

XXIX Congreso SVR

27 - 28
MARZO

SERCOTEL
SOROLLA PALACE

2026

VALENCIA

LIBRO DE ABSTRACTS

SVR

SOCIEDAD VALENCIANA
REUMATOLOGIA

ÍNDICE

PROGRAMA	4
COMUNICACIONES PÓSTER	8
CAMBIOS EN LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA Y APARICIÓN DE FRACTURAS TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA: ESTUDIO OBSERVACIONAL LONGITUDINAL PROSPECTIVO A 5 AÑOS	9
NECESIDADES EN ATENCIÓN PRIMARIA PARA EL MANEJO DE LA OSTEOPOROSIS: UN ESTUDIO EXPLORATORIO	11
ARTRITIS REUMATOIDE DIFÍCIL DE TRATAR ¿TODO EN EL MISMO SACO?	13
“IMPACTO DEL TABAQUISMO EN LA PERSISTENCIA DE TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS EN PACIENTES REUMÁTICOS: EXPERIENCIA EN VIDA REAL EN CONSULTA”.	16
AFECTACIÓN HEPÁTICA EN LA ARTRITIS PSORIÁSICA: ALTA PREVALENCIA DE ESTEATOSIS Y BAJA FRECUENCIA DE FIBROSIS AVANZADA EN LA ERA DE LOS TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS/ FAMESD	17
ANÁLISIS DEL FLUJO SALIVAL ESTIMULADO EN ENFERMEDAD DE SJÖGREN	18
GLOMERULOPATÍA C3 Y ESPONDILOARTRITIS: ¿NUEVA ASOCIACIÓN CON ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR?	19
BIMEKIZUMAB EN ESPONDILOARTRITIS: EXPERIENCIA MULTICÉNTRICA EN VIDA REAL	21
SEGURIDAD Y EFECTOS ADVERSOS DE ROMOSUZUMAB Y ABALOPARATIDA EN PRÁCTICA CLÍNICA: EXPERIENCIA DESDE UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA REUMATOLÓGICA	23
TRATAMIENTO BIOLÓGICO EN EL LES: EVOLUCIÓN DE PARÁMETROS DE ACTIVIDAD SEROLÓGICA	24
INICIO TEMPRANO DEL TRATAMIENTO BIOLÓGICO EN EL LES	26
ULTRASOUND SUPPORTS A SHARED DISEASE SPECTRUM BETWEEN GCA AND PMR: A CROSS-SECTIONAL STUDY	28
PREVALENCIA DE CONDRÓCALCINOSIS Y ARTRITIS POR CRISTALES DE PIROFOSFATO CÁLCICO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE QUE RECIBEN TERAPIA AVANZADA	32
IMPLEMENTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA TREAT-TO-TARGET (T2T) EN LUPUS ERYTEMATOSO SISTÉMICO EN LA COMUNIDAD VALENCIANA, BALEARES Y CATALUÑA: BARRERAS, FACILITADORES Y APRENDIZAJES	34
USO DE TRATAMIENTOS OSTEOFORMADORES, EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL EN UN HOSPITAL TERCIARIO: EXPERIENCIA CON ROMOSUZUMAB Y ABALOPARATIDA	35
REVISIÓN DE OSTEOMIELITIS CRÓNICA MULTIFOCAL RECURRENTE BASADA EN CASOS CLÍNICOS.	37
13 AÑOS DE EXPERIENCIA EN TERAPIAS AVANZADAS: PATRONES DE PRESCRIPCIÓN Y OPTIMIZACIÓN EN 978 PACIENTES REUMATOLÓGICOS	39
IMPACTO DE LAS ESTRATEGIAS DE OPTIMIZACIÓN BIOLÓGICA EN UNA COHORTE DE 978 PACIENTES REUMATOLÓGICOS: RESULTADOS DEL REGISTRO TEBESA (2012-2025).	40
SISTEMA DE APOYO A LA DECISION CLINICA EN GOTA: EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE UNA HERRAMIENTA DIGITAL PARA LA OPTIMIZACIÓN DE LA ADHERENCIA Y ADECUACIÓN TERAPÉUTICA DE PACIENTES CON GOTA.	41
TERAPIAS COMBINADAS: EXPERIENCIA LIMITADA, OPCIÓN A CONSIDERAR. SERIE DE CASOS EN PACIENTES DIFÍCILES DE TRATAR.	43

OBESIDAD Y RIESGO DE FRACTURA	45
USO DE TERAPIAS AVANZADAS EN FUNCIÓN DEL FENOTIPO EN PACIENTES CON SÍNDROME DE BEHÇET: ESTUDIO DE VIDA REAL EN UN ÚNICO CENTRO	47
UNIDAD CONJUNTA DERMATOLOGÍA-REUMATOLOGÍA EN LA VIDA REAL: IMPACTO EN LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD Y EN LAS DECISIONES TERAPÉUTICAS EN ARTRITIS PSORIÁSICA Y PSORIASIS	49
BIMEKIZUMAB EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL: RESPUESTA MULTIDOMINIO Y MEJORA DE ACTIVIDAD EN UNA COHORTE MUY PRETRATADA.	51
EFICACIA Y SEGURIDAD DE SARILUMAB EN POLIMIALGIA REUMÁTICA: ESTUDIO MULTICÉNTRICO EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL.	53
RESULTADOS EN PRÁCTICA CLÍNICA DE AVACOPAN EN AAV: CONTROL TEMPRANO DE ACTIVIDAD Y MINIMIZACIÓN DE GLUCOCORTICOIDES EN UNA COHORTE UNICÉNTRICA	55
INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA PRONÓSTICO EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE MODELOS DE MACHINE LEARNING	56
EFFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE UPADACITINIB EN LES DIFÍCIL DE TRATAR: PRIMERAS EXPERIENCIAS EN REMISIÓN, BAJA ACTIVIDAD Y REDUCCIÓN DE ESTEROIDES	57
AFECCIÓN NEUROLÓGICA DEL SNC EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DE INICIO ADULTO: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS GLOBAL CON DISPARIDADES REGIONALES	58
INTERCEPCIÓN DE ARTRITIS PSORIÁSICA EN PSORIASIS MEDIANTE TERAPIAS BIOLÓGICAS: METAANÁLISIS EN RED DE COHORTES EN VIDA REAL	59
SUCCESSFUL USE OF UPADACITINIB IN A PATIENT WITH OVERLAP SYNDROME OF SYSTEMIC SCLEROSIS AND SERONEGATIVE RHEUMATOID ARTHRITIS: A CASE REPORT	60
IMPLEMENTACIÓN DE LA ECOGRAFÍA DE GLÁNDULAS SALIVARES EN EL DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE SJÖGREN: EXPERIENCIA CLÍNICA Y DETECCIÓN PRECOZ DEL LINFOMA.	62
OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA CON DEBUT TARDÍO Y FRACTURAS MÚLTIPLES: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA	63
CARACTERÍSTICAS Y SEGURIDAD DE LOS PACIENTES CON OSTEOPOROSIS Y ALTO RIESGO DE FRACTURA TRATADOS CON ABALOPARATIDA VS TERIPARATIDA: RESULTADOS EN VIDA REAL	66
TREAT-TO-TARGET EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y GLUCOCORTICOIDES: ¿MARGEN DE MEJORA?	69
CAPILAROSCOPIA PERIUNGUEAL MEJORA LA ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN ESCLEROSIS SISTÉMICA: AJUSTE DEL ALGORITMO SCORE2	71
UTILIDAD DE LA GAMMAGRAFÍA DE TRÁNSITO INTESTINAL TOTAL EN PACIENTES CON VEDOSS	73
COMUNICACIONES ORALES	76
ESTIMACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR Y SU RELACIÓN CON LOS ANTI-CARP EN PACIENTES CON AR	77
DISOCIACIÓN MICRO- Y MACROVASCULAR EN ESCLEROSIS SISTÉMICA: LA CAPILAROSCOPIA PERIUNGUEAL PREDICE EVENTOS CARDIOVASCULARES INDEPENDIENTEMENTE DE LA ATROSCLEROSIS SUBCLÍNICA	80
EXPERIENCIA EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL CON TERAPIA DUAL EN ENFERMEDADES REUMÁTICAS: EFICACIA Y SEGURIDAD EN UNA SERIE DE CASOS	82

PROGRAMA



PROGRAMA

XXIX CONGRESO

DE LA SOCIEDAD VALENCIANA

DE REUMATOLOGÍA

VIERNES 27 DE MARZO

10:30h MESA 1: DE LA INFLAMACIÓN AL EQUILIBRIO: ESTILOS DE VIDA EN REUMATOLOGÍA MODERNA.

MODERA:

11:30h **Dra. Montserrat Robustillo Villarino.** Hospital Universitari de la Plana (Vila Real).

Dr. Juan José Alegre Sancho. Hospital Universitari Dr. Peset (Valencia).

REUMANETO: MOVIMIENTO, NATURALEZA Y RESILIENCIA EN ENFERMEDADES INFLAMATORIAS

Dra. María Ángeles Martínez Ferrer. Reumatóloga. Hospital Universitari Dr. Peset (Valencia).

NUTRICIÓN ANTIINFLAMATORIA Y SUPLEMENTOS: EVIDENCIA REAL EN ARTRITIS Y METABOLISMO ÓSEO

Dra. María Argente Pla. Endocrinóloga y nutricionista. Hospital Universitari i Politècnic La Fe (Valencia).

MIND MATTERS: AFRONTAMIENTO PSICOLÓGICO EN PACIENTES Y FAMILIARES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS

Dra. Sandra Ros. Servicios Dermatología y Reumatología. Psicóloga clínica. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona).

11:30h PAUSA CAFÉ

12:00h MESA 2: CUANDO LA ARTRITIS NOS LO PONE DIFÍCIL.

MODERA: Dr. José Andrés Román Ivorra. Hospital Universitari y Politècnic La Fe (Valencia).

13:00h

COMO PODEMOS ABORDAR LA ARTRITIS REFRACTARIA O CON MANIFESTACIONES GRAVES

Dra. Sonia Muñoz Gil. Reumatóloga. Hospital Universitari y Politècnic La Fe (Valencia).

ABORDAJE DUAL DE MANIFESTACIONES PULMONARES

María José Soler Sempere. Facultativo Especialista de Neumología. Profesora Asociada de Ciencias de la Salud. Departamento de Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández de Elche.

Neumología. Hospital General Universitario Dr. Balmis Alicante..

CASO CLÍNICO

Iván Jesús Lorente Betanzos. R2 de Reumatología del Hospital General Universitario de Valencia.

DISCUSIÓN

13:00h MESA 3 COMUNICACIONES ORALES.

MODERA: MODERA

13:45h

Antonio Lozano Saez. Hospital General Universitario de Castellón

ESTIMACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR Y SU RELACIÓN CON LOS ANTI-CARP EN PACIENTES CON AR

Pablo Martínez Calabuig. Hospital General Universitario de Valencia

RESULTADOS EN PRÁCTICA CLÍNICA DE AVACOPAN EN AAV: CONTROL TEMPRANO DE ACTIVIDAD Y MINIMIZACIÓN DE GLUCOCORTICOIDES EN UNA COHORTE UNICÉNTRICA

Roxana González Mazarío. Médica Especialista en Medicina Interna y Reumatología. Doctora en Medicina por la Universidad Católica de Valencia. Médica adjunta de Reumatología. Hospital General Universitario de Valencia.

DISOCIACIÓN MICRO- Y MACROVASCULAR EN ESCLEROSIS SISTÉMICA: LA CAPILAROSCOPIA PERIUNGUEAL PREDICE EVENTOS CARDIOVASCULARES INDEPENDIENTEMENTE DE LA ATEROSCLEROSIS SUBCLÍNICA

Carlos Valera Ribera. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia

EXPERIENCIA EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL CON TERAPIA DUAL EN ENFERMEDADES REUMÁTICAS: EFICACIA Y SEGURIDAD EN UNA SERIE DE CASOS

Marta Aguilar Zamora. Hospital Sagunto

13:45h COMIDA

15:45h INAUGURACIÓN OFICIAL

Con la participación de:

Ana Isabel Teijelo

Directora General de Atención Hospitalaria en la Conselleria de Sanidad de la Generalitat Valenciana

- 16:05h - 17:10h MESA 4: ARTRITIS PSORIÁSICA AXIAL Y ESPONDILOARTRITIS: REPENSANDO LOS LÍMITES EN LA ERA DE LA INTERCEPCIÓN.**
MODERA: Dr. Antonio Álvarez de Cienfuegos. Hospital Vega Baja (Orihuela).
INTERCEPCIÓN "INTERVENIR ANTES DE QUE DUELA: LA NUEVA VISIÓN DE LA ESPONDILOARTRITIS"
Dra. Karla Arevalo Ruales. Médica Reumatologa. Hospital Universitario de Sagunto.
ESPONDILOARTRITIS Y PSORIASIS ¿ES IGUAL QUE APS AXIAL?
Dra. Cristina Fernandez Carballido. Reumatóloga. Hospital Universitario San Juan (Alicante).
METROLOGÍA Y PROS QUE APORTA EN LA TOMA DE DECISIONES
Sra. María del Mar Mogedas Sanchez. Enfermera. Hospital Universitario San Juan (Alicante).
DISCUSIÓN
- 16:05h - 17:10h MESA CONJUNTA ESPONDILOARTRITIS (ENFERMERÍA)**
QUE APORTA ENFERMERÍA EN UNA PACIENTE CON ESPONDILOARTRITIS
Maria del Mar Mogedas Sanchez. Graduada en Enfermería. Enfermera. Hospital Universitario de San Juan de Alicante
- 17:15h PAUSA CAFÉ**
- 17:50h - 19:15h MESA 5: OTROS ASUNTOS QUE NO PODEMOS DEJAR DE ABORDAR.**
MODERA: Dra. Anna Martinez Cristobal. Jefatura de Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de la Ribera. Alzira. Valencia.
MICROCRISTALES. DEL CRISTAL AL CAOS: ABORDANDO LA GOTA DE DIFÍCIL MANEJO
Dr. Mariano Andrés Collado. Reumatólogo. Hospital General Universitario Dr. Balmis (Alicante).
CUIDAR TAMBIÉN ES TRATAR: INTEGRACIÓN DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN REUMATOLOGÍA
Dr. Manuel Priego Valladares. Médico internista. Unidad de cuidados paliativos. Hospital San Vicente del Raspeig (Alicante).
REUMATOLOGÍA EN ALERTA ROJA: DECISIONES URGENTES PARA SALVAR ÓRGANOS Y VIDAS: "EL PACIENTE REUMATOLÓGICO GRAVE: RECONOCIMIENTO Y MANEJO PRECOZ EN SITUACIONES CRÍTICAS"
Dra. Cintia Romera López. Reumatóloga. Hospital General de Elche (Alicante).
CASO CLÍNICO:
Elena Bernad Asencio. Médico Residente de Reumatología. MIR. Hospital Marina Baixa de la Vila Joiosa. Alicante
DISCUSIÓN
- 17:50h - 19:15h MESA ENFERMERÍA**
MODERA
Nieves Martínez Alberola. Enfermera. Hospital General Universitario de Elda
CO-DISEÑO DE MATERIAL EDUCATIVO PARA LA PREVENCIÓN DE LA OSTEOPOROSIS; INTEGRANDO LA PERSPECTIVA DE PACIENTES Y PROFESIONALES PARA CREAR HERRAMIENTAS EDUCATIVAS MÁS EFECTIVAS
Sonia Barberá Serna. Co-diseño de material educativo para la prevención de la osteoporosis. Integrando la perspectiva de pacientes y profesionales para crear herramientas educativas más efectivas sobre osteoporosis. Enfermera. Hospital General Universitario de Elche
TÉCNICAS DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA
Isabel Balaguer Trull. Técnicas de enfermería en la consulta de Reumatología. Enfermera. Hospital General Universitario de Valencia. Hospital General Universitario de Valencia
- 19:00h ASAMBLEA: 1ª CONVOCATORIA**
- 19:00h REUNIÓN GESVR**
- 19:30h ASAMBLEA: 2ª CONVOCATORIA**
- 21:30h CENA**

SÁBADO 28 DE MARZO

- 09:00h - 10:20h **MESA 6: DESAFÍOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN LAS ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS: "LUPUS Y MÁS".**
MODERA: Dra. Carmen Paloma Vela Casasempere. Hospital General Universitario Doctor Balmis (Alicante).
ARTRALGIAS Y ANA+ ¿ES LES?
Dra. Marile Sanabria Hernandez. Medico adjunto. Hospital Universitario de La plana . Vila real. Castelló de la Plana
¿QUÉ HACE DIFERENTE AL LES INFANTIL?
Lucia Lacruz. Reumatologia Pediatrica. Hospital Universitario y Politécnico La Fe Valencia
ACTUALIZACIÓN DEL ABORDAJE TERAPEUTICO EN SÍNDROME DE SJÖGREN
Dr. José Antonio Bernal Vidal. Reumatología pedátrica. Hospital Marina Baixa de La Vila Joiosa (Alicante).
CASO CLÍNICO
Alba María Torrat Noves. Graduada en Medicina. Medico Interno Residente de 4º año. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.
DISCUSIÓN
- 10:30h - 11:30 **MESA 7: VASCULITIS 2025: AVANCES TERAPÉUTICOS EN LA ERA BIOLÓGICA.**
MODERA: Dra. Cristina Campos Fernandez. Hospital General Universitario (Valencia).
ACG/PMR ACTUALIZACIÓN TERAPÉUTICA
Dr. Carlos Valera Rivera. Reumatólogo. Hospital Universitari Dr. Peset (Valencia).
VASCULITIS ANCA ¿QUÉ HAY DE NUEVO?
Dra. Roxana González Mazarío. Reumatóloga Hospital General Universitario (Valencia).
CASO CLÍNICO
Marta Ortiz Blasco. Graduada en Medicina por la Universidad Católica San Antonio de Murcia
Médico Interno Residente de segundo año en Reumatología. Hospital General Universitario Dr. Balmis Alicante
DISCUSIÓN
- 11:30h **PAUSA CAFÉ**
- 12:10h - 13:30h **MESA 8: OSTEOPOROSIS: DISTINTAS ETAPAS, UN MISMO DESAFÍO.**
MODERA: Dr. Jose Carlos Rosas Gomez de Salazar. Hospital Marina Baixa de La Vila Joiosa (Alicante).
PEQUEÑOS HUESOS, GRANDES DESAFÍOS: LA OSTEOPOROSIS EN LA INFANCIA
Dra. Neus Quilis Martí. Reumatóloga. Hospital Universitario Vinalopó (Alicante).
MÁS ALLÁ DE LA EDAD: OSTEOPOROSIS EN MUJERES JÓVENES Y GESTANTES
Dr. Mauricio Mínguez Vega. Reumatólogo. Hospital Universitario San Juan (Alicante).
TRATAMIENTO CÍCLICO EN OSTEOPOROSIS – LA SECUENCIA IMPORTA
Adriana Mabel Prina Lopez. Especialista en Reumatología. Reumatologa adjunta. Hospital Virgen de los Lirios
CASO CLÍNICO
Patricia Leon Torralba Médico Interno Residente de Reumatología. R3 Reumatología. Hospital Universitario Dr. Peset
DISCUSIÓN
CLAUSURA DEL CONGRESO

COMUNICACIONES PÓSTER

The background of the poster is a deep purple color. It features a complex pattern of fine, wavy, light-colored lines that create a sense of movement and depth. Overlaid on this pattern are several large, organic, blob-like shapes in various shades of red, orange, and blue, which add a modern, artistic touch to the design.

CAMBIOS EN LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA Y APARICIÓN DE FRACTURAS TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA: ESTUDIO OBSERVACIONAL LONGITUDINAL PROSPECTIVO A 5 AÑOS

Oller Rodríguez, J. E. (1); Mayo Juanatey, A. (2); León Torralba, P. (2); Mencia Viana, P. (3); Sebastià Puig, P. (3); Lacasa Molina, J. (3); Taberner Cortés, A. (3); Valera Ribera, C. (3); Martínez Ferrer, À. (3); Vázquez Gómez, I. (3); Ybáñez García, D. (3); Alegre Sancho, J. J. (3)
(1) HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET. España; (2) Hospital Universitario Doctor Peset. España; (3) Hospital Universitario Doctor Peset.

IDENTIFICADOR: 2

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicaciones pósteres y/o experiencia profesional

PALABRAS CLAVE: Osteoporosis Fracturas Cirugía bariátrica Densidad mineral ósea

INTRODUCCIÓN

La cirugía bariátrica produce pérdida ponderal significativa y mantenida, asociándose a alteraciones del metabolismo óseo. Aunque la pérdida precoz de densidad mineral ósea (DMO) está bien descrita, existen menos datos sobre su evolución a largo plazo y su impacto clínico.

OBJETIVOS

Evaluar la evolución a largo plazo de la DMO tras cirugía bariátrica y analizar los factores asociados a la pérdida ósea y a la aparición de fracturas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo que incluyó 50 pacientes sometidos a cirugía bariátrica. Se recogieron datos basales, al año y a los 5 años, incluyendo densitometría ósea (en columna lumbar, cuello femoral y cadera total), parámetros bioquímicos (calcio, 25-hidroxivitamina D y parathormona [PTH]), índice de masa corporal (IMC), fracturas incidentes y tratamiento antiosteoporótico. Los cambios en la DMO se analizaron mediante test de Friedman. Se realizaron modelos de regresión lineal multivariante para el porcentaje de cambio de DMO a los 5 años, ajustados por edad, sexo, fractura previa, cambio en IMC (Δ IMC), PTH basal y vitamina D basal.

RESULTADOS

La cohorte estuvo compuesta mayoritariamente por mujeres (78%), con edad media de $50,8 \pm 9,2$ años. El IMC descendió de forma marcada al primer año, con recuperación parcial a los 5 años. A pesar de la mejoría en niveles de vitamina D, se observó aumento progresivo de PTH. Se evidenció pérdida significativa de DMO en todas las localizaciones ($p < 0,001$), especialmente en cadera total ($\approx -15\%$) y cuello femoral ($\approx -10\%$) a los 5 años. Se registraron 4 fracturas incidentes (8%): 3 fracturas vertebrales y 1 fractura proximal de húmero. Diez pacientes iniciaron tratamiento antiosteoporótico. En análisis multivariante, el Δ IMC se asoció de forma independiente con pérdida de DMO en columna lumbar ($p = 0,021$) y cadera total ($p = 0,048$), mientras que la PTH basal mostró tendencia a asociación a pérdida de DMO en columna lumbar ($p = 0,072$).

CONCLUSIONES

La cirugía bariátrica se asocia a pérdida progresiva y sostenida de DMO, con mayor afectación de localizaciones de carga y aparición de fracturas. La magnitud del cambio ponderal es el principal determinante de la pérdida ósea, mientras que el estado basal del remodelado podría modular su impacto. Estos resultados subrayan la necesidad de un seguimiento óseo prolongado tras la cirugía bariátrica, más allá del primer año, para optimizar la prevención de fracturas.

IMÁGENES ADJUNTAS

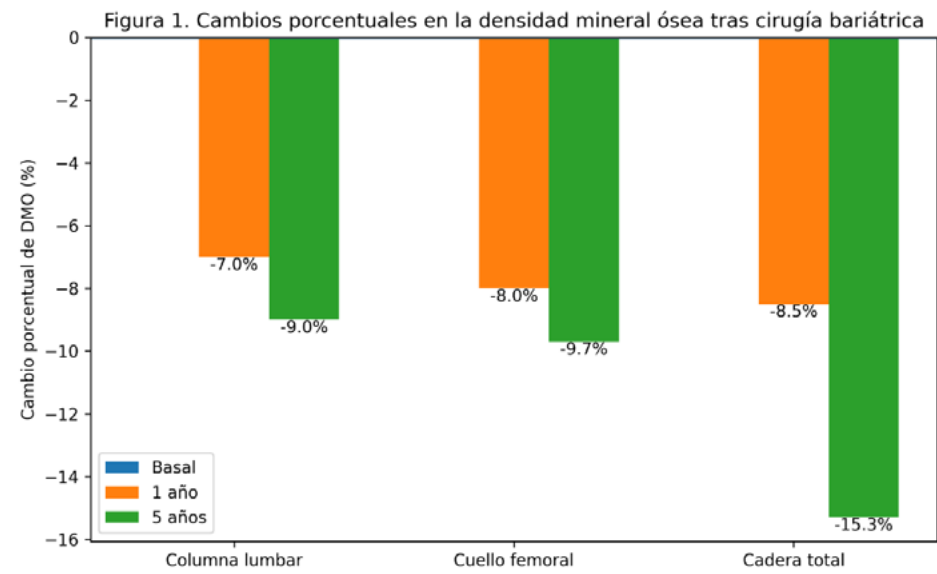


Tabla 1. Cambios longitudinales tras cirugía bariátrica

Variable	Basal	1 año	5 años	%Δ 1 año	%Δ 5 años	p (0-1-5)
IMC (kg/m²)	38.8 ± 4.1	29.7 ± 4.8	30.7 ± 5.4	-23.5%	-20.9%	<0.001
Calcio (mg/dL)	9.43 ± 0.47	9.38 ± 0.47	9.10 ± 0.45	-0.5%	-3.5%	—
25OHD (ng/mL)	22.1 ± 8.8	29.3 ± 13.5	33.0 ± 13.7	+32.6%	+49.3%	—
PTH (pg/mL)	51.2 ± 24.7	64.0 ± 76.8	74.6 ± 39.1	+25.0%	+45.7%	—
DMO columna lumbar (g/cm²)	1.08 ± 0.15	1.01 ± 0.15	0.95 ± 0.15	-7.0%	-9.0%	<0.001
DMO cuello femoral (g/cm²)	0.93 ± 0.12	0.86 ± 0.11	0.83 ± 0.11	-8.0%	-9.7%	<0.001
DMO cadera total (g/cm²)	1.03 ± 0.12	0.95 ± 0.11	0.91 ± 0.11	-8.5%	-15.3%	<0.001
Fractura previa, n (%)	2 (4%)	—	—	—	—	—
Fracturas incidentes, n (%)	—	1 (2%)	4 (8%)	—	—	—

Valores expresados como media ± DE. Los valores de p corresponden al test de Friedman. Las fracturas incidentes se muestran como eventos acumulados.

NECESIDADES EN ATENCIÓN PRIMARIA PARA EL MANEJO DE LA OSTEOPOROSIS: UN ESTUDIO EXPLORATORIO

Vela Casaempere, C. P. (1); Panea, A. (2); Caño Alameda, R. (3); Gómez Sabater, S. (3)

(1) Hospital General Universitario Dr. Balmis. ; (2) Universidad Miguel hernandez. España; (3) ISABIAL. España

IDENTIFICADOR: 3

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicaciones pósteres y/o experiencia profesional

PALABRAS CLAVE: osteoporosis, atención primaria

INTRODUCCIÓN

Pese a su elevada prevalencia e impacto, la brecha asistencial en el abordaje de la osteoporosis continúa siendo un grave problema de salud. En el departamento de salud Alicante-Hospital General, en noviembre 2020 se implementó un “Acuerdo departamental para el manejo de la osteoporosis”, para favorecer la detección de fracturas osteoporóticas y su tratamiento. En los años posteriores se ha incrementado el número de consultas de pacientes con osteoporosis dirigidas a Reumatología, principalmente desde atención primaria (AP), generando dificultades para su correcta atención. Conocer los motivos de derivación, y los centros de salud (CS) que más demandan, podría ayudar a elaborar estrategias coordinadas que permitan su mejor manejo.

OBJETIVO

(1) Conocer los principales motivos de derivación a Reumatología de pacientes con osteoporosis. (2) Identificar los CS con mayor derivación

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo. Se analizan las consultas recibidas durante 6 meses (1 enero a 30 junio 2024) relacionadas con el manejo de pacientes con osteoporosis, recogiendo datos demográficos, motivos de consulta y el centro de origen. Los datos se expresaron mediante frecuencias relativas para las variables categóricas, y como medias o medianas para las variables continuas.

RESULTADOS

Se reciben 238 interconsultas por osteoporosis (14,5% del total de interconsultas recibidas), 90,3% mujeres, edad media 67,17 años (DE 11,63). El 73,1% provenían de centros de AP. Se registraron 360 motivos de consulta (TABLA 1), 68,9% por dudas en tratamiento y 31,1% por dudas en diagnóstico. Las interconsultas procedentes de AP son mayoritariamente por dudas en el tratamiento (79,6%). Las interconsultas procedentes de especialidades hospitalarias (26,9%) son por dudas en el tratamiento en un porcentaje similar a las dudas en diagnóstico (57% y 43% respectivamente). Se observan importantes diferencias entre CS en el nº de consultas: el centro más “derivador” multiplica por 8 al menos demandante (Fig 1).

CONCLUSIONES

Los motivos de derivación de pacientes con osteoporosis a reumatología desde AP son relacionados esencialmente con el tratamiento. Existen importantes diferencias en la demanda de los centros de salud. Estos resultados pueden ayudar a elaborar estrategias que permitan mejorar el conocimiento y la capacitación de los médicos de Atención Primaria en el manejo de la osteoporosis, centrando los recursos en los centros con mayor demanda.

IMÁGENES ADJUNTAS

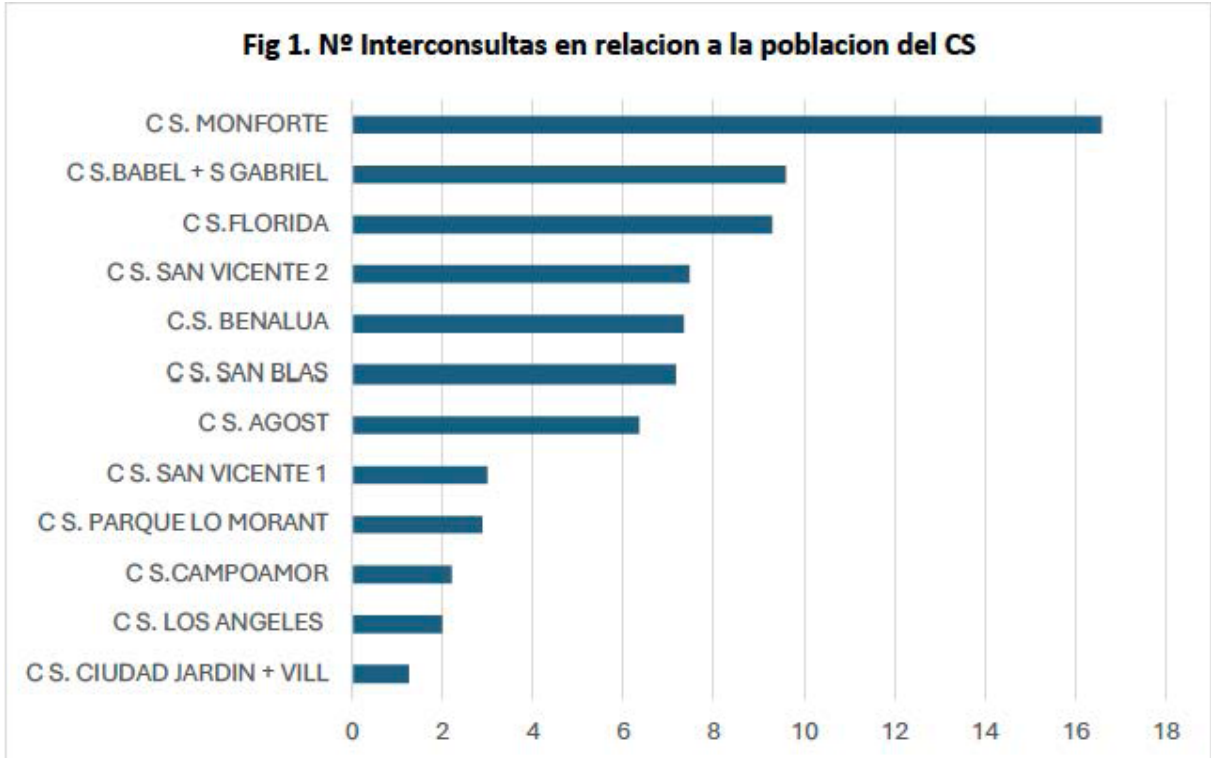


Tabla 1	n	%
Motivo de consulta relacionado con dudas en el diagnóstico:		
Diagnóstico	50	13,9
Pruebas/actuación a futuro	6	1,7
Intervención dental	4	1,1
Valoración en osteopenia	9	2,5
Otros riesgos (corticoides)	8	2,2
Otros riesgos (cáncer)	25	6,9
Otros riesgos	18	5,0
Motivo de consulta relacionado con dudas en el tratamiento:		
Inicio de tratamiento	107	29,7
Ajuste de tratamiento ya prescrito	12	3,3
Confirmar la decisión tomada por el MAP	11	3,1
Seguimiento	14	3,9
Mantenimiento del tratamiento	32	8,9
Efecto adverso/intolerancia	17	4,7
Mal cumplimiento/abandono del tratamiento	6	1,7
Falta de confianza del paciente/segunda opinión	8	2,2
Falta de respuesta	26	7,2

ARTRITIS REUMATOIDE DIFÍCIL DE TRATAR ¿TODO EN EL MISMO SACO?

Vela Casaempere, C. P. (1); Carreño Varó, N. (2); Gómez Sabater, S. (3); Caño Alameda, R. (3)

(1) Hospital General Universitario Dr. Balmis. ; (2) Universidad Miguel Hernandez. España; (3) ISABIAL. España

IDENTIFICADOR: 4

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicaciones pósteres y/o experiencia profesional

PALABRAS CLAVE: Artritis reumatoide difícil de tratar, NIRRA, PIRRA

INTRODUCCIÓN

La artritis reumatoide difícil de tratar (ARDDT) se define por persistencia de actividad o progresión de enfermedad pese a tratamiento con dos o más fármacos modificadores de enfermedad biológicos o sintéticos dirigidos (FAMEb/sd) con diferente mecanismo de acción (1). Esta definición podría englobar distintas situaciones clínicas que precisen abordajes terapéuticos diferentes: pacientes con inflamación persistente (PIRRA según Buch y cols (2)) o sin inflamación objetiva, pero con síntomas (ej. dolor persistente) (NIRRA). Reconocer estos perfiles permitiría un enfoque terapéutico más individualizado.

