTRA SARS-CoV-2 EN PACIENTES CON ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS (PROYECTO RIM-COV)

V. García García, A. Corral Bote¹, A.M. Ruiz Bejerano¹, J. Arroyo Palomo¹, P. García Casado¹, N. Villarrubia Migallón², M. Rodríguez Domínguez³, C.A. Guillén Astete¹, M.Á. Blázquez Cañamero¹, A.L. Boteanu¹, J. Bachiller Corral¹ y M. Vázquez Díaz¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ²Servicio de Inmunología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ³ Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: Existen pocos datos sobre la respuesta inmune a la vacunación contra el SARS-CoV-2 en pacientes con enfermedades inmunomediadas y tratamiento inmunosupresor. Se ha descrito en estudios observacionales una menor respuesta humoral en pacientes en tratamiento con rituximab o micofenolato de mofetilo y una menor respuesta celular en pacientes en tratamiento con anti-CTLA4 o anti-IL-6.

Objetivos: Analizar la respuesta inmune en pacientes con enfermedades reumatológicas inmunomediadas atendidos en nuestro servicio tras la vacunación contra el SARS-CoV-2.

Métodos: Se analizó la respuesta celular T CD4 y CD8 en 55 pacientes con enfermedades autoinmunes en tratamiento inmunosupresor que recibieron la pauta de vacunación completa frente a SARS-CoV-2; excluyéndose pacientes que hubiesen pasado la infección por SARS-CoV-2. Resultados. Los pacientes con enfermedades autoinmunes en tratamiento inmunosupresor presentaron seroconversión positiva 83,3% vs. 16,7% ($p = 0,01$). La seroconversión se asoció al tratamiento biológico, siendo menor en el grupo rituximab/belimumab 57,1% vs. 42,9% ($p = 0,01$). El tratamiento con glucocorticoides se asoció a menor inmunogenicidad 33,3% vs. 91,1% ($p = 0,001$). Se observó una correlación positiva entre la respuesta

CD4 y CD8 (OR 18,33, IC95% 4,468-75,22). La respuesta CD8 positiva se asoció al tipo de tratamiento biológico siendo mayor en el grupo rituximab/belimumab (73,3 vs. 26,7% $p = 0,007$). La respuesta celular se asoció al tipo de vacuna siendo mayor con Moderna (respuesta CD4 83,3 vs. 16,7% $p = 0,022$; respuesta CD8 62,5 vs. 37,5% $p = 0,022$).

Conclusiones: Los pacientes con enfermedades inmunomediadas presentan una respuesta humoral tras la vacunación menor en función del tipo de tratamiento inmunosupresor, especialmente con rituximab, sin embargo estos pacientes mantienen una respuesta celular adecuada.

P224. SÍNDROME COVID-19 POSAGUDO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES E INMUNOMEDIADAS: SEGUIMIENTO TRAS EL PRIMER AÑO DE PANDEMIA DE UN REGISTRO MULTIDISCIPLINARIO DE UN SOLO CENTRO

J.C. Sarmiento Monroy, G.M. Lledó², F. Meira³, M. González Peñas², B. Caballol⁴, M.C. Londoño⁵, S. Llufrú⁶, A. Moll⁷, L.F. Quintana⁸, J. Ramírez¹, E. Martínez⁶, A. Adán⁷, S. Prieto-González^{2,9}, G. Espigol², J. Milisenda⁹, M.C. Cid², P. Giavedoni¹⁰, J.M. Mascaró¹⁰, N. Egri¹¹, J. Gratacós Gines⁵, R. Sanmartí¹, J. Panés⁴, R. Cervera², A. Soriano³, G. Espinosa² y J.A. Gómez-Puerta¹ en representación del Immunocovid Clinic

¹Servicio de Reumatología. Hospital Clínic de Barcelona. ²Servicio de Enfermedades Autoinmunes. Hospital Clínic de Barcelona. ³Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Clínic de Barcelona. ⁴Servicio de Enfermedades Digestivas. Hospital Clínic de Barcelona. ⁵Unidad de Hepatología. Hospital Clínic de Barcelona. ⁶Servicio de Neurología. Hospital Clínic de Barcelona. ⁷Servicio de Oftalmología. Hospital Clínic de Barcelona. ⁸Servicio de Nefrología. Hospital Clínic de Barcelona. ⁹Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínic de Barcelona. ¹⁰Servicio de Dermatología. Hospital Clínic de Barcelona. ¹¹Servicio de Inmunología. Hospital Clínic de Barcelona.

