

3ª Sesión

Viernes 20 de mayo

224

ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN UNA UNIDAD DE REUMATOLOGÍA INFANTIL DE UN HOSPITAL SECUNDARIO

P. Collado Ramos, C. Calvo Rey, R. Díaz-Delgado y Peñas y M. Crespo Echevarría
Hospital Severo Ochoa.

Introducción: La complejidad de las enfermedades reumáticas en la infancia, conseguir un crecimiento y desarrollo esquelético correcto, y la disponibilidad de nuevas terapéuticas utilizadas en adultos pero con un potencial incierto de toxicidad para los niños, son suficientes razones por las que estos niños deben recibir una evaluación de equipo.

Objetivo: Presentamos los datos de la consulta externa de la Unidad de Reumatología Infantil (URI) del Hospital Severo Ochoa del área sanitaria 9, un área urbana con una población pediátrica de 60.000 niños (20,22%).

Método: El estudio se ha realizado con datos recogidos en una base de datos propia sobre los pacientes atendidos en el periodo de tiempo de 2,5 años. Se analizaron las características demográficas y clínica de pacientes atendidos como nuevos en la consulta.

Resultados: A la URI se ha remitido para valoración un total de 157 niños con patología reumatológica (7,1% de la patología atendida en las consultas de Pediatría General). Edad media: 9,15 ± 4,19 años [2-15 años] con discreto predominio del sexo femenino. La artritis idiopática juvenil constituyó el diagnóstico más frecuente (33%) dentro de la patología inflamatoria. Un 1,9% está recibiendo tratamiento biológico. Cuatro pacientes mayores de 16 años (2,5%) han pasado a ser atendidos en las consultas de reumatología de adultos por el mismo facultativo de la Unidad.

Conclusión: La actividad asistencial en la URI dentro de un hospital secundario puede no resultar tan llamativa comparada con otros grandes hospitales, pero la existencia de la URI permite que nuestros pacientes lleven a cabo una transición eficaz a la vida adulta¹ sin temor a un cambio desconocido.

1. White PH. Transición: perspectivas futuras para los niños y adolescente con discapacidades y necesidades asistenciales sanitaria especiales. En: Miller ML y Laxer RM. *Rheumatic Disease Clinics of North America* (edición española) Madrid. Edit Médica Panamerica 2002;3:589-603.

225

DERMATOMIOSITIS JUVENIL: MARCADORES DE ACTIVIDAD Y FACTORES DE MAL PRONÓSTICO

C.O. Sánchez González, P. de Abreu Trigueros, A. Bardal Ruiz, G. Ruiz Bonilla, J.L. Morell Hita y M.L. Gámir Gámir
Unidad de Reumatología Infantil. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Objetivo: La dermatomiositis juvenil (DMJ), es una enfermedad multisistémica, relativamente rara y de etiología desconocida, caracterizada por la inflamación no supurada del músculo estriado y piel, con presencia de vasculitis como alteración anatomopatológica subyacente y que cursa con debilidad muscular simétrica, rash y aparición tardía de calcinosis. Nuestro objetivo es analizar los posibles marcadores de actividad de la enfermedad y los factores predictivos de mal pronóstico en estos pacientes.

Método: Realizamos un estudio descriptivo, retrospectivo y longitudinal de pacientes diagnosticados de dermatomiositis juvenil (DMJ) según los criterios de Bohan y Peter, en nuestra unidad de reumatología pediátrica, entre Enero de 1994 y Diciembre de 2004. Como marcadores de actividad analizamos: la respuesta clínica tanto dermatológica como muscular, la evolución de los enzimas musculares, las alteraciones objetivadas en la RMN, así como el cHAQ, CMAS y DAS de miositis infantil (al inicio de la enfermedad y en el momento actual). En cuanto a los factores de mal pronóstico evaluamos: el desarrollo de calcinosis y contracturas musculares, la existencia de vasculitis cutánea, el curso clínico de la enfermedad, las alteraciones objetivadas en la capilaroscopia, la respuesta al tratamiento esteroideo y la necesidad de inmunosupresores y/o terapia biológica.

Resultados: En nuestra consulta, diagnosticamos a 6 pacientes de DMJ, 2 niños y 4 niñas, con una edad media al inicio de la enfermedad de 5 años y 11 meses, y un tiempo medio de evolución de 6 años y 6 meses. Con respecto a la clínica cutánea desapareció el rash en 2 de los 6 pacientes (33,33%) y recuperaron la fuerza muscular 4 pacientes (66,66%). Los enzimas musculares estaban elevados en 4 niños al diagnóstico, siendo actualmente normales en 3 de ellos. En el momento actual obtuvimos un valor medio del cHAQ de 0,7 (0-3), DAS de 4,17 (0-20) y CMAS de 39,5 (0-52). Desarrollaron calcinosis y contracturas musculares 2 pacientes: 1 niño y 1 niña. Respecto al curso clínico: un niño presentó un único episodio agudo, 2 niñas curso crónico policíclico y 3 pacientes (1 niño y 2 niñas) crónico continuo. Respondieron al tratamiento esteroideo 3 pacientes, y en cuanto a la capilaroscopia fue patológica en todos los pacientes, siendo típica de dermatomiositis en 4 de ellos.

Conclusiones: En nuestra serie objetivamos como marcadores de actividad: la persistencia de la clínica cutánea a pesar de tratamiento esteroideo y/o inmunosupresor, la elevación mantenida de enzimas musculares y valores aumentados del cHAQ y del DAS. Tuvieron peor pronóstico aquellos que desarrollaron calcinosis y/o contracturas musculares a lo largo de la enfermedad; los pacientes con un curso clínico crónico continuo; y aquellos con pobre respuesta a tratamiento con corticoides, destacando que en esta pequeña serie, 2 de los 6 pacientes han iniciado terapia biológica, anti-TNF (un paciente infliximab y otro etanercept) por ausencia de respuesta a dosis plenas de esteroides y fármacos inmunosupresores.

226

BLOQUEO CARDÍACO CONGÉNITO. DESCRIPCIÓN DE CINCO CASOS

M.A. Aguirre, G. Morote, P. Jimena, M.D. Ruiz-González, L. Palomar, I. Gómez-Gracia y E. Collantes
Servicio de Reumatología, Servicio de Obstetricia y Ginecología, Servicio de Pediatría Hospital Reina Sofía. Córdoba.

Introducción: El Bloqueo cardíaco congénito es una rara manifestación que se presenta en aproximadamente en el 2% al 5% de fetos y neonatos de madres con Anticuerpos anti-Ro/anti-La. Se asocia al paso transplacentario de anticuerpos maternos. Presentamos 5 casos ocurridos en nuestro Hospital desde el año 2001 hasta el 2004.

Pacientes y métodos: Presentamos los casos de de 5 niños (1 varón, 4 niñas) diagnosticadas de bloqueo cardíaco durante la gestación, mediante Ecocardiografía fetal. Describimos las características clínicas y serológicas de las madres y la evolución de los hijos.

Resultados: El diagnóstico de Bloqueo aurículo-ventricular se realizó en el 2º trimestre de gestación. Tras los nacimientos que se produjeron entre las 34 y 41 semanas de gestación, cuatro presentaron bloqueo cardiaco completo y 1 paciente bloqueo de 2º grado que posteriormente progresó a bloqueo completo. Todos los niños han precisado implantación de marcapasos. En 3 pacientes la implantación se realizó pocos días tras el nacimiento, en otra se realizó a los 8 meses y en otra niña a los 20 meses de vida. Todos los niños han evolucionado favorablemente excepto la niña en la que realizó la implantación de marcapasos a los 20 meses que actualmente presenta una miocardiopatía dilatada. Las 5 madres presentaban Anticuerpos Antinucleares positivos con Anti-Ro positivo. En cuanto a los diagnósticos maternos: una de las madres estaba diagnosticada previamente de Síndrome de Sjogren, a otra se le diagnosticó tras el parto del mismo síndrome mientras que las otras tres no presentaban sintomatología sugerente de enfermedad autoinmune.

Conclusiones: El Bloqueo cardiaco congénito es una enfermedad de muy baja incidencia. En nuestros 5 casos se ha asociado a anticuerpos anti-Ro. El bloqueo cardiaco completo es normalmente irreversible obligando a la implantación de marcapasos de forma precoz. Las madres pueden presentar una enfermedad autoinmune aunque con frecuencia son asintomáticas.

227

AFECTACIÓN COXOFEMORAL EN PACIENTES CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL

P. Abreu Trigueros, A. Bardal Ruiz, J. Rubio García, G. Ruiz Bonilla, J.L. Morell Hita y M.L. Gámir Gámir

Unidad de Reumatología Infantil. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivo: Determinar el valor predictivo de la afectación coxofemoral en las diferentes categorías clínicas de la AIJ (Clasificación ILAR).

Material y métodos: Revisamos 242 historias de pacientes con diagnóstico de AIJ seguidos en nuestra Unidad entre 1980 y 2005. Se analizaron en todos ellos variables demográficas, clínicas, biológicas, inmunogenéticas (FR, ANA y HLA), analizando los distintos patrones radiológicos de afectación de cadera en función de la edad (Protrusión-subluxación, fragmentación y/o desestructuración de los núcleos epifisarios, microfracturas, necrosis, etc.), así como la necesidad de cirugía y tratamientos recibidos. El análisis estadístico aplicado fue descriptivo y de frecuencia mediante el programa SPSS para Windows.

Resultados: 45/242 (18%) AIJ presentaron afectación coxofemoral. 25 mujeres (55,6%) y 20 hombres (44,4%), con una edad media al diagnóstico de 6 años y 11 meses y un tiempo medio de evolución de 21 años. La distribución de coxitis por categoría clínica fue: 10/21 (47,61%) AIJ sistémicas, 14/81 (17,28%) AIJ oligoarticular persistente, 9/25 (36%) AIJ oligoarticular expandida, 4/16 (25%) AIJ poliarticular FR+, 6/42 (14,28%) AIJ poliarticular FR-, 1/19 (5,26%) artritis-psoriasis y 1/39 (2,56%) artritis-entesisitis. 16 de 45 pacientes (35,5%) presentaron afectación coxofemoral en los primeros 6 meses de la enfermedad. Un 38% presentó pinzamiento en la interlínea, el 27% erosiones, 9% subluxación y 26% anquilosis y/o destrucción articular. El 42% de los pacientes requirió recambio articular: 12 pacientes prótesis bilateral de cadera y 7 unilateral. Comparando el grupo AIJ-Coxitis (n = 45) con el grupo AIJ-Sin coxitis (n = 197), encontramos positividad de FR en 14 de 197 pacientes sin afectación de cadera (7%) y en 6 de los 45

con ésta (13,3%). Los ANA fueron positivos en 79 de 197 pacientes sin afectación de cadera (40%) y en 7 de 45 con ésta (15,5%). 11 de los 45 pacientes (24,4%) recibieron terapia biológica frente a los 27 de 197 (13,7%) de los pacientes sin afectación coxofemoral.

Conclusiones: 1. La incidencia de la afectación coxofemoral es mayor en la AIJ sistémica. En nuestra serie alcanza el 47,6%, lo que coincide con lo descrito previamente. 2. En más de un tercio de la AIJ oligoarticular expandida se afecta la cadera, lo que confiere mal pronóstico a este grupo. 3. La positividad del factor reumatoide podría considerarse un factor predisponente a mala evolución. 4. La afectación de cadera supone un dato de mal pronóstico ya que estos pacientes requieren con más frecuencia terapia biológica y recambio articular.

228

EFICACIA DE ANAKINRA EN LA ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL DE INICIO SISTÉMICO REFRACTARIA AL TRATAMIENTO CONVENCIONAL

I. Calvo, B. López y M.C. Millán

Unidad de Reumatología Pediátrica. Hospital Infantil La Fe. Valencia.

Introducción: La Artritis Idiopática Juvenil de inicio Sistémico (AIJIS) se caracteriza por ser una enfermedad multisistémica con fiebre alta, rash, artritis, serositis, esplenomegalia y resultados de laboratorio propios de una enfermedad inflamatoria sistémica. El tratamiento convencional consiste en corticoides y otros fármacos inmunosupresores (Metotrexato, ciclosporina, tacrolimus) y TNF-alfa (infliximab, etanercept). La anakinra, antagonista del receptor de Interleukina-I desempeña un papel relevante en la inflamación articular en la AIJ.

Objetivo: Evaluar la eficacia de Anakinra en 5 pacientes con AIJIS que no fueron respondedores al tratamiento convencional.

Pacientes y métodos: Estudio prospectivo, se incluyen a 5 pacientes con el diagnóstico de AIJIS, todos presentaban un curso sistémico, (4 poliarticular y 1 oligoarticular), Todos recibido tratamiento combinados con AINE, corticoides, gammaglobulina, metotrexato, ciclosporina y/o tacrolimus, etanercept y 2 infliximab, siendo todos ellos no respondedores. De edades $7,4 \pm 4,3$ años. La evolución de la enfermedad desde el diagnóstico fue de $3,2 \pm 1,4$ años. Todos fueron tratados con Anakinra a 1 mg/Kg/día subcutáneo, por un periodo máximo de 6 meses. Se evalúan los pacientes teniendo en cuenta los parámetros clínicos sistémicos y biológicos, así como los criterios de mejoría de Pavia. A los 15 días, 1, 3 y 6 meses.

Resultados: Todos los pacientes presentaron durante el tratamiento una notable y significativa mejoría de los parámetros clínicos (fiebre y exantema) y biológicos (PCR y ferritina) de actividad inflamatoria respecto a los tratamientos anteriores. Con mejoría del CHAQ de cifras de 2-2,7 a 1,2-0,7, EAV paciente (0-100): 88 (77-100) a 20 (10-15), EAV médico (0-100): 79 (65-95) a 18 (9-20). VSG110 mm/g (65-120) a 15 (9-35) y el número de articulaciones: 4,2 (4-6) a 0,9 (0-2). Ningún paciente desarrollo reacciones adversas. Solo los 2 primeros meses dolor local en el sitio de la inyección.

Conclusiones: La notable respuesta en los cinco pacientes representa una opción importante para los reumatólogos pediátricos, ya que el manejo de los pacientes con AIJIS refractaria al tratamiento convencional supone una gran dificultad. Son necesarios más estudios con mayor número de pacientes con AIJIS para valorar la evolución mas a largo plazo.

229

ARTRITIS ESTREPTOCOCICAS. DESCRIPCIÓN DE 16 CASOS

J. Belzunegui, I. Paniagua, J.R. de Dios, J.J. Intxausti, L. López Domínguez, C. González Benítez y M. Figueroa
Hospital Donostia San Sebastián (Guipúzcoa).

Objetivos: Describir las características clínicas de pacientes con artritis infecciosa causada por *Streptococcus* spp.