OBJETIVOS

- (1) identificar subgrupos con (PIRRA) y sin (NIRRA) actividad inflamatoria en el grupo de pacientes con ARDDT.
- (2) identificar las características que difieran en ambos grupos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo. De la base de datos de la Sección de Reumatología del Hospital General Universitario Dr. Balmis (Alicante) se seleccionan pacientes con AR en tratamiento con FAMEb/sd con criterios EULAR para ARDDT, clasificándolos como PIRRA o NIRRA. Se recogen variables demográficas, comorbilidades, seropositividad y actividad inflamatoria. Las características de los pacientes se expresan mediante frecuencias relativas para variables categóricas, y como medias o medianas para variables continuas. Las diferencias entre variables se analizan mediante T-Student o U de Mann-Whitney para variables cuantitativas, y chi-cuadrado o prueba exacta de Fisher para cualitativas.

RESULTADOS

De 394 pacientes con AR en tratamiento con FAMEb/sd, cumplen criterios de ARDDT 35 (8,88%), 80% mujeres, edad media 60,8 años (DE 2,2) (TABLA 1). La actividad al inicio del primer FAMEb/sd fue igual entre sexos, pero no al cumplir criterio de ARDD, con DAS28, NAD y valoración subjetiva superior en mujeres. Cuatro pacientes (11,4%) se clasifican como NIRRA, todas mujeres caucásicas, FR (-), y más jóvenes que el grupo PIRRA. Al inicio del primer FAMEb/sd ya presentaban un DAS28 inferior al grupo PIRRA (TABLA 2). No hubo diferencias en el resto de características.

CONCLUSIONES

Entre los pacientes ARDDT, identificamos un subgrupo NO inflamatorio, mujeres jóvenes FR (-), con índices de actividad bajos al inicio del primer FAMEb/sd. Este subgrupo posiblemente se beneficiaría de medidas terapéuticas diferentes al cambio de FAMEb/sd. Sería de interés replicar estos resultados en una muestra mayor que permitiera encontrar más características diferenciales.

IMÁGENES ADJUNTAS

TABLA 1

	TOTAL	VARÓN	MUJER	P valor
Número de pacientes n, %	35	7 (20)	28 (80)	
Edad años, media (DE)				
al Dx de AR	50,06 (2)	54 (13,4)	49,07 (11,8)	0,172
al 1er biológico	58,23 (2,2)	58,14 (10,1)	58,24 (13,8)	0,492
al Dx de ARDDT	60,83 (2,2)	60,14 (10,5)	61 (13,6)	0,440
Raza caucásica n, (%)	28 (80)	6 (85,7)	22 (71)	0,673
FR positivo, n (%)	16 (44,4)	2 (28,6)	14 (45,2)	0,474
ACPA positivo, n (%)	23 (63,9)	2 (28,6)	21 (67,7)	0,038
Tiempo de Dx AR a 1er biológico meses, mediana (RIC)	59 (11-163)	23 (7-50)	101,5 (11,7-165,2)	0,214
Tiempo de 1er biológico a ARDDT meses, mediana (RIC)	27 (15-41)	22 (13-33)	30,5 (16,25-44)	0,199
Fumador, n (%)	3 (8,6)	0 (0)	3 (9,68)	0,764
I. Charlson ≥ 2 , n (%)	4 (11,4)	1 (14,29)	3 (9,68)	0,791
DAS28 1er FAMEb/sd media (DE)	5,04 (0,27)	4,68 (1,89)	5,12 (1,33)	0,272
NAD 1er FAMEb/sd mediana (RIC)	6,5 (2-12,75)	3 (1-15)	7 (2-13)	0,395
NAT 1er FAMEb/sd mediana(RIC)	3,5 (0-6,75)	3 (0-9)	4 (0-7)	0,488
EVA 1er FAMEb/sd media (DE)	6,11 (0,49)	5,6 (1,12)	6,22 (0,55)	0,32
VSG 1er FAMEb/sd mediana (RIC)	30 (14,5-54,5)	22 (10,5-54,5)	32,5 (14,5-61,25)	0,758
PCR 1er FAMEb/sd mediana (RIC)	0,86 (0,19-2,43)	2,91 (0,83-4,14)	0,65 (0,03-1,63)	0,141
DAS28 Dx ARDDT media (DE)	5,09 (0,25)	3,79 (1,5)	5,41 (1,31)	0,004
NAD Dx ARDDT mediana (RIC)	8 (2-15)	2 (0-5)	10 (4,25-15,75)	0,009
NAT Dx ARDDT mediana (RIC)	3 (1-6)	2 (0-2)	4 (1,25-6)	0,128
EVA Dx ARDDT media (DE)	6,49 (0,421)	5 (4-6)	7 (5-9)	0,017
VSG Dx ARDDT mediana (RIC)	31,5 (20-51)	33 (4,25-58,5)	31,5 (20-49)	1
PCR Dx ARDDT mediana (RIC)	0,72 (0,23-1,21)	0,915 (0,46-3,91)	0,655 (0,2-1,16)	0,381

TABLA 2

	TOTAL	NIRRA	PIRRA	P valor
Número de pacientes n, %	35	4	31	
Edad años, media (DE)				
al Dx de AR	50,06 (2)	39,50 (11,9)	51,42 (11,6)	0,032
al 1er biológico	58,23 (2,2)	44,25 (9,1)	60,03 (12,4)	0,01
al Dx de ARDDT	60,83 (2,2)	47,5 (7,7)	62,5 (12,7)	0,14
Raza caucásica n, (%)	28 (80)	4 (100)	24 (77,4)	0,288
FR positivo, n (%)	16 (44,4)	0 (0)	16 (51,6)	0,119
ACPA positivo, n (%)	23 (63,9)	2 (50)	21 (67,7)	0,672
T. de Dx AR a 1er biológico meses, mediana (RIC)	59 (11-163)	25 (9,5-134,25)	59 (14-163)	0,499
T. de 1er biológico a ARDDT meses, mediana (RIC)	27 (15-41)	41,75 (24,541)	29,58 (16,313)	0,254
Fumador, n (%)	3 (8,6)	0 (0)	3 (9,68)	0,830
I. Charlson ≥ 2 , n (%)	4 (11,4)	0 (0)	4 (12,9)	0,445
DAS28 1er FAMEb/sd media (DE)	5,04 (0,27)	3,873 (1,13)	5,239 (1,38)	0,037
NAD 1er FAMEb/sd mediana (RIC)	6,5 (2-12,75)	2,75 (2,98)	8,63 (7,26)	0,064
NAT 1er FAMEb/sd mediana (RIC)	3,5 (0-6,75)	1,25 (1,5)	4,75 (4,13)	0,055
EVA 1er FAMEb/sd media (DE)	6,11 (0,49)	5,25 (1,708)	6,25 (2,723)	0,243
VSG 1er FAMEb/sd mediana (RIC)	30 (14,5-54,5)	21,5 (12,75-39,25)	35 (14,5-59,5)	0,482
PCR 1er FAMEb/sd mediana (RIC)	0,86 (0,19-2,43)	0,752 (0,55-ND)	0,9 (0,16-3,47)	0,866
DAS28 Dx ARDDT media (DE)	5,09 (0,25)	3,632 (1,77)	5,279 (1,36)	0,017
NAD Dx ARDDT mediana (RIC)	8 (2-15)	7 (8,44)	9,06 (7,36)	0,303
NAT Dx ARDDT mediana (RIC)	3 (1-6)	0 (0)	5,32 (5,56)	0,034
EVA Dx ARDDT media (DE)	6,49 (0,421)	4,25 (0,854)	6,77 (0,439)	0,027
VSG Dx ARDDT mediana (RIC)	31,5 (20-51)	23 (12-ND)	32 (20-52)	0,383
PCR Dx ARDDT mediana (RIC)	0,72 (0,23-1,21)	0,11 (0,03-0,4)	0,89 (0,057-1,44)	0,020

REFERENCIAS

¹ NAGY G, ROODENRIJS NMT, WELSING PM, ET AL. EULAR DEFINITION OF DIFFICULT-TO-TREAT RHEUMATOID ARTHRITIS. ANN RHEUM DIS. 2021 JAN80(1):31-35.

² BUCH MH, EYRE S, MCGONAGLE D. PERSISTENT INFLAMMATORY AND NON-INFLAMMATORY MECHANISMS IN REFRACTORY RHEUMATOID ARTHRITIS. NAT REV RHEUMATOL. 2021 JAN17(1):17-33.

“IMPACTO DEL TABAQUISMO EN LA PERSISTENCIA DE TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS EN PACIENTES REUMÁTICOS: EXPERIENCIA EN VIDA REAL EN CONSULTA”.

Cortes Quiroz, J. C. (1)

(1) Hospital Universitario Virgen de los Lirios-Alcoy.

IDENTIFICADOR: 5

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicaciones pósteres y/o experiencia profesional

Este estudio surge de la práctica clínica en una consulta de Reumatología, donde se realizó el seguimiento de 250 pacientes entre octubre de 2024 y octubre de 2025. El objetivo es analizar cómo el tabaquismo condiciona la persistencia de los tratamientos biológicos, esenciales para un buen control de las enfermedades reumáticas.

La cohorte incluye pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide (AR), espondilitis axial (EAX) y artritis psoriásica (APSO), entre otras patologías inflamatorias. Se observa que el hábito de fumar puede interferir con la eficacia de la medicación, limitando las posibilidades de alcanzar la remisión y tener que realizar cambios de diana terapéutica, incluso más de 6 líneas de tratamiento biológico. Al evaluar estos resultados, se busca relacionar el hábito tabáquico con el fallo terapéutico, la no persistencia del mismo y la necesidad de uso de varias líneas terapéutica que mejoren la clínica reumatológica y aseguren el éxito de los tratamientos a largo plazo.

AFECTACIÓN HEPÁTICA EN LA ARTRITIS PSORIÁSICA: ALTA PREVALENCIA DE ESTEATOSIS Y BAJA FRECUENCIA DE FIBROSIS AVANZADA EN LA ERA DE LOS TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS/ FAMESD

Molina Almela, C. (1); Latorre Sánchez, M. (2); Campos Fernández, C. (2); Román Ivorra, J. A. (3)

(1) Hospital General de Requena. Escuela de Doctorado. Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir ; (2) CHGUV. ; (3) Hospital la Fe. Escuela de Doctorado. Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir

IDENTIFICADOR: 6

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicaciones pósteres y/o experiencia profesional

PALABRAS CLAVE: Artritis psoriásica. Esteatosis hepática. Índices hepáticos no invasivos. Comorbilidad metabólica.

La artritis psoriásica (APs) se asocia a un mayor riesgo de enfermedad hepática por la coexistencia de factores metabólicos y la inflamación sistémica crónica. La activación de la inmunidad innata y el desequilibrio de citocinas proinflamatorias contribuyen a la progresión de la esteatosis hepática hacia esteatohepatitis y fibrosis avanzada. Sin embargo, las series históricas incluyen pocos pacientes tratados con terapias biológicas, lo que limita la aplicabilidad de sus resultados en la práctica clínica actual.

El objetivo fue analizar la prevalencia de esteatosis y fibrosis hepática y la evolución longitudinal de los índices hepáticos no invasivos en una cohorte contemporánea del CHGUV de pacientes con APs, todos en tratamiento con fármacos biológicos o FAMESd, y evaluar su relación con la actividad inflamatoria.

Se realizó un estudio observacional ambispectivo unicéntrico. Se recogieron variables demográficas y clínico-analíticas y se calcularon los índices FIB-4, APRI, FORNS, FLI y HSI en visitas basal, a los 6 meses y en el seguimiento final, así como NAFLD score y HEPAMET en la visita final. Se realizó elastografía por vibración controlada (VCTE) en pacientes con riesgo hepático indeterminado o alto. La esteatosis hepática se definió como CAP ≥ 248 dB/m y la fibrosis hepática avanzada como rigidez hepática $>7,5$ kPa en pacientes con IMC <30 y ≥ 8 kPa en IMC ≥ 30 . La actividad inflamatoria se evaluó mediante DAPSA, ASDAS, MDA y VLDA. Se emplearon modelos mixtos lineales ajustados por sexo, índice de masa corporal, diabetes mellitus y consumo de alcohol basal.

Se incluyeron 198 pacientes (55% mujeres, edad media 55 años), realizándose VCTE en 120. Todos estaban en tratamiento con biológicos o FAMESd. La prevalencia de esteatosis hepática fue elevada (63,3%), superior a la descrita previamente, mientras que la fibrosis hepática avanzada fue poco frecuente (3,3%) e inferior a la comunicada históricamente. No se observaron diferencias por sexo. En los modelos longitudinales ajustados, la actividad inflamatoria no se asoció de forma independiente con la progresión de los índices hepáticos, mientras que los factores metabólicos, especialmente el índice de masa corporal, mostraron la asociación más consistente.

CONCLUSIÓN

En pacientes con APs tratados con fármacos biológicos o FAMESd, la fibrosis hepática avanzada es infrecuente pese a una alta prevalencia de esteatosis, lo que sugiere un posible efecto protector del control inflamatorio en la práctica clínica.

ANÁLISIS DEL FLUJO SALIVAL ESTIMULADO EN ENFERMEDAD DE SJÖGREN

Bernal Vidal, J. A. (1); Senabre, J. M. (2); Rodríguez, G. (3); Raya, C. (4); Ibañez, M. (5); Gallego, R. (4); Sánchez, A. (4); Femenía, J. (4); Bernad, E. (4); Pons, A. (4); Bermejo, M. D. (4); Rosas, J. (4)

(1) Hospital Marina Baixa de la Vila Joiosa (Alicante). ; (2) Hospital Marina Baixa. España; (3) . ; (4) Hospital Marina Baixa. ; (5) martaim2495@gmail.com.

IDENTIFICADOR: 7

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicaciones pósteres y/o experiencia profesional

PALABRAS CLAVE: Enfermedad de Sjögren, Flujo salival

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Sjögren (ESj) es una enfermedad autoinmune crónica que puede afectar a las glándulas salivales. La evaluación funcional del flujo salival no estimulado (FSNE) forma parte de los criterios de clasificación ACR/EULAR 2016 de la ESj. Sin embargo, el papel del flujo salival estimulado (FSE) está menos claro. La hipofunción salival basándose en el FSE se clasifica en: leve ($> 0,7$ mL/min), moderada ($0,1-0,7$) y grave ($< 0,1$) (1). El objetivo de este estudio es analizar el comportamiento del FSE en pacientes con diagnóstico de ESj comparado con no-ESj, evaluando también su relación con el daño estructural medido por ecografía de glándulas salivales mayores (EGSM).

MÉTODOS

De una cohorte de pacientes con xerostomía se incluyeron aquellos con FSNE patológico ($\leq 1,5$ mL/15 min) y datos válidos de FSE. El FSE se estimuló según un protocolo estandarizado. Los pacientes fueron divididos en dos grupos: aquellos con diagnóstico de ESj y aquellos sin diagnóstico (no-ESj). Se analizó la mejora del flujo salival estimulado respecto al basal y su relación con EGSM (0-3). Se realizaron análisis descriptivos y comparativos.

RESULTADOS

Se incluyeron 45 pacientes, 24 fueron diagnosticados con ESj y 21 no-ESj. La edad media de ESj fue de 60,7 años y la del brazo no-ESj de 58,8 años ($p=0,61$). La mejora del FSE fue mayor en no-ESj que en ESj ($1,31$ Vs $1,07$ mL), sin diferencias significativas ($p=0,54$). En cuanto a la distribución en grupos de función salival, en los pacientes con ESj, 13/24 (54,2%) presentaron hipofunción grave tras FSE y 11/24 (45,8%) hipofunción moderada. En el grupo no-ESj, 9/21 (42,9%) presentaron hipofunción grave y 12/21 (57,1%) hipofunción moderada. En relación con el daño estructural glandular, la EGSM fue ≥ 2 en 16/24 (66,7%) pacientes con ESj frente a 2/21 (9,5%) de los no-ESj ($p<0,001$). Los pacientes con EGSM 0-1 presentaron mayor mejoría del FSE que aquellos con EGSM ≥ 2 ($1,35$ Vs $0,94$ mL; $p=0,32$).

CONCLUSIÓN

Los pacientes con ESj presentaron una mayor frecuencia de afectación estructural glandular evaluada por EGSM, así como una tendencia a menor mejoría del FSE y a mayor hipofunción severa, aunque sin alcanzar significación estadística para los parámetros funcionales. Los pacientes con menor daño estructural (EGSM 0-1) mostraron una tendencia a mayor mejoría del FSE, coherente con la fisiopatología glandular. En conjunto, estos hallazgos sugieren que el FSE podría aportar información funcional complementaria en la evaluación de la ESj.

REFERENCIAS

¹ PENG ET AL. CLINICAL RHEUMATOLOGY, 2024, 43:3771-3780

GLOMERULOPATÍA C3 Y ESPONDILOARTRITIS: ¿NUEVA ASOCIACIÓN CON ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR?

Pastor Navarro, S. (1); Chacón Vélez, C. C. (2); Rivero García, K. (3); Fraile Gómez, P. (3); Gómez Castro, S. (2)

(1) Hospital Universitario La Ribera. España; (2) Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Salamanca. ; (3) Servicio de Nefrología. Hospital Universitario de Salamanca.

IDENTIFICADOR: 8

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicaciones pósteres y/o experiencia profesional

PALABRAS CLAVE: glomerulopatía C3, lumbalgia, artritis, espondiloartritis

INTRODUCCIÓN

La glomerulopatía C3 (GNC3) es una enfermedad renal debida a una activación anormal de la vía alternativa del complemento. Puede asociarse a otras enfermedades autoinmunes, sobre todo aquellas con activación clásica del complemento. Presentamos el caso de un paciente derivado de Nefrología con diagnóstico de dicha entidad y patología reumática asociada.

CASO CLÍNICO

Varón de 57 años derivado por artritis en rodillas, talalgia bilateral y lumbalgia de años de evolución. Como antecedentes, presenta una GNC3 diagnosticada en 2020. Recibió tratamiento con metilprednisolona, ciclofosfamida, eculizumab y finalmente diálisis peritoneal.

En las pruebas solicitadas destacar: sacroilitis bilateral grado IV HLA B27+, ecografía con bursitis retrocalcánea y derrame articular en rodillas con depósitos de pirofosfato cálcico. (Imagen 1)

Se realizan los juicios clínicos de GNC3, espondiloartritis (EspA) HLA B27 + y artritis microcristalina. Se inicia tratamiento con prednisona y sulfasalazina por afectación periférica, con insuficiente control. Finalmente, se realiza trasplante renal iniciando tacrolimus y micofenolato. Desde entonces, el paciente se encuentra asintomático.

DISCUSIÓN

La GNC3 es una enfermedad renal con hiperactivación anormal de la vía alternativa del complemento. Se manifiesta con microhematuria, insuficiencia renal y proteinuria que puede alcanzar síndrome nefrótico en hasta un 50%.

El tratamiento continúa siendo un reto clínico. La primera línea recomienda corticoides y micofenolato. En casos refractarios, los inhibidores de C5 (eculizumab) pueden ser beneficiosos. Cuando la GNC3 evoluciona se puede valorar el trasplante renal pero la tasa de recidiva postrasplante es elevada (60-80%).

Se realiza una búsqueda bibliográfica de la posible asociación de la GNC3 con otras enfermedades autoinmunes. Destacar una cohorte de Alexander MP et al, con n 85 pacientes con GNC3 diagnosticada por biopsia, con sospecha en 10 de ellos de

otras enfermedades autoinmunes asociadas (AR, AIJ, LES)⁴. Por otro lado, se revisa la literatura publicada sobre afectación renal en EspA.⁵

No encontramos en la literatura la asociación específica de GNC3 y EspA.

CONCLUSIÓN

La GNC3 puede asociarse a otras enfermedades autoinmunes. En pacientes con EspA que desarrollan síntomas renales, es más probable la nefritis por IgA o amiloidosis pero dada la evidencia expuesta hay que añadir la GNC3 al espectro de enfermedades en el contexto de cualquier trastorno autoinmune incluida la EspA.

IMÁGENES ADJUNTAS

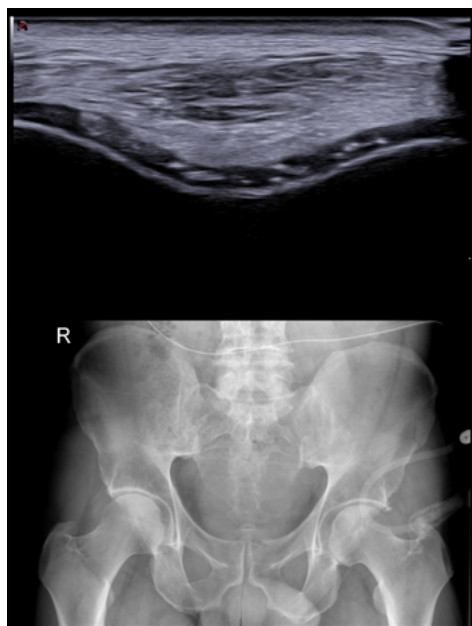


Imagen 1. A) Imagen cálcica en estrato medio cartilaginoso de escotadura intercondílea. B) Radiografía de pelvis, donde se aprecia una sacroilitis bilateral evolucionada grado IV.

REFERENCIAS

- ¹ TERESA CAVERO, MANUEL PRAGA. GLOMERULOPATÍA C3: ¿QUÉ SABEMOS DE ESTA ENTIDAD? NEFROPLUS 2016 8(2): 95-186
- ² HEIDERSCHEIT AK, HAUER JJ, SMITH RJH. C3 GLOMERULOPATHY: UNDERSTANDING AN ULTRA-RARE COMPLEMENT-MEDIATED RENAL DISEASE. AM J MED GENET C SEMIN MED GENET. 2022 SEP190(3):344-357. doi: 10.1002/ajmg.c.31986. Epub 2022 Jun 23. PMID: 35734939; PMCID: PMC9613507.
- ³ FERNANDO CARAVACA-FONTÁN, LAURA LUCIENTES, TERESA CAVERO, MANUEL PRAGA Update on C3 Glomerulopathy: A Complement-Mediated Disease. Nephron 11 June 2020; 144 (6): 272-280. <https://doi.org/10.1159/000507254>
- ⁴ ALEXANDER MP, FERVENZA FC, DE VRIESE AS, SMITH RJH, NASR SH, CORNELL LD ET AL. C3 GLOMERULONEPHRITIS AND AUTOIMMUNE DISEASE: MORE THAN A FORTUITOUS ASSOCIATION? JOURNAL OF NEPHROLOGY. 2016 APR 129(2):203-209. doi: 10.1007/s40620-015-0218-9
- ⁵ RODRIGUES AC, MARQUES JC, REIS M, GÓIS M, SOUSA H, NOLASCO F. KIDNEY DISEASE IN ANKYLOSING SPONDYLITIS: A CASE SERIES AND REVIEW OF THE LITERATURE. J BRAS NEFROL. 2023 JAN-MAR45(1):36-44. doi: 10.1590/2175-8239-JBN-2022-0008. PMID: 35579342; PMCID: PMC10139727.

BIMEKIZUMAB EN ESPONDILOARTRITIS: EXPERIENCIA MULTICÉNTRICA EN VIDA REAL

Arevalo, K. (1); Aguilar, M. (1); Garijo, M. (1); Martínez-Ferrer, À. (2); Pastor, M. I. (1); Sequí, J. M. S. (3); Charca, L. C. (4); Zegarra, S. (5); Sanabria, M. (6); Gómez-Lechón, L. (7); Robustillo-Villarino, M. (6)

(1) Hospital Universitario de Sagunto. España; (2) Hospital Universitario Doctor Peset. España; (3) Hospital Universitario La Ribera. España; (4) Hospital Clínico Universitario de Valencia. España; (5) Hospital de Manises. España; (6) Hospital Universitario La Plana. España; (7) Hospital Francesc de Borja. España

IDENTIFICADOR: 9

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicaciones pósteres y/o experiencia profesional

PALABRAS CLAVE: espondiloartritis; bimekizumab; práctica clínica real.

INTRODUCCIÓN

La espondiloartritis (EspA) incluye enfermedades inflamatorias crónicas heterogéneas. Bimekizumab (BKZ) inhibe IL-17A e IL-17F; los datos en práctica clínica real son limitados.

OBJETIVO

Describir características basales y evaluar efectividad y seguridad de BKZ en EspA.

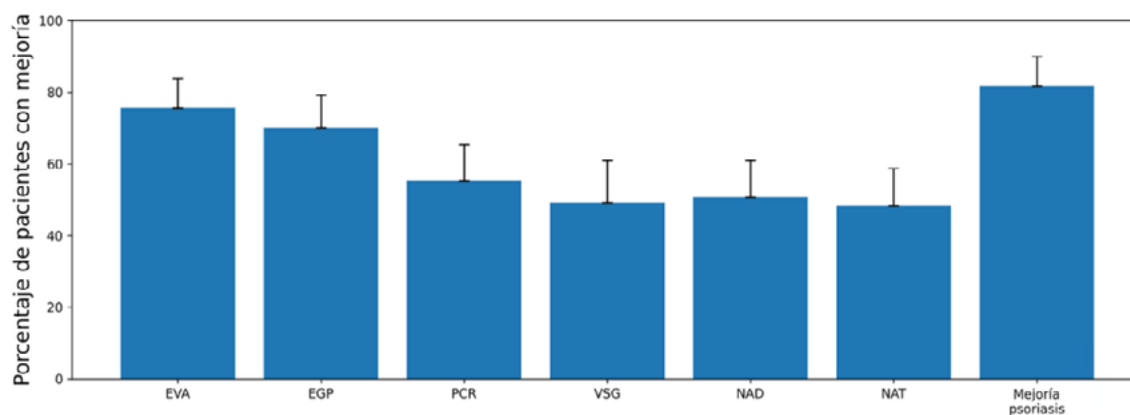
MÉTODOS

Estudio observacional, ambispectivo y multicéntrico (7 hospitales, Comunidad Valenciana). Se incluyeron pacientes con EspA tratados con BKZ; datos de historia clínica electrónica. Efectividad: EVA dolor, evaluación global del paciente (EGP), NAD, NAT, afectación cutánea, PCR y VSG. Seguridad: eventos adversos, nuevos casos de uveítis/EII y discontinuaciones. Comparación basal vs última visita con t de Student pareada ($p < 0,05$; R 4.4.2).

RESULTADOS

116 pacientes (42,2% varones), $51,8 \pm 11,2$ años, duración $7,7 \pm 6,6$ años; seguimiento $12,8 \pm 6,6$ meses. Diagnóstico: artritis psoriásica 62,9% y EspA axial 37,1%; HLA-B27 positivo 32,1%. Manifestaciones axiales 59,5% y fenotipo mixto periférico+axial 75,0%. En basal, 36,2% recibía FAME convencional concomitante; 95,7% había recibido FAME biológico previo y 50,9% anti-IL-17A. Mejoraron EVA y EGP ($p < 0,05$), con reducción de NAD y NAT ($p < 0,05$) y mejoría cutánea ($p < 0,05$). El 21,3% alcanzó actividad mínima de enfermedad. La PCR disminuyó ($p < 0,05$) y la VSG no alcanzó significación. La retención a 12 meses fue 83,3%. Discontinuaron 18 pacientes (16,7%), principalmente por ineficacia. Se registraron 5 candidiasis (resueltas con tratamiento habitual), 2 nuevos casos de uveítis y ningún caso nuevo de EII. Conclusiones: En esta cohorte multicéntrica de vida real, BKZ mostró efectividad en EspA (APS y axial) y un perfil de seguridad acorde a lo esperado. Se requieren estudios con mayor tamaño muestral y seguimiento prolongado.

IMÁGENES ADJUNTAS



Características	Total (N=116)
Edad, años (media $\pm$ DE)	51.77 $\pm$ 11.22
Sexo, n (%)	
Mujer	67 (57.8)
Varón	49 (42.2)
Duración de la enfermedad, años (media $\pm$ DE)	7.72 $\pm$ 6.65
Diagnóstico	
Artritis psoriásica, n (%)	73 (62.9)
Espondiloartritis axial, n (%)	43 (37.1)
Psoriasis, n (%)	68 (58.6)
Onicopatía, n (%)	26 (22.4)
Dactilitis, n (%)	22 (19.0)
Entesitis, n (%)	50 (43.1)
Antecedentes de EII, n (%)	1 (0.9)
Antecedentes de uveítis, n (%)	13 (11.2)
Uso concomitante de FAMEc, n (%)	42 (36.2)
Uso concomitante de metotrexato (MTX), n (%)	28 (66.7) de los que recibían FAMEc
Terapia biológica previa, n (%)	111 (95.7)
Terapia anti-IL-17 A previa, n (%)	59 (50.9)

Abreviaturas: DE = desviación estándar; EII = enfermedad inflamatoria intestinal; FAMEc = fármaco antirreumático modificador de la enfermedad convencional sintético; MTX = metotrexato; IL-17 A= interleucina 17 A.

SEGURIDAD Y EFECTOS ADVERSOS DE ROMOSUZUMAB Y ABALOPARATIDA EN PRÁCTICA CLÍNICA: EXPERIENCIA DESDE UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA REUMATOLÓGICA

Balaguer Trull, I. (1); Francés, L. (2); González, R. (2); Lorente, I. J. (2); Fragío, J. J. (2); Martínez, I. (2); Martínez, P. (2); Salvador, L. (2); Sanmartín, M. (2); Gómez, B. (2); Lerma, J. J. (2); Rueda, A. (2); Campos, C. (2)

(1) Enfermera. Hospital General Universitario de Valencia. España; (2) Hospital General Universitario de Valencia. España

IDENTIFICADOR: 10

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicaciones pósteres y/o experiencia profesional

PALABRAS CLAVE: osteoporosis; romosozumab; abaloparatida; enfermería; seguridad; efectos adversos.

INTRODUCCIÓN

Los tratamientos anabólicos han ampliado las opciones terapéuticas en la osteoporosis grave. En la práctica clínica, la aparición de efectos adversos (EA) y la tolerabilidad condicionan la continuidad del tratamiento, siendo la intervención enfermera especializada clave para la detección precoz, el acompañamiento terapéutico y la toma de decisiones clínicas seguras.

OBJETIVO

Describir el perfil de seguridad, los EA y las discontinuaciones asociadas a romosozumab y abaloparatida en una consulta de enfermería reumatológica, así como el papel del seguimiento estructurado de enfermería en su manejo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con osteoporosis atendidas en consulta de enfermería reumatológica y tratadas con romosozumab o abaloparatida. Se analizaron edad, tratamiento previo, aparición de EA, finalización o discontinuación del tratamiento y motivo, así como el inicio de tratamiento secuencial.

La intervención enfermera incluyó valoración inicial integral, educación terapéutica y no farmacológica, entrenamiento en el uso del dispositivo, supervisión de la primera dosis, seguimiento telefónico estructurado y disponibilidad de contacto directo para la detección y manejo precoz de EA. Periodo analizado hasta el 15/01/2026.

RESULTADOS

Se incluyeron 57 pacientes tratadas con romosozumab (edad media $64,3 \pm 8,1$ años) y 34 con abaloparatida ($69,2 \pm 9,4$ años). Presentaron EA el 29,8% de las pacientes con romosozumab y el 47,1% con abaloparatida.

En el grupo de romosozumab, los EA fueron mayoritariamente leves, predominando reacciones locales y parestesias o dolor en extremidades, con una tasa de discontinuación del 5,3%, dos casos asociados a EA. La mayoría de las pacientes evaluables completaron la pauta e iniciaron posteriormente tratamiento secuencial, principalmente con denosumab.

En el grupo de abaloparatida, la tasa de discontinuación fue del 23,5%, todas motivadas por EA, fundamentalmente síntomas generales (astenia, malestar, cefalea, mareo y taquicardia), parestesias y reacciones locales. Tras la interrupción, varias pacientes iniciaron tratamiento secuencial bajo seguimiento enfermero.

CONCLUSIONES

En práctica clínica, abaloparatida se asoció a mayor frecuencia de EA y discontinuaciones. La intervención enfermera estructurada resulta fundamental para garantizar la seguridad del paciente, facilitar la detección precoz de EA y asegurar una transición terapéutica segura en pacientes con osteoporosis.

TRATAMIENTO BIOLÓGICO EN EL LES: EVOLUCIÓN DE PARÁMETROS DE ACTIVIDAD SEROLÓGICA

Martínez Calabuig, P. (1); Fragío Gil, J. J. (2); González Mazarío, R. (2); Salvador Maicas, L. (2); Sanmartín Martínez, M. L. (2); Lorente Betanzos, I. J. (2); Gómez Correias, B. (2); Rueda Cid, A. (2); Lerma Garrido, J. J. (2); Martínez Cordellat, I. (2); Balaguer Trull, I. (2); Campos Fernández, C. (2)

(1) Hospital General Universitario de Valencia. España; (2) Hospital General Universitario de Valencia.

IDENTIFICADOR: 11

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicaciones pósteres y/o experiencia profesional

PALABRAS CLAVE: Remisión, Vida real, LES, Belimumab, Rituximab, Anifrolumab

OBJETIVOS

Evaluar los perfiles de los pacientes, los fenotipos clínicos que guían la elección terapéutica, la supervivencia del fármaco y los resultados serológicos a los 12 meses.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de pacientes con LES que cumplían los criterios ACR/EULAR 2019 y que recibieron belimumab(BEL), anifrolumab(ANF) o rituximab(RTX) entre 2010-2025 en un hospital universitario. Se recogieron las características demográficas basales, las manifestaciones clínicas y los parámetros analíticos de la historia médica.