Introducción: Existe un interés creciente con respecto al síndrome COVID-19 posagudo (PACS) en población general y en particular en pacientes con enfermedades autoinmunes e inmunomediadas (EAI/EIM) debido al impacto potencial en la morbilidad y la calidad de vida de estos.

Objetivos: Determinar la prevalencia y analizar los factores asociados con PACS en una cohorte multidisciplinar de pacientes con EAI/EIM.

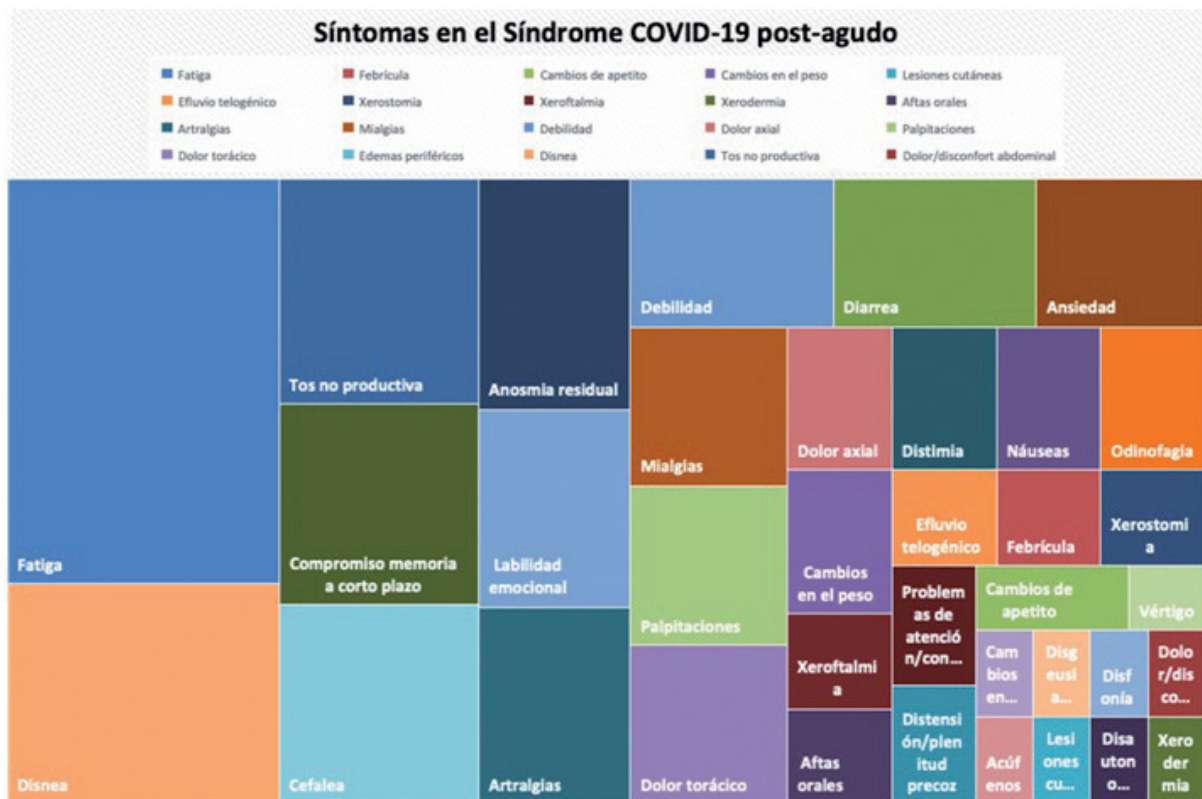
Métodos: Estudio observacional con seguimiento prospectivo de pacientes con infección sintomática por SARS-CoV-2 y EAI/EIM evaluados en un hospital Universitario de tercer nivel tras la primera ola. Se realizó un seguimiento a 1 año tras la infección en el cual se registró la presencia de PACS, definido como la persistencia de síntomas más allá de las 4 semanas de la infección. Se realizó una regresión logística binomial en la que se tomó como desenlace primario la presencia de PACS y se usó la prueba estadística acorde a la naturaleza de cada variable. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética local del hospital.