Material y métodos: Revisión de los historiales clínicos de 16 individuos. En todos los casos el diagnóstico fue realizado en base a uno ó más cultivos positivos de líquido sinovial.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 54 años (límites 18-87 años). Diez fueron hombres (62%) y 6 mujeres (38%). El tiempo medio entre el comienzo de los síntomas y el diagnóstico fue de 10 días (límites 1-75 días). Se encontró inmunosupresión en 10 individuos (1 hepatopatía crónica, 2 alcoholismo, 3 diabetes, 4 neoplasias, 2 corticoterapia, 1 adicción a drogas por vía parenteral, 1 infectado por el virus de la inmunodeficiencia humana). Existía artropatía previa en 7 casos (2 artrosis primarias, 2 artrosis con CCA, 1 rotura de ligamento cruzado anterior, 1 artritis reumatoide, 1 artritis séptica). Las especies aisladas fueron: 7 *St. agalactiae*, 5 *St. pyogenes*, 3 *St. equisimilis*, 2 *St. pneumoniae*, 1 *St. mitis*. La fiebre estuvo presente en 12 individuos (70%). Las articulaciones afectadas fueron: 11 rodilla, 2 codo, 1 tobillo, 1 hombro, 1 muñeca. La VSG elevada fue una constante (> 35 mm/h en todos, límites 38-132 mm/h, media 78 mm/h). Fue necesaria cirugía en 3 pacientes. Hubo un fallecimiento. Quedaron secuelas en 8 casos (50%).

Conclusiones: 1. La artritis estreptocócica es una entidad con una elevada morbi-mortalidad. 2. En un elevado número de casos (62%) existió inmunosupresión asociada. 3. La VSG elevada fue una constante y estuvo presente en todos los individuos.

230

ARTRITIS SÉPTICA DE ARTICULACIONES INTERAPOFISARIAS EN ADULTOS

J. Narváez, J.M. Nolla, J.A. Narváez, C. Gómez-Vaquero, N. Montala, N. Busquets, I. Castellví y J. Valverde
Servicio de Reumatología y Unidad de Resonancia Magnética. Hospital Universitari de Bellvitge.

Objetivo: Evaluar la frecuencia y las características clínico-microbiológicas de la artritis séptica de articulaciones interapofisarias (ASAI) en pacientes adultos.

Material y métodos: Análisis de los casos diagnosticados en un hospital universitario durante 10 años (1994-2003) y revisión pormenorizada de los publicados en la literatura durante un período de 32 años (PubMed 1972-2003). Se excluyeron los pacientes con drogadicción parenteral activa, y los casos que acontecieron tras cirugía o maniobras diagnósticas y terapéuticas.

Resultados: Se identificaron 10 pacientes afectados de ASAI de un total de 52 (19%) con infección vertebral por microorganismos piógenos (excluyendo las infecciones brucelares). En la revisión de la literatura se identificaron 32 casos adicionales, sumando un total de 42 enfermos (26 varones y 16 mujeres, con una edad media de 59 ± 15 años); el 55% de los pacientes era mayor de 60 años. La ASAI se estableció, por lo general, por vía hematógena siendo los hemocultivos positivos en el 81% de los pacientes. *Staphylococcus aureus* fue el germen responsable del 86% de los casos. Se constató la existencia de una patología de base predisponente en un 38% de

los enfermos (fundamentalmente diabetes mellitus, neoplasia, alcoholismo, y cirrosis hepática), y en un 38% de los casos existió un proceso infeccioso concomitante (generalmente artritis periférica o esternoclavicular, infección del tracto urinario bajo e infecciones cutáneas). En la mayoría de los pacientes el cuadro clínico se instauró de forma aguda (duración media de la enfermedad < 1 mes), todos presentaron una raquialgia unilateral de características inflamatorias, y fue frecuente la presencia de fiebre (83%) y de manifestaciones neurológicas (48%), casi siempre en forma de radiculalgia. En todos los enfermos se constató una elevación de los reactantes de fase aguda y en un 53% leucocitosis. El diagnóstico se estableció en todos los casos por las pruebas de imagen (RM, TAC o estudios isotópicos). Globalmente el pronóstico evolutivo fue bueno, con una mortalidad del 2% y una curación sin secuelas en la mayoría de los pacientes.

Conclusiones: La ASAI es una infección emergente que afecta preferentemente a pacientes de edad avanzada, en la mayoría de los casos sin patología de base predisponente. *Staphylococcus aureus* es el principal microorganismo causal. Su pronóstico vital es bueno. Esta entidad debe incluirse en el diagnóstico diferencial de los pacientes con raquialgia de características inflamatorias.

231

FASCITIS NECROTIZANTE EN EL ÁREA DE SALUD DE IBIZA-FORMENTERA Y SU REPERCUSIÓN EN EL APARATO LOCOMOTOR

A. Urruticoechea Arana, A. Fernández Angelats, R. Canet González, J. Tur Roselló, E. Escudero Cuadrillero, P. Merino, P. Medina, J. Zameza Arano y A.F. Conde Martín
Hospital Can Misses. Servicio de Reumatología, Traumatología, Medicina Interna, Intensivos y Anatomía Patológica.

Introducción: La fascitis necrotizante, infección grave y poco frecuente de partes blandas, afecta a la piel, tejido celular subcutáneo, fascia superficial y ocasionalmente, la profunda, progresa rápidamente y ocasiona necrosis hística y severa toxicidad sistémica.

Objetivos: Realizar un estudio de los pacientes con diagnóstico de fascitis necrotizante en los últimos 5 años, en un área de 120.000 habitantes, describiendo las características etiológicas, clínicas, diagnósticas y terapéuticas, analizando el tratamiento médico y quirúrgico requerido.

Métodos: Se incluyen todos los pacientes que han sido valorados en diferentes Servicios en el Hospital Can Misses de Ibiza, con el diagnóstico de Fascitis Necrotizante con diagnóstico anatómico-patológico. Se analiza la edad, sexo, factores predisponentes, etiológicos, características clínicas, hallazgos anatómico-patológicos y tratamiento precisado.

Resultados: Presentamos cinco casos de fascitis necrotizante tres de sexo femenino y dos masculino. La edad de aparición localizada en extremidades fue de 42 ± 17 (media ± DS) y la localizada en la pared abdominal, un caso, de 73 años. Entre los antecedentes aparecen dos casos con traumatismo menor, uno con hematoma y otro con herida contusa, una paciente VIH estadio A1, y una infección de herida quirúrgica previa; En la paciente de 23 años no aparecen antecedentes salvo una infección en "pearcin" periumbilical 3 años previos. Entre los factores predisponentes una diabetes tipo 2 con obesidad, una enfermedad vascular periférica y un caso ADVP. Antecedente etiológico 60% polimicrobiano, 40% monomicrobiano; presencia de estreptococo en tres casos. La repercusión clínica 60% con shock séptico, 20% exitus, 20% osteomielitis aguda hematógena fistulizada, 40% absceso perióstico, 60% miositis necrotizante en extremidades, 20% lesión

pulmonar aguda. El tratamiento quirúrgico se realizó en todos los casos con estudio anatomo-patológico compatible, y tratamiento antibiótico de amplio espectro.

Conclusiones: La Fascitis Necrotizante es una infección poco frecuente designada gangrena estreptocócica, rápidamente progresiva, con importante mortalidad. La repercusión clínica osteomuscular descrita son la miositis, la osteomielitis y los abscesos periósticos fundamentalmente. El mejor modo de mejorar su pronóstico radica en el exhaustivo conocimiento de la misma, así como el diagnóstico precoz con la sospecha clínica y el tratamiento quirúrgico en todos los casos.

232

TUBERCULOSIS OSTEOARTICULAR ACTIVA. REVISIÓN DE 24 CASOS

L. Mateo, S. Holgado, A. Olivé, J. Ruíz*, M. Sallés, E. Riera, E. García Casares y X. Tena
*S. Reumatología, *S. Neumología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.*

Objetivo: Evaluar las características actuales de la tuberculosis osteoarticular.

Material y método: Análisis retrospectivo de los pacientes diagnosticados de tuberculosis (TBC) osteoarticular (código IVA1d de la codificación de la ACR de 1983) en un servicio de reumatología entre 1984-2004. Se registraron 31 pacientes diagnosticados de TBC osteoarticular. Cinco fueron excluidos por tratarse de enfermedad de Pott antigua y 2 por no llegarse a la confirmación microbiológica o histológica.

Resultados: Se incluyeron en el análisis 24 casos de TBC osteoarticular, 17 hombres/7 mujeres, con edad media de 51,3 años (19-79). Cinco enfermos (20,8%) eran inmigrantes de Marruecos, Pakistán y Gambia. La localización fue: 14 (58%) vertebral, 7 (29%) articular periférica, 5(20%) articulaciones axiales (sacroilíacas, condroesternales). En 3 casos existía más de una localización articular/ósea, y en 6 casos se afectaron más de 3 cuerpos vertebrales. En 4 casos coexistió con infección en otros órganos: renal, pulmonar, ganglionar, cutánea, medular. El PPD fue positivo en 15, negativo en 4 y desconocido en 5. La demora diagnóstica media fue de 7,5 meses. Un tercio de los enfermos presentó fiebre antes del diagnóstico, 5 colestasis y 3 síndrome tóxico. La tinción de Ziehl-Neelsen de líquido articular o de muestra sinovial/ósea fue (+) en 9 (37,5%) y el cultivo de Löwenstein fue (+) en 19 (79%). La biopsia sinovial/ósea demostró granulomas necrotizantes característicos en 15 casos (62,5%). La duración media del tratamiento fue de 10 meses; 11 pacientes recibieron tratamiento cuádruple y 13, triple. Seis precisaron desbridamiento quirúrgico; se produjeron secuelas funcionales en 6 casos y fistulización en 5.

Conclusiones: La tuberculosis osteoarticular sigue siendo frecuente en nuestro medio y puede verse aumentada por la inmigración de países con alta prevalencia.

233

ARTRITIS SÉPTICAS SIN IDENTIFICACIÓN DEL AGENTE CAUSAL (CON LÍQUIDO SINOVIAL NEGATIVO)

G. Morote, M.C. Castro, M.D. Miranda, J.A. Carrasco, P. Font, E. Collantes y V. Pérez
Hospital Universitario Reina Sofía.

Introducción: Las artritis sépticas son artropatías causadas por gérmenes. El diagnóstico se establece con el crecimiento e identi-

ficación del germen en el cultivo del líquido articular. Sin embargo, en algunos casos esto no es posible.

Objetivo: Describir los casos dados de alta en nuestro Hospital con el diagnóstico de artritis séptica con cultivo de líquido articular negativo y examinar las circunstancias o pruebas complementarias que llevaron a este diagnóstico.

Material y método: Estudio descriptivo retrospectivo en el que se recogieron 92 casos de artritis séptica en nuestro Hospital desde 1996 hasta 2004 y se seleccionaron 28 en los que el cultivo del líquido sinovial era negativo o no constaba, examinando antecedentes personales, factores de riesgo y pruebas complementarias sugerentes de la existencia de artritis séptica.

Resultados: En dos casos se realizó el diagnóstico de artritis séptica por brucella por positividad del rosa de bengala con gammagrafía con captación patológica en la articulación. Se realizaron 5 diagnósticos de artritis séptica por ser monoartritis aguda febril y responder adecuadamente al tratamiento antibiótico, y en otros 4 casos por monoartritis aguda febril con gammagrafía con captación patológica en la articulación afectada. En cuatro casos el diagnóstico de sospecha se apoyó con la existencia de hemocultivos positivos, añadiéndose a estos un caso con hemocultivo positivo y gammagrafía con captación patológica del contraste y otras alteraciones sugestivas en el TAC con hemocultivo positivo. La captación patológica del trazador en la gammagrafía, dos de ellos con RNM sugerente, llevó a la confirmación del diagnóstico de sospecha en otros 3 casos. En otro caso, el antecedente de artritis séptica con cultivo positivo a *S. Aureus* en la articulación afectada y de infiltración de esa articulación fueron las claves para establecer este diagnóstico. En el resto de los casos (6) no se pudo concluir la causa del diagnóstico de artritis séptica con cultivo negativo para el líquido sinovial.

234

ESTUDIO COMPARATIVO DE DOS SERIES DE ARTRITIS SÉPTICAS DE DOS CIUDADES

G. Morote, M.D. Soria, M.D. Miranda, M.C. Castro, J.A. Carrasco, V. Pérez, P. Font y E. Collantes
Hospital Universitario Reina Sofía, hospital Universitario Puerta del Mar.

Objetivos: Describir y comparar las características de los casos de artritis séptica de dos hospitales andaluces diagnosticados desde 1996 hasta 2003.

Material y método: Estudio descriptivo retrospectivo en el que se recogieron los casos diagnosticados de artritis sépticas entre 1996 y 2003 en dos hospitales de referencia del sur de España (Hospital Universitario Reina Sofía-Córdoba- y Hospital Universitario Puerta del Mar-Cádiz). Solo se incluyeron los casos en que se demostró la presencia del germen en el líquido sinovial. Se analizó edad, género, año del diagnóstico, localización, germen causal, factores de riesgo, positividad de hemocultivos, gammagrafía y otras pruebas complementarias.

Resultados: Se recolectaron 74 casos en total (20 en Cádiz y 54 en Córdoba), en 38 mujeres y 36 hombres, con una edad media de $51,55 \pm 27,38$ años sin que se observaran diferencias significativas en cuanto al género y edad entre ambas series ($p < 0,05$). El mayor número de casos se registró en el año 1999 en las dos ciudades (6 en Cádiz y 10 en Córdoba). El 67% de los casos fueron monoarticulares y en su mayoría producidos por cocos gram positivos (44 en Córdoba, en Cádiz 16), pero no se demostró la existencia de diferencias significativas en cuanto a la los agentes etiológicos en ambos Hospitales, siendo el germen más frecuente *S. aureus* con 37 casos (50% de los casos), seguido de *S. viridans* (6

casos) y *S. epidermidis* (6 casos). Respecto a los factores de riesgo analizados, el padecer DM fue el más habitual (28% de los casos), seguido de el antecedente de algún tipo de infección (16% de los casos). No encontramos diferencias significativas entre los factores de riesgo de los pacientes de ambas ciudades. Los casos de artritis sépticas en ambos Hospitales resultaron similares, sin que se encontraran diferencias significativas de género, edad, agente etiológico y factores de riesgo.

235

DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE DE 92 CASOS DE ARTRITIS SÉPTICAS

G. Morote, M.C. Castro, M.D. Miranda, V. Pérez, J.A. Carrasco, P. Font y E. Collantes
Hospital Universitario Reina Sofía.

Objetivo: Describir 92 casos de artritis sépticas diagnosticados en nuestro Hospital desde 1996 hasta 2004.

Material y método: Estudio descriptivo retrospectivo en el que se recogieron los casos de artritis séptica confirmados mediante la identificación del germen en el líquido sinovial. También incluimos aquellos casos sospechosos de artritis séptica con buena respuesta al tratamiento antibiótico o quirúrgico, en el que no se pudo confirmar el diagnóstico mediante el aislamiento del germen.