RESULTADOS

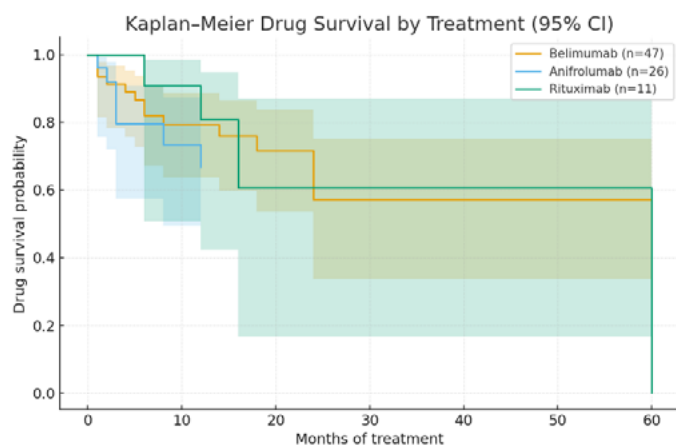
Se incluyeron 84 pacientes con LES, de los cuales 76 (90,5%) eran mujeres, con una edad media al diagnóstico de 35,1 años y una edad media actual de 45,3 años. Los tratamientos biológicos administrados fueron BEL en 47 pacientes (56,0%), ANF en 26 (31,0%) y RTX en 11 (13,1%).

Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron las articulares, hematológicas y cutáneas, reflejando la naturaleza sistémica de la enfermedad. Según el tratamiento, BEL se utilizó con mayor frecuencia en pacientes con afectación renal, ANF en enfermedad cutánea y articular, y RTX en manifestaciones hematológicas graves y neurológicas, lo que apoya una selección terapéutica guiada por el fenotipo clínico en la práctica real. Las suspensiones del tratamiento se debieron principalmente a infecciones o falta de eficacia, con menos casos por fallecimiento o reacciones alérgicas. El análisis de Kaplan-Meier mostró una persistencia similar a los 12 meses, aunque BEL presentó tasas de supervivencia ligeramente superiores. En cuanto a los resultados serológicos, al inicio muchos pacientes presentaban títulos elevados de anti-dsDNA y niveles bajos de complemento. A lo largo de 12 meses, anifrolumab logró la recuperación más rápida de C3, belimumab indujo un descenso sostenido de los títulos de anti-dsDNA y rituximab mostró una mejoría menos consistente.

CONCLUSIONES

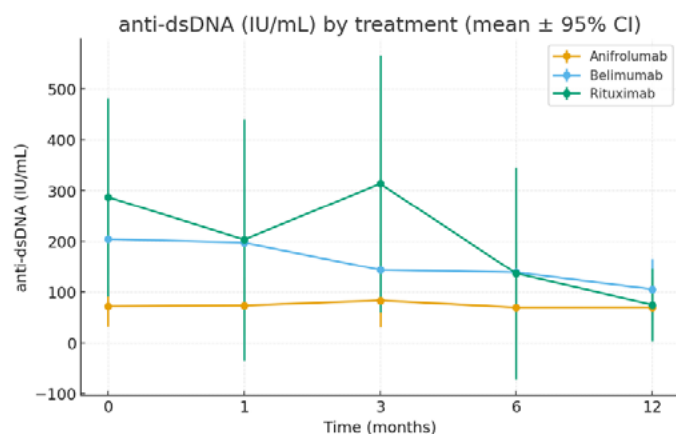
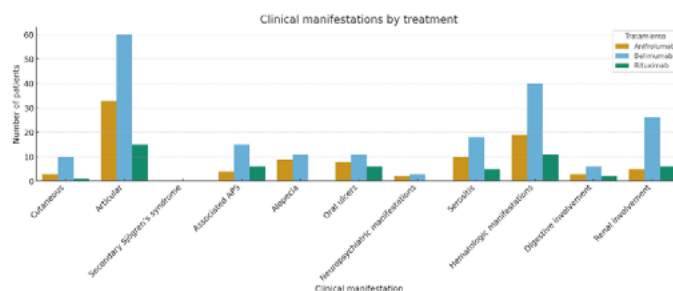
En esta cohorte de LES en práctica clínica real, la persistencia de los tratamientos biológicos fue similar, siendo las principales causas de suspensión las infecciones y la falta de eficacia. La elección terapéutica se ajustó al fenotipo clínico (BEL en afectación renal, ANF en manifestaciones cutáneas y articulares, y RTX en casos hematológicos y neuropsiquiátricos), con respuestas serológicas diferenciadas: ANF se asoció a mejoría de C3, BEL a reducción de anti-dsDNA y RTX mostró resultados menos consistentes. Esto refuerza la necesidad de individualizar la terapia biológica.

IMÁGENES ADJUNTAS



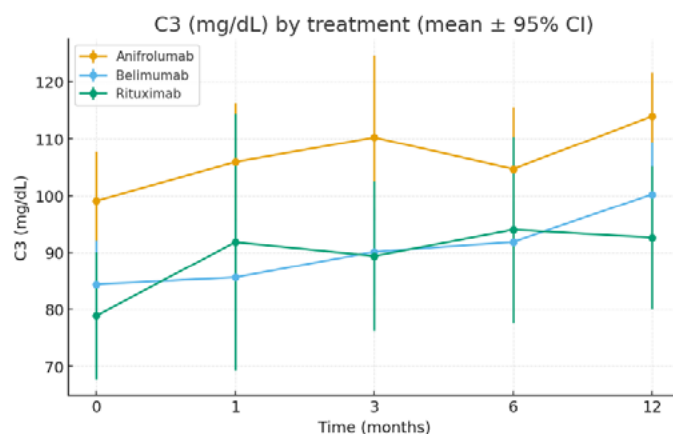
Number at risk:

	0	3	6	12
Belimumab	47	40	37	28
Anifrolumab	26	22	15	11
Rituximab	11	11	11	9



Number at risk:

	0	1	3	6	12
Anifrolumab	24	16	15	15	11
Belimumab	42	18	30	32	28
Rituximab	9	5	7	6	8



Number at risk:

	0	1	3	6	12
Anifrolumab	25	18	15	15	11
Belimumab	43	18	33	33	29
Rituximab	9	5	8	7	8

REFERENCIAS

¹ FANOURIAKIS A, ET AL. EULAR RECOMMENDATIONS FOR THE MANAGEMENT OF SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS: 2023 UPDATE. ANN RHEUM DIS. 2024 JAN 283(1):15-29.

INICIO TEMPRANO DEL TRATAMIENTO BIOLÓGICO EN EL LES

Martínez Calabuig, P. (1); Fragío Gil, J. J. (1); González Mazarío, R. (1); Salvador Maicas, L. (1); Sanmartín Martínez, M. L. (1); Lorente Betanzos, I. J. (1); Gómez Correas, B. (1); Rueda Cid, A. (1); Lerma Garrido, J. J. (1); Balaguer Trull, I. (1); Martínez Cordellat, I. (1); Campos Fernández, C. (1)

(1) Hospital General Universitario de Valencia.

IDENTIFICADOR: 12

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicaciones pósteres y/o experiencia profesional

PALABRAS CLAVE: Vida Real, LES, Tratamiento temprano

OBJETIVOS

Comparar los pacientes que iniciaron terapia biológica dentro de los dos primeros años tras el diagnóstico frente a aquellos que la iniciaron de forma más tardía.

Material y métodos Estudio retrospectivo de pacientes que cumplían los criterios de clasificación ACR/EULAR 2019 para LES y que recibieron belimumab(BEL), anifrolumab(ANF) o rituximab(RTX) entre 2010-2025 en un hospital universitario. Los pacientes se estratificaron en dos grupos: inicio precoz(<2 años desde el diagnóstico) e inicio tardío(>2 años). Se analizaron las características demográficas, manifestaciones clínicas, parámetros analíticos, suspensiones del tratamiento y supervivencia mediante análisis de Kaplan–Meier.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 84 pacientes, 16 en el grupo de inicio precoz y 68 en el grupo de inicio tardío. Las mujeres representaron el 81% y el 93% de cada grupo, respectivamente. La edad media al diagnóstico fue mayor en los iniciadores precoces (45,2 vs 32,8 años).

BEL se utilizó en el 68,8% frente al 52,9%, ANF en el 12,5% frente al 35,3% y RTX en el 18,8% frente al 11,8% (inicio precoz frente a tardío). La clínica más frecuente fue la articular, hematológica y cutánea. Aunque la afectación renal fue más común en los iniciadores precoces y la cutánea en los iniciadores tardíos, no se observaron diferencias significativas en la mayoría de los dominios, salvo en la presencia de úlceras orales, más frecuente en el grupo de inicio tardío ($p=0,002$). La suspensión del tratamiento fue comparable entre ambos grupos (31,2% frente a 30,9%), debido a infecciones o ineficacia.

A nivel basal, los iniciadores precoces presentaban niveles más bajos de C3. A lo largo de los 12 meses, este grupo mostró un incremento más pronunciado de C3. Los títulos de anti-dsDNA descendieron en ambos grupos, con una tendencia más marcada en los iniciadores precoces. Los niveles de C4 y los parámetros hematológicos se mantuvieron estables.

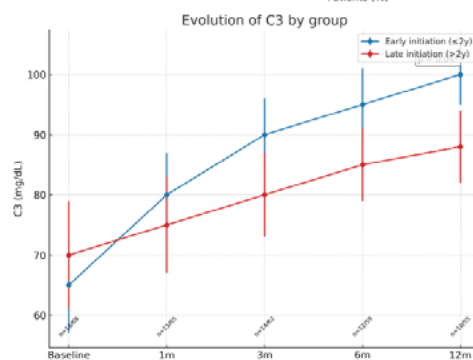
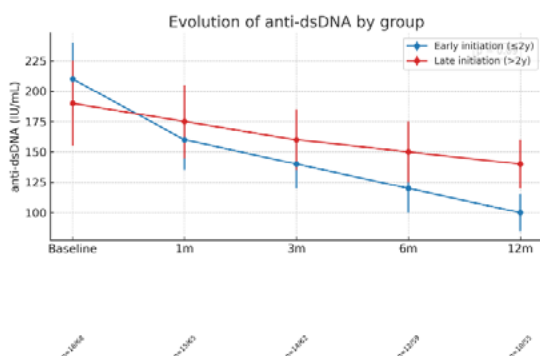
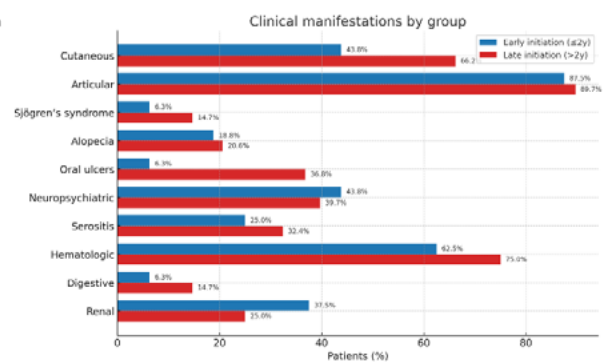
CONCLUSIONES

En esta cohorte de práctica clínica real, el inicio del tratamiento biológico en los 2 primeros años tras el diagnóstico de LES se asoció a una mayor edad al diagnóstico, patrones diferenciados de selección terapéutica y una recuperación más rápida del C3, mientras que las manifestaciones clínicas globales, las tasas de suspensión del tratamiento y la persistencia fueron similares entre los grupos. Estos hallazgos sugieren que un uso precoz de terapias biológicas podría aportar ventajas serológicas en pacientes seleccionados con LES.

IMÁGENES ADJUNTAS

Table 1. Baseline characteristics of patients with early (<2 years) vs. late (>2 years) biologic initiation

Variable	Early (n=16)	Late (n=68)	p-value
Female, n (%)	13 (81.3)	63 (92.6)	0.18
Mean age at diagnosis, years	45.2	32.8	0.01 *
Current age, years (mean)	48.1	44.7	0.22
Belimumab use, n (%)	11 (68.8)	36 (52.9)	0.23
Anifrolumab use, n (%)	2 (12.5)	24 (35.3)	0.08
Rituximab use, n (%)	3 (18.8)	8 (11.8)	0.42
Renal involvement, n (%)	6 (37.5)	17 (25.0)	0.32
Cutaneous involvement, n (%)	7 (43.8)	45 (66.2)	0.09
Hematologic involvement, n (%)	10 (62.5)	51 (75.0)	0.32
Oral ulcers, n (%)	1 (6.3)	25 (36.8)	0.002 *
Neuropsychiatric, n (%)	7 (43.8)	27 (39.7)	0.77



ULTRASOUND SUPPORTS A SHARED DISEASE SPECTRUM BETWEEN GCA AND PMR: A CROSS-SECTIONAL STUDY

Martínez Calabuig, P. (1); González Mazarío, R. (1); Fragío Gil, J. J. (1); Campos Fernández, C. (1); Castrejón, I. (2); Álvaro-Gracia, J. M. (2); Molina-Collada, J. (2)

(1) Servicio de Reumatología, Hospital General Universitario de Valencia. ; (2) Servicio de Reumatología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IISGM), Madrid.

IDENTIFICADOR: 13

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicaciones pósteres y/o experiencia profesional

PALABRAS CLAVE: PMR, EEPA, ACG, GPSD

OBJECTIVES

To investigate the ultrasonographic characteristics of patients with GPSD and their relationship with clinical phenotypes.

METHODS

This was a multicentre cross-sectional study including consecutive patients with a clinical diagnosis of either GCA or PMR. All patients underwent vascular ultrasound assessment of the temporal, carotid, subclavian, and axillary arteries. Intima-media thickness was determined, along with evaluation of the halo and compression signs. In addition, the shoulders, hips, hands, and knees were assessed. The EULAR-OMERACT-combined (B-mode&Doppler) synovitis score (0-3) was obtained for each site. For each patient, we calculated a global score for B-mode synovitis, a global score for Doppler synovitis, and the Global EULAR-OMERACT-SynovitisScore by summing the corresponding values from each evaluated joint. These scores ranged from 0-54. The presence of bursitis in the shoulders and hips, and tenosynovitis involving the biceps tendon and finger flexor tendons was also evaluated. The ultrasonographer was blinded to the patient's data. Patients were classified into 5 non-mutually exclusive subgroups according to the ultrasound pattern: (a) isolated PMR; (b) polymyalgic arthritis (peripheral joint synovitis); (c) remitting seronegative symmetrical synovitis (RS3PE) (tenosynovitis of the hands); and (d) large-vessel vasculitis (cranial, extracranial, or mixed). A simple descriptive analysis was performed.

RESULTS

A total of 42 GPSD patients were included (mean age 74.9 years; 76.2% female), of whom 32 had a clinical diagnosis of PMR and 10 of GCA. Vascular ultrasound was positive in 13 patients (30.9%), most of whom (23.8%) showed isolated cranial involvement. The median (IQR) of GSBS, GSDS, and GLOESS were 8.0(5.0-13.8), 1.5(0.0-5.0), and 8.5(5.0-13.2), respectively. According to the ultrasound pattern, 16 patients(38.1%) had isolated PMR, 18 (42.9%) polymyalgic arthritis, 6(14.3%) RS3PE, and 13(31.0%) had LVV. Among patients with GCA, 2(20.0%) showed ultrasound findings consistent with isolated PMR and 1 (10.0%) with polymyalgic arthritis. Conversely, 3 patients with PMR(9.4%) had subclinical LVV ultrasound findings.

CONCLUSION

Ultrasound supports the concept of a shared disease spectrum between GCA and PMR. Patients with GPSD may present ultrasonographic features of both GCA and PMR, irrespective of their clinical diagnosis. Integrating vascular and musculoskeletal ultrasound may improve phenotypic and risk stratification.

IMÁGENES ADJUNTAS

Table 1. Demographics, clinical presentation, and laboratory characteristics at diagnosis of patients with GPSD

	Total n = 42
Demographics	
Age, mean (SD)	74.9 (9.9)
Female, n (%)	32 (76.2)
Clinical variables at diagnosis	
Symptoms duration (days), median (IQR)	55.5 (30.0–100.0)
PMR diagnosis/symptoms before US examination, n (%)	0 (0.0)
Headache, n (%)	12 (28.6)
Scalp tenderness, n (%)	7 (16.7)
Jaw claudication, n (%)	7 (16.7)
Visual symptoms, n (%)	6 (14.3)
Anterior ischemic optic neuropathy, n (%)	4 (9.5)
Stroke, n (%)	0 (0.0)
Constitutional symptoms, n (%)	28 (66.7)
Fever, n (%)	9 (21.4)
Upper or lower limb claudication, n (%)	7 (16.7)
Abnormal TA clinical examination, n (%)	8 (19.0)
Pelvic girdle pain, n (%)	28 (66.7)
Shoulder girdle pain, n (%)	36 (85.7)
Neck pain, n (%)	28 (66.7)
Hand pain, n (%)	24 (57.1)
Knee pain, n (%)	16 (38.1)
Hand edema, n (%)	9 (21.4)
Morning stiffness > 45 minutes, n (%)	36 (85.7)
Imaging	
Positive 18F-FDG PET/CT n/total 18F-FDG PET/CT performed, (%)	12/12 (100)
Histology	
Positive TA biopsy, n/total TA biopsy performed (%)	1/1 (100)
Laboratory variables at diagnosis	
CRP (mg/L), median (IQR)	10.1 (1.6–21.2)
ESR (mm/h), median (IQR)	47.5 (30.5–71.8)
Haemoglobin (g/dL), mean (SD)	12.1 (1.5)

Platelets 10 ⁹ /L, mean (SD)	330.4 (106.3)
Initial treatment	
Glucocorticoids use before ultrasound, n (%)	28 (66.7)
Glucocorticoids duration before ultrasound (days), median (IQR)	8.5 (2.8–15.0)
Initial dose of oral glucocorticoids (prednisone equivalent), mean (SD)	75.6 (128.9)
Treatment with intravenous methylprednisolone pulses, n (%)	5 (11.9)
Abbreviations: SD, standard deviation; IQR, interquartile range; PMR, polymyalgia rheumatica; US, ultrasound; TA, temporal artery; GCA, giant cell arteritis; CRP, C-reactive protein, ESR, erythrocyte sedimentation rate;	

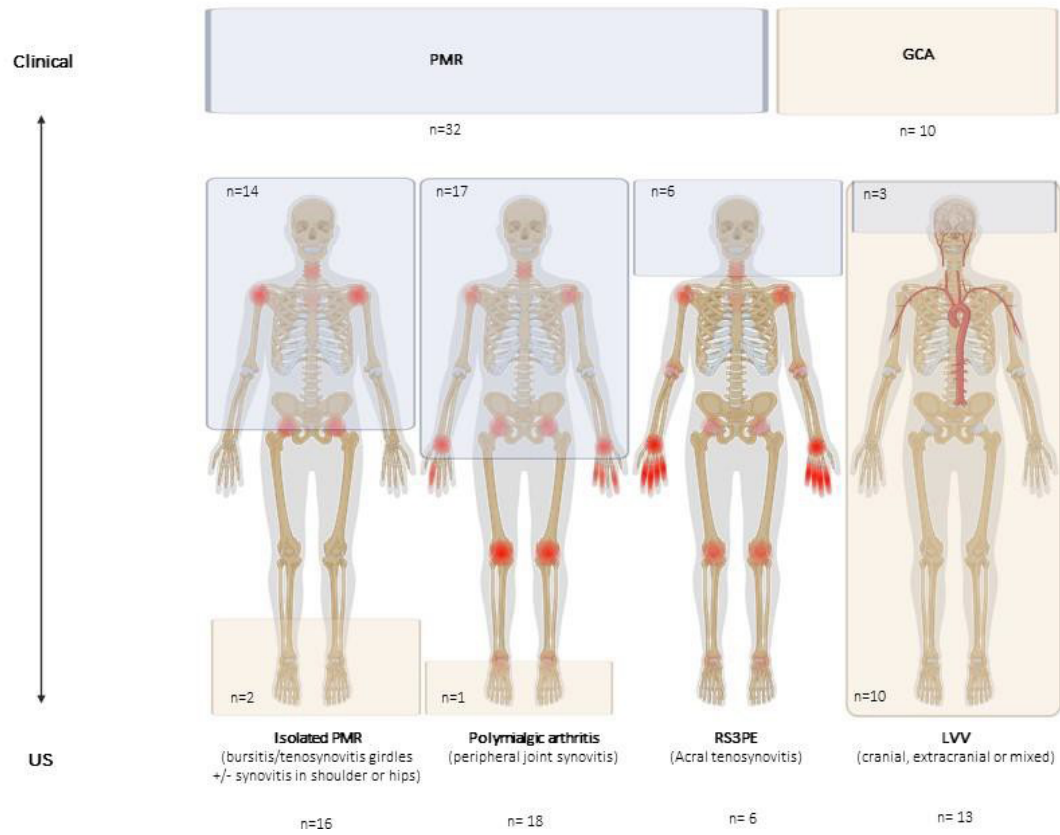
Table 2. Ultrasound findings at the time of GPSD diagnosis

	Total n = 42
Vascular US	
Positive vascular US findings, n (%)	13 (33.3)
Positive isolated cranial US findings, n (%)	11 (28.2)
Positive isolated extracranial US findings, n (%)	1 (2.4)
Positive mixed (cranial + extracranial) US findings, n (%)	1 (2.4)
Halo sign, n (%)	11 (26.2)
Compression sign, n (%)	11 (26.2)
Stenosis, n (%)	5 (11.9)
Occlusion, n (%)	0 (0.0)
IMT right superficial temporal artery, mean (SD)	0.39 (0.18)
IMT left superficial temporal artery, mean (SD)	0.37 (0.17)
IMT right frontal branch, mean (SD)	0.39 (0.16)
IMT left frontal branch, mean (SD)	0.34 (0.12)
IMT right parietal branch, mean (SD)	0.38 (0.11)
IMT left frontal branch, mean (SD)	0.37 (0.13)
IMT right axillary artery, mean (SD)	0.59 (0.15)
IMT left axillary artery, mean (SD)	0.57 (0.16)
IMT Right subclavian artery, mean (SD)	0.62 (0.19)
IMT Left subclavian artery, mean (SD)	0.6 (0.2)
IMT Right carotid artery, mean (SD)	0.65 (0.18)
IMT Left carotid artery, mean (SD)	0.64 (0.17)
Musculoskeletal US	
Global score for B-mode synovitis	8.0 (5.0–13.8)
Global score for Doppler synovitis	1.5 (0.0–5.0)
GLOESS	8.5 (5.0–13.2)
US GPSD patterns	
Isolated PMR, n (%)	16 (38.1)
Polymyalgic arthritis, n (%)	18 (42.9)

RS3PE, n (%)	6 (14.3)
LVV, n (%)	13 (31)

Abbreviations: US, ultrasound; IMT, intima media thickness; SD, standard deviation; PMR, polymyalgia rheumatica; US, ultrasound; LVV, large vessel vasculitis; RS3PE, remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema

Figure 1. Frequency of ultrasound patterns according to clinical diagnosis



PREVALENCIA DE CONDROCALCINOSIS Y ARTRITIS POR CRISTALES DE PIROFOSFATO CÁLCICO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE QUE RECIBEN TERAPIA AVANZADA

Femenia Pellicer, J. (1); Rodriguez, L. (1); Rosas, J. (1); Pons, A. (1); Gallego, R. (1); Senabre, J. M. (1); Ibañez, M. (1); Raya, C. (1); Sanchez, A. (1); Bernad, E. (1); Bermejo, M. D. (1)

(1) H. Universitario Marina Baixa.

IDENTIFICADOR: 15

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicaciones pósteres y/o experiencia profesional

PALABRAS CLAVE: Condrocalcinosis; Artritis por pirofosfato; Artritis reumatoide; Terapia avanzada;

OBJETIVO

Analizar la prevalencia de la condrocalcinosis y la artritis por cristales de pirofosfato cálcico (CPPD) en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide (AR) y que, actualmente, estén recibiendo terapia avanzada.

DISEÑO Y MÉTODOS

Estudio observacional transversal. Datos de la cohorte de AR que reciben tratamiento avanzado en la sección de reumatología del Hospital Universitario Marina Baixa. Se incluyeron variables demográficas (edad, sexo), clínicas (fecha de diagnóstico, presencia de FR y ACPA) así como fecha de inicio del tratamiento actual, FAME convencional concomitante y número de tratamientos avanzados previos. Se revisaron las historias clínicas en busca de datos de artrocentesis previas y análisis de líquido sinovial al microscopio óptico. Se revisaron radiografías de manos y rodillas en busca de signos de condrocalcinosis. Se realizó un análisis estadístico descriptivo comparando los pacientes según la presencia de condrocalcinosis, utilizando la prueba T de Student para las variables continuas y normales, así como el test de Wilcoxon para las variables continuas no normales y el test de Fisher para variables categóricas.

RESULTADOS

Se incluyeron 194 pacientes con AR que reciben terapia avanzada en nuestro centro, 119 (61%) de forma combinada con FAME convencional. Se identificaron 21 casos de pacientes con condrocalcinosis (10,82%) y 3 pacientes con artritis por CPPD. Las características basales se muestran en la tabla 1. Los pacientes con condrocalcinosis tuvieron mayor edad media $\pm$ DE (70 ± 13 vs 62 ± 12 ; $p=0,002$) y mayor edad al diagnóstico (58 ± 17 vs 48 ± 13 ; $p=0,001$) de forma estadísticamente significativa. También se observó en este grupo con condrocalcinosis mayor porcentaje de mujeres (86% vs 77%), mayor porcentaje de tratamiento combinado (81% vs 58%) y menor porcentaje de FR ó ACPA positivo (52% vs 62%), aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas, probablemente por el tamaño muestral. No se observaron diferencias entre ambos grupos en el mecanismo de acción ni en la línea de tratamiento avanzado.

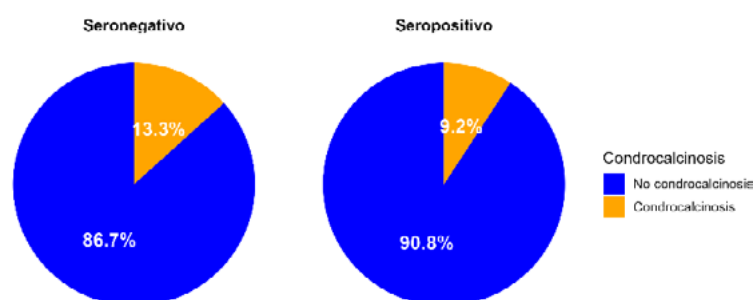
CONCLUSIONES

La prevalencia de condrocalcinosis nuestra cohorte de pacientes con artritis reumatoide en tratamiento con terapia avanzada fue del 10,8%.

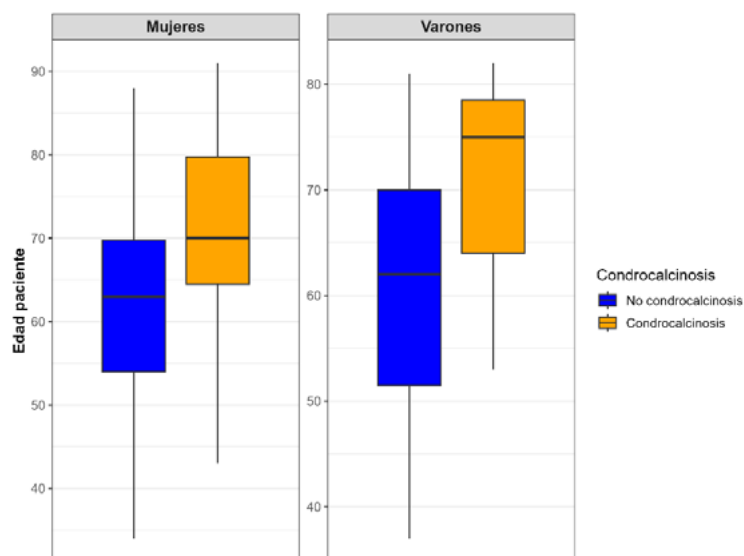
Los pacientes con condrocalcinosis presentaron mayor edad en el momento del análisis y al diagnóstico. No se observaron diferencias significativas en el resto de las variables analizadas.

El presente estudio ha sido realizado con una beca de investigación de AIRE-MB.

IMÁGENES ADJUNTAS



Characteristic	No condro. N = 173 ¹	Condro. N = 21 ¹	p-value ²
Edad	62 ± 12	70 ± 13	<0.05
Tiempo Diag	14 ± 10	13 ± 10	ns
Edad Diag	48 ± 13	58 ± 17	<0.05
Sexo			ns
M	134 (77%)	18 (86%)	
V	39 (23%)	3 (14%)	
Seropositivas			ns
No	65 (38%)	10 (48%)	
Si	108 (62%)	11 (52%)	
FAMEsc			ns
No	72 (42%)	4 (19%)	
Si	101 (58%)	17 (81%)	
Linea Trat			ns
1º	94 (54%)	11 (52%)	
2º	36 (21%)	2 (9.5%)	
3º o posterior	43 (25%)	8 (38%)	

¹ Mean ± SD; n (%)² Welch Two Sample t-test; Wilcoxon rank sum test; Fisher's exact test

IMPLEMENTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA TREAT-TO-TARGET (T2T) EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN LA COMUNIDAD VALENCIANA, BALEARES Y CATALUÑA: BARRERAS, FACILITADORES Y APRENDIZAJES

Vela, P. (1); Alegre, J. J. (2); Bernal, J. A. (3); Cortés, J. C. (4); Frade, B. (5); Magallares, B. (6); Negueroles, R. (7); Ros, I. (8); Robustillo, M. (9); Werner, M. (10); Alvarez, M. P. (11); Piovesan, M. M. (12); Bahamontes, N. (11); Oton, T. (13); Loza, E. (13)

(1) Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante. ISABIAL. Universidad Miguel Hernández. ; (2) Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia. ; (3) Hospital de la Marina Baixa, Villajoyosa, Alicante. ; (4) Hospital General Universitario Virgen María de los Lirios, Alcoi, Alicante ; (5) Hospital Clinic, Barcelona. ; (6) Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. ; (7) Reumatología Hospital Clínico Universitario de Valencia. ; (8) Hospital Universitario Son Llatzer, Palma, Illes Balears. ; (9) Hospital Universitario de La Plana, Castellón. ; (10) Consorci Sanitari Parc Taulí, Sabadell, Barcelona. ; (11) Medical Department, AstraZeneca Farmacéutica Spain, Madrid, Spain ; (12) Medical Department, AstraZeneca Farmacéutica Spain, Madrid, Spain, España; (13) Instituto de Salud Musculoesquelética, Madrid, Spain.

IDENTIFICADOR: 16

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicaciones pósteres y/o experiencia profesional

INTRODUCCIÓN

El Treat-to-Target (T2T) en reumatología prioriza la medición objetiva y la toma de decisiones basada en objetivos clínicos. Su implementación en Lupus Eritematoso Sistémico (LES) presenta retos derivados de la heterogeneidad clínica, la complejidad del seguimiento y las diferencias organizativas entre centros.

OBJETIVO

Describir de forma estructurada las barreras, facilitadores y comentarios clave para la implementación de una estrategia T2T en LES, así como proponer elementos mínimos de sistematización que favorezcan la remisión temprana sostenida, la reducción de corticoides y la homogeneización asistencial.

MÉTODO

Foro de discusión abierto basado en la metodología de grupos nominales con participación de reumatólogos de hospitales de la Comunidad Valenciana, Baleares y Cataluña, basado en un casillero tipológico para garantizar la máxima representatividad de los participantes. La discusión se basó en una recopilación de datos sobre factores contextuales extraídos de la literatura y otras fuentes secundarias y se estructuró en torno a barreras y facilitadores en el manejo del LES, con foco específico en la estrategia T2T en estas comunidades. No se realizaron mediciones cuantitativas ni análisis estadísticos; se recogieron conclusiones operativas orientadas a práctica clínica, formación y organización.

RESULTADOS

Encontramos una variabilidad significativa en la práctica clínica respecto al manejo del LES entre los distintos hospitales. También identificamos barreras críticas a nivel del paciente/enfermedad, del profesional sanitario y de la organización. (TABLA 1).

En este contexto, la estrategia T2T se reafirma como una estrategia dinámica que exige medición regular con al menos un índice objetivo, persiguiendo como objetivo central la remisión temprana y mantenida que permita optimizar el control de la actividad de la enfermedad y prevenir el daño acumulado, mejorando la calidad de vida, incluso en casos aparentemente leves.

CONCLUSIONES

En este foro se han resaltado barreras críticas y facilitadores para el tratamiento óptimo del LES en la Comunidad Valenciana, Baleares y Cataluña en las que trabajar para lograr la implementación de la estrategia T2T en LES. El futuro pasa por integrar la digitalización real en el seguimiento, consolidar herramientas mínimas consensuadas adaptadas a cada centro, fortalecer el rol de enfermería y auditar resultados para homogeneizar la calidad asistencial.

USO DE TRATAMIENTOS OSTEOFORMADORES, EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL EN UN HOSPITAL TERCIARIO: EXPERIENCIA CON ROMOSUZUMAB Y ABALOPARATIDA

González Mazario, R. (1); Fragio Gil, J. (1); Martínez Calabuig, P. (1); Salvador Maicas, L. (1); Sanmartín Martínez, M. L. (1); Gómez Correas, B. (1); Martínez Cordellat, I. (1); Rueda Cid, A. (1); Lerma Garrido, J. J. (1); Ballaguer Trull, I. (1); Campos Fernández, C. (1)

(1) Hospital General Universitario de Valencia. España

IDENTIFICADOR: 18

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicaciones pósteres y/o experiencia profesional

PALABRAS CLAVE: Osteoporosis Abaloparatida Romosozumab Tolerancia

INTRODUCCIÓN

La osteoporosis grave se asocia a un elevado riesgo de fractura por fragilidad. Romosozumab (ROMO) y abaloparatida (ABALO) son terapias osteoformadoras indicadas en pacientes con muy alto riesgo de fractura, aunque la experiencia en práctica clínica real sigue siendo limitada.