Resultados: Se incluyeron 85 pacientes con infección sintomática por SARS-CoV-2. La enfermedad inflamatoria intestinal (14%) y la artritis reumatoide (11%) fueron las enfermedades más frecuentes. La mediana de duración de las EAI/EIM fue de 8 años (RIC 4-16). El 73% de los pacientes se encontraban en remisión de su enfermedad de base en el momento de la infección. El 29% de los pacientes recibían GC (dosis media de equivalente de prednisona 5 mg/día), seguidos de FAME convencionales sintéticos (26%) y terapias dirigidas al momento de la infección. Tras el seguimiento, 25 (30,8%) pacientes presentaron al menos un brote de su enfermedad, requiriendo tratamiento con glucocorticoides (GC) en un 32% de los casos. En once (12%) pacientes se realizó un cambio en el tratamiento debido espe-

Características de pacientes con infección sintomática por SARS-CoV-2 y EAI/EIM según la presencia del síndrome COVID-19 posagudo tras 1 año de seguimiento

Variable	Total (N = 85), n (%)	PACS (n = 32)	No PACS (n = 53)	p
Sexo femenino	50 (58,8)	23 (71,8)	27 (50,9)	0,054
Edad, mediana (RIQ) años	58 (48-68)	57 (47-65)	59 (49-69)	0,093
≤ 65 años	58 (68,2)	23 (71,8)	40 (75,4)	0,545
EAI/EIM				
EAI	49 (57,6)	17 (53,1)	32 (60,3)	0,512
EIM	36 (42,4)	15 (46,8)	21 (39,6)	
Actividad de la enfermedad (n = 63)				
Remisión	46 (73,0)	14 (43,7)	32 (60,3)	0,716
Activa	17 (27,0)	6 (18,7)	11 (20,7)	
Tratamiento inmunomodulador de base				
Glucocorticoides	25 (29,4)	8 (25,0)	17 (32,0)	0,484
Equivalente de Prednisona (dosis/día)				0,474
1-9 mg	18 (21,2)	5 (15,6)	13 (24,5)	
≥ 10 mg	7 (8,2)	3 (9,3)	4 (7,5)	
FAMEcs*				
HCQ monoterapia	5 (5,9)	2 (6,2)	3 (5,7)	0,928
FAMEcs monoterapia, no HCQ	22 (25,9)	9 (28,1)	13 (24,5)	0,752
FAMEb/JAKinib monoterapia				
Anti-TNF	2 (2,4)	0 (0,0)	2 (3,8)	0,162
No-anti-TNF/JAKinib	10 (11,8)	3 (9,3)	7 (13,2)	0,568
FAMEcs + FAMEb/JAKinib	4 (4,7)	1 (3,1)	3 (5,7)	0,569
Infección por SARS-CoV-2				
Infección confirmada por PCR	52 (61,2)	21 (65,6)	31 (58,4)	0,769
Ingreso hospitalario	58 (68,2)	22 (62,5)	36 (67,9)	0,936
COVID-19 grave§	12 (14,1)	5 (15,6)	7 (13,2)	0,837
Serologías positivas	23 (27,0)	12 (37,5)	11 (20,7)	0,095
Respuesta celular positiva (n = 9)	9 (10,5)	6 (18,7)	3 (5,7)	0,061
Pauta de vacunación completa	57 (67,1)	24 (75,0)	33 (62,2)	0,221
Comorbilidades**				
Hipertensión arterial	34 (40,0)	11 (34,3)	23 (43,4)	0,408
Neumopatía crónica	16 (18,8)	6 (18,7)	10 (18,8)	0,989
Tabaquismo	20 (23,5)	7 (21,8)	13 (24,5)	0,779

EAI: enfermedad autoinmune (artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, esclerosis múltiple, hepatitis autoinmune, enfermedad autoinmune renal, miastenia gravis, vasculitis sistémica, síndrome de Sjögren, esclerosis sistémica, síndrome antifosfolípido, pénfigo); EIM: enfermedad inmunomediada (enfermedad inflamatoria intestinal, psoriasis, espondiloartropatía, enfermedad de Behçet, sarcoidosis, polimialgia reumática, artritis seronegativa); HCQ: hidroxicloroquina; PACS: síndrome COVID-19 posagudo; PCR: reacción en cadena de la polimerasa; RIQ: rango intercuartílico. *Principalmente metotrexato. **El 81% de pacientes presentaban al menos una comorbilidad basal. El 23% de pacientes desarrolló al menos una nueva comorbilidad tras el seguimiento incluyendo trastornos del ánimo y ansiedad. §Ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos, requerimiento de intubación orotraqueal, complicaciones cardiovasculares, trombosis, insuficiencia renal con requerimiento de hemodiálisis y/o muerte.