Resultados: Se analizaron 92 casos, 47 mujeres y 45 hombres con una edad media de $50,62 \pm 25,3$. El diagnóstico de sospecha fue correcto en 49 casos. La localización más frecuente fue la rodilla con 56 casos. Encontramos 59 casos monoarticulares. De los 74 líquidos sinoviales analizados 64 fueron positivos. Hubo 24 pacientes diabéticos y 7 con Artritis Reumatoide. En 33 casos se documentó el antecedente de algún tipo de infección (2 intestinales, 8 urinarias, 6 respiratorias, 11 cutáneas y 6 casos de osteomielitis). Seis pacientes tenían insuficiencia renal y 7 algún tipo de neoplasia. Tres pacientes sufrían SIDA, 4 alcoholismo y 2 eran ADVP. En 11 casos existían el antecedente de infiltración articular o artrocentesis y en 3 de herida penetrante de la articulación. Los micro-organismos aislados fueron: *Staphylococcus aureus* (39 casos), *Brucella* spp. (3), *Salmonella* spp. (4), *S. epidermidis* (4), *Streptococcus agalactiae* (3), *Escherichia coli* (2), *Str. Pneumoniae* (2), *Str. Viridans* (4) y otros *Streptococcus* spp. (3). Los siguientes se aislaron en una única ocasión: *Corynebacterium* spp., *Neisseria gonorrhoeae*, *Haemophilus parainfluenzae*, *N. meningitidis*, *Morganella*, *Str. mitis* y *S. Warneii*.

236

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA ESPONDILODISCITIS POR *STREPTOCOCCUS AGALACTIAE* EN ADULTOS

N. Montalà, J.M. Nolla, J. Narváez, C. Gómez Vaquero, I. Castellví, L. Sánchez y J. Valverde
Servicio de Reumatología. Hospital Universitari de Bellvitge.

Se conoce, desde hace varias décadas, que *Streptococcus agalactiae* es un importante agente etiológico en las infecciones del neonato. En adultos, los procesos invasivos causados por este microorganismo están aumentando de forma progresiva. Las formas clínicas más habituales de presentación de la enfermedad son la bacteriemia, la celulitis, la infección del tracto urinario inferior y la neumonía. Las infecciones osteoarticulares, consideradas tradicionalmente como una rareza, están adquiriendo gran relevancia en la

práctica diaria. En la literatura, existe una considerable información acerca de las características clínicas de las artritis causada por *Streptococcus agalactiae*. El conocimiento acerca de las espondilodiscitis es mucho menor.

Objetivo: Establecer las características clínicas de la espondilodiscitis causadas por *Streptococcus agalactiae* en pacientes adultos.

Método: Análisis de los casos diagnosticados en un hospital universitario durante 11 años (1994-2004) y revisión de los casos publicados, de forma pormenorizada, en la literatura durante un periodo de 25 años (PUBMED 1980-2004).

Resultados: *Streptococcus agalactiae* fue el microorganismo responsable en el 10,5% (5/47) de los casos de espondilodiscitis causadas por gérmenes piógenos, en pacientes sin adicción a drogas por vía parenteral, diagnosticados en el hospital. Fue el estreptococo que se aisló con mayor frecuencia. En la revisión efectuada, se identificaron 34 casos adicionales a partir de 28 artículos. De los 39 pacientes finalmente estudiados, 14 (36%) eran mujeres y 25 (64%) varones con un rango de edad entre 29 a 89 años (edad media: 59 ± 13 años). Se constató la presencia de una patología de base en 23 (59%) casos, fundamentalmente: diabetes mellitus (8 casos), neoplasia (8 casos), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (4 casos) y alcoholismo (3 casos). En 18 (46%) pacientes, se evidenció la presencia concomitante de otro proceso infeccioso causado por el mismo microorganismo. En la práctica totalidad de los casos (38/39), se observó el compromiso de un único segmento vertebral. La columna lumbar fue la región que se afectó con mayor frecuencia (69%). En 15 (48,5%) pacientes se evidenció la presencia de un absceso epidural y/o paravertebral. Los hemocultivos fueron positivos en 21 de los 38 pacientes (53,5%) en los que se realizaron. En todos los pacientes en que se practicó una biopsia vertebral, el cultivo fue positivo. En 7 (22%) pacientes, existieron manifestaciones neurológicas. Se observaron secuelas funcionales en 5 (13,5%) pacientes. La tasa de mortalidad fue cero.

Conclusiones: La espondilodiscitis por *Streptococcus agalactiae* parece ser una infección emergente, que afecta preferentemente a pacientes de edad avanzada con comorbilidad acentuada. Suele comprometer la columna lumbar y, con frecuencia, se constata la presencia de extensión extravertebral. El pronóstico funcional y vital es bueno.

237

INFECCIONES ARTICULARES. ESTUDIO EN NUESTRA SERIE TRAS INTERVENCIÓN PROTÉSICA DE RODILLA Y CADERA

J. Baraiatxaburu*, M. Santisteban, I. Torre, R. Expósito, J.M. Gorordo, E. Uriarte**, J. M. Santamaria* y J.M. Aranburu
Servicios de Enfermedades Infecciosas*, Reumatología y Traumatología**
Hospital de Basurto. Bilbao.

Objetivo: Dentro del estudio de infecciones articulares realizado en nuestro centro en los últimos años, se pretende conocer las características clínicas, microbiológicas y la evolución tras tratamiento médico-quirúrgico de las infecciones en articulaciones protésicas.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de todos los casos de infección en prótesis de rodilla (PR) y cadera (PC) con diagnóstico de certeza en el periodo de Enero de 1999 a Diciembre de 2003. El diagnóstico requería un aislamiento microbiológico significativo en muestras intraoperatorias o líquido articular, junto con criterios clínicos, analíticos, radiológicos y/o gammagráficos de infección.

Resultados: Se han diagnosticado 41 pacientes con prótesis infectadas (23 PR y 18 PC). Su edad media era de 73,3 años (45-86) y veinte eran varones. La infección ha sido tardía en 30/41, precoz en 4/41, probablemente hematógena en 2/41 y recambio con cultivos positivos en 5/41. En 14 casos la infección asentaba en una prótesis ya recambiada. La duración media de los síntomas previa al diagnóstico ha sido de 12 meses (18,2 en PC y 7,7 en PR). La infección se ha manifestado con dolor en 41/41, febrícula-fiebre en 16/41 (39%), signos inflamatorios en 27/41 (65,8%) y fistula en 12/41 (29%). Los signos inflamatorios se observaron en el 78% de las PR frente al 50% de las PC ($p = 0,056$). Se dispuso de gammagrafía previa con Tc y Leucos en 14 casos, siendo sugestiva de infección en 12. El cultivo positivo se obtuvo en muestras intraoperatorias (IO) en 38 casos y por punción articular en 3. La infección fue polimicrobiana en 8 casos (19,4%). El *S. Coagulasa-negativo* ($n = 20$), los *Estreptococos* ($n = 10$) y *S. Aureus* ($n = 8$) fueron las bacterias más frecuentes. De los 38 pacientes con muestras IO, a 22 se les había practicado una artrocentesis previa, siendo concordante en 14 (63%). La evolución tras tratamiento se valoró en 38 pacientes (3 traslados). Se retiraron las 38 prótesis (33 en dos tiempos y las 5 con recambio en un tiempo y cultivos positivos). El tratamiento antibiótico fue prolongado (media: 10,7 semanas), incluyendo quinolonas con rifampicina en 22 casos (58%). Durante un seguimiento de 25 meses de media (3-50), 2 de los 38 pacientes presentaron signos de persistencia de infección. A 24 (73%) de los 33 pacientes se les ha recolocado la prótesis.

Conclusiones: 1. La mayoría de las infecciones en nuestra serie son tardías. 2. Es necesario un mayor índice de sospecha clínica en las infecciones de PC. 3. La gammagrafía y la artrocentesis prequirúrgica son útiles en el diagnóstico. 4. La evolución clínica postratamiento es favorable en la mayoría de los pacientes.

238

ARTRITIS SÉPTICA POR *STAPHYLOCOCCUS LUGDUNENSIS*

M. Lisbona Muñoz, M. Anaya Rojas, C. Aguilera Cros, N. Cid Boza, J. Povedano Gómez y A. García López
H.U. Virgen del Rocío.

Introducción: Presentamos un caso de Artritis séptica por *S. lugdunensis* tras artrocentesis evacuadora, en paciente con artropatía psoriásica. Es el primer caso de infección articular no protésica por este germen tras artrocentesis.

Caso: Varón de 41 años con antecedentes personales de artropatía psoriásica, en tratamiento con deflazacort 6 mg/d y etanercept. Ingresa por síndrome febril de 24 horas de evolución junto con signos inflamatorios a nivel de rodilla derecha. Presenta como antecedente, evacuación de líquido articular tres días antes. En la exploración presentaba artritis en rodilla derecha. La artrocentesis dio salida a líquido sinovial de carácter purulento. La analítica general no presentaba alteraciones, excepto VSG 40 mm. La radiología convencional mostró signos de destrucción articular, propios de su patología de base. Líquido articular con más de 50.000 leucocitos (98% de PMN). Se aisló en dos ocasiones de *S. lugdunensis*. Iniciamos tratamiento con antibioterapia intravenosa y artrocentesis diaria. La evolución no fue satisfactoria por lo que se realizó sinovectomía total, limpieza y drenaje quirúrgico.

Conclusión: *S. lugdunensis* es un estafilococo coagulasa negativo, similar al *S. aureus*. Es un germen particularmente invasivo y agresivo como lo demuestra el hecho de ser causa de endocarditis

sobre válvula nativa, algo poco frecuente entre los estafilococos coagulasa negativo. Causa infección principalmente en ámbito hospitalario y en pacientes que presentan enfermedades de base: inmunodepresión (como en nuestro caso), diabetes, neoplasias, Insuficiencia renal crónica, etc. Otros cuadros relacionados con *S. lugdunensis* son infecciones relacionadas con prótesis endovasculares e infecciones de prótesis articulares. Este es el primer caso descrito en la literatura de artritis séptica por este germen sobre articulación no protésica.

239

COEXISTENCIA DE INFECCIÓN OSTEOARTICULAR Y ENDocardITIS EN PACIENTES SIN ADICCIÓN A DROGAS POR VÍA PARENTERAL

N. Montalà, J.M. Nolla, C. Gómez Vaquero, J. Narváez, B. Bernad, X. Juanola, J. Rodríguez Moreno y J. Valverde
Servicio de Reumatología. Hospital Universitari de Bellvitge.

En los últimos años, el espectro clínico de las endocarditis bacterianas, una infección relativamente poco habitual que presenta una incidencia aproximada de 1 por 1000 ingresos hospitalarios, está sufriendo cambios notables. Cada vez con mayor frecuencia, el diagnóstico de endocarditis se establece a partir de una sospecha clínica fundamentada en la presencia de manifestaciones extracardiacas que aparecen como consecuencia de la bacteriemia persistente y de las embolias sépticas. Se conoce que la infección osteoarticular forma parte de las manifestaciones de las endocarditis y que, en ocasiones, constituye la forma de presentación de la enfermedad. No obstante, la información disponible acerca de la asociación endocarditis-infección osteoarticular en pacientes sin adicción a drogas por vía parenteral es muy escasa.

Objetivo: a) Analizar la prevalencia de endocarditis en los pacientes afectados de infección osteoarticular; b) Establecer el espectro microbiológico de la asociación endocarditis-infección osteoarticular.

Método: Estudio retrospectivo de los pacientes diagnosticados de infección osteoarticular, tanto raquídea (espondilodiscitis, artritis de interapofisarias posteriores, osteomielitis de arco posterior) como extrarraquídea (artritis periférica y axial), en un hospital universitario en un periodo de 11 años (1994 -2004). Únicamente se consideraron los pacientes en que existía comprobación microbiológica de infección piógena. Se excluyeron los casos que acontecieron en pacientes con adicción a drogas por vía parenteral y aquellos en los que la infección osteoarticular apareció como consecuencia de maniobras diagnósticas o terapéuticas. Se aceptó la existencia de endocarditis cuando existían imágenes inequívocas de vegetaciones en el ecocardiograma y hemocultivos positivos.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 170 pacientes, 110 varones (64,5%) y 60 mujeres (35,5%) con una media de edad de 61 ± 14 años. Del total de pacientes estudiados, 60 (35,5%) presentaban una infección raquídea (38 varones y 22 mujeres, con una media de edad de 64 ± 13 años) y 110 (64,5%) una infección extrarraquídea (71 varones y 39 mujeres, con una media de edad de 60 ± 15 años). La prevalencia global de endocarditis fue de 9,5% (16/170). En el grupo de pacientes afectados de infección raquídea fue de 16,5% (10/60) y en el grupo de pacientes con infección extrarraquídea de 5,5% (6/110). En todos los pacientes la infección fue monomicrobiana y afectó a una válvula nativa. La frecuencia de los distintos microorganismos en la totalidad de la serie fue la siguiente: estafilococos 43,5% (7/16), estreptococos 37,5% (6/16), *Enterococcus faecalis* 12,5% (2/16) y *Eikenella corrodens* 6,5%

(1/16). Los microorganismos aislados en los casos de infección raquídea fueron: estafilococos, 5 casos (*S. aureus*: 2; *S. epidermidis*: 2; *S. Lugdunensis*: 1), estreptococos, 3 casos (*St. sanguis*: 1; *St. mutans*: 1; *St. intermedius*, 1), *Enterococcus faecalis*, un caso y *Eikenella corrodens*, un caso. Los microorganismos aislados en los casos de infección extrarraquídea fueron: estreptococos, 3 casos (*St. sanguis*: 1; *St. agalactiae*: 1; *St. pyogenes*: 1), estafilococos, 2 casos (*S. Aureus*: 2) y *Enterococcus faecalis*, un caso.

Conclusiones: La coexistencia de endocarditis y de infección osteoarticular no resulta excepcional, circunstancia que debe tenerse presente en el abordaje de los pacientes con bacteriemia y manifestaciones clínicas en el aparato locomotor. La prevalencia de endocarditis es superior en los pacientes afectados de una infección osteoarticular que compromete a la columna vertebral. Los estafilococos y los estreptococos son los microorganismos causales más frecuentes.

240

IDENTIFICACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE CÉLULAS MADRE MESENQUIMALES (MSC) EN MEMBRANAS SINOVIALES DE PACIENTES CON ARTROSIS

M.J. Gimeno, M.J. Sánchez-Dopico y F.J. Blanco

Unidad de Investigación. Reumatología. C. H. Universitario Juan Canalejo. A Coruña.

Introducción: Las células madre mesenquimales (MSC) humanas están presentes en el estroma de la mayoría de los tejidos, contribuyendo a su regeneración en caso de daño o lesión. El objetivo de este trabajo ha sido investigar la presencia de células con características pluripotenciales en membranas sinoviales de pacientes con artrosis, y su capacidad para diferenciarse de forma controlada a condrocitos.

Métodos: Membranas sinoviales (n = 8) de pacientes con artrosis fueron digeridas enzimáticamente con colagenasa. Las células aisladas fueron cultivadas en DMEM, 20% FBS y con 10 ng/ml FGFb. Las células procedentes del segundo subcultivo se utilizaron para los estudios de caracterización (marcaje con 10 anticuerpos monoclonales y análisis por citometría de flujo) y diferenciación condrogénica (micromasas cultivadas en medio condrogénico). La diferenciación condrogénica de las células se confirmó cuantificando la presencia de componentes de la matriz extracelular del cartílago con la siguiente metodología: Tinciones con Safranina O, Azul de Toluidina y Azul alción para detectar proteoglicanos, e inmunohistoquímica para determinar la presencia de colágeno tipo II.