OBJETIVO

Describir las características clínicas, la respuesta densitométrica, la seguridad y la persistencia del tratamiento en pacientes tratadas con ROMO o ABALO.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en un hospital terciario. Se incluyeron mujeres posmenopáusicas con osteoporosis grave y muy alto riesgo de fractura (guías SEIOMM 2022) que iniciaron ROMO o ABALO entre mayo de 2023 y diciembre de 2025. Se recogieron datos demográficos, factores de riesgo, tratamientos previos, evolución densitométrica mediante DXA, fracturas, eventos cardiovasculares mayores y motivos de suspensión.

RESULTADOS

Se incluyeron 95 pacientes (100% mujeres): 62 tratadas con ROMO y 33 con ABALO. La edad media fue de $65 \pm 8,0$ años en el grupo ROMO y de $69 \pm 9,6$ años en el grupo ABALO, con mayor prevalencia de hipertensión arterial en este último.

En el grupo ROMO, 41 pacientes (66,1%) disponían de DXA pre y postratamiento tras 12 meses. La mejoría media del T-score fue de $+0,96 \pm 0,69$ en columna lumbar y de $+0,29 \pm 0,48$ en cuello femoral. El 80,5% alcanzó una mejoría $\geq 0,5$ en columna lumbar y el 39,0% $\geq 1,0$. No se registraron fracturas durante el tratamiento ni eventos cardiovasculares mayores; se documentó una fractura traumática postratamiento. La tasa de suspensión fue del 3,3%.

En el grupo ABALO, 3 pacientes (9,1%) habían completado 18 meses de tratamiento en el momento del análisis. El seguimiento densitométrico fue limitado, con DXA postratamiento disponible en una única paciente. La suspensión del tratamiento ocurrió en el 26,9%, principalmente por efectos adversos neurovegetativos o síntomas cardiológicos. No se registraron eventos cardiovasculares mayores.

CONCLUSIONES

En práctica clínica real, ROMO y ABALO se emplearon en pacientes con perfiles clínicos diferenciados. ROMO se asoció a una mejoría densitométrica relevante y alta persistencia del tratamiento. En ABALO, la tolerabilidad fue el principal factor limitante para completar el tratamiento, con escasa disponibilidad de datos densitométricos postratamiento.

IMÁGENES ADJUNTAS

Variable	Romo (n=62)	Abalo (n=33)
Edad, años (media $\pm$ DE)	$65 \pm 8,0$	$69 \pm 9,6$
Hipertensión arterial, %	18 (n=14)	36 (n=13)

FRAX total (media)	12,6	17,9
FRAX cadera (media)	5,1	8,3
Tratamiento previo para OP, %		
Bifosfonatos	51.6 (n=32)	35.3 (n=12)
Denosumab	37.1 (n=23)	38.2 (n=13)
Teriparatida	19.4 (n=12)	2.9 (n=1)
Calcio/Vitamina D	100 (n=62)	100 (n=33)
Fármacos concomitantes, %		
ISRS	11.3 (n=7)	5.9 (n=2)
IBP	9.7 (n=6)	32.4 (n=11)
Menopausia precoz, %	14.5 (n=9)	11.8 (n=4)

TABLA 1: Características basales, tratamientos previos y factores clínicos.

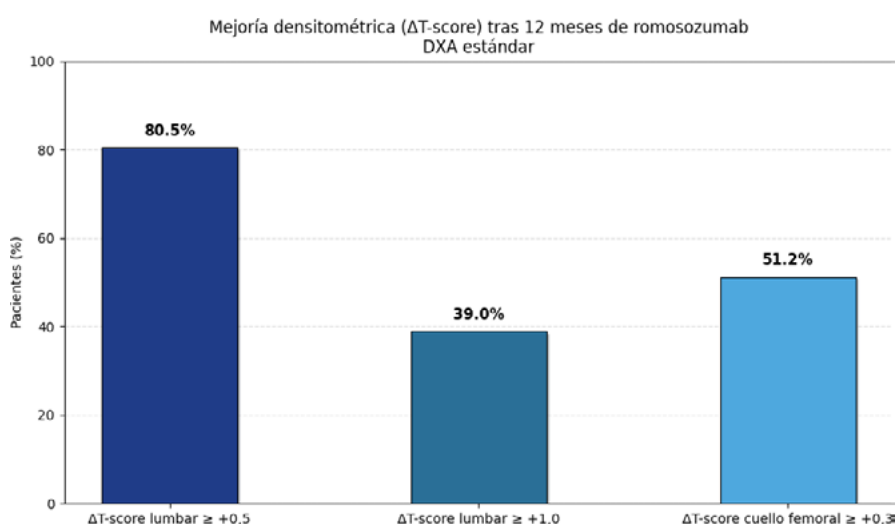


FIGURA 1: Proporción de pacientes con mejoría densitométrica clínicamente relevante tras tratamiento con romosozumab.

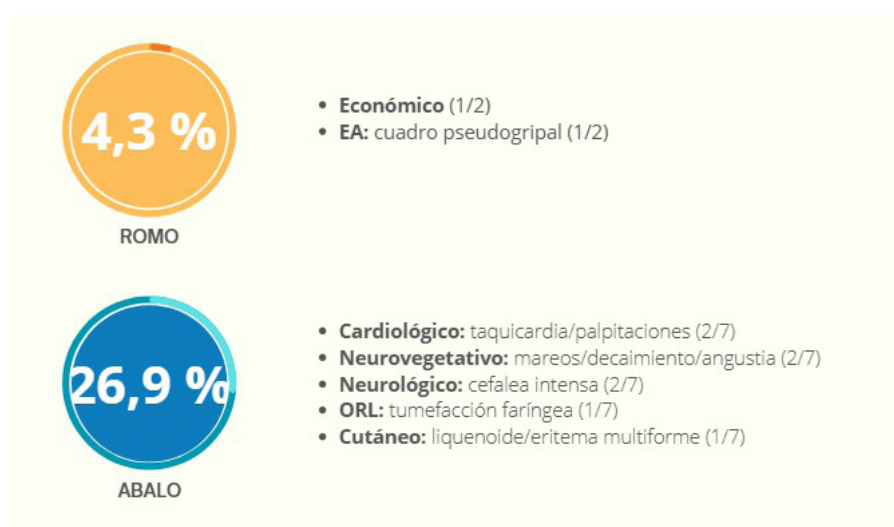


FIGURA 2: Porcentaje de suspensión del tratamiento con ROMO y ABALO.

REVISIÓN DE OSTEOMIELITIS CRÓNICA MULTIFOCAL RECURRENTE BASADA EN CASOS CLÍNICOS.

Doménech Serrano, J. M. (1)

(1) Hospital Doctor Balmis.

IDENTIFICADOR: 19

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicaciones pósteres y/o experiencia profesional

OBJETIVO

Analizar la osteomielitis crónica multifocal recurrente (OCMR), una patología ósea infrecuente, mediante la revisión de casos clínicos de nuestro centro.

MÉTODO

se seleccionan pacientes diagnosticados y tratados de osteomielitis crónica multifocal recurrente (OCMR) en nuestro centro en los últimos cuatro años.

RESULTADOS

Niña de 8 años: dolor en cadera derecha y cojera de dos semanas de evolución sin antecedente de traumatismo ni otros de interés. Bioquímica y hemograma normal, sin elevación de RFA. Lesiones en fémur y rama isquio-pubiana derechas, acetábulo, tibia y peroné izquierdos. Biopsia ósea sin evidencia de malignidad ni etiología infecciosa. Se administran 4 ciclos de Pamidronato intravenoso de 3 días con buena respuesta.

Niña de 8 años: dolor y tumoración clavicular de 4 días de evolución sin antecedente traumático. Diagnosticada de colitis ulcerosa en tratamiento con adalimumab. Elevación de VSG con resto de análisis de sangre normal. Afectación extensa de clavícula sin otros hallazgos. Biopsia ósea sin evidencia de malignidad ni etiología infecciosa. Se administran 2 ciclos de Zoledronato intravenoso en dosis única con buena respuesta.

Adolescente varón de 13 años: dolor de cadera derecha y cojera de 3 meses de evolución. Sin traumatismo previo ni otros antecedentes de interés. Elevación de VSG con resto de análisis de sangre normal. Lesiones multifocales en esternón, clavícula, vértebras y fémur. Biopsia ósea sin evidencia de malignidad ni etiología infecciosa. Se administran 4 ciclos de Zoledronato intravenoso en dosis única con buena respuesta.

CONCLUSIÓN

la osteomielitis crónica multifocal recurrente es una enfermedad autoinflamatoria infrecuente, típica de la edad pediátrica y caracterizada por lesiones óseas multifocales. El diagnóstico es de exclusión, tras descartar infecciones y neoplasias. El tratamiento principal incluye AINEs y bifosfonatos.

IMÁGENES ADJUNTAS

XXIX CONGRESO SVR - 27, 28 DE MARZO - VALENCIA



REVISIÓN DE OSTEOMIELITIS CRÓNICA MULTIFOCAL RECURRENTE BASADA EN CASOS CLÍNICOS.

Doménech-Serrano J, Buitrago Á, Martínez-Pi P, Bernabéu P.

Sección de Reumatología y Servicio de Pediatría.
Hospital General Universitario Doctor Balmis, Alicante.

OBJETIVO

Analizar la osteomielitis crónica multifocal recurrente (OCMR), una patología ósea infrecuente, mediante la revisión de casos clínicos de nuestro centro.

MÉTODO

Se seleccionan pacientes diagnosticados y tratados de osteomielitis crónica multifocal recurrente (OCMR) en nuestro centro en los últimos cuatro años.

RESULTADOS

Niña de 8 años

Dolor en cadera derecha y cojera de 2 semanas de evolución.

Sin antecedente de traumatismo ni otros de interés.

Bioquímica y hemograma normal, sin elevación de RFA.

Lesiones en fémur y rama isquio-pubiana derechas, acetábulo, tibia y peroné izquierdos.



Biopsia ósea sin evidencia de malignidad ni etiología infecciosa: OCMR.

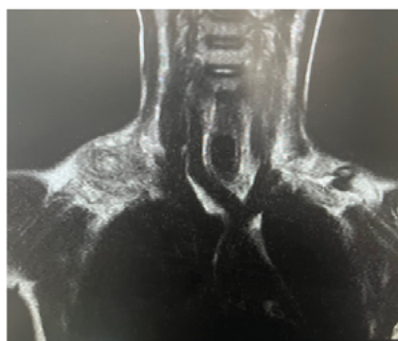
Se administran **4 ciclos de Pamidronato intravenoso de 3 días** con buena respuesta.

Niña de 8 años

Dolor y tumoración clavicular de 4 días de evolución sin antecedente traumático. Diagnosticada de colitis ulcerosa en tratamiento con adalimumab.

Elevación de VSG con resto de análisis de sangre normal.

Afectación extensa de clavícula sin otros hallazgos.



Biopsia ósea sin evidencia de malignidad ni etiología infecciosa: OCMR.

Se administran **2 ciclos de Zoledronato intravenoso en dosis única** con buena respuesta.

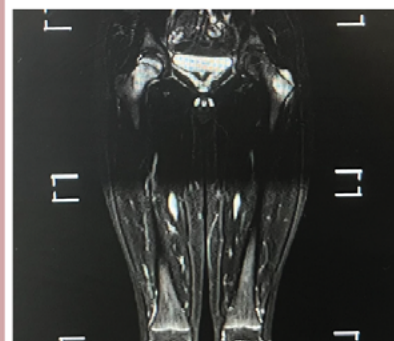
Adolescente varón de 13 años

Dolor de cadera derecha y cojera de 3 meses de evolución.

Sin traumatismo previo ni otros antecedentes de interés.

Elevación de VSG con resto de análisis de sangre normal.

Lesiones multifocales en esternón, clavícula, vértebras y fémur.



Biopsia ósea sin evidencia de malignidad ni etiología infecciosa: OCMR.

Se administran **4 ciclos de Zoledronato intravenoso en dosis única** con buena respuesta.

CONCLUSIÓN

La osteomielitis crónica multifocal recurrente es una enfermedad autoinflamatoria infrecuente, típica de la edad pediátrica y caracterizada por lesiones óseas multifocales. El diagnóstico es de exclusión, tras descartar infecciones y neoplasias. El tratamiento principal incluye AINEs y bifosfonatos.

13 AÑOS DE EXPERIENCIA EN TERAPIAS AVANZADAS: PATRONES DE PRESCRIPCIÓN Y OPTIMIZACIÓN EN 978 PACIENTES REUMATOLÓGICOS

Mínguez Vega, M. (1); Fernandez, C. (2); Santos, G. (2); Martin, R. (2); Becerra, E. (2); Mogedas, M. (2)

(1) Hospital Clínico Universitario San Juan de Alicante. España; (2) .

IDENTIFICADOR: 20

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicaciones pósteres y/o experiencia profesional

PALABRAS CLAVE: terapias avanzadas, optimización terapéutica, práctica clínica

INTRODUCCIÓN

El manejo de las enfermedades reumáticas ha sufrido una revolución con las terapias biológicas (bDMARDs) y sintéticas dirigidas (tsDMARDs). Sin embargo, la evidencia de los ensayos clínicos no siempre refleja la práctica clínica diaria. Este estudio analiza los datos de un registro de terapias avanzadas (TeBESA) para describir el perfil del paciente, los patrones de uso de fármacos y las estrategias de optimización a lo largo de más de una década.

OBJETIVOS

Describir las características demográficas y clínicas de los pacientes en tratamiento activo. Analizar la supervivencia del fármaco y causas de discontinuación (ineficacia vs. seguridad). Evaluar la tasa de estrategias de optimización (reducción de dosis) en la práctica real.

MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico basado en el registro TeBESA. Se incluyeron pacientes tratados con bDMARDs o tsDMARDs entre los años 2012 y 2025. Se analizaron variables como diagnóstico, línea de tratamiento, motivo de cambio (fallo primario/secundario, evento adverso, remisión) y estrategias de optimización terapéutica.

RESULTADOS

Se analizaron un total de 1.922 registros de intervención correspondientes a aproximadamente 978 pacientes únicos.

Perfil Clínico: El diagnóstico más prevalente fue la Artritis Reumatoide (AR), seguido de la Espondiloartritis Axial y la Artritis Psoriásica.

Patrones de Tratamiento: Adalimumab (incluyendo biosimilares) se mantiene como el fármaco más prescrito, seguido de Etanercept y Tocilizumab. En los últimos años (2020-2025) se observa una diversificación con la introducción de JAKi e IL-17/IL-23.

GESTIÓN TERAPÉUTICA:

Se identificó que un ~11% de las intervenciones registradas correspondieron a estrategias de optimización/reducción de dosis, reflejando un manejo eficiente en pacientes en remisión sostenida.

La causa más frecuente de cambio de tratamiento (Switching) fue la Ineficacia (Fallo 1º/2º), superando a los Eventos Adversos, lo que sugiere un buen perfil de seguridad de los fármacos utilizados.

CONCLUSIONES

El registro muestra una práctica clínica consolidada con un alto volumen de pacientes, donde la AR sigue siendo el principal desafío terapéutico.

Existe una cultura activa de optimización terapéutica, logrando reducir dosis en una proporción significativa de pacientes sin pérdida de control de la enfermedad.

La introducción progresiva de nuevas dianas terapéuticas (JAKi, anti-IL17/23) ha permitido ofrecer alternativas eficaces a pacientes con fallo a anti-TNF.

IMPACTO DE LAS ESTRATEGIAS DE OPTIMIZACIÓN BIOLÓGICA EN UNA COHORTE DE 978 PACIENTES REUMATOLÓGICOS: RESULTADOS DEL REGISTRO TEBESA (2012-2025).

Mínguez Vega, M. (1); Becerra, E. (2); Martin, R. (2); Fernandez, C. (2); Santos, G. (2); Mogedas, M. (2)

(1) Hospital Clínico Universitario San Juan de Alicante. España; (2) .

IDENTIFICADOR: 21

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicaciones pósteres y/o experiencia profesional

INTRODUCCIÓN

Las guías clínicas (EULAR/SER) recomiendan considerar la reducción de dosis en pacientes que alcanzan la remisión. Esta estrategia no solo reduce costes, sino que minimiza la exposición a fármacos y potenciales efectos adversos. El objetivo de este estudio es cuantificar la tasa de optimización en práctica clínica real y describir el perfil del paciente candidato a reducción de dosis.

MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal de todas las intervenciones registradas en el periodo 2012-2025 en una base de datos de terapias avanzadas (TEBESA). Se identificaron como "Optimización" aquellas acciones etiquetadas como reducción de dosis, espaciamiento de intervalo o tapering. Se analizó la prevalencia de esta estrategia según patología y fármaco biológico/sintético.

RESULTADOS

De un total de 1.922 intervenciones registradas, se identificaron 212 episodios de optimización (11% del total). Perfil del Paciente Optimizado:

La patología donde más frecuentemente se logra reducir dosis es la Artritis Reumatoide y la Espondiloartritis Axial, reflejando la estabilidad clínica alcanzada en estos grupos.

Fármacos: Etanercept (75 casos) y Adalimumab (68 casos) son, con diferencia, las moléculas más sometidas a estrategias de optimización. Esto puede deberse a la flexibilidad de sus presentaciones y a la larga experiencia de uso ("comfort zone" del clínico).

Se observa una menor tasa de optimización en fármacos más novedosos (JAKi, anti-IL17), posiblemente por precaución o menor tiempo de seguimiento.

Tendencia: El análisis temporal muestra una cultura de optimización sostenida, consolidándose como una práctica estándar en el seguimiento a largo plazo en nuestro centro.

CONCLUSIONES

La optimización terapéutica es una realidad consolidada en nuestro medio, aplicándose en 1 de cada 10 intervenciones clínicas.

Los anti-TNF (Etanercept/Adalimumab) continúan siendo los fármacos "estrella" para estrategias de reducción de dosis, probablemente por su perfil de seguridad bien conocido a largo plazo.

Estos datos avalan la factibilidad de implementar protocolos de desescalada terapéutica sin comprometer el control de la enfermedad.

SISTEMA DE APOYO A LA DECISION CLINICA EN GOTA: EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE UNA HERRAMIENTA DIGITAL PARA LA OPTIMIZACIÓN DE LA ADHERENCIA Y ADECUACIÓN TERAPÉUTICA DE PACIENTES CON GOTA.

de la Morena Barrio, I. (1); Pozo, A. (2); Ochoa, B. (3); Charca, L. C. (4); Sanmartín, J. J. (5); Negueroles, R. (6); López, E. (7); Trenor, P. (8); Rodríguez, E. (9)

(1) Clínico de Valencia . ; (2) Servicio de Laboratorio Hospital Clínico de Valencia. España; (3) Unidad de Reumatología, INCLIVA. España; (4) Unidad de Reumatología Hospital Clínico de Valencia. España; (5) Unidad de Reumatología Hospital Clínico de Valencia. España; (6) Unidad de Reumatología Hospital Clínico de Valencia. España; (7) Unidad de Reumatología Hospital Clínico de Valencia. España; (8) Unidad de Reumatología Hospital Clínico de Valencia. ; (9) Servicio de Laboratorio Hospital Clínico de Valencia.

IDENTIFICADOR: 22

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicaciones pósteres y/o experiencia profesional

PALABRAS CLAVE: GOTA; adherencia tratamiento; CDSS

INTRODUCCION

El pilar del manejo de la gota es la estrategia de treat-to-target(T2T), con objetivo de ácido úrico(AU) <6.0 mg/dl. A pesar de disponer de tratamientos eficaces, la gestión de la gota sigue siendo subóptima, identificándose dos barreras: la baja adherencia a la terapia reductora de urato(TRU) (menos del 50%) y el inadecuado ajuste de dosis de fármacos. La mayoría de los pacientes con gota son atendidos por médicos de atención primaria(MAP). La educación y el seguimiento en gota, son esenciales para asegurar la eficacia de la TRU. Las herramientas de salud digital, han demostrado eficacia para mejorar la adherencia y el seguimiento. La implementación de sistemas de soporte a la decisión clínica(CDSS) pueden ayudar a que se cumplan las guías en el entorno ambulatorio.

OBJETIVOS

Evaluar los efectos de la implementación de un CDSS en el manejo de la gota.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo longitudinal de revisión de los niveles de AU en pacientes con gota antes y tras la implementación de un CDSS automatizado. En enero-24 se implementó un CDSS digital que detectaba y determinaba automáticamente los niveles de AU en pacientes con gota. Según el resultado, se enviaba un mensaje a su MAP para incidir en T2T. Se incluyeron pacientes desde el 1 mayo-24 hasta el 31 octubre-24. Se estudiaron: niveles de AU, actitudes terapéuticas por MAP tras el resultado analítico.

RESULTADOS

Se incluyeron 253 pacientes, 212 hombres(83,8%) con $67,85 \pm 12,7$ (98-34) años de edad. Los niveles de AU fueron de $7,57 \pm 1,24$ mg/dl (6-13). Solo 11 presentaron niveles de AU en objetivo; del resto, 94 llevaban TRU y 148 no. Tras el resultado y el mensaje del CDSS, se consiguió ajuste terapéutico en 25%(64) de los pacientes, intensificando dosis de TRU en 10 pacientes, cambiando de fármaco en 2 pacientes e iniciando TRU en 52. Se registró un refuerzo de la adherencia en 4 pacientes. Tras la intervención, el nivel de AU fue de $7,08 \pm 1,5$ mg/dl (1,5-13): una reducción de 0,49mg/dl. El 46,8% presentó un descenso significativo de AU, el 27,9% empeoró; y un 15,8% logró AU < 6mg/dl. Solo 2 fueron derivados a reumatología.

CONCLUSIONES

El CDSS ha demostrado ser una herramienta sencilla de alerta al MAP. Permitió identificar desajustes y mover a decisiones terapéuticas en un 25% de pacientes con gota lejos del objetivo terapéutico. Estos resultados apoyan el uso de CDSS, aunque, persiste una elevada inercia terapéutica, siendo necesarias de estrategias complementarias.

REFERENCIAS

¹ TANVEER M, TAHIR AH, SHRESTHA S, RAZA MZ, AHMED A. EFFECTIVENESS OF PHARMACIST-LED INTERVENTIONS IN IMPROVING GOUT OUTCOMES: A SYSTEMATIC REVIEW. RES SOC ADM PHARM. 1 DE DICIEMBRE DE 202521(12):975-90.

² FIELDS TR, BATTERMAN A. HOW CAN WE IMPROVE DISEASE EDUCATION IN PEOPLE WITH GOUT? CURR RHEUMATOL REP. 201820(3):12.

- ³ MEDICATION ADHERENCE IN GOUT: A SYSTEMATIC REVIEW. [CITADO 28 DE DICIEMBRE DE 2025] Disponible en: <https://acrjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/acr.22336>
- ⁴ KEENAN RT. LIMITATIONS OF THE CURRENT STANDARDS OF CARE FOR TREATING GOUT AND CRYSTAL DEPOSITION IN THE PRIMARY CARE SETTING: A REVIEW. CLIN THER. FEBRERO DE 201739(2):430-41.
- ⁵ FIELDS TR. THE CHALLENGES OF APPROACHING AND MANAGING GOUT. RHEUM DIS CLIN N AM. 1 DE FEBRERO DE 201945(1):145-57.
- ⁶ CLIN EXP RHEUMATOL [INTERNET]. [CITADO 28 DE DICIEMBRE DE 2025]. WHY BETTER TREATMENT OF GOUT IS NEEDED. DISPONIBLE EN: [HTTPS://WWW.CLINEXPRHEUMATOL.ORG/ABSTRACT.ASP?A=10850](https://www.clinexprheumatol.org/abstract.asp?a=10850)
- ⁷ STAMP LK, MERRIMAN TR, BARCLAY ML, SINGH JA, ROBERTS RL, WRIGHT DFB, ET AL. IMPAIRED RESPONSE OR INSUFFICIENT DOSAGE?—EXAMINING THE POTENTIAL CAUSES OF “INADEQUATE RESPONSE” TO ALLOPURINOL IN THE TREATMENT OF GOUT. SEMIN ARTHRITIS RHEUM. 1 DE OCTUBRE DE 201444(2):170-4.
- ⁸ VAN DER VEN J, VAN DEN BEMT BJF, FLENDRIE M, VRIEZKOLK JE, VERHOEF LM. DETERMINANTS OF SELF-MANAGEMENT BEHAVIOR IN GOUT: A SCOPING REVIEW. ARTHRITIS CARE RES. 202577(4):534-44.
- ⁹ YIN R, LI L, ZHANG G, CUI Y, ZHANG L, ZHANG Q, ET AL. RATE OF ADHERENCE TO URATE-LOWERING THERAPY AMONG PATIENTS WITH GOUT: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS. BMJ OPEN. ABRIL DE 20188(4):e017542.

TERAPIAS COMBINADAS: EXPERIENCIA LIMITADA, OPCIÓN A CONSIDERAR. SERIE DE CASOS EN PACIENTES DIFÍCILES DE TRATAR.

de la Morena Barrio, I. (1); Sanmartin, J. J. (2); Charca, L. C. (3); Negueroles, R. (4); Trenor, P. (5); Tosca, J. (6); Suria, C. (7); Sanahuja, A. (8); Merino, V. (9); Ochoa, B. (10); López, E. (2); Boscá, M. (8)

(1) Clínico de Valencia . ; (2) Unidad de Reumatología Hospital Clínico de Valencia. ; (3) Unidad de Reumatología Hospital Clínico de Valencia. ; (4) Unidad de Reumatología Hospital Clínico de Valencia. ; (5) Unidad de Reumatología Hospital Clínico de Valencia. ; (6) Servicio de Gastroenterología Hospital Clínico de Valencia ; (7) Servicio de Gastroenterología Hospital Clínico de Valencia . ; (8) Servicio de Gastroenterología Hospital Clínico de Valencia. ; (9) Servicio de Gastroenterología Hospital Clínico Universitario. ; (10) Unidad de Reumatología INCLIVA.

IDENTIFICADOR: 23

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicaciones pósteres y/o experiencia profesional

PALABRAS CLAVE: Terapias biológicas combinadas, enfermedades inflamatorias crónicas, enfermedades inmunomediadas.

INTRODUCCIÓN

A pesar de los avances en el manejo de las enfermedades inflamatorias, existe una proporción de pacientes que no alcanzan remisión, lo que ha llevado a la definición de: Artritis Reumatoide difícil de tratar (D2T-RA), o Artritis Psoriásica difícil de manejar o refractaria al tratamiento. Estas situaciones muestran necesidades no cubiertas y exigen el empleo de otras estrategias. En escenarios de alta complejidad, como la coexistencia de Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) y enfermedades inmunomediadas o autoinmunes, el empleo de terapias combinadas (TC) y el abordaje interdisciplinar se abre camino.

OBJETIVO

Describir una serie de casos de TC y evaluar su seguridad y eficacia.

MÉTODOS

Estudio observacional, longitudinal, retrospectivo de revisión de casos en seguimiento en Reumatología que han requerido TC por asociación de patologías o refractariedad a terapia convencional. Se evalúan: características demográficas, líneas de tratamiento y mecanismos de acción (MA) previos a la TC, las opciones de combinación empleadas, efectos adversos, y la evolución de índices de actividad y dosis de corticoides.

RESULTADOS

Se incluyen 11 pacientes: 9 mujeres con $55,2 \pm 8,5$ años de edad, con diagnósticos de: 3 artritis reumatoide seropositivas (AR+), 1 artritis seronegativa (AR-), 3 espondiloartritis asociadas a EII (EspA-EII), 1 espondiloartritis axial (EspAax) no radiográfica (nr), 1 EspAax y periférica, 1 Enfermedad de Behçet (EB) y 1 Lupus eritematoso sistémico (LES) asociado a EII, con un tiempo de evolución de enfermedad de $8,49 \pm 4,2$ años. Las 4 pacientes con AR cumplían criterios D2T-RA. Recibieron una media de 4,9 biológicos (FAMEb) previos con 3,5 MA diferentes. Las TC más frecuentes fueron con FAME dirigidos (FAMEts) en 7 casos. 4 pacientes llevan menos de 4 meses con TC, por lo que no fue posible la evaluación.

Hubo que retirar la TC a un caso con EspA-EII y antecedente de 10 líneas previas de FAMEb y 6 MA tras 4 meses de TC por no mejoría. En el resto, se han mejorado los índices de actividad, y las dosis de corticoides, llevando $20,8 \pm 9,7$ meses de evolución con la TC. Solo dos pacientes presentaron efectos adversos en forma de diarreas: un EB con Apremilast (APR) + Infliximab (IFX) y una EspAax-nr con IFX + Upadacitinib (UPA).

CONCLUSIÓN

Las TC abre una nueva estrategia en el manejo de la actividad inflamatoria refractaria en diversos escenarios, con un perfil de seguridad que parece adecuado, siendo necesarios más estudios que confirmen esta experiencia.

IMÁGENES ADJUNTAS

Tabla 1. Serie de casos en terapia biológica combinada

Paciente sexo- edad	Diagnóstico	Comorbilidades	n FAMEb previos	n Mecanismos previos	Dosis PRED (mg) pre	Índice actividad pre	FAMEb 1	FAMEb 2	FAMEe asociado	Tiempo de seguimiento (meses)	Efecto adverso	Dosis PRED (mg) 6m post	Índice actividad 6m post	Dosis PRED (mg) 12m post	Índice actividad 12m post	OTROS
M61	AR+erosiva	Osteoporosis establecida, Pa paradójica por ADA	4	4	7,5	Das28PCR 3,5 CDAI 11,6	UPA	RTX	MTX	34	no	0	Das28PCR 2,28 CDAI 6	0	Das28PCR1,29 CDAI0,50	
V56	AR+erosiva	Radiulopatia, HTA, DL	7	4	7,5	Das28PCR 4,26 CDAI12,60	FILGO	RTX	SSZ	23	no	5	Das28PCR1,35 CDAI0,9	2,5	Das28PCR0,99 CDAI 0,50	Retirada de SSZ
M63	AR+	Fumadora activa	3	3	0	Das28PCR 3,32, CDAI 7,20	UPA	RTX	no	11	no	0	Das28 CDAI 2,70	2,59	NA	NA
M65	AR-	Osteoporosis establecida, SMD	9	4	7,5	CDAI 13,6	FILGO	TOCI	no	23	no	2,5	Das281,20 CDAI 0,70	2,5	CDAI 0,6	Permite optimización Filgo100
V41	EspA-ax-rr	Cólicos nefríticos repetición	3	2	0	BASDAI 6,9	IFX	UPA	no	8	diarrea	0	BASDAI 3,8	NA	NA	
M57	EspAax y p	Psoiriasis, diarrea (noEII)	3	3	0	Articular periférica y axial	UPA	ETN	no	1	NA	NA	NA	NA	NA	
M45	EspA+EII	E Crohn	10	6	0	actividad intestinal y NAD6 NAT4	VEDO	ETN	no	4	no	0	NA	NA	NA	Se retira por ineficacia.
M52	EspA+EII	E Crohn, TVP, Fumadora, depresión, EHNA, obesidad, fibromialgia, Psoiriasis, artritis mutilante.	5	4	2,5	Estabilidad intestinal; NAD3 NAT3	RSK	GOLI	SSZ	1	NA	NA	NA	NA	NA	
M45	EspA+EII	Psoiriasis E Crohn, Sd sensibilización central del dolor	5	4	10-20 en ciclos	Actividad articular e intestinal	UPA	ADA	LFN	1	NA	NA	NA	NA	NA	
M56	Behçet	DM, uveitis	5	5	5	Aftas bipolar y artritis	IFX	APR	MTX	26	diarrea	5	Resolución afloisis genital; mejoría afloisis oral y artritis	10	Resolución afloisis Artritis carpos	A los 12m se objetiva Inmunogenicidad con IFX; se cambia a APR + UST
M66	LES + EII	E Crohn, dermatitis atópica, EHNA	1	1	0	Actividad Hematológica articular y mucosa lípica + intestinal	VEDO	BELI	AZA	1	NA	NA	NA	NA	NA	

OBESIDAD Y RIESGO DE FRACTURA

Ibáñez-Martínez, M. (1); Senabre-Gallego, J. M. (1); Bernal-Vidal, J. A. (1); Raya-Santos, C. (1); Rodríguez-Ruiz Orejón, G. (1); Pons-Bas, A. (1); Gallego-Campuzano, R. (1); Sánchez-San Martín, A. (1); Femenia-Pellicer, J. (1); Rosas, J. (1)
(1) Hospital Marina Baixa de la Vila Joiosa. España

IDENTIFICADOR: 24
TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicaciones pósteres y/o experiencia profesional
PALABRAS CLAVE: osteoporosis, riesgo de fractura

INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente se ha asociado la obesidad con mayor densidad mineral ósea (DMO), pero esta relación no siempre conlleva mejor salud ósea ni protección contra fracturas.

OBJETIVOS

Conocer el impacto de la obesidad en el riesgo de fractura en mujeres postmenopáusicas.

MATERIAL Y METODOS

Estudio observacional retrospectivo, monocéntrico, durante el periodo 2010-2025, de pacientes remitidos a la Unidad de DMO de Reumatología. Se recogen datos epidemiológicos; factores de riesgo de osteoporosis (OP); fractura por fragilidad previa; tratamiento OP; resultado de DMO en columna lumbar (CL), cuello femoral (CF) y cadera total (CT); índice FRAX con DMO para fractura mayor y de cadera. Las categorías de IMC según OMS (kg/m2): peso normal (NP): 18.5-24.9; sobrepeso (SP) 25- 29,9; obesidad (OB) ≥30.