cialmente a la actividad de la enfermedad. Además, se constató el debut de algunas EAI como el lupus eritematoso sistémico (n = 1) y la enfermedad de Graves (n = 1). En el 61% de los pacientes la infección se confirmó por PCR. Más de la mitad (68%) de los pacientes requirieron ingreso hospitalario por neumonía, de los cuales 12 (20%) ingresaron a UCI y 4 (6,8%) fallecieron. Durante el seguimiento hubo 3 (3,5%) reinfecciones: 2 con requerimiento de ingreso hospitalario (1 paciente no vacunado siendo *exitus* y 1 con esquema completo de vacunación sin complicaciones). Cuatro (4,7%) pacientes fallecieron debido a infecciones. 57 (67%) pacientes recibieron un esquema de vacunación completo, presentando reacciones sistémicas (20%) y locales (15%), sobre todo tras la primera dosis. El 27% de los pacientes presentaron serologías para SARS-CoV-2 positivas (IgG, IgM o ambas) y 9/9 (100%) respuesta celular T positiva. La prevalencia de PACS fue del 37,6%. En total se registraron 158 síntomas (media por paciente 1,9) atribuibles a la infección por SARS-CoV-2. La fatiga (27,1%) y la disnea (14,8%) fueron los más frecuentes (fig.). No hubo diferencias significativas entre los pacientes sintomáticos con SARS-CoV-2 y EAI/EIM según la presencia de PACS (tabla).

Conclusiones: Hasta una tercera parte de pacientes con EAI/EIM presentaron un brote tras la infección por SARS-CoV-2. El PACS es frecuente en pacientes con EAI/EIM. Una proporción importante de pacientes refieren múltiples síntomas en diversos dominios durante el seguimiento, sin tener asociación con las características basales al momento de la infección, el tipo de patología o el tratamiento inmunosupresor previo.

P225. PATOLOGÍA REUMÁTICA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

M.R. Oliva Ruiz, M.J. Moreno Martínez, M.J. Moreno Ramos, E. Peñas Martínez, A. Uceda Galiano, F.J. Rodríguez Martínez, E.E. Soriano Navarro, J. Moreno Morales, V. Cogolludo Campillo, G. Albaladejo Paredes, A. Pérez González y M.J. Díaz Navarro

Hospital Universitario Santa Lucía. Cartagena. Hospital General Rafael Méndez. Lorca. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción: Los pacientes oncológicos presentan múltiples síntomas musculoesqueléticos relacionados con el tratamiento oncológico que se les aplica. En este trabajo se pretende analizar la prevalencia de la artritis y de la fibromialgia (FM), además del cumplimiento de las recomendaciones de las guías sobre metabolismo óseo en este tipo de pacientes.

Métodos: Se incluyeron pacientes de la consulta de Oncología Radioterápica, de forma secuencial. Mayores de 18 años, capaces de contestar a cuestionarios sobre calidad de vida (CV), WPI/SS, entre otros. Además de revisarse sus historias clínicas.

Resultados: Se reclutaron 79 pacientes (50,6% varones y 49,4% mujeres), edad media de 55,1 años ($\pm 11,7$). La artritis apareció en el 22,7% de los pacientes (12,9% mujeres y 9,8% hombres, $p = 0,37$) durante el transcurso de su enfermedad oncológica. De los pacientes con artritis, el 22,2% se encontraban con hormonoterapia, el 5,5% con terapia antiandrogénica (TDA), el 16,6% con terapia antiestrogénica y el 11,1% con inmunoterapia. Todas las artritis se presentaron desde el inicio del tratamiento oncológico. Cinco de las artritis, precisaron tratamiento con FARME, sintético 3 pacientes y biológico 2. El resto fueron tratadas con antiinflamatorios esteroideos y no esteroideos. El 7,6% de las artritis, presentaron seropositividad para distintos anticuerpos (ANA, CCP y FR). Al inicio del estudio, ningún paciente estaba diagnosticado de FM, pero tras finalizar el tratamiento oncológico el cuestionario ACR WPI/SS fue positivo en 11 pacientes (9 mujeres y 2 hombres), con una edad media de 49 años ($\pm 6,4$). En cuanto a los cuestionarios de CV, puntuaron peor los pacientes con FM (tabla), al igual que en la calidad del sueño (n° de noches que se despierta a la semana: $2,6 \pm 2,3$ vs.