Resultados: La citometría de flujo mostró que más del 90% de la población obtenida era positiva para marcadores característicos de MSC: CD29 (95%), CD44 (90%), CD73 (95%), CD90 (98%); y negativa para marcadores hematopoyéticos (CD34 y CD45). Así mismo fue positivo el marcaje con CD117 (c-kit) (98%), CD166 (74%), PAX-7 (35%) y STRO-1 (88%). Los experimentos realizados con micromasas demostraron que el cultivo de estas células con TGFbeta3 durante 2 y 3 semanas, estimula la síntesis de proteoglicanos y colágeno tipo II, ambos característicos de la matriz extracelular del cartílago articular hialino.

Conclusión: En este trabajo, demostramos la presencia de una población con características de MSC en el tejido sinovial de los pacientes con artrosis. Debido a que las células MSC participan en el proceso reparativo de los tejidos adultos, estas células pueden tener un papel importante en la patogenia y el tratamiento de la artrosis.

241

EFFECTOS DEL ÓXIDO NÍTRICO EN SINOVIOCITOS HUMANOS ARTRÓDICOS

B. Cillero Pastor, M.J. López Armada, M. Lires Deán,

B. Caramés, B. Lema, F. Galdo y F.J. Blanco

Unidad de Investigación. Servicio de Reumatología. CH Universitario Juan Canalejo. A Coruña.

Antecedentes: El óxido nítrico (NO) es un mensajero implicado en la destrucción y en la inflamación de la articulación. El líquido sinovial de pacientes con artritis reumatoide y artrosis (OA) presentan una elevada concentración de NO.

Objetivos: Investigar el efecto del NO en sinoviocitos fibroblásticos OA, sobre la actividad mitocondrial, así como su relación con la apoptosis de condrocitos humanos.

Métodos: Se obtuvieron sinoviocitos OA a partir de 6 pacientes sometidos a reemplazamiento de cadera. La viabilidad celular se midió por el ensayo colorimétrico MTT (Roche). La función mitocondrial se evaluó analizando la actividad de los complejos enzimáticos de la cadena respiratoria mitocondrial (CRM) y de la citrato reductasa (CS), así como el potencial de membrana mitocondrial. Las actividades de los complejos de la CRM (complejo I: NADH CoQ1 reductasa, complejo II: succinato deshidrogenasa, complejo III: ubiquinol-citocromo c reductasa, complejo IV: citocromo c oxidasa) y CS se midieron a partir de sinoviocitos aislados de membrana sinovial OA. El potencial de membrana mitocondrial se evaluó mediante DePsipher (R&D) por citometría de flujo. La producción de ATP intracelular se cuantificó por un kit de detección de luminiscencia (Perkin Elmer). El análisis proteico se realizó mediante Western Blot. SNP (Sodium Nitroprusside) se usó como compuesto donador de NO (Alexis).

Resultados: SNP 0,5 mM, durante 24, 48 y 72 horas indujo la muerte de sinoviocitos OA (porcentajes de supervivencia: 84%, 78% y 85% respectivamente vs. basal; p < 0,05). SNP 0,5 mM, indujo la despolarización del potencial de membrana mitocondrial en 62% de células a las 12 horas de incubación. Sin embargo, el análisis de la CRM mostró que SNP 0,5 mM incrementó la actividad de los complejos I y III (159% y 232% respectivamente vs. basal; p < 0,05). La incubación durante 6, 24, 48 y 72 horas con SNP 0,5 mM, produjo un descenso en la síntesis de ATP intracelular (68%, 75%, 75% y 73% respectivamente vs. basal; p < 0,05). Finalmente SNP disminuyó bcl-2 y mcl-1.

Conclusión: Este estudio sugiere que NO reduce la supervivencia de sinoviocitos OA. Este efecto puede deberse a la acción del NO sobre la mitocondria.

242

INFLUENCIA DE LA CONCENTRACIÓN EXTRACELULAR DE SODIO SOBRE LA SÍNTESIS DE LAS CITOQUINAS IGF, IL-1 Y TNF ALFA POR EL CONDROCITO

E. Trujillo, A. Mobasheri, P. Martín-Vasallo y T. González
S. Reumatología, H.U. de Canarias. Dpto. Bioquímica y B. Molecular, Univ. La Laguna, University of Liverpool.

El cartílago articular adulto está sujeto a un equilibrio entre los procesos de síntesis de matriz extracelular y los procesos de degradación y pérdida de matriz. En la artrosis se produce una pérdida del equilibrio entre los procesos anabólicos y catabólicos. Las citoquinas tienen un importante papel en los mecanismos que controlan este balance. En las fases iniciales de la artrosis se ha

observado un aumento de la concentración del sodio extracelular y se ha comprobado que la síntesis de la matriz extracelular por el condrocito es sensible a la concentración extracelular de Na⁺.

Objetivo: Estudiar los efectos de la concentración de sodio extracelular sobre la síntesis de la citoquina anabólica IGF y de las citoquinas catabólicas IL-1 y TNF α en condrocitos en cultivo.

Material y métodos: Se realizaron cultivos primarios de condrocitos en medios con concentraciones crecientes de sodio. Las citoquinas IGF, IL-1 y TNF α fueron inmunoprecipitadas y posteriormente procesadas en geles de poliacrilamida, y transferidas para Western-blot. Los Western fueron posteriormente cuantificados y comparadas la intensidad de las bandas.

Resultados: Observamos expresión específica de las tres citoquinas estudiadas en los condrocitos cultivados en concentraciones estándar de sodio. El tamaño de las bandas que observamos en los western-blot de las inmunoprecipitaciones de IGF aumenta cuando los condrocitos son cultivados en medios ricos en sodio. Sin embargo, las bandas correspondientes a IL-1 y TNF α disminuyen en cultivos ricos en sodio extracelular.

Conclusiones: El aumento del sodio del medio extracelular induce en los condrocitos un aumento de la síntesis de la citoquina IGF, que interviene en procesos de reparación en el cartilago y una disminución de IL-1 y TNF α , citoquinas que intervienen en procesos de destrucción del cartilago.

243

OSTEOPOROSIS EN MUJERES PREMENOPAUSUCAS CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

A. Chico Capote, M. Estévez del Toro, M. Montes Zabala y A. Gutiérrez Rojas

Hospital Hermanos Ameijeiras. La Habana, Cuba.

La prevalencia de la osteoporosis en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico no es bien conocida.

Objetivos: Identificar la prevalencia de osteoporosis en pacientes premenopáusicas atendidas en nuestro servicio, así como conocer algunos de los factores de riesgos vinculados a su aparición.

Método: Se efectuó un estudio de casos y controles, que incluyó 96 pacientes que cumplían con los criterios de la enfermedad del Colegio Americano de Reumatología, incluidas entre Julio del 2003 y Julio del 2004, además de un grupo control formado por mujeres aparentemente sanas marcadas con las pacientes por la edad y el color de la piel. a los dos grupos se les realizó una encuesta recogida en un anexo y se les indicó una densitometría con un osteosonómetro de calcáneo, que clasificó a los casos en normales, osteopénicos u osteoporóticos relacionándose la presencia de osteoporosis con algunas características de las pacientes y la afección. Se calculó el riesgo relativo que tenían las pacientes de tener osteoporosis. Se utilizaron distintos procedimientos estadísticos para el análisis, incluidos la prueba Chi cuadrado y T- student.

Resultados: La osteoporosis estuvo presente en 10 de las 96 pacientes (10,4%) por solo en un caso del grupo control (1%) lo cual fue estadísticamente significativo ($p = 0,005$). El riesgo relativo de tenerla fue 10 veces mayor que en mujeres sanas de la misma edad. se relacionaron de manera estadísticamente significativa con su aparición el mayor tiempo de evolución de la enfermedad y la dosis acumulada de glucocorticoides, mientras no lo hicieron factores de riesgo clásicos como los hábitos de fumar, tomar café y alcohol ni tampoco el daño acumulado de la enfermedad y los patrones clínicos de la misma.

Conclusiones: La osteoporosis se presenta en nuestros pacientes y al parecer la dosis acumulada de glucocorticoides es el factor de mayor influencia en su aparición.

244

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DURANTE EL EMBARAZO

E. Úcar, E. Galíndez, M.L. García Vivar, G. Oraa* y J.M. Aranburu

Servicios de Reumatología y Ginecología. Hospital de Basurto. Bilbao.*

Objetivos: Determinación de las exploraciones complementarias realizadas para el seguimiento clínico de las pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES), durante el embarazo.

Pacientes y métodos: Se estableció en 1994 un protocolo de actuación conjunto entre los Servicios de Reumatología y Obstetricia, para el seguimiento de pacientes con LES embarazadas. En la Unidad de LES y embarazo se han atendido 46 mujeres con LES en los últimos 10 años, que han tenido 62 partos y 6 abortos.

Resultados: Se realizaron 15 visitas con ecografía obstétrica a cada paciente, eco-doppler de la arteria umbilical a partir de la semana 20 y cardiocografía fetal, a partir de la 28. A las portadoras de Ac anti Ro/La, se les realizó un ecocardiograma fetal en la semana 28, que se repitió en 7 de los 18 casos de Ac antiRo (+). En la primera visita se solicitó: hemograma, bioquímica general, VSG, PCR, C3, C4, ANA, AcidsDNA, ENA, Ac antifosfolípidos (AAF) y rutina en orina. Posteriormente se solicitó trimestralmente hematimetría, glucosa, creatinina, C3, C4, AcidsDNA, orina a todas; Ac anti Ro en 18 embarazos, ACL y AL en 22. El Obstetra solicitó en el primer trimestre: serología de Lúes, Rubéola, Toxoplasmosis y VIH, grupo sanguíneo y Rh; en el segundo. test de O'Sullivan y en el tercero: serología de Lues y HbsAg.

Conclusiones: El establecimiento de un protocolo conjunto por el Reumatólogo y el Obstetra reduce las peticiones de analítica, y aumenta el número de consultas y exploraciones de imagen, respecto a la práctica habitual de ambos especialistas.

245

INDICACIONES Y FRECUENCIA DE UTILIZACIÓN DE MEDICACIÓN EN 46 PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO, EMBARAZADAS

E. Úcar, M.L. García Vivar, E. Galíndez, G. Oraa* y J.M. Aranburu

Servicios de Reumatología y Ginecología. Hospital de Basurto. Bilbao.*

Objetivos: determinar, la frecuencia de utilización de fármacos y sus indicaciones en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) durante el embarazo. No se considera la medicación habitual en gestantes sanas.

Pacientes y métodos: En la Unidad de Lupus y Embarazo se han atendido 61 embarazos en 46 pacientes con LES, en los últimos 10 años. Se revisan los tratamientos y sus indicaciones a través de las historias clínicas.

Resultados: Se utilizó medicación para LES en 38 de los 61 embarazos. Prednisona en 31 gestaciones, AAS en 29, heparina en 12, antibióticos en 4, hidroxiloroquina en 4 y cloroquina en 2. En 1 caso medicación antihipertensiva. Se utilizó AAS y/o heparina para prevención de abortos en 31 embarazos, dos de ellos con ACV previos y 2 por ACV durante el embarazo; prednisona, y/o (hidroxi) cloroquina, para controlar la actividad de los LES en 33 casos, en 5 de los cuales con incremento de dosis; antibióticos por abscesos cutáneos en 4.

Conclusiones: El 67% de los embarazos en pacientes con LES, requieren alguna medicación. Las indicaciones más frecuentes

fueron: agudización de los LES 87%, para lo que se empleó prednisona en 27 gestaciones, prednisona más (hidroxi) cloroquina en 3 e (hidroxi) cloroquina en 4; prevención de trombosis en el 82%: 21 mujeres tratadas con AAS, 7 con AAS más heparina, y 3 con heparina.

246

CRISIS COMICIALES EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

N. Garrido Puñal, A. de Juanes, M. Román, R. Belmonte, N. Núñez, P. Peña y P.E. Carreira

Hospital 12 de Octubre.

Objetivos: Analizar los diferentes tipos de crisis comiciales que aparecen en los pacientes con LES.

Método: Estudio descriptivo transversal de los pacientes diagnosticados de LES, seguidos en el hospital 12 de Octubre entre 1974 y 2004. Los datos demográficos (edad, sexo, tiempo de seguimiento, fallecimiento), y clínicos (tipo de afectación, presencia de crisis comicial, tratamiento) se obtuvieron de las historias clínicas. En cuanto a las crisis comiciales, se estudió detalladamente el tipo de crisis, su etiología, hallazgos electroencefalográficos, neuroimagen (TAC, RM craneal, SPECT), tratamiento con fármacos anticomiciales y la respuesta a los mismos. Se realizó un análisis estadístico, utilizando la Odds Ratio para medir la fuerza de asociación entre las diferentes variables y el Kaplan Meier para estimar la supervivencia. Las crisis comiciales se definieron según la clasificación internacional. Los hallazgos del EEG se agruparon en: epileptiforme difuso (DE), epileptiforme focal (FE), anormal difuso no epileptiforme (DA), y anormal focal no epileptiforme (FA). La etiología de las crisis epilépticas se clasificó en: 1) Encefalopatía lúpica: Crisis epilépticas temporalmente relacionadas con brote lúpico; 2) Isquémica: asociada secundariamente a síndrome antifosfolípido, con hallazgos en MRI compatibles con isquemia difusa de pequeño vaso, en ausencia de otros factores de riesgo cardiovascular; 3) Sintomática no asociada a LES: tumores, enfermedad metabólica, traumático; 4) Idiopática. **Resultados:** Fueron incluidos 374 pacientes en el estudio (44 varones y 330 mujeres). Un total de 25 pacientes (7%) presentaron crisis epilépticas. El tipo de crisis y la afectación electroencefalográfica se describen en la tabla. La etiología de las crisis fue: encefalopatía lúpica en 10 pacientes (39%), isquémica en 2 (8%), sintomática no asociada a LES en 3 (12%) e idiopática en 7 (27%). Once pacientes (50%) recibieron tratamiento con un solo fármaco, y 11 con varios fármacos. La respuesta al tratamiento fue buena (50% de reducción en las crisis) en 16 pacientes (67%). La presencia de crisis en pacientes con LES se asoció a enfermedad activa ($p = 0,007$), serositis ($p = 0,04$), anticoagulante lúcido ($p = 0,05$) y anticuerpos anti-DNA ($p = 0,005$).

Tipo de crisis comiciales y de alteraciones electroencefalográficas (EEG)

Tipo de crisis	Nº de pacientes
Tónico-clónica generalizada	14
Tónica generalizada	0
Clónica generalizada	0
Otras generalizadas	1
Somatosensorial focal	1
Focal motora	3
Focal compleja parcial	12
Focal secundariamente generalizada	5
Estatus tónico-clónico	3
Estatus parcial complejo	1

Tipo de afectación EEG	Nº de pacientes
Normal	4
Epileptiforma difuso	4
Epileptiforme focal	7
No epileptiforme anormal difuso	5
No epileptiforme anormal focal	2

Conclusión: Las crisis epilépticas aparecieron en el 7% de nuestros pacientes, pero sólo en el 68% de ellos pudieron ser relacionadas etiológicamente con el LES. El patrón clínico de la epilepsia en los pacientes con LES es similar al que aparece en otras poblaciones estudiadas, siendo los tipos más frecuentes de crisis en nuestros pacientes las focales epileptiformes. Su presencia se asoció fundamentalmente a la existencia de anticuerpos anti-DNA. Y no influyó en la mortalidad ni supervivencia de los pacientes con LES.