RESULTADOS

Primera DMO a 10 087 mujeres postmenopáusicas: 3375 (33,54%) NP, 3740 (37,16%) SP y 2771 (27,53%) OB. Los pacientes con SP y OB son significativamente de mayor edad respecto al NP y presentan menor porcentaje de tabaquismo (tabla 1).

Hay diferencias en DMO en todos los grupos frente a NP, con menor diagnóstico densitométrico de OP (42,7% vs 20,1% p=0.0001), y menor FRAX medio en el grupo OB (2,38±3.7 vs 1,92±3.2, p=0.0001). Estas diferencias no se reflejan en la tasa de fracturas, ya que el grupo OB presenta mayor porcentaje de fracturas globales respecto al NP (36,2% vs 42,7%, p= 0,0001), especialmente en el grupo de fracturas distintas a las localizaciones típicas por fragilidad(10,8% vs 15,5%, p= 0,043).

CONCLUSIONES

Las mujeres con sobrepeso y obesidad respecto a las de normopeso presentan de forma significativa, 1. Mayor edad y menor tasa de tabaquismo. 2. El grupo de obesidad, presenta mayor porcentaje de DMO normal en columna y cadera y menor de OP, pero mayor porcentaje de fracturas fuera de localizaciones típicas.

IMÁGENES ADJUNTAS

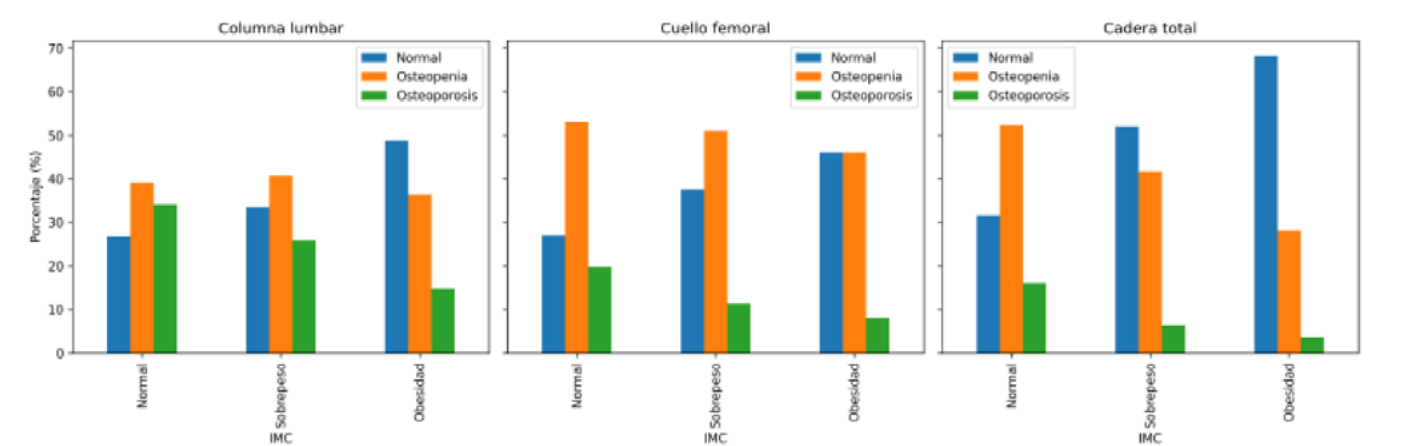


Tabla 1: Comparación de pacientes con normopeso con los distintos grupos de IMC.

	IMC Normal 18.5-24.9 kg/m² N: 3375	Sobrepeso 25-29.9 kg/m² N: 3740	P Normal Vs Sobrepeso	IMC Obesidad ≥30 kg/m² N: 2771	P Normal vs Obesidad
Edad, media (DE)	71,5 (11,1)	75,45 (10,6)	0,0001	76,4 (10,4)	0,0001
IMC, media (DE)	22,61 (1,6)	27,4 (1,4)	0,0001	34,1 (3,85)	0,0001
Edad menopausia, media (DE)	47,5 (5,2)	47,8 (5,1)	0,014	48 (5,4)	0,0001
Fumador, n (%)	889 (26,7)	609 (16,5)	0,0001	328 (12)	0,0001
Alcohol, n (%)	81 (2,4)	53 (1,4)	0,676	37 (1,4)	0,716
Fractura cadera madre, n (%)	429 (12,9)	507 (13,7)	0,72	326 (11,9)	0,68
Tratto previo, n (%)	1054 (31,4)	1290 (34,7)	0,088	894 (32,4)	0,623
Corticoide, n(%)	176 (10,5)	195 (8,8)	0,585	157 (8,4)	0,52
Fractura, n(%)	1300 (36,2)	1554 (38,9)	0,132	1264 (42,7)	0,001
Radio distal	377 (10,5)	448 (11,2)	0,744	334 (11,3)	0,729
Vertebral	308 (8,6)	398 (9,97)	0,527	282 (9,5)	0,694
Cadera	102 (2,8)	97 (2,4)	0,846	61 (2,1)	0,772
Húmero proximal	126 (3,5)	113 (2,8)	0,758	129 (4,4)	0,712
Otras ¹	387 (10,8)	498 (12,5)	0,425	458 (15,5)	0,043
DMO					
Tscore, media (DE)					
Col. Lumbar	-1,79 (1,4)	-1,52 (1,4)	0,0001	-0,94 (1,5)	0,0001
Cuello femoral	-1,62 (1)	-1,3 (1)	0,0001	-1,07 (1,1)	0,0001
Cadera total	-1,49 (1)	-0,98 (1,01)	0,0001	-0,53 (1,1)	0,0001
Diagnóstico global, n(%)					
Normal	442 (13,3)	687 (18,6)	0,018	808 (29,8)	0,0001
Osteopenia	1460 (44)	1848 (50,2)	0,0001	1356 (50,1)	0,001
OP	1419 (42,7)	1149 (31,2)	0,0001	544 (20,1)	0,0001
FRAX con DMO					
Fractura mayor, media (DE)	6,35 (5,91)	6,65 (5,98)	0,034	6,19 (5,6)	0,277
Fractura cadera, media (DE)	2,38 (3,72)	2,3 (3,7)	0,363	1,92 (3,2)	0,0001

¹Fracturas fuera de las localizaciones típicas

USO DE TERAPIAS AVANZADAS EN FUNCIÓN DEL FENOTIPO EN PACIENTES CON SÍNDROME DE BEHÇET: ESTUDIO DE VIDA REAL EN UN ÚNICO CENTRO

Gómez Correas, B. (1); Martínez, P. (1); Fragío, J. J. (1); González, R. (1); Salvador, L. (1); Sanmartín, M. L. (1); Lorente, I. J. (1); Lerma, J. J. (1); Martínez, I. (1); Balaguer, I. (1); Rueda, A. (1); Campos, C. (1)
(1) Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

IDENTIFICADOR: 25
TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicaciones pósteres y/o experiencia profesional
PALABRAS CLAVE: Síndrome de Behçet; Terapias dirigidas; Tratamiento biológico; Anti-TNF; Apremilast; Roflumilast

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Behçet (SB) es una vasculitis sistémica de vaso variable caracterizada por una notable heterogeneidad clínica, con distintos fenotipos con diferente respuesta terapéutica. Las terapias dirigidas han supuesto un cambio relevante en su manejo, aunque la evidencia en práctica clínica real sigue siendo limitada.

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia y seguridad de las terapias avanzadas en el SB, utilizando la tasa de mantenimiento del tratamiento como variable principal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo que incluyó pacientes con SB completo o incompleto según criterios ICBD 2014, tratados con terapias dirigidas entre enero de 2020 y diciembre de 2025. Se recogieron datos demográficos y clínicos, incluyendo fenotipo, tratamiento empleado, duración, respuesta (continuación o discontinuación) y eventos adversos. Los pacientes se clasificaron en cinco fenotipos: mucocutáneo-articular (MC), oftálmico (OFT), neurológico (NER), vascular (VASC) y digestivo (DIG). Los tratamientos se agruparon en inhibidores de PDE4, anti-TNF y otros agentes dirigidos.

RESULTADOS

Se incluyeron 48 pacientes (edad media 46,1 años; 50% mujeres). Se emplearon 14 modalidades de terapias avanzadas, con una mediana de permanencia de 12 meses (TABLA 1). Los anti-TNF fueron los fármacos más utilizados (n=22), seguidos de los inhibidores de PDE4 (n=17). La tasa global de discontinuación fue del 52,1%, con mejores índices de supervivencia del tratamiento en los anti-TNF. En estos, la principal causa de retirada fue la falta de eficacia, mientras que en los inhibidores de PDE4 predominó la intolerancia gastrointestinal. El análisis por fenotipos mostró diferencias relevantes: Apremilast presentó menores tasas de fallo en el fenotipo MC (33%) y un buen perfil en el DIG, mientras que no fue eficaz en el fenotipo OFT. En este último, los anti-TNF mostraron los mejores resultados, aunque con una tasa de retirada del 43%. La eficacia parece menor en el resto de tratamientos estudiados, en relación con su uso en casos refractarios (TABLA 2).

CONCLUSIONES

La elevada tasa global de discontinuación refleja la complejidad del SB y la necesidad de estrategias basadas en el fenotipo predominante, pero la naturaleza retrospectiva del estudio y la heterogeneidad de la enfermedad limitan la posibilidad de establecer asociaciones fenotipo-tratamiento. Es por ello por lo que en futuros estudios plantearemos análisis detallados eficacia y seguridad en esta cohorte.

REFERENCIAS

¹ EMMI G ET AL. LANCET. 2024 403:1093-108.
² SAADOUN D ET AL. N ENGL J MED. 2024 390:640-51

IMÁGENES ADJUNTAS

Tabla 1. Características demográficas de la cohorte

Total	48		
Edad media, años $\pm$ SD	45 $\pm$ 12.6		
Mujeres, n (%)	24 (50%)		
Positividad HLA B51, n (%)	43 (89.6%)		
Positividad test de patergia, n (%)	6 (12.5%)		
Terapias dirigidas	n	Supervivencia del fármaco (meses)	Retiradas, n (%)
Anti-TNF	24	17.5	11 (45.8%)
Inhibidores de PDE4	17	8.6	7 (41.2%)
Otros	9	7.2	5 (55.5%)

Tabla 2. Fenotipos clínicos y terapias dirigidas

	Tratamiento¹	n	Retiradas, n (%)
Fenotipo mucocutáneo-articular; n= 40 (42.5% Fenotipos mixtos) ²			
Aftas orales; 48 (100%)	Anti-TNF	18	10 (40%)
Aftas genitales; 33 (68.8%)	Inhibidores PDE4		
Artralgia o artritis; 34 (70.8%)	Apremilast	11	4 (36.4%)
Lesiones cutáneas; 32 (66.7%)	Roflumilast	5	3 (60%)
	Otros	7	5 (51.4%)
Fenotipo oftálmico; n= 10 (40% fenotipos mixtos)			
Epiescleritis, blefaritis; 4 (8.3%)	Anti-TNF	7	3 (42.8%)
Panuveítis no granulomatosa; 13 (27.1%)	Inhibidores PDE4		
Vasculitis retiniana; 3 (6.3%)	Apremilast	1	1 (100%)
	Otros	2	1 (50%)
Fenotipo vascular; n= 15 (86.7% fenotipos mixtos)			
Trombosis venosas; 6 (12.5%)	Anti-TNF	10	5 (50%)
Manifestaciones arteriales; 1 (2.1%)	Inhibidores PDE4		
Livedo reticularis; 10 (20.8%)	Roflumilast	1	0 (0%)
	Otros	6	5 (83.3%)
Fenotipo gastrointestinal; n= 13 (100% fenotipos mixtos)			
	Anti-TNF	6	4 (66.7%)
Enfermedad Inflamatoria intestinal; 17 (35.4%)	Inhibidores PDE4		
Diarrea / Alteraciones inespecíficas; 5 (10.4%)	Apremilast	2	0 (0%)
	Roflumilast	3	1 (33.3%)
	Otros	5	4 (80%)
Fenotipo neurológico; n= 1 (100% fenotipos mixtos)			
Cefalea; 7 (14.6%)	Anti-TNF	1	0 (0%)
Alteraciones inespecíficas; 4 (8.3%)			

(1) El recuento se ha hecho sobre tratamientos en monoterapia, a excepción de un tratamiento exitoso combinado de tres tratamientos dirigidos: Infliximab + Baricitinib + Roflumilast.

(2) Dentro de los pacientes con fenotipos mixtos, cada paciente puede pertenecer a **varios fenotipos** si su fenotipo combinado lo incluye.

UNIDAD CONJUNTA DERMATOLOGÍA-REUMATOLOGÍA EN LA VIDA REAL: IMPACTO EN LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD Y EN LAS DECISIONES TERAPÉUTICAS EN ARTRITIS PSORIÁSICA Y PSORIASIS

Charca, L. C. (1); Trenor, P. (1); Sanmatin, J. J. (1); De la Morena, I. (1); Negueroles, R. (1); López, E. (1); Revert, M. A. (1); Ochoa, B. (2); Montesinos, E. (1)

(1) Hospital Clínico Universitario de Valencia. España; (2) INCLIVA Instituto de Investigación Sanitaria. España

IDENTIFICADOR: 26

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicaciones pósteres y/o experiencia profesional

PALABRAS CLAVE: Artritis psoriásica, Psoriasis, Unidad multidisciplinar

INTRODUCCIÓN:

La artritis psoriásica (APs) y la psoriasis comparten sustrato inmunológico y comorbilidades, pero a menudo se manejan por separado. Las consultas conjuntas pueden optimizar decisiones en pacientes complejos. Presentamos la experiencia de una unidad Reumatología-Dermatología creada en marzo 2023.

OBJETIVO:

Describir el perfil de pacientes con APs y psoriasis atendidos y el impacto de la valoración interdisciplinar en actividad cutánea y articular.

MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo de cohorte consecutiva (marzo 2023–noviembre 2025). Variables: demografía, fenotipo, comorbilidades, servicio derivador, tratamientos (FAMEc, biológicos, JAKi/apremilast) y escalas (PASI, DAPSA, ASDAS, MDA) y EVA global médico/paciente. Análisis descriptivo (mediana, n%).

RESULTADOS:

De 94 primeras visitas, 59 (62,7%) correspondieron a APs+psoriasis; 74,6% derivadas desde Reumatología y 25,4% desde Dermatología. Mediana de edad 56,6 años. Fenotipo: 61,0% oligoarticular, 22,0% mixto, 10,2% poliarticular y 6,8% axial, con elevada comorbilidad cardiometabólica/psicosocial. Pretratamiento: 71,2% FAMEc; 64,4% ≥ 1 biológico; 11,9% JAKi; 28,8% apremilast. Tras la valoración conjunta se modificó el tratamiento en 69,5%. La actividad cutánea mejoró: PASI moderado/grave 33,3% $\rightarrow$ 0% (100% leve en la última visita). A nivel periférico, DAPSA en remisión/baja aumentó 49,1% $\rightarrow$ 82,4% (moderada/alta 50,9% $\rightarrow$ 17,6%). En el subgrupo axial, ASDAS en alta/muy alta descendió 53% $\rightarrow$ 6% (94% en remisión/baja) y MDA aumentó $\approx 16\% \rightarrow \approx 39\%$, con mejora de EVA global médico (2 $\rightarrow$ 1) y paciente (6 $\rightarrow$ 4) (Gráfica 1). Las comorbilidades por fenotipo cutáneo y patrón articular se muestran en mapas de calor (Gráficas 2 y 3), destacando alta carga cardiometabólica global y mayor concentración de depresión/fibromialgia/hígado graso en fenotipos cutáneos más complejos y determinados patrones articulares.

CONCLUSIONES:

La unidad Reumatología-Dermatología atiende una cohorte compleja, con múltiples líneas previas y elevada comorbilidad. La valoración interdisciplinar se asocia a cambios terapéuticos en $\sim 2/3$ y a mejoría multidominio, apoyando el valor añadido de estas unidades en práctica clínica real.

IMÁGENES ADJUNTAS

Gráfico 1: Evolución-de-la-actividad-articular-periférica-(DAPSA)-y-axial-(ASDAS)

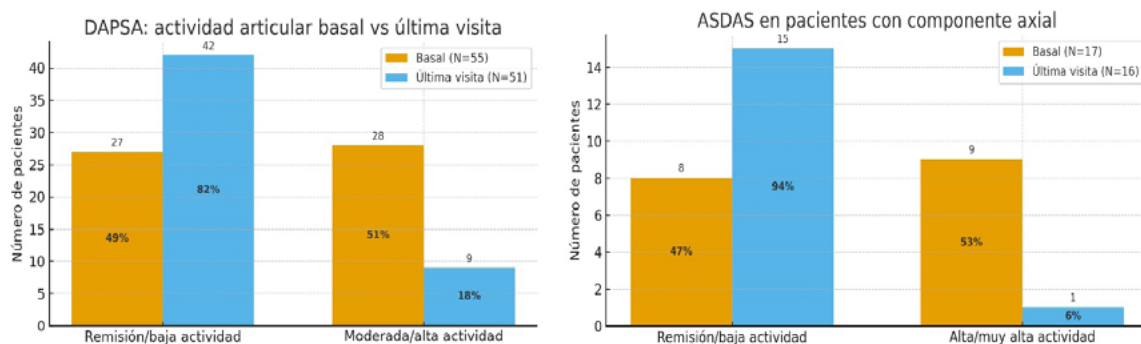


Gráfico 2: Prevalencia-de-comorbilidades-según-tipo-de-psoriasis

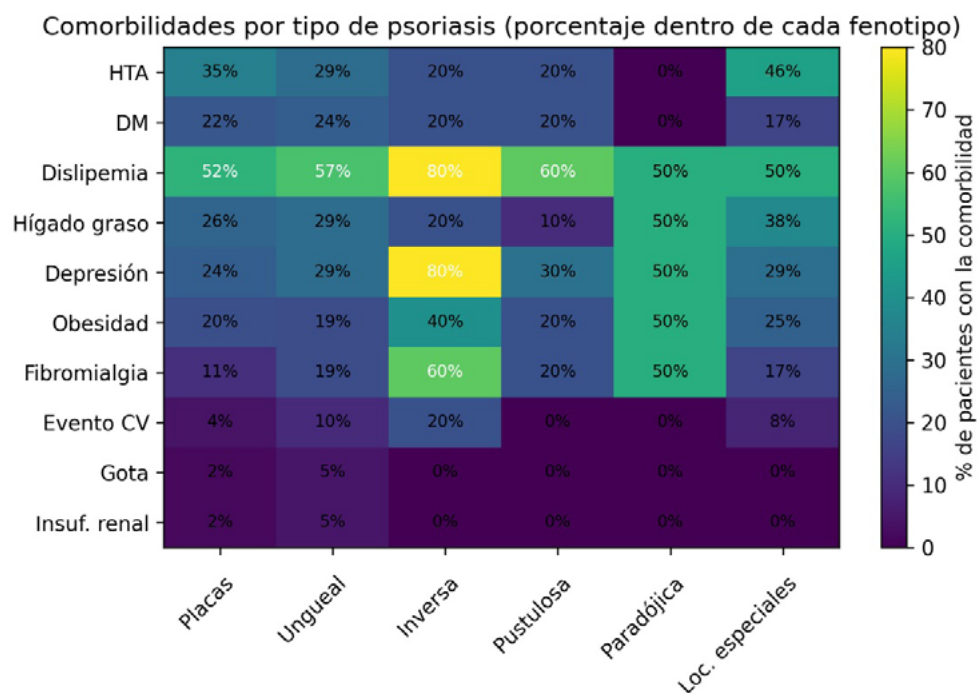
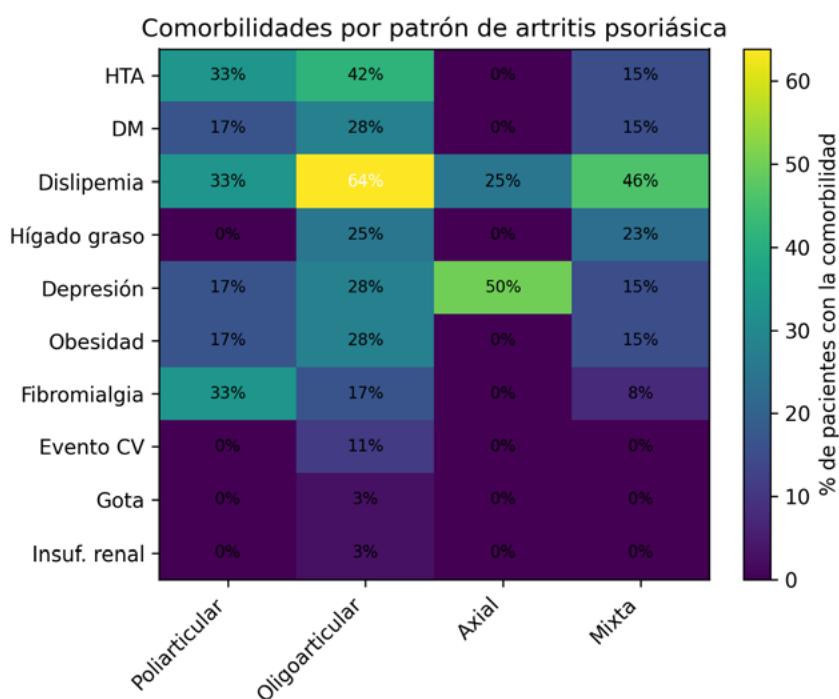


Gráfico 3: Prevalencia-de-comorbilidades-según-patrón-de-artritis-psoriásica



BIMEKIZUMAB EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL: RESPUESTA MULTIDOMINIO Y MEJORA DE ACTIVIDAD EN UNA COHORTE MUY PRETRATADA.

Charca, L. C. (1); De la Morena, I. (1); Sanmatin, J. J. (1); Negueroles, R. (1); Ochoa, B. (1); López, E. (1); Trenor, P. (1)

(1) Hospital Clínico Universitario de Valencia. España

IDENTIFICADOR: 27

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicaciones pósteres y/o experiencia profesional

PALABRAS CLAVE: Bimekizumab, Artritis psoriásica, Espondiloartritis, Práctica clínica real

INTRODUCCIÓN

Bimekizumab (BIM; inhibición IL-17A/IL-17F) ha demostrado eficacia en espondiloartritis (EspA) y artritis psoriásica (APs), pero faltan datos de efectividad multidominio en práctica real.

OBJETIVO

Describir efectividad multidominio y persistencia de BIM.

MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo (basal vs última visita) en 36 pacientes con BIM. Variables: EVA, EGP, EGM, NAD, NAT; actividad por DAPSA (APs) y ASDAS-PCR (afectación axial, incluida APs axial). Respuesta por dominios (psoriasis, entesitis, dactilitis, onicopatía, uveítis): resolución/estabilidad en última visita entre afectados basales. Estadística: mediana [RIC] o n (%). Wilcoxon para variables continuas/ordinales y McNemar exacto para proporciones ($p < 0,05$).

RESULTADOS:

55,6% mujeres; 16 APs y 20 EspA. Edad 56,5 [46,8–64,3] años; evolución 7,0 [3,0–9,3]. Muy pretratados: 35/36 (97,2%) con ≥ 1 biológico previo; 20/36 (55,6%) con ≥ 2 biológicos y 20/36 (55,6%) con anti-IL-17 previo. Seguimiento 13,3 [6,6–17,3] meses; 23/36 (63,9%) continuaban BIM; discontinuaciones por ineficacia/pérdida de eficacia; candidiasis oral (2 casos) manejable sin suspensión. Mejoraron PROs (FIGURA 1): EVA 8,0 [6,9–8,0] $\rightarrow$ 5,0 [2,8–7,0], EGP 8,0 [6,9–8,0] $\rightarrow$ 5,0 [2,8–7,0] y EGM 5,5 [4,0–6,0] $\rightarrow$ 3,0 [1,0–3,3] (todas $p < 0,001$). Recuentos: NAD 2,0 [0–4,25] $\rightarrow$ 1,0 [0–2,0] ($p = 0,002$) y NAT 0,5 [0–3,0] $\rightarrow$ 0,0 [0–1,0] ($p = 0,001$). Respuesta por dominios (FIGURA 2): psoriasis 12/13 (92,3%), entesitis 7/7 (100%), dactilitis 7/7 (100%), onicopatía 2/4 (50%) y uveítis 4/5 (80%); sin nuevos casos de EII. En APs ($n = 16$), DAPSA remisión/baja 2/16 (12,5%) $\rightarrow$ 9/16 (56,3%) ($p = 0,010$) y MDA 3/16 (18,8%). En afectación axial ($n = 22$), ASDAS-PCR mejoró globalmente ($p = 0,012$), con remisión 1/22 $\rightarrow$ 5/22, moderada 4/22 $\rightarrow$ 7/22 y alta/muy alta 17/22 $\rightarrow$ 10/22 ($p = 0,039$) (FIGURA 3).

CONCLUSIONES:

En vida real y en una cohorte muy pretratada, BIM se asoció a mejoría significativa de PROs, recuentos articulares y actividad (DAPSA/ASDAS-PCR), con alta respuesta en dominios cutáneo/entesítico/dactilítico y persistencia del 63,9% a ~13 meses.

IMÁGENES ADJUNTAS

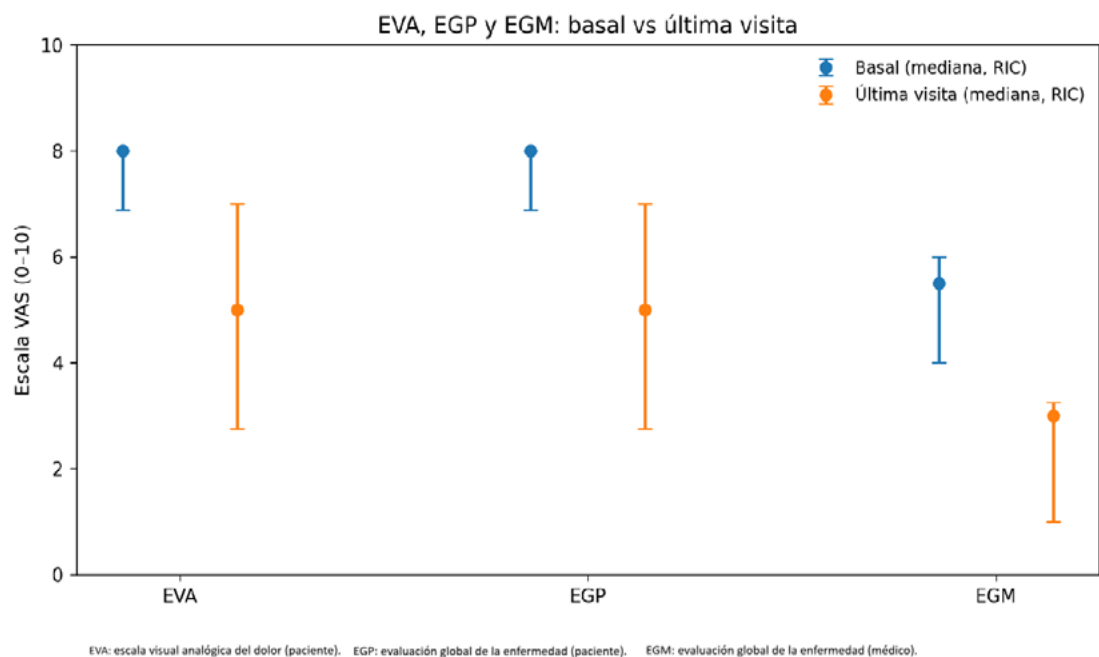


FIGURA 1: EVA,-EGP-y-EGM-basal-vs-última-visita.

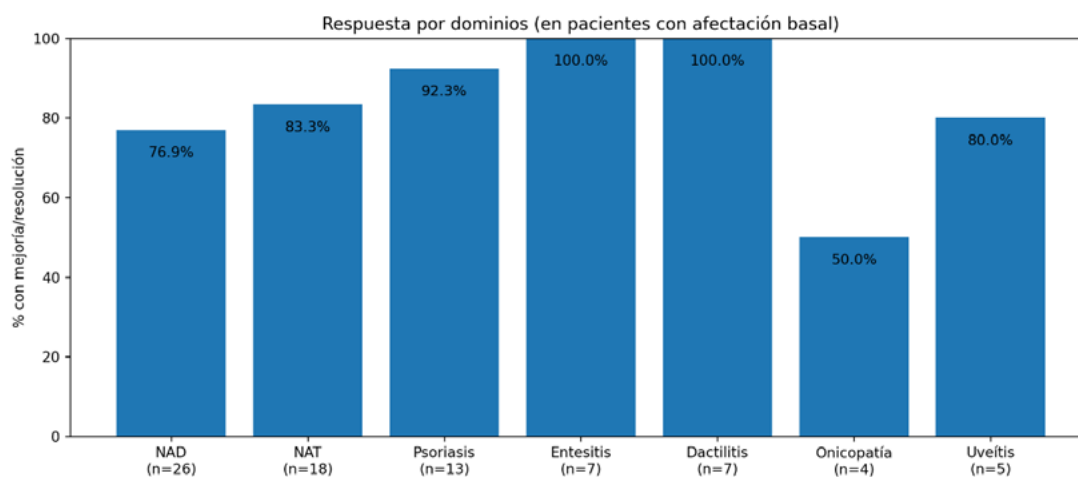


FIGURA 2: Respuesta-multidominio-en-afectados-basales.

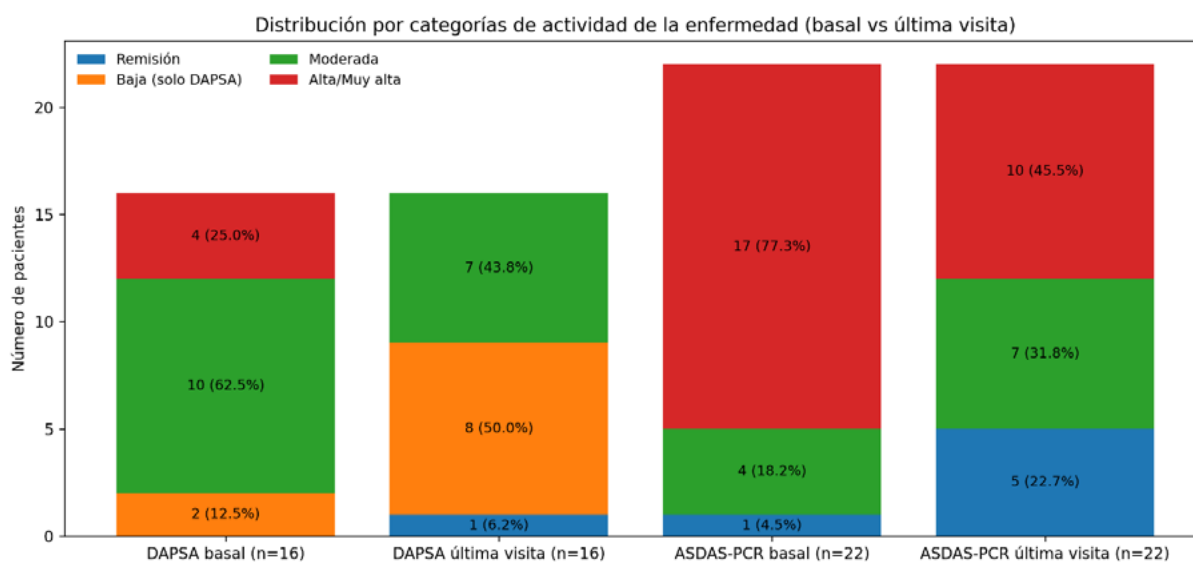


FIGURA 3: Distribución-por-categorías-de-actividad-(DAPSA-y-ASDAS-PCR)-basal-vs-última-visita.

EFICACIA Y SEGURIDAD DE SARILUMAB EN POLIMIALGIA REUMÁTICA: ESTUDIO MULTICÉNTRICO EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL.

González Mazarío, R. (1); Fragío Gil, J. J. (2); Romero Ramírez, F. (3); Miranda Filloy, J. A. (4); Martínez Calabuig, P. (5); Campos Fernández, C. (5); Aldasoro Cáceres, V. (3)

(1) Hospital General Universitario de Valencia ; (2) Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. España; (3) Hospital Universitario de Navarra. España; (4) Complejo Hospitalario Universitario de Lugo. España; (5) Consorcio Hospital General Universitario de Valencia,. España

IDENTIFICADOR: 28

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicaciones pósteres y/o experiencia profesional

PALABRAS CLAVE: polimialgia reumatica; sarilumab

INTRODUCCIÓN

La polimialgia reumática (PMR) es una enfermedad inflamatoria en la que los glucocorticoides (GCs) constituyen la primera línea de tratamiento, aunque su uso prolongado se asocia a efectos adversos importantes y más de la mitad de los

pacientes suelen tener recaídas durante la disminución gradual del tratamiento (1). Sarilumab, anticuerpo monoclonal anti-IL-6R, es una alternativa terapéutica como ahorrador de GCs, sin embargo, los datos en práctica clínica real son escasos.

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia y seguridad de Sarilumab en pacientes con PMR en práctica clínica real.

MATERIAL/MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo multicéntrico (tres hospitales universitarios españoles). Se incluyeron pacientes con PMR

según criterios EULAR/ACR 2012 (2), refractarios a GC y/o FAME convencionales, tratados con sarilumab (entre 2021 a 2025). En la mayoría se realizó 18FDG-PET para apoyar el diagnóstico. Se excluyeron pacientes con diagnóstico alternativo durante el seguimiento. Se recogieron variables demográficas, comorbilidades, parámetros analíticos, dosis de GCs (equivalente en prednisona), eventos adversos emergentes del tratamiento (TEAE) y remisión (normalización de VSG/PCR, ausencia de síntomas y prednisona <5 mg/día).