$3 \pm 2,6$ ($p = 0,001$); n° de noches con dificultad para conciliar el sueño: $2,2 \pm 2,4$ vs. $4,5 \pm 2,5$ ($p = 0,001$)). Los pacientes con FM tuvieron mayor consumo de antidepresivos (63,6% vs. 13,2%) ($p = 0,015$ y de analgésicos (91% vs. 63%) ($p = 0,65$) respecto a los pacientes sin FM. En cuanto a la osteoporosis (OP), la sufrían el 10,1% de los pacientes, presentado una fractura osteoporótica durante el tratamiento oncológico el 7,6%. De las mujeres con cáncer de mama, el 42,8% recibió inhibidores de la aromatasa (IA); mientras que los varones con cáncer de próstata recibieron TDA en el 35,2%. En las pacientes con IA, las guías recomiendan su estudio con una DXA, solo se realizó al 73,3%, mostrando OP en el 27,7% de los casos y osteopenia en el 36,3%. Para los varones con TDA, a todos ellos las guías recomiendan una DXA, pero solo se hizo al 84%, siendo diagnosticados de OP el 20% y de osteopenia otro 20%. La prevalencia de fracturas en mujeres con IA es del 6,6% frente al 16,66% de las que no los toman ($p = 0,48$). Ningún paciente con TDA presentó fracturas osteoporóticas. Los fármacos empleados fueron: denosumab en el 54% de los casos y bifosfonatos orales en el 46%.

VARIABLES	FM	NO FM	P
EORTC-QoL-C30	65,4 \pm 14	46,7 \pm 8,8	$p=0,001$
Interferencia con actividades diarias (BPI)	15 \pm 11,4	4,1 \pm 8,3	$p=0,01$
Dolor (BPI dolor)	16 \pm 10,4	6,6 \pm 8,7	$p=0,03$
S-FIQ	52,6 \pm 14,7	31,8 \pm 13	$p=0,001$

Tabla 1. Cuestionarios de calidad de vida en pacientes con FM vs No FM.

EORTC-QoL-C30: EORTC Quality of Life Core Questionnaire. BPI-dolor e interferencias actividades: Cuestionario breve del dolor e interferencias actividades. Brief Pain Inventory. S-FIQ: Fibromialgia Impact Questionnaire. P: significación estadística.

Conclusiones: La artritis es un síntoma frecuente, cuya prevalencia en nuestra población fue del 23%. Mientras que nuestra prevalencia de FM fue del 14%. La FM se asocia, según nuestros resultados, a una peor calidad de vida, más dolor, peor sueño, mayor consumo de antidepresivos y analgésicos. Existen recomendaciones para el estudio y tratamiento del metabolismo óseo en pacientes oncológicos. En nuestra población no se cumplieron dichas recomendaciones en el 100% de los pacientes en tratamiento con hormonoterapia. Si se cumplieron, las indicaciones para el tratamiento.

Viernes 13 de mayo de 2022

P226. EVALUACIÓN DE NUEVOS BIOMARCADORES DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR (FETUÍNA A, DKK-1, GALECTINA 3, IL-32) EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

A. Pàmies Corts, D. Llop², R. Rosales², Y. Esteban², J. Girona², J.C. Vallvé² y S. Paredes³

¹Secció de Reumatologia. Hospital Verge de la Cinta. Tortosa. ²Facultat de Medicina. Universitat Rovira i Virgili. CIBER de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas. Institut Investigació Sanitària Pere Virgili. Reus.

³Secció de Reumatologia. Servei de Medicina Interna. Hospital Universitari Sant Joan. Institut Investigació Sanitària Pere Virgili. Reus.

Introducción: Los pacientes con artritis reumatoide (AR) presentan un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular (CV) que puede pre-