247

FACTORES DE MORTALIDAD EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

I. de la Torre-Ortega, C. González-Montagut, F.J. López-Longo, C.M. González, L. Cebrián, M. Montoro, J. Vázquez, L. Nuño, C. Ortega, E. González-Díaz de Rábago, I. Monteagudo y L. Carreño

Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Objetivo: Estudiar los factores relacionados con la mortalidad en una cohorte de pacientes con LES procedentes de un solo hospital.

Métodos: Entre 1988 y 2003 se han incluido en un estudio prospectivo de cohortes de incidencia pronóstico todos los pacientes con LES tratados en el servicio de Reumatología. Los pacientes no localizados en diciembre del 2002 se consideraron como pérdidas en el estudio. El estudio incluye datos epidemiológicos, manifestaciones clínicas, comorbilidad, estudio de lípidos, anticuerpos e índices SLEDAI y SLICC. Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS (análisis univariante y multivariante, curvas de supervivencia).

Resultados: Se han estudiado 295 pacientes, 256 mujeres (86,8%), con una edad media al final del estudio de 45,72 años (DE 15,4) y un tiempo medio de evolución de 13,20 años (DE 7,7). Han fallecido 26 pacientes (8,8%). El análisis univariante muestra que la mortalidad es mayor ($p < 0,05$) en varones (OR: 7), con inicio después de los 50 años (OR: 6,3), hipertensión arterial (OR: 8,1), insuficiencia cardíaca (OR: 20,8), ACVA (OR: 9,9), enfermedad cardiovascular (OR: 13,1), cardiopatía isquémica (OR: 8,4), angor (OR: 5,1), infarto de miocardio (OR: 3,6), sepsis (OR: 10,6), neumonía (OR: 3,8), neumonitis lúpica (OR: 11,2), cilindruria (OR: 8,2), insuficiencia renal crónica (OR: 11,8), corea (OR: 4,9), neuropatía craneal (OR: 6), anemia (OR: 4,3) o mialgias (OR: 4,9). Los últimos índices SLEDAI y SLICC son significativamente mayores en los pacientes fallecidos ($p < 0,000$ y $p < 0,001$, respectivamente). Las curvas de Kaplan-Meier muestran una menor supervivencia en los pacientes con enfermedad cardiovascular ($p < 0,008$), cardiopatía isquémica ($p < 0,003$), angor ($p < 0,033$), infarto de miocardio ($p < 0,02$), insuficiencia cardíaca ($p < 0,000$), ACVA ($p < 0,000$), enfermedad pulmonar ($p < 0,001$) y sepsis ($p < 0,000$). El análisis multivariante confirma que la mortalidad es mayor en pacientes con inicio > 50 años (OR: 4,6), sexo masculino (OR: 4,3), cardiopatía isquémica (OR: 10,6), insuficiencia cardíaca (OR: 2,8) y ACVA (OR: 4,6).

Conclusiones: El inicio tardío de la enfermedad, el sexo masculino, el angor, la insuficiencia cardíaca y los ACVA son variables independientes que se asocian con una mayor mortalidad en el LES.

248

SUPERVIVENCIA Y CAUSAS DE MUERTE EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

E. González-Díaz de Rábago, C. González-Montagut, F.J. López-Longo, C.M. González, L. Cebrián, J. Vázquez, M. Montoro, C. Ortega, L. Nuño, I. de la Torre-Ortega, I. Monteagudo y L. Carreño
Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Las principales causas de muerte en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) son las infecciones, la actividad de la enfermedad y la patología vascular, aunque se ha observado un aumento de muertes por complicaciones vasculares.

Objetivo: Determinar la supervivencia y las causas de muerte en una cohorte de pacientes con LES.

Métodos: Entre los meses de enero de 1988 y diciembre de 2003 se han incluido en un estudio prospectivo de cohortes de pronóstico todos los pacientes con LES tratados en el servicio de Reumatología. Los pacientes no localizados en diciembre del 2002 se consideraron como pérdidas en el estudio. La supervivencia se estableció de acuerdo al análisis de vida de Kaplan-Meier y se calculó la razón de mortalidad normalizada (Rmn) (casos observados/casos esperados x 100).

Resultados: Se han incluido 325 pacientes. Treinta no han sido localizados (9,2%) por lo que el grupo de estudio lo forman 295 pacientes, 256 mujeres (86,8%), con una edad media al final del estudio de 45,72 años (DE 15,4) y un tiempo medio de evolución de 13,20 años (DE 7,7). Han fallecido 26 pacientes (8,8%) y la supervivencia es del 97% a los 5 años, 93% a los 10 años, 84% a los 15 años y 71% a los 20 años. Las principales causas de muerte han sido las complicaciones cardiovasculares (8/26; 30,7%), las infecciones (7/26; 26,9%), la actividad del LES (5/26; 19,2%) y las neoplasias (3/26; 11,5%). La Rmn ha disminuido de forma significativa entre el año 1988 (825,46) y el año 2003 (116,35).

Conclusiones: Actualmente, las complicaciones cardiovasculares son la primera causa de muerte en el LES, por encima de las infecciones y de la actividad de la enfermedad. La mortalidad se ha reducido en los últimos años, probablemente por la reducción de muertes relacionadas con las infecciones o la actividad, y la supervivencia a los 5 y 10 años supera el 90%.

249

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO, FIBROMIALGIA Y FACTORES ASOCIADOS

V. González Mari, M. de Haro Liger, M.I. Jiménez Ramírez Zoila, C. Rodríguez Escalera, R. García Portales, J. Aguilar del Rey y J. Rodríguez Andreu
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Objetivo: El objetivo de este estudio fue determinar la frecuencia y características clínicas de Fibromialgia en pacientes con Lupus eritematoso sistémico y su relación con una mayor actividad y cronicidad de la enfermedad lúpica.

Material y métodos: Se revisaron de forma retrospectiva 95 historias de enfermos ingresados en nuestra consulta de Reumatología

con diagnóstico de LES. 87 mujeres (91,6%) y 8 hombres (8,4%), con edades comprendidas entre 17 y 76 años (media 42,25) y un tiempo de evolución de la enfermedad desde el diagnóstico entre 1 y 23 años (media 8,17). Los valores de actividad de enfermedad (SLEDAI) recogidos variaban desde 0 a 21, con una media de 2,88 y desviación típica de 3,303, siendo los de cronicidad (SLIC) entre 0 y 7, media de 1,05 y desviación típica de 1,356.

Resultados: De todos las historias evaluadas un 18,9% de los enfermos, todas mujeres, cumplían con los criterios de la ACR para el diagnóstico de Fibromialgia. Ninguna seguía tratamiento con dosis elevadas de Prednisona ($= > 15$ mgs). 31 del total (32,6%) tenían diagnóstico de Síndrome Sjögren secundario, apareciendo la fibromialgia con mayor frecuencia (61,1%) en estos enfermos en relación con el resto del grupo (38%). Se evaluaron paralelamente la existencia de tratamiento antidepresivo e hipotiroidismo concomitante, hallando un 26,3% con dicho tratamiento, siendo significativo como es de esperar, el número de enfermos con diagnóstico de Fibromialgia en este subgrupo (18,2%).

Conclusiones: Existe una mayor frecuencia de Fibromialgia en pacientes diagnosticados de S Sjögren 2º en el contexto de LES. La presencia de Fibromialgia no se correlaciona con los índices de actividad, cronicidad, ni con el tiempo de evolución de la enfermedad. No existe asociación en este grupo de pacientes entre Fibromialgia e hipotiroidismo.

250

TACROLIMUS EN EL TRATAMIENTO DE NEFRITIS LÚPICA PROLIFERATIVA DIFUSA

M.R. González-Crespo, M. Praga, E. Morales e I. Mateo
Servicios de Nefrología y Reumatología. Hospital 12 de Octubre.

Introducción: El 20-35% de los pacientes con nefritis lúpica severa son resistentes a tratamiento con ciclofosfamida, por no respuesta, recidiva o efectos secundarios. Tacrolimus, un inmunosupresor ampliamente utilizado para prevenir el rechazo en pacientes trasplantados, ha resultado eficaz en algunos pacientes con lupus y afectación orgánica severa.

Objetivo: Estudiar y describir los pacientes con lupus eritematoso sistémico y glomerulonefritis proliferativa difusa tratados con tacrolimus.

Pacientes y métodos: Revisamos los pacientes de un Hospital Universitario de Madrid con lupus sistémico y glomerulonefritis que recibían tratamiento con tacrolimus.

Resultados: De los más de 600 pacientes con lupus eritematoso sistémico, 3 estaban recibiendo tratamiento con tacrolimus. Tenían entre 25 y 28 años y un tiempo medio de evolución de la enfermedad de 10 años. Los 3 presentaban una glomerulonefritis proliferativa difusa que dominaba su cuadro clínico, pero tenían otras afectaciones orgánicas severas. Uno de ellos presentaba además una hipertensión pulmonar por tromboembolismos pulmonares de repetición por un síndrome antifosfolípido secundario y estaba siendo tratado con bosentan. Para la afectación renal habían recibido tratamiento previo con esteroides a altas dosis, ciclofosfamida (una media de 4 tandas de tratamiento), azatioprina, micofenolato mofetil y ciclosporina, suspendidos por recidiva o no mejoría. Ante la resistencia a estos tratamientos se inicia terapia conjunta con tacrolimus (2 mg/12 horas) y micofenolato mofetil (1 g/12 horas). Tras 3 meses de tratamiento mejora la proteinuria y el sedimento, manteniendo la función renal. Los pacientes llevan una media de 12 meses de tratamiento (7, 15 y 15 meses) en remisión completa y sin presentar efectos secundarios.

Conclusión: Tacrolimus puede ser una alternativa terapéutica segura y eficaz en pacientes con glomerulonefritis proliferativa difusa resistentes a tratamiento convencional. Un algo grado de inmunosupresión puede ser necesario en algunos de estos pacientes.

251

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, CURSO Y PRONÓSTICO DE PACIENTES CON LES Y NEFROPATÍA DIAGNOSTICADA MEDIANTE BIOPSIA RENAL

M. Fernández Alba, B. Hernández-Cruz, D. Mendoza Mendoza, F.J. Toyos Sáenz de Mieras, J. Amor Sánchez, G. López-Antequera y F. Navarro-Sarabia
Hospital Universitario Virgen Macarena.

Introducción: Los enfermos con LES a quienes se les efectúa biopsia renal en la práctica clínica habitual son un grupo seleccionado de enfermos, que tienen enfermedad renal grave y peor pronóstico.

Objetivos: Conocer las características clínicas, tipo de manifestaciones clínicas renales, el tipo histológico de nefritis lúpica, el tratamiento y la supervivencia de este grupo de pacientes.

Pacientes y método: Se incluyeron todos los pacientes con LES diagnosticado según criterios de clasificación del Colegio Americano de Reumatología (1992), con daño renal a los que se les practicó biopsia entre los años 1984 y 2004. Diseño: Serie de casos retrospectiva. Metodología: Se obtuvieron 40 pacientes procedentes del registro de biopsias renales a los que se les realizó biopsia entre los años 1984 y 2004. Se revisaron las historias clínicas anotando variables demográficas, clínicas, analíticas, datos de la biopsia renal, tratamiento y estado actual del paciente. Se realizó estadística descriptiva.

Resultados: Se buscaron 40 historias clínicas de las cuales sólo se pudieron revisar 28 debido a ausencia del expediente o traslado del mismo a otros centros hospitalarios. De los 28 la mayoría fueron mujeres $n = 21$ (75%). La edad media al momento de diagnóstico de LES fue de 26 años $\pm 12,4$. 13 casos (48%) tuvieron glomerulonefritis proliferativa difusa (Lesión grado IV OMS), 7 (25,93%) tenían glomerulonefritis proliferativa focal (Lesión grado III), 4 (18,81%) glomerulonefritis membranosa (Lesión grado V) y 3 (11,22%) glomerulonefritis mesangiales (Lesión grado II). A 19 de las 28 biopsias se les había calculado el Índice de actividad y el Índice de cronicidad. La media del Índice de actividad fue de $9,4 \pm 6,2$. La media del Índice de cronicidad fue $4,7 \pm 2,7$. Las principales alteraciones encontradas fueron: HTA $n = 14$ (50%), Edemas $n = 13$ (46%), Síndrome nefrótico $n = 17$ (60%), Síndrome nefrítico $n = 6$ (21%), Creatinina mayor de 1,5 mg/dl $n = 12$ (40%). Aclaramiento de creatinina con media de $73,5 \pm 44$, la media de proteinuria de $2,07 \pm 2,1$, 22% en rango nefrótico. La duración media del seguimiento tras la biopsia fue de 6,4 años $\pm 6,4$. Al final del estudio había 18 pacientes con LES en remisión clínica y analítica (64,2%), 18 con función renal conservada (64,2%), 3 con insuficiencia renal crónica terminal (10,7%), 5 en tratamiento con hemodiálisis (17,8%). En esta serie hubo una defunción (3,5%) y 2 pacientes (7,3%) con pérdida del seguimiento.

Conclusiones: En un hospital de tercer nivel los pacientes con LES a los que se les realiza biopsia renal tienen nefropatía grave, determinada en este estudio por una mayor frecuencia de hallazgos histológicos de glomerulonefritis proliferativa difusa (48% vs. 30% de otras series) y una mayor frecuencia de síndrome nefrítico (21% vs. 3,4%) Estos datos indican un peor pronóstico, registrando en nuestra serie una mayor evolución a insuficiencia renal terminal que en otras series (28,5% vs. 18%)

252

VALOR PREDICTIVO DEL ÍNDICE DE LESIÓN ORGÁNICA EN EL LES

M.A. Gantes, J.C. Quevedo, M. Rodríguez-Martín, S. Machín, C. Luna, B. Rodríguez-Lozano, T. González e I. Rúa-Figueroa
Hospital Universitario de Canarias.

Objetivo: Evaluar el índice de lesión orgánica en pacientes afectados de LES y estudiar su posible relación con la edad de comienzo de la enfermedad y con los años de evolución.

Método: En 242 pacientes que cumplían criterios ARA de LES, con un tiempo de evolución comprendido entre 3-33 años, se determinó el índice de lesión orgánica o patrón de daño acumulado según "The Systemic Lupus International Collaborating Clinics" (SLICC). Este incluye 42 ítems que abarcan 12 órganos o sistemas. La misma lesión no se contabiliza 2 veces. Por definición, el primer SLICC sólo puede ser recogido tras 6 meses del diagnóstico de LES. La duración de la enfermedad se consideró entre los años transcurridos desde el diagnóstico hasta la realización del estudio.

