



P129 - ¿Es la remisión ecográfica un objetivo a nuestro alcance?

G.A. Añez Sturchio¹, V. Torrente², M. Bonet¹, M. Castillo³, L. Orpinell³, A. Ponce⁴, N. Busquets⁴, M. Pascual⁴, H. Corominas⁵, C. Díaz⁵, P. Molla⁵ y J.J. de Agustín¹

¹Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. ²Hospital Comarcal de l'Alt Penedès. Vilafranca del Penedès. ³Hospital Universitario Sagrat Cor. Barcelona. ⁴Hospital General de Granollers. ⁵Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Resumen

Introducción: En la actualidad el principal objetivo de la terapéutica de la artritis reumatoide es lograr una remisión sostenida. Existen dudas si los pacientes en remisión se encuentran con una remisión real. Se ha propuesto la remisión ecográfica (RE) como la ausencia de lesiones inflamatorias. Hemos propuesto realizar un estudio que valore la remisión ecográfica en pacientes en remisión clínica sostenida.

Objetivos: Evaluar la remisión ecográfica en una muestra de pacientes en remisión clínica sostenida medida por DAS28.

Métodos: Estudio transversal, multicéntrico en una cohorte de pacientes en remisión clínica sostenida (> 9 meses) a los que se iba a optimizar el tratamiento. Se realizó evaluación clínico, ecográfica (E) y analítica. Se registro DAS28, SDAI, HAQ, VSG, PCR, ACPA y FR. Ecográficamente se estudio con escala de grises (EG) y power Doppler (PD) con escala semicuantitativa articular (A) y tendinosa (T): carpos, 1-5 MCF, 1-5 IFP, tibioastragalina, subastragalina, 2da y 5ta MTF, tendones extensores (Text) y flexores (Tflex) del carpo, flexores de los dedos, tibial posterior y peroneos. Se uso como criterio de remisión clínica el DAS28 < 2,6, y remisión ecográfica la ausencia de sinovitis (EG y PD = 0). También se definió actividad ecográfica la EG ≥ 1 y PD ≥ 1. Para análisis estadístico se utilizo SPSS versión 20. Todos los paciente firmaron el consentimiento informado y el proyecto contaba con la aprobación del comité ético del centro de referencia y en cada centro hospitalario.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 49 pacientes. Los valores medios de los índices clínicos fueron: DAS28 1,71 (0,49-2,6), SDAI 1,62 (0-7,11). En la E la articulación con más frecuencia de afectación fue el carpo (28,6%), y de los tendones los Text (11,2%) (tabla). En el 53% (26) se observo E patológica (A y T), 46,9% (23) E articular patológica, en el 30% (15) E tendinosa patológica. Considerando la remisión una ecografía EG+PD = 0, solo 46,9% (23) estaban en remisión. De los pacientes con alteraciones en la E, el 18,3% presentaban valores de actividad ecográfica (E ≥ 1 + PD ≥ 1) en al menos 1 articulación/tendón. Usando esta valoración, la frecuencia por articulaciones fue mayor en el carpo (8,2%) y los Text 6,1%. Las articulaciones IFP y todas las de los pies no presentaban criterios de actividad ecográfica (tabla). Se observo correlación entre los años de evolución de la enfermedad, el FR con el recuento ecográfico cuantitativo (0,970, p < 0,01 y 0,457, p < 0,01 respectivamente).

Frecuencias por articulaciones en función si existe lesión ecográfica inflamatoria (EG y/o PD) o si la afectación es activa ($EG \geq 1 + PD \geq 1$)

% (nº pacientes)	Eco negativa	Eco positiva	No activa	Activa
CARPO	71,4 (35)	28,6 (14)	91,8 (45)	8,2 (4)
1MCF	91,8 (45)	8,2 (4)	95,9 (47)	4,1 (2)
2MCF	95,9 (47)	4,1 (2)	95,9 (47)	4,1 (2)
3MCF	95,9 (47)	4,1 (2)	98 (48)	2 (1)
4MCF	89,8 (44)	10,2 (5)	98 (48)	2 (1)
5MCF	98 (48)	2 (1)	98 (48)	2 (1)
1IFP	93,9 (46)	6,1 (3)	100 (49)	0(0)
2IFP	100 (49)	0(0)	100 (49)	0(0)
3IFP	98 (48)	2 (1)	100 (49)	0(0)
4IFP	98 (48)	2 (1)	100 (49)	0(0)
5IFP	100 (49)	0(0)	100 (49)	0(0)
TA	91,8 (45)	8,2 (4)	100 (49)	0(0)
SA	93,9 (46)	6,1 (3)	100 (49)	0(0)
2MTF	85,7 (42)	14,3 (7)	100 (49)	0(0)
5MTF	98 (48)	2 (1)	100 (49)	0(0)
TEXT	89,8 (44)	10,2 (5)	93,9 (46)	6,1 (3)
TFLEX	100 (49)	0(0)	100 (49)	0(0)
TP	93,9 (46)	6,1 (3)	100 (49)	0(0)
TPER	93,9 (46)	6,1 (3)	98 (48)	2 (1)

Conclusiones: La remisión clínica y ecográfica no son equivalentes. Más de la mitad de los pacientes no cumplen la RE y en una quinta parte de ellos se debería realizar un control estricto para evitar una recaída de la enfermedad si se decide optimizar. El carpo y los tendones extensores son las estructuras anatómicas que siempre se deben valorar en función de los resultados obtenidos.