RESULTADOS

Se incluyeron 23 pacientes (14 mujeres, 60,9%), edad media $74,6 \pm 10,5$ años, con las características basales que se muestran en la TABLA 1. La duración media del tratamiento con sarilumab fue de $9,5 \pm 8,6$ meses. Los valores de VSG y PCR respectivamente descendieron de $32,8 \pm 17,9$ mm/h y $14,9 \pm 28,4$ mg/L al inicio a $6,7 \pm 6,7$ mm/h y $2,8 \pm 4,8$ mg/L a los 12 meses. La dosis media de GC fue $9,1 \pm 3,4$ mg/día al inicio, reduciéndose a $3,2 \pm 2,6$ mg/día a los 12 meses (ver FIGURA 1). Se alcanzó remisión en el 60,9%, con una dosis media de GC en la última visita de $3,4 \pm 3,1$ mg/día. El tiempo medio hasta la remisión fue de $125,4 \pm 77,2$ días. El 39,1% presentó TEAEs y el 26,1% discontinuó sarilumab, principalmente por toxicidad hematológica e infecciones (ver TABLA 2). Se registró un shock séptico abdominal fatal tras la primera dosis en un paciente.

CONCLUSIÓN

En esta cohorte multicéntrica de vida real, sarilumab se asoció a control clínico y analítico, reducción relevante de GC y remisión en el 60% de los pacientes. Se requieren estudios más amplios para confirmar estos hallazgos y caracterizar mejor la seguridad.

REFERENCIAS

¹ SPIERA RF, UNIZONY S, WARRINGTON KJ, SLOANE J, GIANNELLOU A, NIVENS MC, ET AL SAPHYR Investigators. Sarilumab for Relapse of Polymyalgia Rheumatica during Glucocorticoid Taper. N Engl J Med. 2023 Oct 5;389(14):1263-1272. doi: 10.1056/NEJMoa2303452.

² DASGUPTA B, CIMMINO MA, MARADIT-KREMERS H, SCHMIDT WA, SCHIRMER M, SALVARANI C, ET AL. 2012 PROVISIONAL CLASSIFICATION CRITERIA FOR POLYMYALGIA RHEUMATICA: A EUROPEAN LEAGUE AGAINST RHEUMATISM/AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY COLLABORATIVE INITIATIVE. ANN RHEUM DIS. 2012 APR71(4):484-92. doi: 10.1136/annrheumdis-2011-200329.

IMÁGENES ADJUNTAS

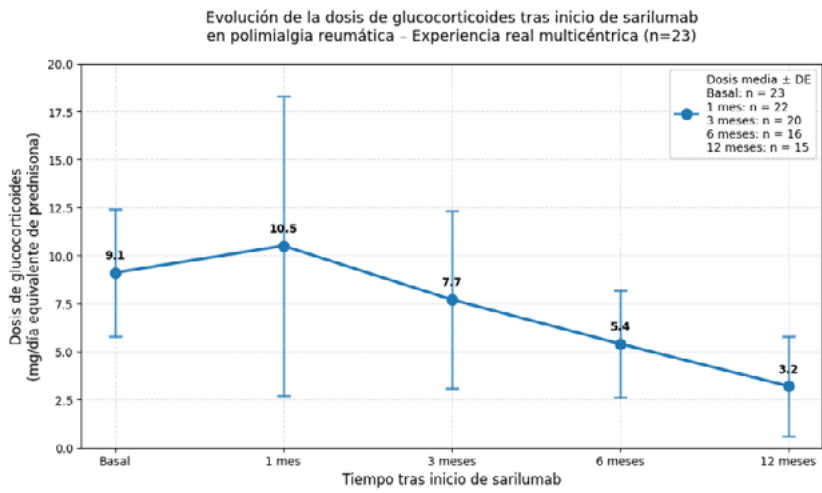


Figura 1. Evolución longitudinal de la dosis de glucocorticoides (prednisona o equivalente, mg/día) en pacientes con polimialgia reumática tratados con Sarilumab

TABLA 1. Características basales de la población a estudio.

Variable	Valor
Número de pacientes	23
Edad al inicio de Sarilumab (años), media ± DE (rango)	74.6 ± 10.5 (53.7–94.5)
Sexo femenino, n (%)	14 (60.9)
Hipertensión arterial (HTA), n (%)	14 (60.9)
Diabetes mellitus (DM), n (%)	10 (43.5)
Dislipidemia (DLP), n (%)	15 (65.2)
Tabaquismo (actual o exfumador), n (%)	4 (17.4)
VSG basal (mm/h), media ± DE	32.8 ± 17.9
PCR basal (mg/L), media ± DE	14.9 ± 28.4
Dosis de glucocorticoides al inicio de PMR (mg/día prednisona eq.), media ± DE	25.5 ± 13.3
Dosis de glucocorticoides al inicio de Sarilumab (mg/día), media ± DE	9.1 ± 3.4
Uso previo de metotrexato (MTX), n (%)	17 (73.9)
Clínica basal predominante: Dolor en ambas cinturas, n (%)	23 (100.0)
Realización de 18FDG-PET, n (%)	20 (87.0)
Hallazgos compatibles con PMR en PET, n (%)	17 (73.9)

TABLA 2. Eventos adversos emergentes del tratamiento con Sarilumab (TEAE).

Categoría de TEAE	n (%)	Detalles / Subtipos (número de pacientes)	Gravedad / Notas destacadas
Cualquier TEAE	9 (39.1)	-	Incluye todos los reportados (un paciente con >1 TEAE)
Hematológicos	6 (26.1)	Leucopenia <4000/mm³: (5) Neutropenia <1500/mm³: (5) Trombocitopenia <150000/mm³: (2)	Principal causa de discontinuación; mayoritariamente reversible
Infecciones	2 (8.7)	Respiratoria viral (1) Respiratoria bacteriana (1)	-
Otros TEAE	2 (8.7)	Hipertrigliceridemia severa (>1500 mg/dL) (1) Reacción local en sitio de inyección (1)	Ambos llevaron a discontinuación; hipertrigliceridemia reversible tras suspensión

RESULTADOS EN PRÁCTICA CLÍNICA DE AVACOPAN EN AAV: CONTROL TEMPRANO DE ACTIVIDAD Y MINIMIZACIÓN DE GLUCOCORTICOIDES EN UNA COHORTE UNICÉNTRICA

González Mazarío, R. (1); Fragío Gil, J. J. (2); Martínez Calabuig, P. (2); Salvador Maicas, L. (2); Sanmartín Martínez, M. L. (2); Lorente Betanzos, I. J. (2); Gómez Correas, B. (3); Rueda Cid, A. (2); Lerma Garrido, J. J. (2); Balaguer Trull, I. (2); Martínez Cordellat, I. (2); Campos Fernández, C. (2)

(1) Hospital General Universitario de Valencia ; (2) Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. España; (3) Consorcio Hospital General Universitario de Valencia,. España

IDENTIFICADOR: 29

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicaciones orales

INTRODUCCIÓN/OBJETIVO

Avacopan (inhibidor C5aR1) reduce la exposición a glucocorticoides (GC) en vasculitis asociada a ANCA (AAV). Objetivo: describir en práctica clínica la reducción/retirada de GC y la remisión (BVAS=0), además de resultados renales y seguridad.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo unicéntrico. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de AAV que iniciaron avacopan entre enero de 2024 y enero de 2026, estableciendo como fecha de corte el 25/01/2026. A partir de la historia clínica se recogieron variables basales (edad, sexo, fenotipo GPA/MPA, serología ANCA), actividad de la enfermedad (BVAS), función renal (eGFR) y patrón de afectación orgánica. Se registró el tratamiento de inducción concomitante (rituximab, ciclofosfamida y bolos de metilprednisolona), así como el seguimiento clínico y analítico a 1, 3, 6 y 12 meses según disponibilidad. Los endpoints preespecificados fueron: i) dosis de prednisona y proporción de pacientes libres de GC en cada visita; ii) remisión definida como BVAS=0. Como objetivos secundarios se evaluó la evolución de eGFR en el subgrupo con afectación renal, prestando especial atención a pacientes con eGFR <30 mL/min/1,73m² al inicio, y se describieron eventos adversos (infecciones, hospitalización, alteración hepática), persistencia y motivos de discontinuación (incluido exitus).

RESULTADOS

Se incluyeron 11 pacientes, con mediana de edad 61,1 años (IQR 46,8–70,6) y 36,4% varones. El fenotipo fue mayoritariamente GPA (63,6%), con MPA en el 36,4%. ANCA fue positivo en 10/11 pacientes (PR3 54,5% y MPO 36,4%); un paciente fue ANCA negativo. La cohorte incluyó presentaciones graves y escenarios clínicos complejos: hemorragia alveolar difusa en 2/11 y polineuropatía periférica en 4/11, además de un caso de solapamiento esclerosis sistémica limitada–vasculitis y un viraje desde enfermedad de Still del adulto en tratamiento con anakinra a AAV PR3+. La actividad basal fue alta, con BVAS mediana 14 (IQR 9–16). En cuanto a la inducción, todos recibieron rituximab; en dos casos, por gravedad, se empleó combinación de ciclofosfamida y rituximab; y la mayoría recibió bolos IV de metilprednisolona (9/11). El impacto sobre GC fue rápido y sostenido: la prednisona basal (mediana 40 mg/día; IQR 40–40) descendió a 20 mg/día (IQR 10–25) al mes y a 5 mg/día (IQR 0–5) a los 3 meses, alcanzando 0 mg/día (IQR 0–0) a los 6 meses (n=8). En paralelo, 4/11 pacientes estaban libres de GC a los 3 meses y, entre quienes contaban con dato a los 6 meses, 8/8 se encontraban sin GC. La remisión por BVAS=0 se observó de forma progresiva: 2/11 al mes, 3/10 a 3 meses, 6/8 a 6 meses y 2/3 a 12 meses (según disponibilidad de seguimiento). En el subgrupo con afectación renal (n=4) se apreció mejoría de eGFR (mediana 23,1 al inicio a 51,7 en el último control); de manera destacable, en los pacientes con eGFR <30 (n=3) el eGFR pasó de 21,0 a 57,3 a los 3 meses. En seguridad, se registraron infecciones en 2/11 y una hospitalización. Un paciente presentó elevación transitoria de transaminasas durante el primer mes, sin requerir suspensión de avacopan, con normalización posterior. En términos de persistencia, 10/11 continuaron avacopan; hubo una discontinuación por exitus. Tres pacientes acumularon exposición >12 meses (rango 14,8–22,4 meses).

CONCLUSIÓN

En esta serie unicéntrica de vida real, avacopan se asoció a retirada rápida de GC y remisión clínica relevante, con señal de recuperación renal en pacientes con eGFR basal bajo y perfil de seguridad aceptable, incluso en fenotipos graves y situaciones clínicas complejas.

INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA PRONÓSTICO EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE MODELOS DE MACHINE LEARNING

Fragio Gil, J. J. (1); González Mazarío, R. (2); Campos, C. (3)

(1) Hospital Ribera. ; (2) Hospital General Universitario de Valencia. España; (3) Hospital General Universitario de Valencia . España

IDENTIFICADOR: 30

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicaciones pósteres y/o experiencia profesional

PALABRAS CLAVE: Lupus

INTRODUCCIÓN

El lupus eritematoso sistémico (LES) cursa con elevada heterogeneidad clínica y evolución impredecible, lo que limita la precisión de los enfoques pronósticos tradicionales. Los modelos de aprendizaje automático (machine learning, ML) permiten integrar variables clínicas, analíticas y biomoleculares para anticipar actividad, daño y respuesta terapéutica.

OBJETIVO

Sintetizar la evidencia disponible sobre modelos pronósticos basados en ML en LES, describiendo algoritmos utilizados, escenarios clínicos, rendimiento predictivo y grado de validación.

MÉTODOS

Revisión sistemática siguiendo PRISMA. Búsqueda en PubMed, Web of Science, Scopus y CENTRAL desde 2015 hasta mayo de 2025. Se incluyeron estudios originales en inglés que desarrollaran/validaran modelos pronósticos con ML en pacientes con LES. Se extrajeron diseño, tamaño muestral, procedencia, variables de entrada, algoritmos, desenlaces, métricas de rendimiento (AUC, accuracy, C-index) y validación. La calidad metodológica se evaluó con herramientas NIH según diseño.

RESULTADOS

Se incluyeron 17 estudios (n=16.202), con predominio de cohortes de EE. UU. (n=10) y amplia variabilidad en composición racial/étnica. Los algoritmos más frecuentes fueron Random Forest(n=7), variantes de Support Vector Machine (n=2) y redes neuronales artificiales (n=2), además de enfoques de clustering y modelos tipo ensemble (p. ej., XGBoost) en subgrupos. Las principales aplicaciones fueron: predicción de desenlaces en nefritis lúpica (n=4), evaluación/predicción de actividad (n=3) y respuesta terapéutica (n=2), además de escenarios específicos (reingreso hospitalario, complicaciones gestacionales o identificación de brotes graves). El rendimiento fue heterogéneo (AUC 0,569–0,9375). El mayor desempeño se observó en la predicción de remisión completa en nefritis lúpica (AUC 0,9375; exactitud 91,67%). En nefritis lúpica, modelos basados en variables clínico-analíticas e histopatológicas alcanzaron métricas moderadas-altas (p. ej., C-index 0,819 con XGBoost para brote renal), y algunos trabajos mostraron mejora al incorporar biomarcadores. De forma transversal, se identificaron limitaciones recurrentes: tamaños muestrales modestos en varios estudios, heterogeneidad de definiciones de desenlace y seguimiento, y escasez de validación externa robusta, con riesgo de sobreajuste y limitada generalización.

CONCLUSIÓN

Los modelos de ML muestran potencial relevante para estratificación pronóstica en LES, especialmente en nefritis lúpica y evaluación de actividad. Sin embargo, la evidencia está marcada por heterogeneidad metodológica y falta de validación externa/prospectiva. Futuras investigaciones deben priorizar estandarización de desenlaces, conjuntos de datos multicéntricos, validación externa y estudios prospectivos que evalúen impacto clínico y seguridad de implementación.

EFFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE UPADACITINIB EN LES DIFÍCIL DE TRATAR: PRIMERAS EXPERIENCIAS EN REMISIÓN, BAJA ACTIVIDAD Y REDUCCIÓN DE ESTEROIDES

Fragio Gil, J. J. (1)

(1) Hospital Ribera.

IDENTIFICADOR: 31

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicaciones pósteres y/o experiencia profesional

INTRODUCCIÓN

Upadacitinib (UPA), inhibidor selectivo de JAK1, se ha investigado en LES en monoterapia y en combinación con el inhibidor de BTK elsubrutinib, con posible beneficio añadido a la terapia estándar, si bien se precisan datos confirmatorios de ensayos controlados aleatorizados (RCT).

OBJETIVO

Evaluar la efectividad y la seguridad de UPA en LES difícil de tratar en práctica clínica real, con especial atención a la consecución de remisión o baja actividad, la rapidez de respuesta y el ahorro de glucocorticoides (GC).

MÉTODOS

Serie observacional retrospectiva de 6 mujeres consecutivas con LES (criterios ACR) tratadas con UPA por actividad persistente pese a inmunosupresores y/o biológicos. Se excluyeron diagnósticos previos o concomitantes de artritis reumatoide (Rhupus). Se recogieron dominios activos basales, líneas previas, pauta de UPA (15/30 mg), tiempo a mejoría clínica significativa, tiempo a baja actividad/remisión (SLEDAI o juicio clínico), dosis de GC y acontecimientos adversos (AA).

La supervivencia terapéutica se definió como persistencia con UPA. Resultados. La edad osciló entre 37 y 63 años; una paciente presentaba hipertensión y tabaquismo, el resto sin factores de riesgo cardiovascular. Al inicio, el dominio musculoesquelético estuvo activo en 6/6; el hematológico en 3/6; el cutáneo en 3/6; el neurológico no mayor en 1/6; una paciente tenía nefritis lúpica previa inactiva. La respuesta articular fue temprana en la mayoría, con mejoría clínica en semanas en las poliartritis más inflamatorias. En afectación cutánea refractaria, el control completo fue más gradual y, cuando precisó intensificación a 30 mg, se alcanzó hacia el sexto mes. En el análisis agregado, 4/6 pacientes alcanzaron remisión y 2/6 baja actividad. Entre quienes lograron remisión, el tiempo hasta remisión osciló entre 3 y 7 meses (remisión articular precoz en semanas en algún caso; remisión cutánea a los 6 meses tras intensificación). Entre quienes alcanzaron baja actividad, el tiempo hasta baja actividad fue de 3 y 6 meses, respectivamente. La suspensión completa de GC se confirmó en 3/6 pacientes, con un tiempo mediano hasta la retirada de 3 meses (rango 3–7); en el resto se documentó reducción sustancial de dosis, salvo un caso con mantenimiento por actividad residual.

La supervivencia terapéutica fue del 100% al corte.

Se registró una infección urinaria recurrente (4 episodios) que motivó suspensiones temporales de UPA sin retirada definitiva; una neumonía adquirida en la comunidad; y un herpes zóster monometamérico sin complicaciones. Se observaron citopenias no graves en 2 pacientes, sin atribución causal clara entre fármaco y actividad del LES. No hubo otras reacciones adversas graves ni suspensiones definitivas por AA.

CONCLUSIONES

En esta cohorte del mundo real, UPA mostró rapidez de respuesta y control clínico especialmente en los dominios articular y cutáneo, con alto potencial de ahorro de esteroides, incluida retirada completa en la mitad de quienes los usaban y persistencia del 100% a corto-medio plazo. Estos hallazgos, en línea con el desarrollo clínico de UPA, respaldan su uso en adición a la terapia estándar mientras se disponen de RCT confirmatorios y se amplía la evidencia en dominios menos representados, como el SNC

AFECTACIÓN NEUROLÓGICA DEL SNC EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DE INICIO ADULTO: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS GLOBAL CON DISPARIDADES REGIONALES

Fragio Gil, J. J. (1)

(1) Hospital Ribera.

IDENTIFICADOR: 32

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicaciones pósteres y/o experiencia profesional

INTRODUCCIÓN

El lupus eritematoso sistémico (LES) con afectación neuropsiquiátrica incluye un espectro heterogéneo de manifestaciones del sistema nervioso central (SNC) con impacto pronóstico. La cuantificación comparativa y la variabilidad geográfica de los síndromes neurológicos definidos por el ACR 1999 siguen siendo incompletas.

OBJETIVO

Estimar la prevalencia global, las disparidades regionales y los posibles moderadores clínico-demográficos de siete síndromes neurológicos del SNC según las definiciones ACR 1999 en LES de inicio adulto.

MÉTODOS

Revisión sistemática (PubMed, Scopus, Web of Science y Cochrane; abril 1999–abril 2024) de estudios en inglés que incluyeran adultos (>18 años) con LES y reportaran síndromes neurológicos del SNC definidos por ACR 1999, con tamaño muestral ≥ 30 . Se excluyeron estudios pediátricos, revisiones, comentarios y series/casos. La calidad se evaluó con Newcastle–Ottawa. Se calculó prevalencia agrupada (IC95%) con modelo de efectos aleatorios; heterogeneidad (I^2) y sesgo de publicación (Egger). Se realizaron análisis por subgrupos geográficos y metarregresión para evaluar moderadores (edad al diagnóstico, duración de enfermedad, sexo, afectación renal).

RESULTADOS

Se incluyeron 25 estudios ($n=16.989$). La edad media ponderada fue 38,64 años y el 81,1% fueron mujeres; el SDI mediano al inicio fue 1,1 (rango 0,29–1,7). Los síndromes más frecuentes fueron cefalea (25%; IC95% 15–36), crisis epilépticas (9%; IC95% 5–13) y enfermedad cerebrovascular (ECV) (9%; IC95% 5–13). Los síndromes infrecuentes incluyeron meningitis aséptica, mielopatía, corea y síndrome desmielinizante ($\approx 1\%$). Se observaron disparidades regionales: cefalea más prevalente en poblaciones africanas (55%), seguida de asiáticas (22%), europeas (19%) y latinoamericanas (9%); crisis epilépticas fueron más frecuentes en Latinoamérica (17%) y Asia (13%) frente a África (8%), EE. UU. (7%) y Europa (3%); la ECV fue mayor en Asia (13%), seguida de Latinoamérica (11%), Europa (7%) y África (3%). En metarregresión, la edad al diagnóstico no fue moderador significativo para cefalea ($p=0,59$) ni ECV ($p=0,81$), con tendencia inversa para crisis ($p=0,09$). La duración de enfermedad no fue significativa para crisis ($p=0,12$), con tendencias inversas para cefalea ($p=0,07$) y ECV ($p=0,08$). Sexo femenino y afectación renal no actuaron como moderadores (todas $p>0,4$). Existieron heterogeneidad sustancial y señales de sesgo de publicación.

CONCLUSIÓN

En LES de inicio adulto, las manifestaciones neurológicas del SNC definidas por ACR 1999 muestran amplia variabilidad y marcadas diferencias regionales; cefalea, crisis y ECV son las más frecuentes, mientras que otros síndromes son raros. Los moderadores evaluados no explican de forma consistente la ocurrencia, lo que respalda la necesidad de mejorar la fenotipificación, armonizar definiciones operativas y desarrollar biomarcadores que estratifiquen riesgo y pronóstico.

INTERCEPCIÓN DE ARTRITIS PSORIÁSICA EN PSORIASIS MEDIANTE TERAPIAS BIOLÓGICAS: METAANÁLISIS EN RED DE COHORTES EN VIDA REAL

Fragio Gil, J. J. (1)

(1) Hospital Ribera.

IDENTIFICADOR: 33

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicaciones pósteres y/o experiencia profesional

INTRODUCCIÓN

Entre el 20–30% de los pacientes con psoriasis (PsO) desarrollan artritis psoriásica (APs). Los biológicos dirigidos a TNF, IL-17, IL-12/23 e IL-23 podrían modificar el riesgo de APs, pero la evidencia comparativa en práctica clínica es limitada y heterogénea. Objetivo: Comparar el efecto de distintas clases de biológicos empleados en PsO sobre la incidencia de APs mediante metaanálisis pareado y metaanálisis en red (NMA).

MÉTODOS

Revisión sistemática en PubMed, Scopus, Cochrane y Web of Science (inicio–octubre 2025). Se incluyeron cohortes/registros en adultos con PsO sin APs basal que evaluaran APs incidente bajo inhibidores de TNF, IL-17, IL-12/23 (ustekinumab) e IL-23, así como un nodo “cualquier bDMARD”, frente a terapias no biológicas (fármacos sistémicos convencionales, fototerapia o tratamiento tópico/no sistémico) y/o comparaciones entre clases. Se extrajeron RR/IC95% o datos crudos. Se realizaron metaanálisis pareados y NMA (frecuentista) con modelo de efectos aleatorios. El ranking se estimó mediante SUCRA. La calidad metodológica se evaluó con la escala Newcastle–Ottawa.

RESULTADOS

Se incluyeron 12 estudios (N=75.997) que conformaron una red de seis nodos. Frente a terapia no biológica, los inhibidores de IL-23 se asociaron a menor incidencia de APs (RR 0,33; IC95% 0,19–0,57), al igual que cualquier bDMARD (RR 0,41; 0,20–0,83), los inhibidores de IL-12/23 (RR 0,43; 0,27–0,68) y los inhibidores de IL-17 (RR 0,44; 0,27–0,72). Los inhibidores de TNF no mostraron reducción significativa (RR 0,79; 0,51–1,22). La heterogeneidad global fue elevada (I^2 76,7%; $p < 0,0001$). En SUCRA, la inhibición de IL-23 fue la estrategia mejor posicionada (0,89), seguida de “cualquier bDMARD” (0,67), IL-12/23 (0,63), IL-17 (0,60) y TNF (0,19).

CONCLUSIÓN

En datos de vida real, la reducción de APs incidente en PsO parece depender de la vía inmunológica, destacando IL-23 (y, en menor medida, IL-12/23 e IL-17), mientras que TNF no mostró efecto preventivo significativo. Estos hallazgos apoyan hipótesis de “intercepción” dirigidas a IL-23 y justifican estudios prospectivos/ensayos pragmáticos en poblaciones con PsO de alto riesgo.

SUCCESSFUL USE OF UPADACITINIB IN A PATIENT WITH OVERLAP SYNDROME OF SYSTEMIC SCLEROSIS AND SERONEGATIVE RHEUMATOID ARTHRITIS: A CASE REPORT

González Mazarío, R. (1); Campos Fernández, C. (1); Fragío Gil, J. J. (2); Martínez Calabuig, P. (3)

(1) Hospital General Universitario de Valencia . España; (2) Hospital general universitario de Valencia . ; (3) Hospital general universitario de Valencia. España

IDENTIFICADOR: 34

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicaciones pósteres y/o experiencia profesional

ABSTRACT

We present the case of a 51-year-old woman with an overlap syndrome of systemic sclerosis (CREST variant) and seronegative rheumatoid arthritis, who experienced multiple therapeutic failures with both conventional and biologic DMARDs. After years of relapsing disease activity, she achieved sustained clinical remission with the use of upadacitinib 15 mg in monotherapy. This case highlights the potential benefit of JAK inhibitors in complex overlap syndromes with articular predominance and offers practical insights into individualized management strategies for patients with autoimmune overlap and drug intolerance.

KEYWORDS

overlap syndrome, systemic sclerosis, rheumatoid arthritis, JAK inhibitors, upadacitinib, treatment-resistant arthritis

INTRODUCTION

Systemic sclerosis (SSc) and rheumatoid arthritis (RA) are autoimmune diseases with distinct pathophysiologies. However, overlap syndromes occur in up to 5–10% of connective tissue disease cases and often pose significant diagnostic and therapeutic challenges. The management of articular involvement in such patients is particularly complex, especially when standard therapies fail or are contraindicated. Here, we report a patient with CREST syndrome and seronegative RA with prior failures to multiple DMARDs and biologics, who achieved remission with upadacitinib.

CASE PRESENTATION

A 51-year-old woman was first diagnosed in 1998 with a clinical picture suggestive of CREST syndrome, including Raynaud's phenomenon, telangiectasias, calcinosis, and dysphagia, but without sclerodactyly. ANA was positive (1:1280), with anti-centromere and anti-Ro52 positivity. Over the years, her clinical evolution shifted toward a more prominent inflammatory arthritis with clear erosive changes in the hands, consistent with rheumatoid arthritis, though persistently seronegative.

Her prior treatments included:

- Methotrexate, leflunomide
- Infliximab (2003) and etanercept (2005), discontinued due to suspected sensory-motor polyneuropathy
- Rituximab (2009), discontinued due to angioedema
- Abatacept (2017–2019), stopped after persistent diarrhea
- Tofacitinib (2020–2023), with good initial control, but later secondary loss of efficacy

She was diagnosed in 2023 with stable CREST syndrome, featuring only residual Raynaud's and some telangiectasias, and no esophageal involvement. Spirometry and DLCO were within normal limits except for mildly decreased diffusion. Cardiac evaluation revealed mild mitral and aortic insufficiency.

After a significant flare in late 2023 and excellent clinical response to corticosteroid injections (Celestone IM), a transition to upadacitinib 15 mg daily in monotherapy was initiated. Since then, the patient reports feeling "better than ever." On examination and ultrasound, cold synovitis persists in isolated MCF joints with no power Doppler signal. Complement consumption and ANCA elevation are noted, but there is no renal or other systemic involvement.

She remains on upadacitinib monotherapy, with sustained low disease activity and no adverse events after >1 year.

DISCUSSION

This case illustrates several key clinical dilemmas:

- The challenge of managing overlap syndromes where systemic sclerosis and inflammatory arthritis coexist.
- The limitations of biologic DMARDs in patients with prior adverse events or intolerance.
- The utility of JAK inhibitors, particularly upadacitinib, in treating seronegative, treatment-resistant arthritis.

Although not currently approved for systemic sclerosis, JAK inhibitors are increasingly being explored for their anti-fibrotic and immunomodulatory effects. In this case, upadacitinib led to meaningful symptom control without safety concerns, even in a patient with complex comorbidities including epilepsy, polyneuropathy, cavernoma (operated), and mitral/aortic valvular disease.

While this case does not advocate for off-label use broadly, it underlines the importance of individualized, patient-centered care and contributes to the growing real-world evidence of JAKi efficacy in complex autoimmune contexts.

CONCLUSION

Upadacitinib was effective and well-tolerated in a patient with an overlap syndrome between systemic sclerosis and rheumatoid arthritis, with long-term disease control after multiple therapeutic failures. This case supports further evaluation of JAK inhibitors in connective tissue diseases with predominant inflammatory arthritis.

IMPLEMENTACIÓN DE LA ECOGRAFÍA DE GLÁNDULAS SALIVARES EN EL DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE SJÖGREN: EXPERIENCIA CLÍNICA Y DETECCIÓN PRECOZ DEL LINFOMA.

Fragío Gil, J. J. (1)

(1) Hospital general universitario de Valencia .

IDENTIFICADOR: 35

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicaciones pósteres y/o experiencia profesional

Desde enero de 2024, hemos implementado una consulta de ecografía de glándulas salivares en nuestro centro, dirigida a mejorar el manejo del síndrome de Sjögren [1]. En un periodo de seis meses, hemos realizado 36 ecografías, de las cuales tres, permitieron sospechar y posteriormente confirmar linfoma. Este hallazgo es notable debido a la importancia de la detección temprana del linfoma en pacientes con síndrome de Sjögren, una complicación conocida pero rara. La implementación de esta consulta ha resultado en una notable reducción en los tiempos de demora diagnóstica, permitiendo iniciar el tratamiento adecuado de forma más oportuna.

MATERIAL Y MÉTODOS

La consulta se llevó a cabo en nuestro departamento de reumatología, utilizando equipos de ecografía de alta resolución. Los pacientes fueron referidos por sus médicos responsables para su evaluación ecográfica. La ecografía fue llevada a cabo por un reumatólogo con 7 años de experiencia en ecografía en reumatología en dos equipos diferentes (ESAOTE MyLabX5 y MyLab9XP) siendo la sonda L4-15. Se incluyeron los estudios ecográficos realizados desde Enero de 2024 a Junio de 2024. Se evaluaron las glándulas parótidas en planos longitudinal y transversal así como longitudinales de las submandibulares empleándose el sistema de puntuación de OMERACT [2]. Los casos sospechosos de malignidad fueron remitidos para biopsia.

RESULTADOS

De las 36 ecografías realizadas, 30 correspondían a pacientes con Síndrome de Sjögren primario, seguido de 5 con Sjögren secundario y 1 con Síndrome de ASIA. 3 casos (8%) resultaron en diagnóstico de linfoma. Nos resulta especialmente importante comunicar el caso de una paciente con linfoma MALT en la cual los biomarcadores serológicos eran negativos, la paciente no presentaba adenopatías y la única alerta de malignidad fue la ecográfica.

DISCUSIÓN

La introducción de la ecografía de glándulas salivares ha demostrado ser una herramienta eficaz en nuestra práctica clínica, mejorando la precisión diagnóstica y permitiendo la detección precoz de complicaciones. Esta experiencia sugiere que su adopción más amplia podría beneficiar significativamente a los pacientes con síndrome de Sjögren.

OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA CON DEBUT TARDÍO Y FRACTURAS MÚLTIPLES: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Fragío Gil, J. J. (1)

(1) Hospital general universitario de Valencia .

IDENTIFICADOR: 36

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicaciones pósteres y/o experiencia profesional

RESUMEN

Presentamos el caso de una mujer con antecedentes familiares de osteogénesis imperfecta (OI) y múltiples fracturas a lo largo de su vida, sin un diagnóstico definitivo hasta la edad adulta. El estudio genético confirmó una variante patogénica en el gen COL1A1, estableciendo el diagnóstico de osteogénesis imperfecta tipo 1. Actualmente se encuentra en tratamiento con antirresortivos y suplementos de calcio y vitamina D, con mejora de la densidad mineral ósea (DMO) y ausencia de nuevas fracturas significativas. Su evolución ilustra la importancia de la sospecha clínica, el diagnóstico genético y el enfoque terapéutico multidisciplinar de esta enfermedad.

INTRODUCCIÓN

La osteogénesis imperfecta (OI) es un grupo heterogéneo de trastornos hereditarios del tejido conectivo, caracterizado principalmente por fragilidad ósea, fracturas a repetición y una amplia variabilidad clínica que va desde formas leves hasta otras potencialmente mortales. Las mutaciones en los genes COL1A1 y COL1A2 son las más frecuentemente implicadas, con herencia autosómica dominante en la mayoría de los casos (1-2). Aunque el diagnóstico se realiza con frecuencia en la infancia, existen formas leves o moderadas que pueden pasar inadvertidas hasta la edad adulta.

En este caso, describimos a una mujer con múltiples fracturas desde la infancia y antecedente familiar de la enfermedad, quien no recibió evaluación reumatológica/ósea especializada hasta la adultez, momento en el que se confirmó la presencia de OI mediante un panel genético de secuenciación masiva.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Antecedentes personales y familiares

- Mujer sin alergias conocidas.
- Fumadora.
- Ocupación: Trabaja en el sector de seguros.
- Antecedente familiar: Padre con osteogénesis imperfecta.

Historia de fracturas

- A los 3 años: fractura de muñeca derecha.
- Fractura de V metatarsiano del pie izquierdo.
- Fractura de todos los dedos del pie derecho (traumatismo por pisotón).
- Fractura de tarso izquierdo.
- Fractura de maléolo peroneo.
- Fractura de tibia y peroné en la pierna derecha (8 años).
- Fractura de la cabeza del peroné mientras saltaba a la comba.
- Fractura de la cabeza del radio.
- Fractura de fémur y, posteriormente, fractura de la cabeza femoral el 23/02 (año no especificado).