Resultados: 242 pacientes -224 mujeres y 18 varones- presentaron un promedio de edad al diagnóstico de $34,12 \pm 12,3$ años y $36,11 \pm 10,7$, con una media de duración de la enfermedad de $12,69 \pm 7,1$ y $10,11 \pm 6,7$ años, respectivamente. El SLICC positivo (1 o más ítems) se encontró en 242 pacientes, y fue negativo en 99 casos durante todo el estudio. Al considerar el tiempo de evolución de la enfermedad, los pacientes con 5 años o menos de evolución presentaron SLICC negativo en el 78,4% de los casos, mientras que con más de 5 años de evolución, se encontró el 66% de los pacientes con SLICC positivo ($p < 0,0001$) OR = 1,085 (IC = 1,021-1,153), $p < 0,009$. La edad del paciente en el momento del diagnóstico no se correlacionó con el resultado del SLICC ($p = 0,041$), OR = 1,037 (IC = 1001-1074). Los principales órganos y sistemas afectados fueron: ocular (cataratas), neuropsiquiátrico (neuropatía central y periférica), musculoesquelético, vascular (trombosis) y renal (proteinuria); la incidencia de los mismos aumentó proporcionalmente con los años de evolución.

Frecuencia de órganos y sistemas afectados en el LES

	Ocular	Neuro-psiquiátrico	Musculo-esquelético	Vascular	Renal	Cardio-vascular	Fallo ovárico	Diabetes	Pulmo-nar	Cutáneo	Gastro-intestinal	Cáncer
N	46	44	42	30	29	26	22	19	17	16	14	7
%	19	18,1	17,3	12,4	12	10,7	9,1	7,4	7	6,6	5,8	2,9

Conclusión: Los años de evolución de la enfermedad predicen significativamente la morbilidad del LES, principalmente cuando se presenta patología ocular (cataratas), neuropsiquiátrica (neuropatía) y musculoesquelética.

253

REGISTRO ESPAÑOL DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO PRIMARIO A TRAVÉS DE INTERNET (REGISTROLESAF). CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES REGISTRADOS POR LOS USUARIOS MÉDICOS ESPECIALISTAS EN REUMATOLOGÍA Y MEDICINA INTERNA

C. Díaz Cobos, E. de Ramón Garrido, A. Fernández Nebro, M. Haro Liger, L. Micó Giner, B. Hernández Cruz, A. Naranjo Hernández, N. Ortego Centeno, J. Jiménez Alonso, C. Hidalgo Tenorio, M.A. González-Gay Mantecón, M.A. Aguirre Zamorano, J.C. Bureo Dacal, M.T. Camps García, J.J. Pérez Venegas, I. Martín Suárez, A. Colodro Ruiz y M.A. Frutos Sanz
Registro Español de Lupus Eritematoso Sistémico y Síndrome Antifosfolipídico primario en Internet (Registrolesaf).

Objetivos: Analizar las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes registrados en el registrolesaf (www.registrolesaf.com)

lesaf.com) por los usuarios especialistas en Reumatología (UER) y Medicina Interna (UEMI).

Material y método: Durante los primeros 18 meses de funcionamiento (mayo del 2003 a octubre de 2004, ambos inclusive) del registrolesaf, se incluyeron 1.421 pacientes, 1.269 que presentaban lupus eritematoso sistémico (LES) y 152 con síndrome antifosfolípido primario (SAFP), de los que 1.111 fueron registrados por 28 usuarios médicos y 310 por 12 responsables de asociaciones de pacientes, pertenecientes a 21 de las 52 provincias y 11 de las 17 CC.AA. del Estado Español. La información se envía a través de internet e incluye características sociodemográficas básicas, situación vital y los criterios de clasificación de ambas entidades.

Resultados: Los UER y UEMI registraron 462 (47,8%) y 490 (50,7%) pacientes con LES, y 24 (16,7%) y 119 (82,6%) pacientes con SAFP, respectivamente. Ambos grupos de pacientes presentaban características similares con respecto al sexo, edad de comienzo, tiempo de evolución, edad en el momento del estudio y la mortalidad. En el análisis de regresión logística, controlando por las variables edad de comienzo, tiempo de evolución y sexo, se observó que los pacientes con LES registrados por los UEMI presentaban con más frecuencia eritema malar (OR: 1,6; IC95%: 1,2-2,2), aftas mucosas (OR: 1,9; IC95%: 1,4-2,7), afectación renal (OR: 1,5; IC95%: 1,0-2,0), manifestaciones neuropsiquiátricas (OR: 2,2; IC95%: 1,3-3,8) y ANA-IFI (OR: 2,1; IC95%: 0,97-4,7), y menos frecuentemente anticuerpos antifosfolípidicos (OR: 0,63; IC95%: 0,43-0,92), así como un menor número de criterios de clasificación (diferencia de medias: 0,5; $p = 0,002$).

Conclusiones: Los pacientes con LES atendidos por los UEMI del registrolesaf tienen mayor frecuencia de manifestaciones cutáneas y afectación sistémica que los registrados por los UER. No se detectan diferencias en la frecuencia de afectación articular entre ambas especialidades médicas.

254

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y FACTORES DE RIESGO VASCULAR

J. Boado, S. Juárez, M.J. García Rodríguez, A. López-Bernus, C.A. Montilla y J. del Pino Montes
Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción: La presencia de factores de riesgo vascular (FRV) es frecuente en el Lupus eritematoso sistémico (LES). No se conocen las características clínicas e inmunológicas que predicen la aparición de eventos vasculares en los pacientes con LES.

Objetivo: Comparar las manifestaciones clínicas e inmunológicas iniciales de un grupo de pacientes con LES en relación con la aparición de FRV (diabetes, eventos cardiovasculares, dislipemias o hipertensión) durante la evolución de la enfermedad.

Pacientes y métodos: Se incluyeron los pacientes con LES diagnosticados durante los últimos 5 años en el Hospital Universitario de Salamanca. *Criterios de exclusión:* 1) presencia de FRV antes del diagnóstico de LES, 2) Pacientes con nefropatía lúpica, 3) Pacientes varones de más de 55 años y mujeres de más de 65 años. Se evaluaron

Resultados: Un total de 94 pacientes cumplieron los criterios de selección. De ellos, 68 (72%) tenían FRV. Se excluyeron 23 (24,7%) por tener FRV antes del diagnóstico de LES, 24 (25,5%) por nefropatía lúpica y 5 (5,3%) por estar por superar el límite de edad. De los 42 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, 16 (38%) desarrollaron alguno de los FRV a lo largo de los primeros 5 años de evolución. No hubo diferencias en las manifestaciones clínicas ni inmunológicas iniciales de los pacientes clasificados según hubieran o no desarrollado FRV.

Conclusiones: La presencia de FRV es frecuente en el LES y un porcentaje importante desarrollan los FRV en los 5 primeros años del diagnóstico. No existen manifestaciones clínicas ni inmunológicas que hagan prever esta evolución. Es necesario buscar nuevos marcadores que permitan determinar el pronóstico vascular de estos pacientes.

255

FACTORES RELACIONADOS CON LA MORTALIDAD EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. EXPERIENCIA DEL REGISTRO ESPAÑOL DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDICO PRIMARIO A TRAVÉS DE INTERNET (REGISTROLESAF)

C. Díaz Cobos, E. de Ramón Garrido, A. Fernández Nebro, M. Haro Líger, L. Micó Giner, B. Hernández Cruz, A. Naranjo Hernández, N. Ortego Centeno, J. Jiménez Alonso, C. Hidalgo Tenorio, M.A. González-Gay Mantecón, M.A. Aguirre Zamora, J.C. Bureo Dacal, M.T. Camps García, J.J. Pérez Venegas, I. Martín Suárez, A. Colodro Ruiz y M.A. Frutos Sanz
Registro Español de Lupus Eritematoso Sistémico y Síndrome Antifosfolípido primario en Internet (Registrolesaf).

Objetivos: Analizar los factores relacionados con la mortalidad en los pacientes afectos de Lupus Eritematoso Sistémico (LES) incluidos en el registrolesaf (www.registrolesaf.com).

Material y método: En el registrolesaf incluyen pacientes a través de internet usuarios médicos y responsables de asociaciones de pacientes. Durante los primeros 18 meses de su funcionamiento (mayo del 2003 a octubre de 2004, ambos inclusive), se registraron 1.269 pacientes con LES y 152 con Síndrome Antifosfolípido Primario (SAFP).

Resultados: Durante este tiempo se registraron como fallecidos 17 (1,3%) pacientes, todos ellos afectos de LES y atendidos por los usuarios médicos. Un mayor tiempo de evolución de la enfermedad en meses (OR: 1,008; IC95%: 1,004-1,013) y una mayor edad al diagnóstico en años (OR: 1,067; IC95%: 1,034-1,100), se asociaron con la mortalidad. El sexo no influyó en la supervivencia. La media de edad de los pacientes fallecidos era significativamente mayor que la de los supervivientes en el momento del estudio ($61,4 \pm 20,8$ vs. $44,5 \pm 14,1$; $p = 0,004$). Los criterios de clasificación de LES que se relacionaron con la mortalidad en este grupo de pacientes fueron los siguientes: Serositis (OR: 4,9; IC95%: 1,4-16-6), afectación renal (OR: 23; IC95%: 0,65-7,8), manifestaciones neuropsiquiátricas (OR: 4,3; IC95%: 1,1-17,8), manifestaciones hematológicas (OR: 4,1; IC95%: 0,52-32,5), alteraciones inmunológicas (OR: 4,1; IC95%: 0,51-33,0) y número de criterios de LES (OR: 1,2; IC95%: 0,99-1,4).

Conclusiones: La afectación visceral y las alteraciones inmunológicas, junto con el número de criterios de clasificación de la enfermedad son factores determinantes de mortalidad en los pacientes con LES registrados en el registrolesaf.

256

NIVELES DE HOMOCISTEINA PLASMÁTICA EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y SU CORRELACIÓN CON OTROS FACTORES DE RIESGO VASCULAR

M.A. Belmonte López, C. Díaz Cobos, N. Muñoz Roca, J. Martínez González, M. Grana, M.T. Camps García y E. de Ramón Garrido
Hospital Regional Universitario Carlos Haya de Málaga.

Objetivos: Describir los niveles de homocisteína plasmática en una cohorte de pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico

(LES) y su relación con sus características sociodemográficas y clínicas, así como con otros factores de riesgo vascular.

Material y método: Se incluyeron los datos de una cohorte de 125 pacientes con LES (≥4 de 11 criterios revisados de la ACR) seguidos de forma regular, entre septiembre de 1992 y noviembre de 2004 (tiempo de seguimiento: 1415 meses-paciente; con una media de 11,56 ± 75 meses por paciente), en un centro hospitalario de referencia. La información clínica fue recogida por los médicos encargados de la asistencia de los pacientes en el momento de la consulta o al alta hospitalaria (rango: 1-10 controles/paciente).

Resultados: La mediana de homocisteína plasmática fue de 11,7 μmol/L (RIQ: 9,4-14,5 μmol/L; P5: 6,7 μmol/L; P95: 20,8 μmol/L). Los niveles plasmáticos de homocisteína fueron significativamente menores (p = 0,009) en los 7 pacientes que seguían tratamiento con Metotrexato (media marginal estimada en el modelo de ANOVA incluyendo el factor paciente [MME]: 7,5 μmol/L IC95%: 3,8-11,2 μmol/L), frente a los que no lo seguían (MME: 12,4 μmol/L IC95%:12,1-12,8 μmol/L). Este tratamiento se asoció siempre al empleo simultáneo de una dosis semanal de 15 mg de ácido fólico. Se observó una asociación negativa, aunque no significativa, entre los niveles de homocisteína plasmática y el uso de azatioprina, prednisona y antipalúdicos. Ni la actividad de la enfermedad, medida con el índice SLEDAI, ni otros factores de riesgo vascular, ni la creatinina correlacionaron con los niveles de Homocisteína plasmática.

Conclusiones: Los pacientes con LES tienen niveles mayores de homocisteína plasmática que la población general. Los suplementos de ácido fólico pueden disminuir estos niveles hasta valores de normalidad.

257

TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB EN LA INFRECUENTE ASOCIACIÓN DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

A. Rama Seráns, J.L. Riestra Noriega, J.A. Sánchez Fernández, A. Rodríguez Pérez y L. Rodrigo Sáez
Hospital Universitario Central de Asturias.

Introducción: La asociación de Lupus eritematoso sistémico (LES) y enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es muy infrecuente y el tratamiento limitado. La Sulfasalacina puede inducir un Síndrome similar al Lupus. La EII no responde a los antiinflamatorios y, además, puede exacerbarse con los antiinflamatorios no esteroideos empleados cuando existe artritis.

Objetivo: Describimos el primer caso de asociación de LES y Enfermedad de Cröhn que presentó mejoría con Infliximab.

Caso clínico: Mujer de 31 años diagnosticada de Lupus Eritematoso Sistémico en 1995 por presentar 5 de los criterios revisados del American College of Rheumatology (ACR, 1997) fotosensibilidad, úlceras orales, poliartritis -no erosiva en su evolución-, Anticuerpos antinucleares (ANAs) positivos 1/640 patrón homogéneo, Anti-DNA nativo 17 IU/ml (positivo > 7 IU/ml) y Anticuerpo anticardiolipina IgG 39 GL/ml (positivos > 13 GL/ml). Se inicia tratamiento con cloroquina y esteroides con buena evolución. En 1999, ingresa en nuestro hospital por diarreas y absceso perianal. La ecografía endoanal y endorrectal muestra fistula transesfinteriana recto-vaginal. La colonoscopia y la biopsia son compatibles con enfermedad de Cröhn. Suspendemos la Cloroquina, mantenemos los esteroides e iniciamos tratamiento con Azatioprina 100 mg/día, Mesalazina 1.500 mg/día y metronidazol o ciprofloxacino de forma intermitente. La enfermedad permanece activa

y las fistulas aumentan en número. Entre mayo y junio de 2000 se administran 3 dosis de Infliximab 5 mg/kg remitiendo la enfermedad, -las fistulas se cierran y los títulos de ANA descienden 1/80 patrón moteado-. Suspendemos esteroides, Mesalazina y antibióticos y mantenemos tratamiento con Azatioprina. En Marzo de 2004, la paciente describe reaparición de fistula recto-vaginal acompañada de poliartritis, astenia, pérdida de peso, reactantes de fase aguda elevados y ANAs positivos 1/640. Tras iniciar tratamiento con Infliximab 5 mg/kg/2 meses, manteniendo la Azatioprina, la paciente se encuentra asintomática, con reactantes de fases agudas normales y sin reacciones adversas al tratamiento.

Discusión: Presentamos el primer caso de la rara asociación de LES y EC, solamente hay descritos 6 casos en la literatura (David A. Johnson, Nagata M, Sanchez-Burson J, García Porrua C, Chebli JM, Toulemonde P), que responde a tratamiento anti-TNF alfa (infliximab). Este tratamiento fue administrado en base al papel que juega el TNF alfa en ambas patologías. Así, el Infliximab se plantea como una nueva opción terapéutica.

258

TENDINITIS CÁLCICA AGUDA DEL HOMBRO. HALLAZGOS ECOGRÁFICOS

S. Faus Riera, E. Campoy Reolid, V. Poca Días y J. Cañellas Oliver
Hospital General de Catalunya. Sant Cugat del Vallés. Barcelona.

Hemos estudiado 11 pacientes con omalgia aguda hiperálgica provocada por la enfermedad de depósitos cálcicos (usualmente cristales de hidroxipatita) para describir sus hallazgos ecográficos.