A pesar de esta elevada frecuencia de fracturas, la paciente nunca había sido valorada por Reumatología u otra especialidad orientada al metabolismo óseo.

EXAMEN FÍSICO

- Escleras azules.
 - Discreta escoliosis, leve asimetría de pliegues y hombro derecho algo más alto que el izquierdo. Estudios complementarios iniciales
- TC de pelvis (21/03/2022): Fractura subcapital de cadera izquierda.
- RM de caderas (21/03/2022): Edema óseo en cadera izquierda.
- Densitometría ósea (DXA): Osteoporosis en región lumbar y cuello femoral.
- Analítica sanguínea y orina de 24 horas: Sin alteraciones relevantes.

PLAN INICIAL

1. Suplementación con vitamina D (Hidroferol mensual) y calcio (aporte diario).
2. Programación de infusión anual de ácido zoledrónico(5 mg).
3. Interconsulta con Genética para estudio d posible osteogénesis imperfecta.
4. Paciente sin deseo genésico.

EVOLUCIÓN Y CONTROLES SUCESIVOS

1. 30/08/2022: Primera infusión de zoledrónico.
 - Se confirma la mutación responsable de OI tras estudio genético.
2. Cambio en la suplementación de calcio:
 - Se opta por sales de pidolato cálcico.
3. 18/07/2023:
 - No se evidencian nuevas fracturas ni incidencias destacables.
 - La paciente ya está en contacto con la asociación de "huesos de cristal" y en seguimiento por diversos especialistas.
 - Plan: Nueva infusión de zoledrónico en agosto y control en un año, salvo incidencias.
4. 17/07/2024:
 - Presenta dolor musculoesquelético difuso, predominante en caderas, y equimosis con facilidad.
 - Plan: Nueva infusión de zoledrónico y solicitud de DXA de control.
5. 03/03/2025:
 - DXA comparativa revela mejoría de la densidad mineral ósea:

2022

2025

Cuello femoral (CF)

-2,7

-2,1

Columna total (CT)

-2,8

-2,4

Columna lumbar (CL)

-3,6

-3,1

- Mejora notable de los valores de DMO. Se planifica control de CTX (como marcador de recambio óseo) para valorar la necesidad de dosis adicional de zoledrónico cuando se observe ascenso significativo.

Confirmación genética

MÉTODOS EMPLEADOS

- Secuenciación masiva (NGS) en plataforma Illumina(NextSeq 500).
- Panel de genes custom SureSelect (AgilentTechnologies) que incluye: ALPL, ARCN1, BMP1, CLCN5, COL1A1, COL1A2, CREB3L1, CRTAP, FAM46A, FGF23, FKBP10, FLNB, IFITM5, LEPRE1, LRP5, MBTPS2, P3H1, PHEX, PLOD2, PLS3, PPIB, SEC24D, SERPINF1, SERPINH1, SGMS2, SLC26A2, SLC34A3, SP7, SPARC, TMEM38B, WNT1.
- Análisis bioinformático de CNVs y variantes patogénicas.

RESULTADO

- Variante: c.3980delG (p.Gly1327Alafs*4; NM_000088.3) en el gen COL1A1, en heterocigosis.
- La variante genera un codón de parada prematuro y, por tanto, una proteína truncada probablemente no funcional.
- Se clasifica como patológica (según criterios ACMG).
- Se relaciona con osteogénesis imperfecta tipo 1, con herencia autosómica dominante.

Se recomienda estudio de segregación en familiares de primer grado y asesoramiento genético adecuado.

DISCUSIÓN

La osteogénesis imperfecta es causada en la mayoría de los casos por mutaciones en los genes que codifican para las cadenas de colágeno tipo I, COL1A1 y COL1A2. La presentación clínica incluye fracturas a repetición, estatura baja, escleras azules, deformidades esqueléticas y, en ocasiones, hipoacusia y dentinogénesis imperfecta (2,3).

Aunque la paciente ya contaba con un claro antecedente familiar (padre diagnosticado de OI), no se había realizado una derivación o estudio específico, posiblemente debido a la forma relativamente leve de la enfermedad y la falta de un diagnóstico genético previo en la familia. El retraso en el diagnóstico es frecuente en casos leves, lo que puede conllevar una demora en instaurar un tratamiento antirresortivo e intensificar medidas de prevención de fracturas (4).

La administración de zoledronato ha demostrado, tanto en la infancia como en la adultez, ser eficaz para incrementar la densidad mineral ósea y reducir el número de fracturas (5). Nuestra paciente, tras recibir suplementos de vitamina D, calcio y zoledronato, ha mostrado una mejoría significativa en la densitometría y no ha sufrido fracturas nuevas de relevancia desde la instauración del tratamiento.

CONCLUSIÓN

Este caso resalta la importancia de la sospecha diagnóstica de osteogénesis imperfecta en adultos con historia de fracturas múltiples y antecedentes familiares, incluso si presentan formas clínicas leves o sin complicaciones significativas en la infancia. La confirmación genética permite un mejor asesoramiento, plan terapéutico individualizado y la prevención de riesgos futuros. El tratamiento con bifosfonatos, junto con las medidas de soporte (suplementos de calcio y vitamina D) y el seguimiento multidisciplinar, son pilares fundamentales para mejorar la calidad de vida y la densidad ósea en estos pacientes.

CARACTERÍSTICAS Y SEGURIDAD DE LOS PACIENTES CON OSTEOPOROSIS Y ALTO RIESGO DE FRACTURA TRATADOS CON ABALOPARATIDA VS TERIPARATIDA: RESULTADOS EN VIDA REAL

Rosas, J. (1); Mínguez-Vega, M. (2); Gallego-Campuzano, R. (1); Cortés-Quiroz, J. C. (3); Noguera, R. (4); Bernabéu, P. (5); Rodríguez-Ruiz, G. (1); Mageda, M. M. (2); Arenas-Avila, A. (3); Pons-Bas, A. (1); Sánchez-San Martín, A. (6); Sánchez-San Martín, A. (1); González-Ferrández, J. A. (4); ABALACANT, G. (1)

(1) Hospital Universitario Marina Baixa de la Vila Joiosa (Alicante). España; (2) Hospital Universitario San Juan de Alicante. España; (3) Hospital Universitario de Alcoy (Alicante). España; (4) Hospital Universitario de Elche (Alicante). España; (5) Hospital Universitario Dr Balmis de Alicante. España; (6) Hospital Universitario Marina Baixa de la Vila Joiosa (Alicante).

IDENTIFICADOR: 37

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicaciones pósteres y/o experiencia profesional

PALABRAS CLAVE: Osteoporosis, abaloparatida, teriparatida, seguridad

OBJETIVO

Actualizar características y seguridad de abaloparatida (ABALO) vs. teriparatida (TPD), en pacientes con osteoporosis (OP) y alto riesgo de fractura (ARF).

MÉTODOS

Estudio retrospectivo, multicéntrico, de pacientes con OP y ARF, que iniciaron ABALO o TPD.

Se recogieron datos epidemiológicos, factores de riesgo de OP (FR-OP), enfermedades y fármacos osteopenizantes, fracturas al inicio y seguimiento, tratamientos para OP, DMO, tiempo en tratamiento y efectos adversos (EA).

RESULTADOS

Se incluyeron 225 pacientes: 125 (55%) con ABALO y 100 (45%) con TPD, tratados 9 meses (DE: 6) vs. 14 meses (DE: 7) ($p < 0.0001$).

Los tratados con ABALO (tabla 1), incluían solo mujeres ($p < 0.0001$); No se observaron diferencias en FR-OP, aunque incluía menos pacientes tratados con fármacos osteopenizantes (57 pacientes [46%] vs. 71 [70%], $p = 0.0002$), y mayor uso de corticoides; sin diferencias en tratamiento antiosteoporótico basal ($p = 0.2$), pero el uso de risedronato fue menor con ABALO [38%] vs 30 [58%], $p = 0.03$).

El Tscore de DMO, fue globalmente de osteopenia en las tres localizaciones, significativamente superior en el grupo de ABALO en cuello femoral (-2,40 [0.88] vs. -2.16 [0.7], $p = 0.02$) y cadera total (-2.28 [0.94] vs. -2.01 [0.85], $p = 0.02$). FRAX fue superior en grupo ABALO, en fractura mayor (15.6 [9] vs. 11.5 [6.9], $p < 0.001$), y fractura de cadera (7.7 [7.6], vs. 5.8 [5.1], $p = 0.02$).

El grupo ABALO presentó menos fracturas previas (75% vs. 86%, $p = 0.49$), aunque con >1 fractura fue mayor (35% vs. 23%, $p = 0.06$); La fractura vertebral fue la más frecuente en ambos grupos, más prevalente en el grupo TPTD (61% vs. 73%, $p = 0.049$) y la de Colles en grupo ABALO (25% vs. 9%, $p < 0.01$).

El porcentaje EA fue similar (ABALO: 20 [16%] vs. TPTD: 17 [17%], $p = 0.84$), pero más precoz en el grupo ABALO (2.8 [2.4] meses vs. 4.7 [3.7] meses, $p < 0.001$). EA >1 , con ABALO: cefalea: 5 pacientes, artralgias: 4, hipotensión y náuseas: 2 respectivamente; TPTD: náuseas: 3 ptes, calambres: 2.

Se han recogido 6 fracturas: ABALO: 3 (cadera, húmero, Colles) y con TPTD: 3 (cadera: 2, rodilla).

CONCLUSIONES

1. Los tratados con TPTD recibían más fármacos osteopenizantes y antecedente de fracturas.
2. Los tratados con ABALO mostraban peor DMO en cadera y mayor riesgo FRAX.
3. La incidencia de nuevas fracturas fue similar y también la tasa de retirada del tratamiento, aunque más precoz con ABALO.
5. A pesar del alto riesgo de fractura, un número relevante de pacientes no recibía tratamiento antiosteoporótico.

IMÁGENES ADJUNTAS

TABLA 1. Características de los pacientes

	ABALOPARATIDA N: 125	TERIPARATIDA N: 101	P
Mujer, n (%)	125 (100)	89 (88)	0.001
Edad inicio tratto, media (DE)	71 (8)	72 (8)	0.35
Meses en tratamiento, media (DE)	9 (6)	14 (7)	0.001
FACTORES RIESGO OP			
IMC, media (DE)	25 (4.8)	26 (5.4)	0.25
Edad menopausia, media (DE)	48 (5)	49 (6)	0.18
Tabaquismo, n (%)	42/125 (25)	42/101 (42)	0.21
Activo	16/42 (38)	19/42 (45)	0.51
Exfumador	26/42 (62)	23/42 (55)	0.51
Fractura cadera padres, n (%)	21 (17)	19 (19)	0.69
Enfermedad osteopenizante, n (%):	66/125 (53)	50/101 (50)	0.62
Artritis reumatoide	8/66 (12)	2/50 (4)	0.12
Otras artritis crónicas/EAS	8/66 (12)	7/50 (14)	0.77
EPOC	5/66 (8)	7/50 (14)	0.26
Enf inflamatoria intestinal	4/66 (6)	0	0.13
Hiperparatiroidismo	1/66 (1)	2/50 (4)	0.58
Otros:	29/66 (44)	32/50 (64)	0.03
Fármaco osteopenizante*, n (%):	57/125 (46)	71/101 (70)	0.0002
Corticoide oral	16/57 (28)	12/71 (17)	0.12
Corticoide inhalado	9/57 (18)	7/71 (10)	0.31
Omeprazol/IBP	23/57 (40)	28/71 (39)	0.92
Tiroxina	7/57 (12)	16/71 (22)	0.13
Otros	12/57 (21)	8/71 (11)	0.66
TRATAMIENTO PREVIO BASAL			
NO tratamiento previo, n (%)	36 (29)	37 (37)	0.21
SI tratamiento previo, n (%)	89 (71)	64 (63)	0.21
Bifosfonato, n (%)**:	64/89 (72)	52/64 (81)	0.18
Alendronato	15/64 (23)	14/52 (27)	0.67
Risedronato	24/64 (38)	30/52 (58)	0.03
Ibandronato	10/64 (16)	2/52 (4)	0.06
Zoledronato	15/64 (23)	6/52 (12)	0.09
Denosumab	25/89 (28)	12/64 (19)	0.18
FRACTURAS PREVIO AL TRATAMIENTO			
Nª pacientes CON fractura***, n (%)	93 (75)	87 (86)	0.029
Nº pacientes con >1 fractura, n (%)	33/125 (26)	20/101 (20)	0.24
	33/93 (35)	20/87 (23)	0.06
Vertebral, n/N (%)	76/125 (61)	74/101 (73)	0.049
n/n (%)	76/93 (82)	74/87 (85)	0.55
Única	41/93 (59)	37/87 (50)	0.83
Múltiples (>1)	35/93 (41)	38/87 (50)	0.41

Colles, n (%)	23/93 (25)	8/87 (9)	0.01
Cadera, n (%)	16/93 (17)	10/87 (11)	0.28
Húmero, n (%)	10/93 (11)	6/87 (7)	0.36
Otras, n (%)	14/93 (15)	6/87 (7)	0.08
FRACTURAS DURANTE EL TRATAMIENTO			
Nº pacientes con nueva fractura, n (%)	3 (2.4)	3 (3)	-
Cadera, n (%)	1	2	-
Colles, n (%)	1	-	-
Húmero, n (%)	1	-	-
Rodilla, n (%)	-	1	-
DMO basal-FRAX			
Col. Lumbar Tscore, media (DE)	-2.42 (1.45)	-2.5 (1.3)	0.66
Cuello Femoral Tscore, media (DE)	-2.40 (0.88)	-2.16 (0.7)	0.02
Cadera Total Tscore, media (DE)	-2.28 (0.94)	-2.01 (0.85)	0.02
FRAX fractura mayor, media (DE)	15.6 (9)	11.5 (6.9)	0.001
FRAX fractura cadera, media (DE)	7.7 (7.6)	5.8 (5.1)	0.02
EFFECTOS ADVERSOS (EA)			
EA y Retirada del fármaco, n pacientes (%)	20/125 (16)	15/100 (15)	0.84
Meses hasta retirada fármaco, media (DE)	2.8 (2.4)	4.7 (3.7)	0.001

*Algunos pacientes pueden haber recibido más de un fármaco osteopenizante.

**Algunos pacientes han recibido más de 1 bisfosfonato.

***Algunos pacientes han presentado más de 1 fractura.

TREAT-TO-TARGET EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y GLUCOCORTICOIDES: ¿MARGEN DE MEJORA?

Valera Ribera, C. (1)

(1) Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

IDENTIFICADOR: 38

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicaciones pósteres y/o experiencia profesional

INTRODUCCIÓN:

Las recomendaciones EULAR para el manejo del lupus eritematoso sistémico (LES) proponen un enfoque treat-to-target (T2T) orientado a alcanzar la remisión, o en su defecto, baja actividad de la enfermedad. En ellas se permiten dosis muy bajas de glucocorticoides (Gc) a pesar de la toxicidad por dosis acumulada de éstos.

OBJETIVOS:

Evaluar la proporción de pacientes en remisión por DORIS o baja actividad de la enfermedad por LLDAS en una cohorte de pacientes con LES. Describir asociaciones entre las manifestaciones al diagnóstico y la remisión o baja actividad de la enfermedad. Examinar el uso concomitante de Gc y fármacos inmunosupresores en estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron consecutivamente pacientes diagnosticados de LES que cumpliesen criterios de clasificación ACR/EULAR de 2019. Se recogieron las variables demográficas, serológicas, clínicas y de tratamiento tanto al diagnóstico de la enfermedad como en la última visita registrada. Además, se recogió la actividad de la enfermedad por SLEDAI-2k, LLDAS y remisión DORIS en la última visita. Se evaluaron las asociaciones bivariantes mediante Chi-cuadrado o test de Fisher para las variables categóricas y U de Mann-Whitney o T de student para las variables continuas, definiendo significación estadística como $p < 0,05$. El análisis estadístico se realizó mediante IBM SPSS statistics v25.

RESULTADOS:

Se incluyeron 183 pacientes (mujeres 90,2%), con una edad al diagnóstico de $34,5 \pm 14,2$ años y un tiempo de evolución de $20,9 \pm 12,8$ años. Las características demográficas, serológicas y clínicas se presentan en la tabla 1.

En la última visita registrada, 74,73% de los pacientes se encontraban en remisión por DORIS, 11,48% en baja actividad por LLDAS. La media de SLEDAI-2k en la última visita fue de $0,8 \pm 2$. Aun así, 48,9% mantenían tratamiento con Gc, con una mediana de 0mg/día [0-5] de Prednisona o equivalente. De entre los pacientes en objetivo T2T (baja actividad o remisión), 10,21% estaba en tratamiento con fármaco biológico (figura 2).

En el resto de pacientes LES activo (13,79%), el dominio más frecuente fue el articular (52%), seguido por alteraciones en sedimento urinario (27%). Todos los pacientes activos mantenían corticoterapia, con una mediana de dosis de Gc de 15 mg/día (10-30). Si bien no alcanzó significación estadística, el uso de fármacos biológicos se asoció a mayores tasas de remisión y baja actividad de la enfermedad. Únicamente 2 pacientes (7,69%) bajo tratamiento biológico mantenían enfermedad activa (un caso por nefritis lúpica y otro por actividad articular y mucocutánea).

En el análisis estadístico, se encontró una asociación significativa entre la negatividad para anti-dsDNA al diagnóstico con alcanzar LLDAS ($p < 0,001$). La remisión por DORIS se asoció con etnia caucásica ($p < 0,001$), edad al diagnóstico ($p < 0,001$), tiempo de evolución ($p = 0,001$) y positividad de anticuerpos anticardiolipina ($p = 0,003$).

CONCLUSIÓN:

Un porcentaje de casi el 85% de nuestros pacientes con LES se mantienen en baja actividad o remisión de la enfermedad, con tasas de remisión por DORIS de casi el 75%. A pesar de ello, una proporción nada despreciable de pacientes en remisión

mantenían Gc a dosis bajas. Asimismo, el bajo uso de fármacos biológicos en pacientes que mantienen actividad lúpica y la asociación numérica de éstos con el objetivo de remisión, señala un margen de mejora para consolidar objetivos T2T libres de Gc.

IMÁGENES ADJUNTAS

Figura 2: Diagrama de flujo de pacientes que alcanzaron baja actividad o remisión clínica

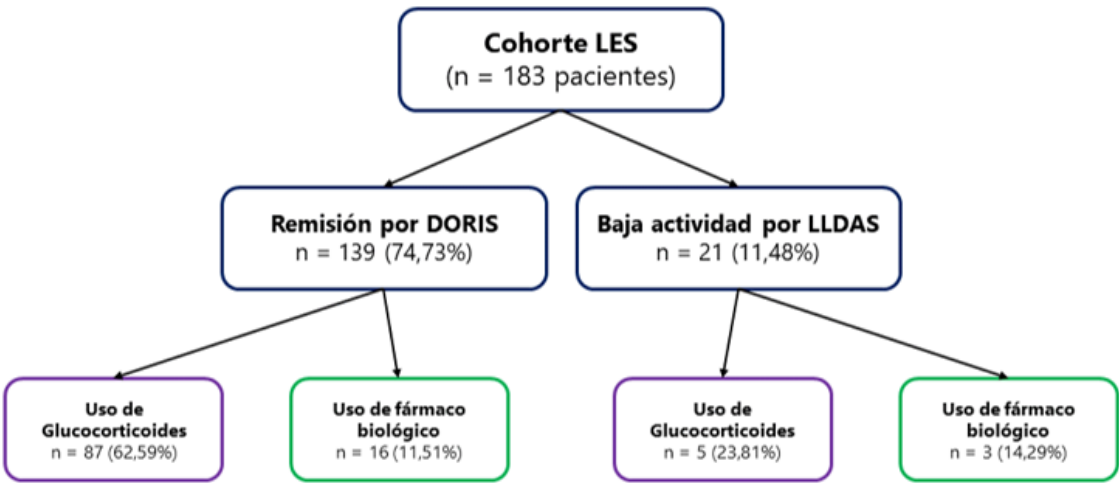


Tabla 1: Características demográficas, clínicas, serológicas y tratamientos de la cohorte

Variable	N (%) / media ± desviación estándar
Características al diagnóstico	
Edad al diagnóstico (años)	34,5 ± 14,2
Sexo (Mujer / Hombre)	163 (90,2) / 18 (9,8)
Etnia	
Caucásica	153 (83,6)
Latinoamericana	27 (14,8)
Asiática	2 (1,1)
Autoanticuerpos / serología	
Anti-dsDNA	94 (51,6)
Anti-Sm	25 (13,7)
Anti-U1RNP	36 (19,8)
Anti-La	27 (14,8)
Anti-Ro	72 (39,6)
Hipocomplementemia	83 (45,6)
Factor reumatoide	16 (8,8)
Anticuerpos anti-péptido citrulinado	2 (1,1)
Anti-centrómero	11 (6,0)
Síndrome antifosfolípido	
Anticoagulante lúpico	41 (22,5)
Anti-cardiolipina	37 (20,3)
Anti β2-glicoproteína	16 (8,8)
Síndrome antifosfolípido diagnosticado	40 (22,0)
Manifestaciones clínicas	
Articular	156 (85,7)
Cutáneo	104 (57,1)
Fiebre	42 (23,1)
Serositis (pleuritis/pericarditis)	39 (21,4)
Raynaud	51 (28,0)
Aftosis	54 (29,7)
Alopecia	21 (11,7)
Púrpura/Petequias	15 (8,3)

Xerostomía	19 (10,4)
Xeroftalmia	19 (10,4)
Afectación neurológica	12 (6,6)
Afectación renal	39 (21,4)
Afectación hematológica	
Hematológica (global)	52 (28,6)
Anemia	53 (29,1)
Coombs	13 (7,1)
Linfopenia	57 (31,3)
Neutropenia	3 (1,6)
Plaquetopenia	11 (6,0)
Última visita registrada	
Edad (años)	54,6 ± 15,1
Tiempo de evolución (años)	20,9 ± 12,8
SLEDAI-2k	0,8 ± 2,0
LLDAS	21 (11,48)
Remisión por DORIS	139 (74,73)
Tratamiento actual	
Glucocorticoides	89 (48,9)
Prednisona o equivalente (mg/día), mediana (RIQ)	0 (0-5)
Hidroxicloroquina	84 (46,2)
Metotrexato	20 (11,0)
Leflunomida	1 (0,5)
Azatioprina	15 (8,2)
Micofenolato	26 (14,3)
Inhibidor calcineurina	1 (0,5)
Rituximab	13 (7,1)
Anifrolumab	13 (7,1)
Belimumab	10 (5,5)
Ciclofosfamida	0 (0,0)

CAPILAROSCOPIA PERIUNGUEAL MEJORA LA ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN ESCLEROSIS SISTÉMICA: AJUSTE DEL ALGORITMO SCORE2

Valera Ribera, C. (1)

(1) Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

IDENTIFICADOR: 39

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicaciones pósteres y/o experiencia profesional

ANTECEDENTES

La esclerosis sistémica (ES) presenta un aumento del riesgo cardiovascular (CV). Herramientas tradicionales como SCORE2/SCORE2-OP, desarrollado en población general, infraestiman este riesgo. La capilaroscopia periungueal (CPU) evalúa cambios microvasculares propio de la ES y sus hallazgos se han asociado a eventos CV.

OBJETIVO

Evaluar si la integración de hallazgos basales en la CPU en SCORE2/SCORE2-OP mejora la estratificación del riesgo de eventos cardiovasculares mayores (ECV) en ES.

MÉTODOS

Estudio multicéntrico retrospectivo en 276 pacientes con ES (ACR/EULAR 2013), sin evento CV previo, sin diabetes ni enfermedad renal crónica y edad ≥ 40 años. El riesgo basal a 10 años se estimó con SCORE2 o SCORE2-OP (región europea de bajo riesgo). Se evaluó CPU al diagnóstico y se crearon modelos de regresión de Cox identificando los predictores independientes de ECV y sus hazard ratios (HR). Los predictores de ECV por CPU se aplicaron como multiplicar sobre la supervivencia derivada de SCORE2 para construir dos modelos:

1. SCORE2 modificado por hallazgos específicos (microhemorragias [MH] y/o áreas avasculares [AA])
2. SCORE2 modificado por patrón tardío.

Se compararon discriminación (AUC/DeLong y C-index), calibración y reclasificación por categorías SCORE2 (NRI/IDI), con validación interna bootstrap (n=1000).

RESULTADOS

En nuestra cohorte de 276 pacientes (89,9% mujeres, edad media de $59,8 \pm 10,3$ años), la mediana de seguimiento fue de 9,5 años. 45 pacientes (16,3%) presentaron un ECV (28,9% fatales). En CPU, 55,8% presentaron MHs, 41,3% AA y patrón tardío 22,8%.

En el modelo Cox multivariable, el patrón tardío (HR 4,06; $p=0,002$) y las AA (HR 2,63; $p=0,039$) se asociaron a mayor riesgo, mientras que las MH fueron protectoras (HR 0,345; $p=0,017$).

SCORE2 mostró discriminación modesta (AUC 0,687). La incorporación de CPU mejoró significativamente la discriminación (AUC 0,784 para el modelo por hallazgos y 0,764 para el modelo por patrón; ambos $p<0,05$ vs SCORE2; FIGURA 1) y elevó el C-index (0,734 y 0,743 vs 0,677). En el punto de corte óptimo, el modelo por hallazgos aumentó sensibilidad/especificidad (80,8%/71,4% vs 74,1%/59,4%). En bootstrap, la ganancia media fue ΔAUC 0,096 ($p=0,003$) y 0,077 ($p=0,012$).

La reclasificación favoreció a los pacientes que padecieron eventos: NRI total 0,313 para el modelo de hallazgos (NRI-eventos 0,385; 42% de eventos reclasificados a mayor riesgo, 4% a menor) y NRI total 0,36 para el modelo de patrón tardío (NRI-eventos 0,50; 50% a mayor riesgo, 0% a menor). Globalmente, la categoría "muy alto" pasó del 0,7% con SCORE2 al 7,2% con el modelo por hallazgos y al 17,0% con el modelo por patrón tardío (TABLA 1).

CONCLUSIONES

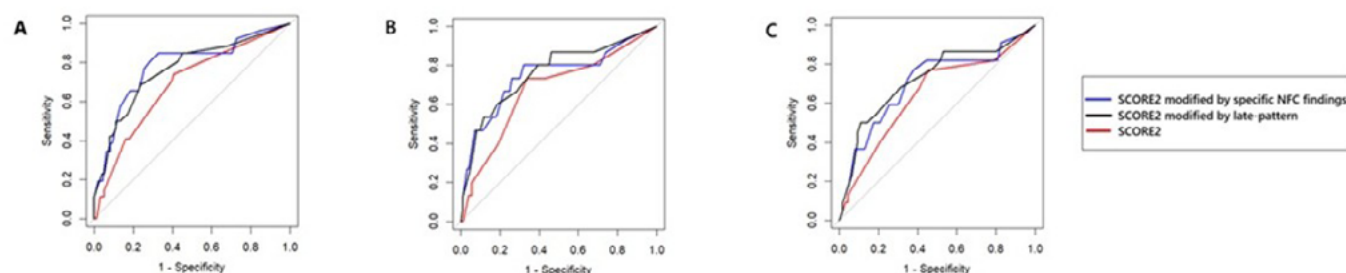
Integrar la CPU basal en SCORE2/SCORE2-OP mejora de forma consistente la discriminación y la reclasificación de pacientes con ES que desarrollarán ECV, proporcionando una estrategia práctica y basada en fenotipo microvascular para personalizar la prevención CV en ES.

IMÁGENES ADJUNTAS

Table 1: Concordance between SCORE2 and SCORE2 modified by NFC

SCORE2		SCORE2 modified by specific NFC-findings				SCORE2 modified by late-pattern			
		Low-Intermediate (n = 225)	High (n = 31)	Very High (n = 20)	Total (n = 276)	Low-Intermediate (n = 203)	High (n = 26)	Very High (n = 47)	Total (n = 276)
Low-Intermediate (n = 254)	Count (%)	218 (85.8)	27 (10.6)	9 (3.5)	254 (92)	203 (79.9)	15 (5.9)	36 (14.2)	254 (92)
High (n = 20)	Count (%)	7 (35)	4 (20)	9 (45)	20 (7.2)	0 (0)	11 (55)	9 (45)	20 (7.2)
Very High (n = 2)	Count (%)	0 (0)	0 (0)	2 (100)	2 (0.7)	0 (0)	0 (0)	2 (100)	2 (0.7)
Total (n = 276)	Count (%)	225 (81.5)	31 (11.2)	20 (7.2)	276 (100)	203 (73.6)	26 (9.4)	47 (17)	276 (100)

SCORE2: Systematic CORonary Risk Evaluation 2, calibrated for low cardiovascular risk population, NFC: nailfold capillaroscopy.

**Figure 1:** Discrimination of SCORE2 and NFC-modified SCORE2 models.

Receiver operating characteristic (ROC) curves comparing the original SCORE2 (red) with the two NFC-modified approaches: SCORE2 modified by specific nailfold capillaroscopy (NFC) findings (microhaemorrhages and/or avascular areas; blue) and SCORE2 modified by the presence of a late NFC pattern (black). AUCs were estimated using the DeLong method and compared with DeLong's test for correlated ROC curves. The diagonal line represents no discrimination.

(A) Global ROC curve (incident MCEs during follow-up). The original SCORE2 showed an AUC of 0.687, whereas the NFC-findings-modified SCORE2 achieved an AUC of 0.784 ($p = 0.048$ vs SCORE2) and the late-pattern-modified SCORE2 an AUC of 0.764 ($p = 0.044$ vs SCORE2).

(B) Five-year ROC curve (events within 5 years). The original SCORE2 showed an AUC of 0.676, whereas the NFC-findings-modified SCORE2 achieved an AUC of 0.749 ($p = 0.214$ vs SCORE2) and the late-pattern-modified SCORE2 an AUC of 0.761 ($p = 0.051$ vs SCORE2).

(C) Ten-year ROC curve (events within 10 years). The original SCORE2 showed an AUC of 0.646, whereas the NFC-findings-modified SCORE2 achieved an AUC of 0.705 ($p = 0.255$ vs SCORE2) and the late-pattern-modified SCORE2 an AUC of 0.725 ($p = 0.062$ vs SCORE2).

UTILIDAD DE LA GAMMAGRAFÍA DE TRÁNSITO INTESTINAL TOTAL EN PACIENTES CON VEDOSS

Valera Ribera, C. (1)

(1) Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

IDENTIFICADOR: 40

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicaciones pósteres y/o experiencia profesional

INTRODUCCIÓN

La afectación gastrointestinal (GI) es una manifestación frecuente en los pacientes con diagnóstico muy temprano de esclerodermia (VEDOSS) aunque existe un vacío en el conocimiento de sus implicaciones más allá de la afectación esofágica. Además, no existe un consenso sobre su cribado. La gammagrafía de tránsito gastrointestinal total permite una evaluación global y segmentaria (esófago, estómago, intestino delgado y colon) en una única exploración, combinando la valoración cualitativa con la cuantitativa.

OBJETIVOS

Describir la frecuencia y el patrón de alteraciones en la gammagrafía de tránsito GI total en pacientes con VEDOSS. Analizar las asociaciones entre variables clínicas, analíticas y de pruebas complementarias con parámetros del tránsito GI total.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional transversal y retrospectivo, incluyendo pacientes con diagnóstico de VEDOSS (definición EUSTAR 2011). Se recogieron las variables clínicas, demográficas y analíticas. Los estudios gammagráficos se realizaron de septiembre a diciembre de 2025, siguiendo las guías internacionales. La valoración cualitativa y cuantitativa fue realizada por dos médicos nucleares, ciegos a la clínica de los pacientes y utilizando el sistema de procesamiento Syngo.via (Siemens Healthcare). Se analizaron diferentes regiones (esófago en bipedestación/decúbito, vaciamiento gástrico sólidos/líquidos, acomodación fúndica, tránsito de intestino delgado y colon) determinándose parámetros cuantitativos, incluyendo centro geométrico colónico a las 24, 48 y 72 horas. Se evaluaron las asociaciones bivariantes mediante Chi-cuadrado o test de Fisher para las variables categóricas y U de Mann-Whitney o T de student para las variables continuas, definiendo significación estadística como $p < 0,05$. El análisis estadístico se realizó mediante IBM SPSS statistics v25.

RESULTADOS

Se incluyeron 11 pacientes, con una edad media de $60,82 \pm 9,92$ años y 72,7% mujeres y el tiempo de evolución $3,06 \pm 3,22$ años. El 36,4% refería clínica compatible con enfermedad por reflujo gastroesofágico (TABLA 1).

La gammagrafía fue patológica en 90,9% de VEDOSS, con predominio de afectación esofágica en decúbito (63,6%), seguido por alteración colónica (54,5%); las alteraciones esofágicas en bipedestación (18,2%), vaciamiento gástrico de sólidos (18,2%), acomodación fúndica (18,2%) e intestino delgado (9,1%) fueron menos frecuentes. Ningún paciente mostró alteración en el vaciamiento gástrico para líquidos.

En pacientes con VEDOSS, un mayor IMC se asoció con mayor tiempo de tránsito esofágico en bipedestación ($p=0.007$). Peor DLCO se asoció con mayor tiempo esofágico en decúbito ($p=0.014$) y mayor retención esofágica en decúbito ($p=0.011$). La alteración colónica se asoció a mayor edad ($p=0.010$) y una FVC más alta se correlacionó con centros geométricos colónicos más elevados en días 1-3 ($p<0.05$).

CONCLUSIÓN

El trastorno en motilidad digestiva en pacientes con VEDOSS, no se limita exclusivamente a dismotilidad esofágica, sino que existe una afectación precoz de intestino grueso, que puede ser demostrada mediante estudio gammagráfico, permitiendo proporcionar información cuantitativa global y regional.

IMÁGENES ADJUNTAS

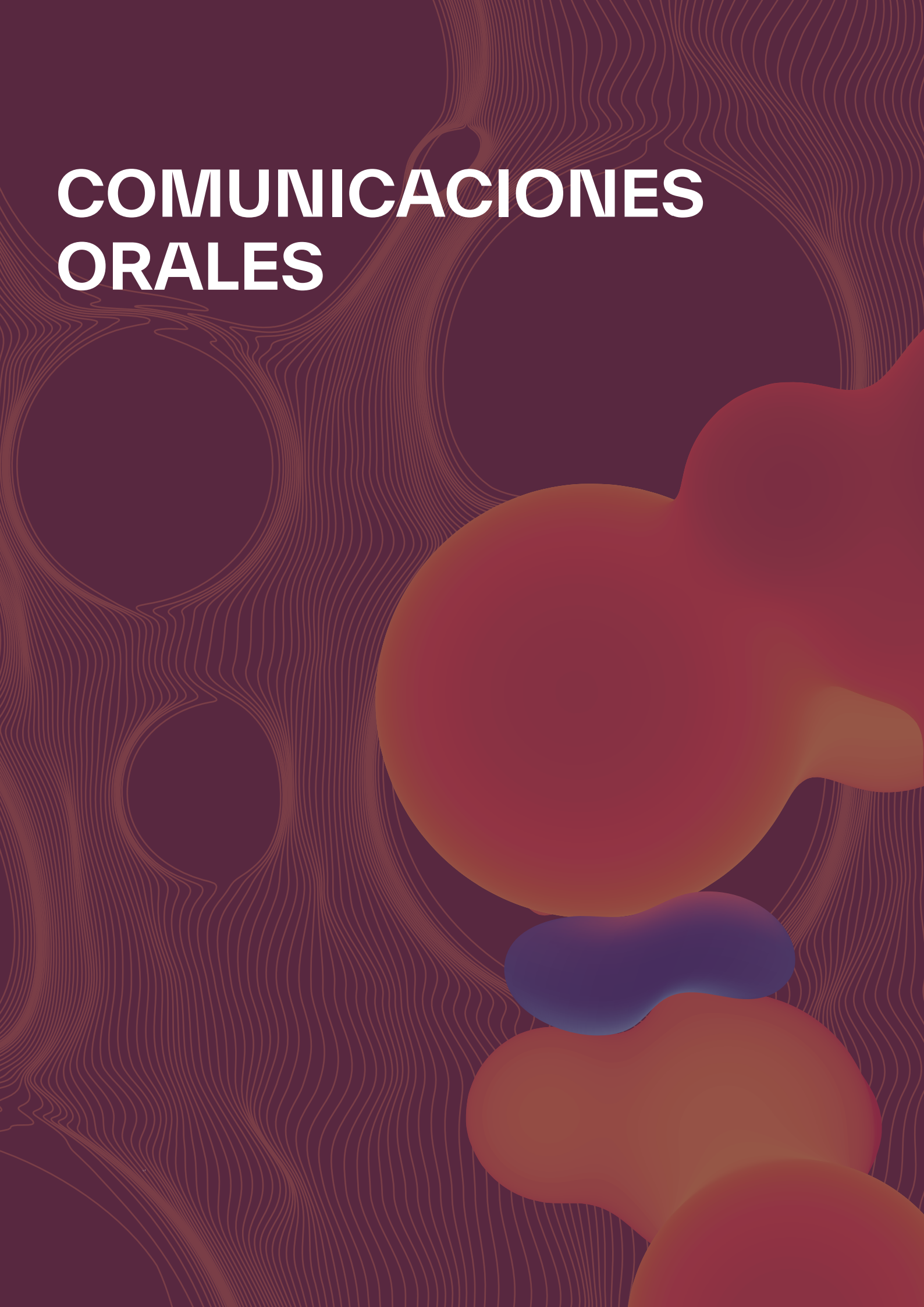
Tabla 1: Características demográficas, clínicas y analíticas de los pacientes con VEDOSS

Variable	VEDOSS
	N (%) / media (DE)
Edad, años	60,82 (9,92)
Sexo (mujer / hombre)	8 (72,7) / 3 (27,3)
Tiempo desde primer fenómeno de Raynaud, años	4,22 (3,72)
Tiempo de evolución, años	3,06 (3,22)
Índice masa corporal	26,64 (3,15)
Tabaquismo	5 (45,5)
Alcoholismo	1 (9,1)
Diabetes mellitus	0 (0,0)
Hipotiroidismo	2 (18,2)
Hernia de hiato	1 (9,1)
Cirugía abdominal previa	1 (9,1)
Enfermedad por reflujo gastroesofágico	4 (36,4)
Ausente	6 (54,5)
ANAs positivos	11 (100,0)
Anticuerpo específico	
ACA	8 (72,7)
Scl-70	1 (9,1)
U1-RNP	0 (0,0)
U3-RNP	1 (9,1)
Puffy fingers	2 (18,2)
Hallazgos específicos	
Megacapilares	9 (81,8)
Hemorragias	10 (90,9)
Áreas avasculares	2 (18,2)
Patrón Cutolo	
Precoz	6 (54,5)
Activo	2 (18,2)
Tardío	0 (0,0)
FVC %	111,10 (18,19)
FEV1 %	101,00 (18,08)
FEV1/FVC %	84,06 (12,61)
DLCO %	85,70 (16,35)
Tratamientos	
Antagonistas del calcio	5 (45,5)
Inhibidores de bomba de protones	5 (45,5)
Procinéticos	2 (18,2)
Opiáceos	1 (9,1)
Antidepresivos	3 (27,3)

Tabla 2: Tránsito digestivo total en pacientes con VEDOSS

Tránsito digestivo total	VEDOSS
	N (%) / media (DE)
Gammagrafía nuclear patológica	10 (90,9)
Tránsito esofágico en bipedestación	2 (18,2)
Tránsito esofágico en decúbito	7 (63,6)
Vaciamiento para sólidos	2 (18,2)
Vaciamiento para líquidos	0 (0,0)
Acomodación gástrica	2 (18,2)
Tránsito en intestino delgado	1 (9,1)
Tránsito colónico	6 (54,5)
Tiempo de tránsito esofágico en bipedestación (minutos)	12,00 (7,28)
Porcentaje ocupación esófago bipedestación (%)	85,25 (11,45)
Tiempo de tránsito esofágico en decúbito (minutos)	16,43 (7,16)
Pacientes sin tránsito esofágico completo	4 (36,4)
Porcentaje vaciamiento esofágico en decúbito (%)	66,30 (24,17)
Vaciamiento sólido	
Vaciamiento sólido media hora	71,86 (14,66)
Vaciamiento sólido 1 hora	55,62 (16,68)
Vaciamiento sólido 2 horas	27,95 (14,83)
Vaciamiento sólido 3 horas	7,98 (6,42)
Vaciamiento sólido 4 horas	2,93 (2,77)
Acomodación fúndica (%)	0,79 (0,13)
Vaciamiento líquido	
Vaciamiento líquido media hora	33,31 (14,45)
Vaciamiento líquido 1 hora	20,77 (8,14)
Vaciamiento líquido 2 horas	8,39 (5,58)
Vaciamiento líquido 3 horas	2,81 (2,52)
Vaciamiento líquido 4 horas	1,23 (1,32)
Intestino delgado (%)	74,40 (13,94)
Centro geométrico colónico	
Centro geométrico colon día 1	3,93 (1,64)
Centro geométrico colon día 2	5,26 (1,48)
Centro geométrico colon día 3	5,86 (1,40)

COMUNICACIONES ORALES



ESTIMACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR Y SU RELACIÓN CON LOS ANTI-CARP EN PACIENTES CON AR

Martínez Calabuig, P. (1); Grau Garcia, E. (2); Román Ivorra, J. A. (3)

(1) Escuela de Doctorado en Ciencias de la Salud, Universidad Católica de Valencia. ; (2) Servicio de Reumatología, Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia. ; (3) Escuela de Doctorado en Ciencias de la Salud, Universidad Católica de Valencia. Servicio de Reumatología, Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia

IDENTIFICADOR: 14

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicaciones orales

PALABRAS CLAVE: Artritis Reumatoide, Anti-CarP, Riesgo Cardiovascular, SCORE

OBJETIVOS

Analizar la relación entre los niveles séricos de anticuerpos anti-CarP, los factores de riesgo cardiovascular clásicos y el riesgo cardiovascular estimado mediante las escalas SCORE2 $\times$ 1,5, Framingham y QRISK3-2018 en pacientes con artritis reumatoide.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional transversal que incluyó 101 pacientes con AR. Se recogieron FRCV clásicos (HTA, DM, DL, hábito tabáquico e IMC), parámetros analíticos relacionados con riesgo cardiovascular y variables clínicas. Los niveles de anti-CarP se determinaron mediante ELISA, considerándose elevados valores $>17,2$ ng/mL. El RCV se estimó mediante SCORE2 ajustado $\times$ 1,5, Framingham Risk Score y QRISK3-2018, analizados como variables continuas y categóricas. Se realizaron modelos multivariantes ajustados por edad y sexo.

RESULTADOS

La cohorte de AR presentó una elevada prevalencia de FRCV clásicos: HTA en el 34,7%, DL en el 40,6%, DM en el 8,9% y sobrepeso u obesidad en el 62,4% de los pacientes, (tabla 1). Según SCORE2 $\times$ 1,5, el 83,3% de los pacientes se clasificó en categorías de riesgo moderado, alto o muy alto, mientras que las escalas Framingham y QRISK3-2018 identificaron una mayor proporción de pacientes en categorías de riesgo bajo (tabla 3).

No se observaron asociaciones significativas entre los niveles de anti-CarP y la presencia de FRCV clásicos individuales. Sin embargo, en el análisis multivariante, los niveles de anti-CarP se asociaron de forma positiva con el RCV estimado como variable continua mediante SCORE2 $\times$ 1,5 ($\beta = 0,307$; $p = 0,046$) y QRISK3-2018 ($\beta = 0,356$; $p = 0,031$). No se observó asociación entre anti-CarP y el Framingham Risk Score. Al analizar las escalas de riesgo de forma categórica, no se encontraron diferencias significativas en los niveles de anti-CarP entre categorías de riesgo. La edad se mantuvo como el principal determinante independiente del riesgo cardiovascular estimado.

CONCLUSIONES

En pacientes con AR, los niveles de anti-CarP no se asocian con los factores de riesgo cardiovascular clásicos. Sin embargo, se observa una asociación modesta con el riesgo cardiovascular estimado mediante SCORE2 $\times$ 1,5 y QRISK3 en análisis continuos. El significado clínico de esta asociación y el potencial valor de los anti-CarP en la estratificación del riesgo cardiovascular deben confirmarse en estudios longitudinales.

IMÁGENES ADJUNTAS

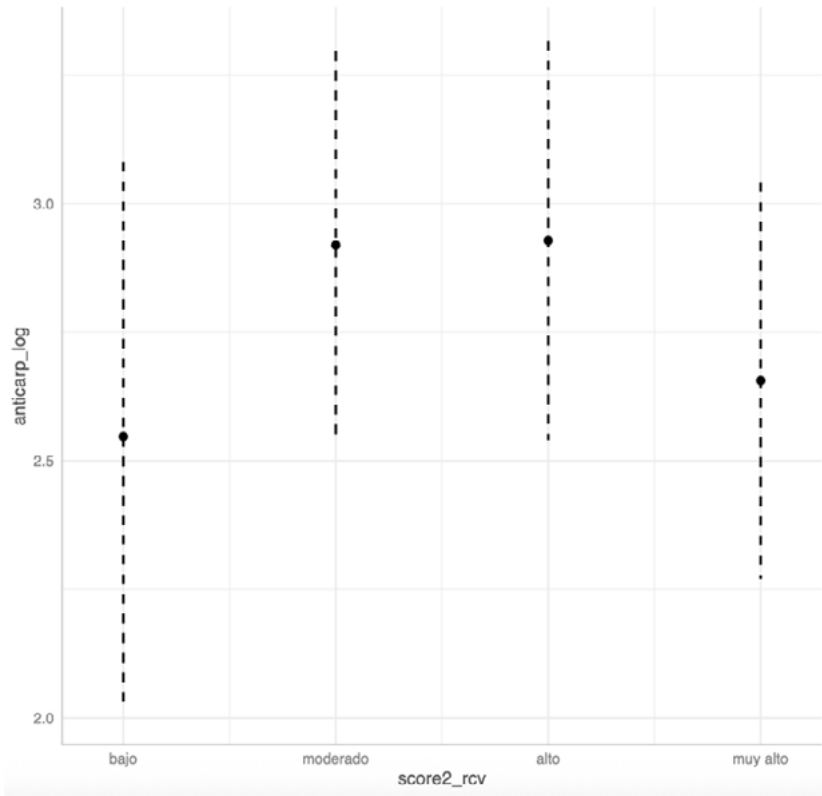


Imagen 1. Distribución de los niveles de anti-CarP en función de las categorías de riesgo cardiovascular definidas por SCORE2×1,5.

TABLA 1. Características demográficas y factores de riesgo cardiovascular clásicos en pacientes con AR.

Característica	Pacientes con AR n=101 Media (DE)/ n (%)
Edad – años	59,19 (11,36)
Sexo Femenino	80 (79,2%)
FRCV clásicos	
HTA	35 (34,65%)
DL	41 (40,59%)
DM	9 (8,91%)
Hábito tabáquico	
Fumador	26 (25,74%)
Exfumador	23 (22,77%)
Nunca fumador	52 (51,49%)
Normopeso (IMC < 25)	38 (37,62%)
Sobrepeso (IMC 25.0-29.9)	40 (39,6%)
Obesidad (IMC ≥30)	23 (22,77%)
Antecedentes de Evento CV	7 (6,93%)
IMC – valor (DE)	27,03 (4,83)

TABLA 2. Parámetros analíticos generales en pacientes con AR.

Característica	Pacientes con AR n= 101 Media (DE)/ n (%)
Glucosa (mg/dL)	89,92 (14,3)
Ácido Úrico (mg/dl)	4,49 (1,38)
Hiperuricemia	14 (12,86%)
FG CKD-EPI (ml/min)	88,97 (18,17)
Filtrado glomerular disminuido	36 (35,64%)
CT (mg/dL)	205,33 (41,88)
HDLc (mg/dL)	64,57 (17,68)
LDLc (mg/dL)	119,65 (37,56)
Triglicéridos (mg/dL)	108,29 (57,4)
25-OH vitamina D (ng/ml)	30,6 (12,51)
Deficiencia de 25-Oh Vit. D	16 (15,84%)
Insuficiencia de 25-OH Vit. D	43 (42,57%)

Escalas de riesgo cardiovascular	Categoría	Pacientes con AR n=101 n (%)
SCORE2 × 1,5 (n=101)	Muy alto (>15)	17 (16,67%)
	Alto (7,5-4,99)	25 (24,51%)
	Moderado (2,5-7,49)	43 (42,16%)
	Bajo (< 2,5%)	16 (15,69%)
Framingham Risk Score (n=96*)	Alto (>20%)	4 (3,92%)
	Moderado (10-20%)	11 (10,78%)
	Bajo (< 10%)	81 (79,41%)
QRISK®3-2018 (n=100*)	Alto (>20%)	21 (20,59%)
	Moderado (10-20%)	30 (29,41%)
	Bajo (< 10%)	49 (48,04%)

REFERENCIAS

¹ DE BRITO ROCHA S, ET AL. CLINICAL AND PATHOPHYSIOLOGIC RELEVANCE OF AUTOANTIBODIES IN RHEUMATOID ARTHRITIS. ADV RHEUMATOL. 2019;59:2.

² SHI J, ET AL. AUTOANTIBODIES RECOGNIZING CARBAMYLATED PROTEINS ARE PRESENT IN SERA OF PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS AND PREDICT JOINT DAMAGE. PROC NATL ACAD SCI USA. 2011;108:17372-7.

³ MARTÍNEZ CALABUIG P, ET AL. ASSOCIATION OF ANTI-CarP LEVELS WITH CLINICAL ACTIVITY AND SEROLOGICAL PROFILE IN RHEUMATOID ARTHRITIS. MED CLIN (BARC). 2025 SEP;165(3):107045. English, Spanish.

DISOCIACIÓN MICRO- Y MACROVASCULAR EN ESCLEROSIS SISTÉMICA: LA CAPILAROSCOPIA PERIUNGUEAL PREDICE EVENTOS CARDIOVASCULARES INDEPENDIENTEMENTE DE LA ATEROESCLEROSIS SUBCLÍNICA

Carlos Valera-Ribera¹, Javier Narvaez^{2, 3*}, Joaquín Lacasa-Molina⁴, Montserrat Robustillo-Villarino⁵, Juan José Alegre-Sancho⁶

(1) Department of Rheumatology. Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia, Spain. ORCID ID: 0009-0007-3059-4347 **(2)** - Faculty of Medicine and Health Sciences, Universitat de Barcelona. Barcelona, Spain. **(3)**- Department of Rheumatology. Hospital Universitario de Bellvitge. Bellvitge Biomedical Research Institute (IDIBELL). Barcelona, Spain. ORCID ID 0000-0002-1614-8064 **(4)**- Department of Rheumatology. Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia. **(5)**- Rheumatology Department, La Plana University Hospital, Villareal, Castellón, Spain. **(6)**- Department of Rheumatology. Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia. ORCID ID: 0000-0002-7924-7406.

*Drs. Javier Narváez and Juan José Alegre-Sancho comparten senior authorship.

IDENTIFICADOR: 41

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicaciones orales

ANTECEDENTES

La esclerosis sistémica (ES) combina microangiopatía y aumento del riesgo cardiovascular (CV). La ecografía carotídea detecta aterosclerosis subclínica y daño macrovascular subclínico. La capilaroscopia periungueal (CPU) se ha descrito como predictor de ECV: las microhemorragias (MH) y el patrón precoz se asocian a menor riesgo, mientras que las áreas avasculares (AA) y el patrón tardío se asocian a mayor riesgo. Sin embargo, la relación entre el daño microvascular y la aterosclerosis subclínica, y su contribución conjunta al desarrollo de ECV, es desconocida

OBJETIVOS

- Evaluar la asociación entre los hallazgos en CPU y la presencia de placa carotídea.
- Analizar si la combinación de datos micro- y macrovasculares mejora la identificación de pacientes con alto riesgo de ECV en ES.

MÉTODOS

Estudio multicéntrico, retrospectivo y observacional en 176 pacientes con ES. Se excluyeron pacientes con ECV previos. Se realizó en todos los pacientes CPU al diagnóstico y ecografía carotídea durante el seguimiento. Se registraron hallazgos específicos de CPU y los patrones de Cutolo. La placa carotídea se definió según el consenso de Mannheim. Se crearon modelos de regresión logística multivariable para predictores de placa, regresión lineal para el grosor íntima-media (GIM), y modelos de Cox multivariados para la incidencia de ECV (definido como infarto de miocardio, ictus o isquemia/trombosis arterial periférica). Además, se realizó un análisis de discordancia micro-/macrovascular mediante modelos de Cox univariados y curvas de Kaplan-Meier, definiendo cuatro fenotipos combinados según presencia de placa carotídea y alteraciones en la CPU.:

1. Grupo 1: Sin placa / Sin alteraciones en CPU (grupo de referencia)
2. Grupo 2: Sin placa / Alteraciones en CPU (predominio microvascular)
3. Grupo 3: Placa presente / Sin alteraciones en CPU (predominio macrovascular)
4. Grupo 4: Placa presente / Alteraciones en CPU ("double hit").

RESULTADOS

La edad media fue de 55,7±15,3 años, con un seguimiento mediano de 10 años. 82 (46.6%) presentaron placa carotídea y 25 (14.2%) ECV 14,2%. La ateromatosis se asoció a factores clásicos: edad (OR 1,116/año; p<0,001) e HTA (OR 2,745; p=0,050). La CPU no se asoció ni a placa ni a GIM (GIM: edad β 0,004 mm/año; p<0,001; dislipemia β 0,058 mm; p=0,041).

En la regresión de Cox multivariable, las MH fueron protectoras de forma independiente frente a ECV ajustando por edad y placa (HR 0,366; p=0,014). AA y patrón tardío se asociaron a mayor riesgo de ECV aunque no alcanzaron significación estadística.

Al estratificar por fenotipos: alteraciones en CPU identificaron riesgo alto incluso sin placa, y el mayor riesgo se concentró en el "double hit": placa + AA (HR 5,37; IC95% 2,57–11,22). Además, la CPU moduló el riesgo dentro de los pacientes con placa: los que presentaban un fenotipo microvascular "protector" (MH/patrón precoz) tuvieron menor incidencia de ECV que sus homólogos con daño microvascular

avanzado (tabla 1). Las curvas de Kaplan–Meier confirmaron las diferencias en riesgo CV por estado microvascular independientemente de la aterosclerosis subclínica (figura 1).

CONCLUSIONES

La CPU no se asocia a aterosclerosis carotídea subclínica, pero aporta información pronóstica independiente para ECV en ES, apoyando un modelo vascular en dos vías. La combinación micro–macrovascular detecta un subgrupo de riesgo extremo (doble positivo) y permite refinar la estratificación CV en la práctica clínica.

IMÁGENES ADJUNTAS

Table 1. Major cardiovascular events across combined macrovascular and microvascular strata

Vascular strata	Major cardiovascular event					
	Yes, n (%)	No, n (%)	Relative risk *	Hazard ratio**	CI 95%	p***
Atheroma plaque absent and MH absent	3 (8.82)	31 (91.18)	1.00			
Atheroma plaque absent and MH present	3 (5.00)	57 (95.00)	0.57	0.421	0.205 – 0.865	0.019
Atheroma plaque present and MH absent	11 (35.48)	20 (64.52)	4.02	2.704	1.478 – 4.949	0.001
Atheroma plaque present and MH present	8 (15.69)	43 (84.31)	1.78	1.085	0.578 – 2.035	0.800
Atheroma plaque absent and AA absent	2 (3.92)	49 (96.08)	1.00			
Atheroma plaque absent and AA present	4 (9.30)	39 (90.70)	2.37	3.424	1.633 – 7.179	0.001
Atheroma plaque present and AA absent	6 (14.63)	35 (85.37)	3.73	3.582	1.520 – 8.442	0.004
Atheroma plaque present and AA present	13 (31.71)	28 (68.29)	8.09	5.373	2.574 – 11.215	< 0.001
Atheroma plaque absent and Early pattern absent	5 (9.80)	46 (90.20)	1.00			
Atheroma plaque absent and Early pattern present	1 (2.33)	42 (97.67)	0.24	0.431	0.166 – 1.122	0.085
Atheroma plaque present and Early pattern absent	15 (26.79)	41 (73.21)	2.73	2.463	1.455 – 4.168	< 0.001
Atheroma plaque present and Early pattern present	4 (15.38)	22 (84.62)	1.57	1.717	0.745 – 3.954	0.204
Atheroma plaque absent and Late pattern absent	4 (5.31)	74 (94.69)	1.00			
Atheroma plaque absent and Late pattern present	2 (12.5)	14 (87.50)	2.44	4.253	2.108 – 8.580	< 0.001
Atheroma plaque present and Late pattern absent	11 (18.33)	49 (81.67)	3.57	4.331	2.226 – 8.425	< 0.001
Atheroma plaque present and Late pattern present	8 (36.36)	14 (63.64)	7.09	6.050	2.822 – 12.969	< 0.001

* Relative risk was calculated using the event proportion in each stratum versus the reference stratum, being both plaque and nailfold capillaroscopic finding absent.

** Hazard ratios were calculated as univariate Cox regression taking as reference the category within each vascular stratum without atheroma plaque nor nailfold capillaroscopy findings.

*** P-values were calculated for the hazard ratios of the univariate Cox regression.

ABBREVIATIONS: CI 95% = confidence intervals 95%, MH = microhaemorrhages, AA = avascular areas

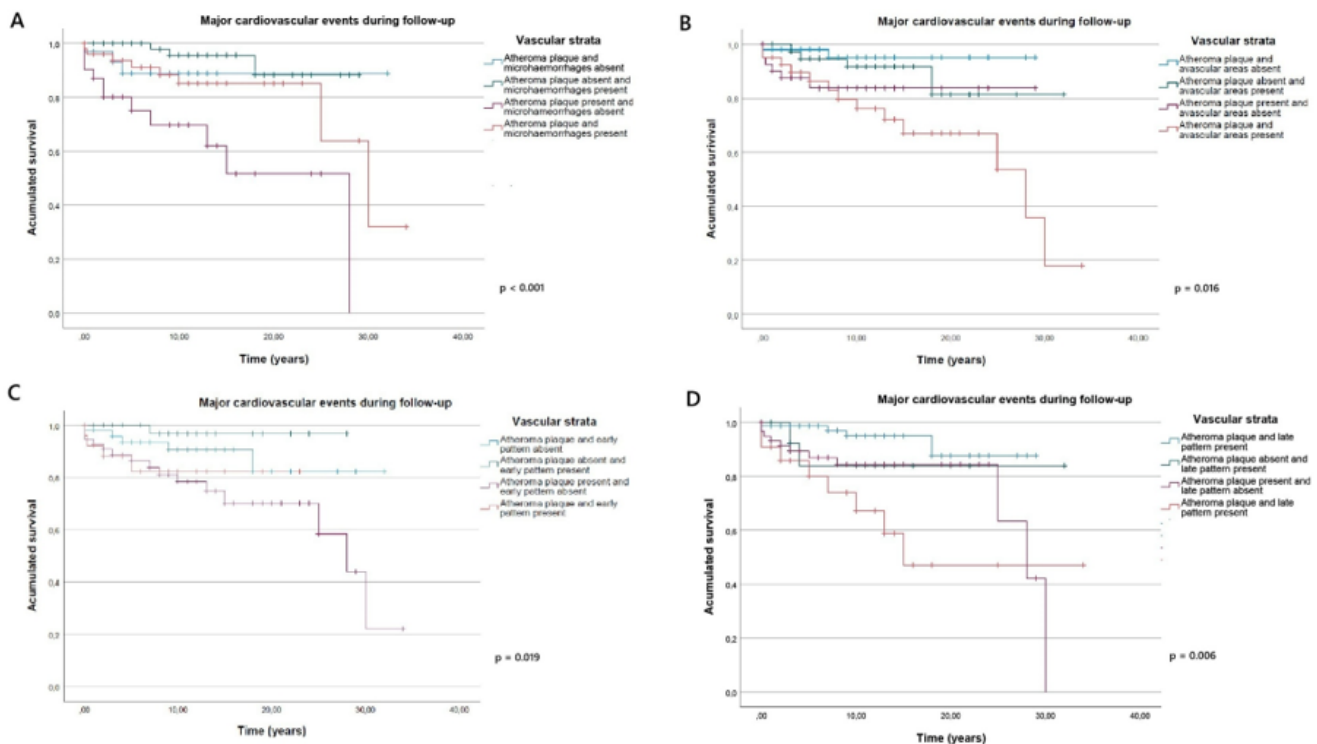


Figure 1: Kaplan-Meier analysis of the incidence of major cardiovascular events across to macrovascular and microvascular strata. 1A: Microhaemorrhages in NFC and atheroma plaque. 1B: Avascular areas in NFC and atheroma plaque. 1C: Early pattern and atheroma plaque. 1D: Late pattern and atheroma plaque.

EXPERIENCIA EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL CON TERAPIA DUAL EN ENFERMEDADES REUMÁTICAS: EFICACIA Y SEGURIDAD EN UNA SERIE DE CASOS

Aguilar Zamora, M. (1)

(1) Hospital Sagunto.

IDENTIFICADOR: 42

TIPO DE COMUNICACIÓN: Comunicaciones orales

INTRODUCCIÓN

Aunque el uso de terapia combinada con dos biológicos (FAMEb) o un biológico y un inhibidor JAK (iJAK) es excepcional en reumatología por preocupaciones de seguridad y evidencia limitada, puede considerarse en pacientes con enfermedad refractaria o con varias EIIM.

Este estudio describe la experiencia en práctica clínica con terapia dual en enfermedades reumáticas, evaluando eficacia y seguridad.

MÉTODOS

Se revisaron de forma ambispectiva pacientes tratados en el Servicio de Reumatología de un hospital comarcal que recibían al menos dos FAMEb o un FAMEb+iJAK desde la farmacia hospitalaria. Los pacientes se clasificaron en dos grupos:

- Grupo A: ambas terapias dirigidas a dos EIIM (p. ej., espondiloartritis [EspA] y enfermedad inflamatoria intestinal [EII]).
- Grupo B: terapia dirigida a una enfermedad inflamatoria reumática y a una enfermedad no reumática (p. ej., asma o migraña).

Se recogieron datos demográficos, indicaciones, duración, respuesta clínica (grupo A), reactantes y eventos adversos. La eficacia clínica se valoró de forma global ("sí", "parcial", "no") debido a la heterogeneidad de la población estudiada.

RESULTADOS

Se incluyeron 17 pacientes: 8 correspondientes al grupo A y 10 al grupo B, con un solapamiento de un paciente debido al uso de triple terapia. Una paciente del grupo A recibió dos combinaciones. En total, 17 pacientes (10 mujeres), edad media $48,9 \pm 16,9$ años, duración media de la enfermedad $7,8 \pm 5$ años. Las características de los tratamientos se muestran en la TABLA 1. La combinación más frecuente fue iJAK + inhibidor de IL-23, así como FAMEb en combinación con benralizumab. La duración media de la terapia dual fue de 13,2 meses (rango 3-29); 12,8 meses (rango 3,5-25) en el grupo A y 14 meses (rango 3-29) en el grupo B.

En el grupo A, 6 de los 8 pacientes presentaban EspA asociada a EII, mientras que el resto correspondían a otras EIIM. El número medio de tratamientos biológicos previos fue de $3,7 \pm 1,7$. De las 9 combinaciones diferentes, 2 pacientes presentaron mejoría clínica, 6 una mejoría parcial y 1 no mostró respuesta. En un caso fue necesario un cambio en la combinación terapéutica, con respuesta parcial. La reducción media de la PCR fue de $11,4 \pm 8,7$ mg/L y la de la VSG $6 \pm 16,6$ mm/h.

En el grupo B, las comorbilidades no reumatológicas fueron asma (n=6), migraña (n=3) y dermatitis atópica (n=1). Nueve pacientes continuaban en tratamiento combinado en el momento de la recogida de datos y un paciente suspendió la terapia por falta de eficacia en el control de la migraña.

No se registraron acontecimientos adversos graves; dos pacientes con tofacitinib (grupo A) presentaron infecciones leves que se resolvieron al reducir la dosis, y una paciente con rituximab+benralizumab (grupo B) presentó infecciones leves, sin necesidad de interrumpir tratamiento.

CONCLUSIONES

El aumento en el uso de terapias biológicas y dirigidas en las EIIM ha despertado el interés en la terapia dual en pacientes complejos o refractarios. En nuestra serie, predominó la combinación iJAK + inhibidor de IL-23, así como FAMEb con inhibidores de IL-5. La mayoría presentaba solapamiento EspA-EII, aunque también se utilizó en EIIM con otras comorbilidades. Aunque se trata de una experiencia limitada, los resultados sugieren que la terapia dual puede representar una opción terapéutica viable en casos seleccionados de enfermedad refractaria o con coexistencia de múltiples EIIM, siempre bajo estrecha supervisión clínica multidisciplinar.

IMÁGENES ADJUNTAS

Tabla 1

N.º Paciente	Grupo	Sexo (M/F)	Edad (años)	Duración enfermedad (años)	Duración de la terapia dual (meses)	Tratamiento 1	Tratamiento 2	Tratamiento 3	Diagnósticos
1	A	M	40	9	6	Upadacitinib 45 mg	Risankizumab	Erenumab	EspA, EII, Psoriasis, Migraña
2	A	F	46	13	19	Upadacitinib 15 mg	Guselkumab	-	AR, artritis psoriásica
3	A	M	44	5	16	Tofacitinib 11 mg	Infliximab	-	EspA, EII
4	A	F	53	2	5	Tofacitinib 11 mg	Infliximab	-	EspA, EII
5a	A	F	53	12	12	Upadacitinib 15 mg	Ustekinumab	-	EspA, EII
5b	A	F	39	12	25	Tofacitinib 11 mg	Ustekinumab	-	EspA, EII
6	A	M	39	3	13	Infliximab	Ustekinumab	-	EspA, EII
7	A	M	67	1	3,5	Rituximab	Secukinumab	-	Síndrome antisintetasa, artritis psoriásica
8	A	M	54	10	16	Infliximab	Risankizumab	-	EspA, EII
9	B	M	85	10	29	Adalimumab	Benralizumab	-	AR, Asma
10	B	F	67	19	6	Certolizumab	Dupilumab	-	EspA, Dermatitis atópica
11	B	F	72	7	3	Upadacitinib 15 mg	Benralizumab	-	Artritis psoriásica, Asma
12	B	M	31	4	10	Adalimumab	Benralizumab	-	AR, Asma
13	B	F	35	3	10	Rituximab	Benralizumab	-	Esclerosis sistémica, Asma
14	B	F	55	9	19	Tocilizumab	Erenumab	-	AR, migraña
15	B	F	18	3	27	Upadacitinib 15 mg	Benralizumab	-	EspA, Asma
16	B	F	52	15	24	Belimumab	Erenumab	-	LES, migraña
17	B	F	35	8	6	Belimumab	Dupilumab	-	LES, Asma

Abreviaturas: EspA, espondiloartritis; EII, enfermedad inflamatoria intestinal; AR, artritis reumatoide; LES, lupus eritematoso sistémico. Una paciente recibió dos combinaciones diferentes de terapia dual durante el seguimiento (5a y 5b).

XXIX Congreso SVR

VALENCIA 2026