Material y método: *Criterios de inclusión:* A) crisis omálgica con pérdida completa del arco móvil del hombro de < 1 semana de evolución. B) presencia de calcificación periarticular en el hombro afecto, detectada mediante Rx y/o ecografía. C) resolución de los síntomas en < 10 días después de tratamiento. A todos los pacientes se les realizó un examen Rx y ecográfico (sonda 10 MHz) en el mismo día de la consulta. El estudio ecográfico fue sistematizado en la observación de sus estructuras. Los resultados se han comparado con un grupo control de 11 pacientes con omalgia no aguda y calcificación ecográfica.

Resultados: Hemos hallado las siguientes lesiones ecográficas: bursitis 11/11: (8/11 subacromiales, 6/11 subacromiodeltoideas); tendinitis supraespinosa 2/11; tendinitis bicipital 2/11; tendinitis subescapular 1/11; calcificación Rx 6/11; calcificación Rx contralateral 3/11; calcificación ecográfica 10/11. Del grupo control sólo encontramos bursitis en 2/11.

Conclusiones: 1) La bursitis y/o artritis aguda es la responsable de la hiperálgia y pérdida del arco móvil. 2) la ecografía detecta mejor las calcificaciones que la Rx. Probablemente el término de Bursitis Cálcica sea más adecuado que Tendinitis.

259

ENTRENAMIENTO EN LA LECTURA DE RADIOLOGÍA SIMPLE EN AR SEGÚN EL MÉTODO DE SHARP/VAN DER HEIJDE

M. Almirall, J. Maymó, D. Rotés, A. Solano, M. Lisbona y J. Carbonell
Hospital del Mar, I.M.A.S. Barcelona.

Introducción: El índice de Sharp/Van der Heijde (IvdH) es el método de evaluación radiológica más utilizado en los últimos estudios clínicos para valorar la progresión radiológica de la Artritis Reumatoide (AR). La finalidad del presente estudio es evaluar,

en un futuro, la progresión del daño estructural de los pacientes con AR en tratamiento biológico en nuestro centro. Para ello, realizamos un entrenamiento en la lectura de radiografías simples de manos y pies según el IvdH con el objetivo de obtener una excelente fiabilidad inter e intraobservador entre dos o más lectores (coeficientes de correlación intraclase, ICC, > 0,75).

Materiales y métodos: Inicialmente se escogieron 2 lectores experimentados en la lectura de la radiología del aparato locomotor: DR, Reumatólogo, y AS, Radiólogo. Ambos fueron entrenados en la lectura del IvdH. El proceso fue largo y dificultoso y comportó numerosas reuniones, múltiples lecturas fallidas y consensuar normas para casos dudosos siguiendo las recomendaciones de D. Van der Heijde. Posteriormente, se añadió un tercer observador que había participado en el proceso de entrenamiento, MA, Reumatóloga, y se escogieron al azar radiografías de manos y pies de 12 pacientes de nuestro servicio que cumplían criterios de la ACR para el diagnóstico de AR y que seguían terapia biológica. Los 3 lectores efectuaron 2 lecturas de cada radiografía (con 2 meses de separación) y se calcularon los ICC inter e intraobservador de las siguientes mediciones: el índice total (IT), y sus dos componentes, el índice de erosión (IE) y el de disminución del espacio articular (IDEA).

Resultados: Mostramos en la siguiente tabla los ICC interobservador de los 3 lectores.

Resultados de la lectura radiológica

	ICC IE	ICC IDEA	ICC IT
A - B	0,94	0,77	0,85
A - C	0,91	0,99	0,98
B - C	0,99	0,77	0,93

A = DR, B = AS, C = MA.

Los ICC intraobservador del índice total de cada uno de los lectores fueron los siguientes: ICC DR = 0,99, ICC AS = 0,97 e ICC MA = 0,99. Los resultados muestran una excelente fiabilidad en todas las mediciones, ICC > 0,75, indicando que el entrenamiento ha sido válido y que podremos evaluar en un futuro próximo la progresión del daño estructural de nuestros pacientes.

Conclusión: Es necesario un buen entrenamiento en la lectura del IvdH para poder evaluar correctamente la progresión radiológica de los pacientes con AR. Esto nos permitirá utilizar este método de evaluación como una herramienta objetiva más para valorar la eficacia de los diferentes tratamientos que reciben nuestros pacientes.

260

ECOGRAFÍA (ECO) Y RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA (RNM) PARA VALORAR EL TAMAÑO Y LA REDUCCIÓN DE LOS TOFOS. RESULTADOS PRELIMINARES DE UN ESTUDIO COMPARATIVO

F. Pérez Ruiz, J.I. Martín, B. Canteli y J.M. Nolla
Hospital de Cruces y Hospital de Bellvitge.

La reducción del tamaño de los tofos puede ser considerada como una medida de desenlace en el tratamiento de la gota crónica (Pérez-Ruiz F, et al, A&R 2002). Sólo existe un pequeño estudio prospectivo con RNM, aunque sin comparación con ECO, que muestra una reducción del tamaño de los tofos en pacientes con control eficaz de la uricemia (Schumacher HR, et al, A&R 2004, suppl). El objetivo del presente estudio, aún en curso, es evaluar la utilidad de la ECO y la RNM para detectar tofos periarticulares profundos y realizar el seguimiento de los mismos durante el tratamiento hipouricemiente. Pacientes que cumplen los siguientes

criterios de inclusión: 1. gota crónica, sin clínica aguda en la evaluación; 2. limitación del rango de movilidad en rodilla o tobillo no justificable por derrame articular crónico o severa afección radiográfica; 3. consentimiento a someterse a ECO y RNM antes y un año después de iniciar tratamiento hipouricemiente.

Método: Evaluación basal y seguimiento del tratamiento por un sólo observador clínico; exploradores ciegos e independientes para las técnicas de imagen, único para cada técnica y ambos con experiencia específica en ECO o RNM; sólo se evaluó una articulación en cada paciente, según criterio del observador clínico. **VARIABLES ESTUDIADAS:** 1. correlación entre diámetros mayores y menores para cada imagen concordante en las dos técnicas; 2. número de tofos detectados en cada articulación, 3. capacidad de detección de cambios en las mediciones previa y tras un año de tratamiento tanto para ECO como para RNM. Se han estudiado 15 articulaciones en 13 pacientes (dos articulaciones pareadas durante el seguimiento), 4 exploraciones de rodilla y 11 de tobillo. Se observaron tofos periarticulares profundos en 11/11 los pacientes con tofos subcutáneos y en 0/2 que no mostraban tofos subcutáneos. La ECO detectó 27 tofos y la RNM 18, 17 de ellos concordantes en su localización topográfica. Los tofos no concordantes, solo detectados por ECO, fueron menores de 1 cm en su diámetro mayor. La correlación entre los diámetros mayores de los tofos concordantes con ambas técnicas fue muy buena ($r = 0,769$, $r^2 = 0,566$, $p = 0,000$), mientras que la correlación entre los diámetros menores fue sólo aceptable ($r = 0,626$, $r^2 = 0,392$, $p = 0,027$). Se dispone de datos de control de 2 pacientes con uricemia mantenida < 6 mg/dl durante 1 año (5 tofos concordantes para ECO y 3 para RNM) en el momento actual, pero tanto RNM como ECO muestran - a pesar del escaso número de observaciones - una tendencia a una reducción homogénea del tamaño (correlación para cada técnica inicial y final $p < 0,05$) y sensible al cambio ($p < 0,01$ para RNM $p < 0,10$ para ECO). Aún preliminares, los resultados apoyan que ambas técnicas son útiles para la detección de tofos periarticulares profundos. ECO tiene una mayor capacidad para detectar tofos pequeños, mostrando una buena correlación inicial con RNM. La disponibilidad y coste de las técnicas favorecen el empleo de la Ecografía en la evaluación inicial y de la respuesta al tratamiento de la gota tófica crónica por los reumatólogos.

261

DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO DEL QUISTE DE BAKER ASINTOMÁTICO EN PACIENTES CON ARTROSIS DE RODILLA

M. Castaño Sánchez
Hospital Ibermutuamur.

Introducción: El Quiste poplíteo, descrito por Baker en 1877, se produce por la inflamación de la bolsa serosa del gemelo-semimembranoso localizada en el compartimento interno de la fosa poplíteo, debido a la comunicación entre la parte posterior de la cápsula articular de la rodilla y dicha bolsa sinovial que pasa por debajo del gemelo interno y semimembranoso. Clínicamente, se detecta una tumefacción en la parte posterior de la rodilla, que aumenta con la extensión de la misma y que puede causar dolor o ser asintomático, pero en muchas ocasiones pasa desapercibido en la exploración clínica y puede ser diagnosticado fácilmente mediante ecografía, que además nos permite realizar una punción guiada del quiste. **Material y métodos:** Hemos revisado las ecografías de rodilla realizadas en el año 2004 en nuestro servicio de pacientes con artrosis. Se han realizado ecografías a 92 pacientes (64 mujeres y 28

hombres), con edades comprendidas entre los 49 y 76 años, descartándose 16 en las que el diagnóstico de sospecha era el quiste de Baker. Se ha utilizado un ecógrafo Siemens Sonoline G50, estudiando la rodilla en sus compartimentos anterior, medial, lateral y posterior.

Resultados: De los 76 pacientes del estudio, se detectó la presencia de quiste poplíteo en 17 (22,36%). En 5 casos (29,41%) el quiste era bilateral. La longitud media del quiste, medido en corte longitudinal, varía entre 1,3 y 6,9 cm (media 4,1).

Conclusiones: La ecografía permite detectar la presencia del quiste de Baker con mayor sensibilidad y especificidad que la exploración clínica, además de valorar si existe rotura del mismo y también nos permite realizar una punción guiada.

262

HALLAZGOS ECOGRÁFICOS EN PACIENTES CON DOLOR A NIVEL DEL TENDÓN DE AQUILES DE ETIOLOGÍA NO TRAUMÁTICA

M. Castaño Sánchez
Hospital Ibermutuamur.

Objetivo: Conocer la utilidad de la ecografía en el diagnóstico de la patología del compartimento posterior del tobillo y la frecuencia de dichas patologías.

Material y métodos: Hemos realizado un total de 69 ecografías de tobillo por sospecha de patología del tendón aquileo de origen no traumático en pacientes sin patología reumática previa, durante el año 2004. De este grupo, 52 son hombres y 17 mujeres, con edades comprendidas entre los 21 y 63 años, todos ellos trabajadores activos. Se ha utilizado un ecógrafo Siemens Sonoline G50, con sonda lineal multifrecuencia de 7-12 Mhz, estudiando el tobillo en sus compartimentos anterior, medial, lateral y posterior.

Resultados: Los hallazgos ecográficos obtenidos son los siguientes:

Rotura completa del tendón	1
Rotura parcial	3
Tendinosis	26
Calcificaciones intratendinosas	5
Bursitis retrocalcánea	14
Entesitis calcánea	4
Normal	9
Otros	7

Conclusiones: La ecografía es de gran utilidad en el diagnóstico de la patología del compartimento posterior del tobillo. La patología encontrada con más frecuencia en nuestro grupo es la tendinosis aquilea, seguida de la bursitis retrocalcánea.

263

UTILIZACIÓN DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR (RMN) EN LA PATOLOGÍA DE LA COLUMNA LUMBAR ¿COMPLEMENTA O SUSTITUYE A LA HISTORIA CLÍNICA?

J. Medina Luezas, M. Carrera, E. Carrera, N. Caro y V. del Villar
Hospital Santa Bárbara de Soria.

Objetivos: Estudio de la calidad de la historia clínica realizada a pacientes a los que se les solicita una RMN por problemas de la columna lumbar, especialmente si figuran los datos considerados necesarios para el adecuado manejo del enfermo.

Personas y métodos: Revisión retrospectiva de historias clínicas pertenecientes a personas a las que se les había solicitado una RMN lumbosacra por dolor lumbar o ciático durante el año 2003. Se excluyeron pacientes con traumatismo importante y

controles de cirugía, de infecciones o neoplasias conocidas. Se incluyeron 153 exploraciones correspondientes a 153 personas: edad $47,6 \pm 15,1$ años (53,9% varones y 46,1% mujeres).

Resultados: La RMN se consideró normal en el 30,5% y patológica en 66,2%, evidenciándose compresión radicular en el 19,6% de los casos. Se había realizado previamente a la RMN radiografía en 81,8%, gammagrafía en 9,1% y tomografía computarizada (TC) en 63,4% de los pacientes. Los principales resultados se exponen en la tabla:

Datos clínicos que no figuran en la historia

Duración síntomas	13,6%
Existencia dolor lumbar	9,7%
ciática o cialgia	16,2%
Trayecto del dolor*	36,1%
Existencia de algún síntoma de alarma	64,9%
Exploración locomotor	5,2%
columna lumbar	42,2%
Maniobra de Lasègue*	8,2%
Reflejos*	23,7%
Fuerza*	38,1%
Algún dato sobre tratamiento	12,3%

*Solo si ciática o cialgia

La información clínica que figura en la historia de reumatología fue significativamente mejor que la de traumatología y rehabilitación en cuanto a indicación de existencia de ciática o cialgia, trayecto del dolor y síntomas de alarma; y mejor que la de traumatología en la exploración de reflejos y de fuerza.

Conclusiones: Se ha evidenciado una información clínica insuficiente en un elevado porcentaje de las historias clínicas en aspectos importantes para guiar los estudios diagnósticos y el tratamiento: duración de los síntomas, existencia de datos sospechosos de patología infecciosa o neoplásica, de compromiso radicular y los tratamientos realizados. Se han evidenciado diferencias significativas entre especialidades con mejor calidad de la historia realizada por reumatología. En más de la mitad de las ocasiones la RMN se realizó como una exploración añadida más que como una alternativa a otras técnicas, principalmente TC. La RMN es considerada la técnica más útil para el estudio de los problemas lumbares por su sensibilidad para la detección de patología vertebral. Sin embargo, muchas alteraciones consideradas "significativas" pueden encontrarse en personas asintomáticas, por lo que sus resultados deben interpretarse conjuntamente con las manifestaciones clínicas. Los resultados de este estudio sugieren que en muchas ocasiones las técnicas de imagen especializadas se utilizan en sustitución y no como complemento de la anamnesis y exploración física, lo que puede provocar una atención inadecuada al enfermo y un aumento del gasto generado por los problemas lumbares. La disminución del tiempo dedicado a cada enfermo que se está produciendo en las consultas especializadas puede potenciar esta práctica incorrecta.

264

EXPLORACIÓN ECOGRÁFICA DE TENDÓN DE AQUILES Y FASCIA PLANTAR EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

J.L. Andreu, M. Fernández-Castro, J. Sanz, P. Muñoz, L. Silva, C. Isasi, C. Barbadillo, M. Jiménez-Palop y J. Mulero
Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

Objetivo: Describir los hallazgos ecográficos en tendón de Aquiles y fascia plantar de pacientes diagnosticados de enfermedad inflamatoria intestinal.

Métodos: Se estudiaron prospectivamente pacientes no seleccionados incluidos en la base de datos de enfermedad inflamatoria intestinal del Servicio de Gastroenterología de nuestro centro, colitis ulcerosa (CU) y enfermedad de Crohn (EC). Se realizó un estudio ecográfico del tendón de Aquiles y de la fascia plantar utilizando un ecógrafo General Electric Logic5 Pro con una sonda multifrecuencia de 7 a 12 MHz. El estudio fue aprobado por el comité de ética y ensayos clínicos de nuestro centro.

Resultados: Se incluyeron 37 pacientes; 13 (35,1%) con CU y 24 (64,9%) con EC. La edad media fue de $42 \pm 10,5$ años. La duración media de la EII fue de $8 \pm 6,7$ años. Los hallazgos ecográficos consistieron en: bursitis en 8 (21,6%) de los pacientes; calcificación en 1 (2,7%); espolón en 7 (18,9%); tenopatía aquilea en 3 (8,1%); fascitis plantar en 6 (16,2%); irregularidades en 3 (8,1%); y erosiones en 3 (16,2%). El total de ecografías con algún hallazgo patológico fue de 17 (45%). El total de entesitis clínicas fue de 16 (43,2%) y el total de entesitis clínica a nivel del tendón aquileo y la fascia plantar fue de 9 (24,3%). Seis de las 9 entesitis clínicas (66,6%) presentaban algún hallazgo ecográfico y 11/17 (64,7%) de las ecografías patológicas eran asintomáticas. Dieciocho de 37 pacientes (48,6%) cumplían los criterios diagnósticos de espondiloartritis del GEEE y 1/37 (2,7%) pacientes cumplía los criterios diagnósticos de Nueva York modificados. Solo 8/17 (47%) de los pacientes con ecografía patológica cumplían los criterios diagnósticos del GEEE y solo 5/16 (31,25%) de los pacientes con entesitis clínica cumplía los criterios del GEEE.

Conclusiones: La ecografía de aparato locomotor es una técnica útil y sensible para detectar afectación subclínica de tendones y bolsas serosas en pacientes diagnosticados de EII.

265

HALLAZGOS ECOGRÁFICOS EN PACIENTES CON RODILLA DOLOROSA

C.L. Urrego Laurín, P.A. Zurita Prada, J. Bachiller Corral, A. Rodríguez García y E. Brito Brito
Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivo: Describir los hallazgos ultrasonográficos de los pacientes valorados en un Servicio de Reumatología con dolor mecánico de rodilla.

Material y métodos: Se realizaron 38 ecografías de rodilla en 30 pacientes; 35 (92,1%) mujeres y 3(7,9%) hombres con edad media de 65 ± 10 años. Se recogieron datos demográficos así como peso, talla, IMC, escala analógica visual (EAV) del dolor, exploración física y diagnósticos previos. Además se valoraron radiografías de rodillas en carga (clasificación de Kellgren para el grado de artrosis). La exploración ecográfica fue realizada por 2 Reumatólogos con una sonda lineal multifrecuencia de 7,5 MHz.

Resultados: De las 38 ecografías; 67,5% presentaban derrame articular, 59,8% alteraciones meniscales, 68,8% quiste de Baker, 39,4% disminución del grosor del cartílago femoral ($< 2,5$ mm) y 5,3% bursitis/tendinitis anserina. En el 78,3% de los pacientes con dolor a la palpación del hueso poplíteo se objetivó la existencia de quiste de Baker. Las puntuaciones 1, 2 y 3 en la EAV del dolor no presentaban derrame articular y aquellas con grados máximos en la escala (9-10) tenían alteraciones en todos los parámetros evaluados. La disminución del cartílago femoral se observó en los grados radiológicos 3 y 4 de Kellgren. En el 80,5% de los pacientes con dolor en región anserina se detectaron alteraciones meniscales con distensión del ligamento colateral interno y sólo en un caso una bursitis anserina asociada.

Conclusiones: La ecografía contribuye a valorar lesiones que no se pueden apreciar sólo con la radiografía. Los pacientes con menor dolor no presentaron derrame articular. El quiste de Baker aparece con alta frecuencia en aquellos pacientes con dolor posterior. El dolor en la inserción anserina tiene mayor relación con la distensión del ligamento colateral interno y la extrusión meniscal que con la tendinitis anserina.

266

MELOREOSTOSIS: UNA PATOLOGÍA A RECORDAR EN LA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA

I. Fontanella, E. Rimblas, D. Cerdà, V. Ortiz, A. Ponce, X. Surís y S. Carbó
Hospital General de Granollers.

La meloreostosis es un trastorno óseo poco frecuente que suele manifestarse después de la primera infancia. En el 40-50% de los casos se hace evidente alrededor de los 20 años. Afecta por igual a ambos sexos y no depende de factores hereditarios. No altera la esperanza de vida aunque puede provocar dolor, deformidad y discapacidad. Una de las complicaciones más frecuentes es la calcificación de los tejidos blandos circundantes. Puede asociarse a esclerodermia lineal, neurofibromatosis, esclerosis tuberosa, hemangiomas u otras lesiones vasculares.

Caso 1: Varón de 48 años que presenta gonalgia bilateral de años de evolución. *Imágenes:* alteración en la densidad del hueso trabecular que afecta a regiones metafiso-diafisarias y epífisis de tibias y fémures. Esclerosis moteada visualizándose en alguna de las localizaciones morfología lineal. No se observan alteraciones de la morfología cortical del hueso ni en el patrón de distribución trabecular. Existen cambios sugestivos de gonartrosis.

Caso 2: Mujer de 73 años asintomática. *Imágenes:* alteración de la densidad ósea a expensas de áreas de esclerosis que se distribuyen de forma lineal afectando selectivamente la parte posterior del condilo femoral interno y meseta tibial interna. Dicha afectación comprende hueso cortical y trabecular. Llama la atención que una de las imágenes lineales presenta una extensión proximal hacia el tercio inferior de la diáfisis femoral. En los controles radiológicos evolutivos se observa la predisposición hacia la osificación de las partes blandas circundantes, que probablemente corresponda a una entesopatía osificada. No existen cambios que sugieran patología degenerativa.

Conclusiones: Hemos descrito dos casos de meloreostosis en los que, tal y como se describe en la literatura, las imágenes radiográficas son suficientemente características para llegar a un diagnóstico acertado.

267

REDUCCIÓN DE LA SINOVITIS EVALUADA POR RESONANCIA MAGNÉTICA DE LA MANO A LAS 6 SEMANAS DE TRATAMIENTO CON ETANERCEPT EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

M.P. Lisbona Pérez, X. Perich Alsina, J. Maymó Guarch, C. Pérez García, M. Almirall Bernabé y J. Carbonell Abelló
Servicio de Reumatología. Servicio de Radiodiagnóstico. CRC. Hospitales del Mar y Esperanza. IMAS. Barcelona.

Introducción: La resonancia magnética de la mano (RMm) ha demostrado ser muy sensible para evaluar los cambios inflamatorios como respuesta a un tratamiento. La terapia anti-TNF reduce de forma rápida y significativa los parámetros clínico-biológicos en pacientes con artritis reumatoide (AR). La RMm puede

servir para monitorizar y cuantificar en cortos períodos de seguimiento la reducción en la sinovitis y el edema óseo tras terapia biológica.

Objetivos: Cuantificar según las recomendaciones RAMRIS del grupo OMERACT 6, los cambios de sinovitis y edema óseo en la RM del carpo y articulaciones metacarpofalángicas (MCF) de pacientes con AR tras 6 semanas de tratamiento anti-TNF (etanercept).

Métodos: Estudio prospectivo en pacientes con AR (según los criterios de clasificación de 1987 de la ACR) con enfermedad activa definida por un DAS28 > 3,2 y presencia de sinovitis en manos. Todos los pacientes eran elegibles para tratamiento anti-TNF (etanercept a dosis de 25 mg 2 veces a la semana vía subcutánea), según el último Consenso de la SER en el manejo de terapias biológicas. En la visita basal y a las 6 semanas se recogieron las variables clínicas y biológicas habituales y se realizó RM de la mano dominante (Signa Infinity 1.5T EchoSpeed with EXCITE II). La lectura se realizó según protocolo RAMRIS del grupo OMERACT para sinovitis (secuencia T1 tras gadolinio-DTPA endovenoso, plano axial, puntuación 0-12 en MCF y 0-9 en carpo) y edema óseo (secuencia FSE T2 supresión grasa, plano coronal, puntuación de 0-24 en MCF y 0-45 en carpo). Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS para Windows (v12).

Resultados: Presentamos los primeros casos de un estudio piloto realizado en el ámbito I.M.A.S (Hospitales del Mar y Esperanza). 9 pacientes (1 hombre/8 mujeres, edad media 57,8 años) con AR activa (DAS28 = 4,65) y duración media de la enfermedad de 8,1 años iniciaron terapia con etanercept combinado. Las características demográficas, de enfermedad e inmunológicas se presentan en la tabla 1. La puntuación media de la sinovitis en MCF y carpo descendió de 12,5 a 9,5 a las 6 semanas ($p = 0,036$). El edema óseo presente en 6 pacientes mejoró (6,6 a 4,7), pero sin encontrar diferencias estadísticamente significativas (Tabla 2). Se objetivó una rápida mejoría en los parámetros de actividad (DAS28, VSG, PCR) y de la capacidad funcional según HAQ. **Conclusiones:** La RMm permite evaluar en 6 semanas la eficacia de etanercept en la reducción de la sinovitis de MCF y carpo en pacientes con AR activa. La continuación del estudio con mayor número de pacientes nos permitirá determinar el significado pronóstico de estos hallazgos.

268

CAPILAROSCOPIA PERIUNGUEAL PORTÁTIL. UTILIDAD DE UN EQUIPO DE MICROFOTOGRAFÍA DIGITAL

A. Gómez, M. Moreno, M. Larrosa, E. Casado y J. Gratacós
Unidad de reumatología, Hospital de Sabadell, Fundació Universitària Parc Taulí (UAB).

La dermatoscopia es un método no invasivo que permite la visualización magnificada in vivo de varios elementos anatómicos de la piel humana. Los dermatoscopios son dispositivos utilizados en dermatología para valorar la malignidad de las lesiones cutáneas pigmentadas de forma no invasiva. Algunos dermatoscopios con fuentes de luz polarizada permiten obviar el reflejo de la piel. Al acoplar dichos dispositivos a cámaras digitales de gran resolución permiten magnificar las imágenes sin pérdida de definición. Recientemente se ha comprobado la utilidad de dichos dispositivos para la visualización de los capilares del lecho periungueal (1), permitiendo su utilización como capilaroscopios portátiles.

Objetivo: Valorar la utilidad en la práctica clínica del dermatoscopio "DermLite Foto[®]" en la valoración del lecho capilar periungueal (capilaroscopia).

Métodos: Estudio piloto observacional con inclusión de 10 pacientes con clínica de fenómeno de Raynaud, 5 de los cuales estaban asociados a conectivopatía. Para la visualización del lecho periungueal se ha utilizado un dispositivo DermLite Foto[®] flash acoplado a una cámara digital Nikon Coolpix 5400.

Resultados: El dispositivo de microfotografía digital resultó muy eficaz para la nítida visualización de los distintos patrones vasculares de los capilares de lecho periungueal. Permite con una sola fotografía de cada uno de los dedos, obtener una visión macroscópica y microscópica del lecho periungueal. El archivo de las imágenes digitales facilita la interpretación diferida de los casos y la comparación con exploraciones previas. Si bien se ha publicado que este dispositivo no precisa de aceite de inmersión para la visualización de los capilares, hemos observado que la utilización de dicho aceite permite mejorar la resolución y el detalle de las imágenes.

Conclusiones: El dispositivo de microfotografía digital "DermLite Foto[®]" resultó ser muy útil permitiendo obtener imágenes de igual calidad que las obtenidas mediante capilaroscopios convencionales. Su pequeño tamaño, su portabilidad, su menor coste de adquisición y mantenimiento, y especialmente la capacidad para almacenar imágenes digitales son ventajas muy importantes a considerar frente a la capilaroscopia clásica.

1. Sontheimer RD, J Rheumatol. 2004;31(3):539-44.

269

VALOR DE LA ECOGRAFÍA EN LA EXPLORACIÓN OSTEOARTICULAR DE TOBILLO-PIE

R. Ghigliano, E. de Miguel, C. Bohórquez, D. Peiteado, C. Pérez de Ayala y E. Martín Mola

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción: Existen distintas opiniones sobre la precisión de la exploración física del tobillo-pie en la práctica clínica.

Objetivos: Evaluar la precisión de la exploración física frente a la ecografía considerada en este trabajo como patrón oro en el pie del paciente.

Pacientes y métodos: Estudio prospectivo. Realizado de mayo de 2004 a enero 2005 en el que se incluyeron 60 pacientes consecutivos con patologías de tobillo-pie remitidos para exploración y en el que sus médicos, de acuerdo con el protocolo del estudio, hacían constar su diagnóstico clínico.

Resultados: Del total de la población estudiada 27 pacientes fueron remitidos por sospecha de artritis de tobillo que se confirmó en 7 por ecografía y en 2 casos adicionales se encontró artritis de tobillo en la ecografía sin haber sido sospechado en la exploración física. Se calcularon la sensibilidad y especificidad obteniendo los siguientes resultados: sensibilidad (S) 25,9%; especificidad (E) 93%; valor predictivo positivo (VPP) 77%; valor predictivo negativo (VPN) 60%. De 6 pacientes con sospecha de artritis de tarso se confirmaron 4 por ecografía y se apareció en 12 casos adicionales en los que no se había sospechado en la exploración (S de 66,6; E de 77,7; VPP de 25 y VPN de 95). De 6 sospechas de tendinitis del compartimento medial 3 se confirmaron por ecografía y en 5 casos se halló sin haber sido sospechada en la clínica (S de 50; E de 90; VPP de 35,7 y VPN de 94). De 7 pacientes con sospecha de tendinitis del compartimento lateral la ecografía la confirmó en 5 y en otros 8 casos no sospechados en la exploración (S de 71,4; E de 84,9; VPP de 38,4 y VPN de 95,7). De 8 sospechas de tendinitis compartimento dorsal 2 se confirmaron por ecografía que encontró esta patología en otros 12 casos no sospechados en la exploración (S de 25; E de 76,9; VPP de 14 y VPN de 86,9). Las 6 sospechas de tendinitis Aquileas fueron

confirmadas por la ecografía que descubrió otros 3 casos adicionales (S de 100; E de 94,4; VPP de 66,6 y VPN de 100). Cuando se agruparon los pacientes remitidos con sospecha de artritis de tobillo y/o tarso se encontró una S de 33, E de 48, VPP de 44 y VPN de 37. Otros hallazgos de la ecografía que no se hallaron en la exploración física fueron fracturas metatarsianas, esguince, bursitis preaquilea, celulitis y cuerpos libres.

Conclusiones: Los hallazgos del estudio nos muestran una baja probabilidad de que individuos con artritis de tobillo, tendinitis de los compartimentos medial y anterior sean diagnosticados por exploración física (S de 26,50 y 25% respectivamente. Baja probabilidad de que una exploración física sugerente de artritis de tarso o tendinitis del compartimento medial, lateral o anterior lo tengan realmente (VPP de 25, 37, 38, 14 % respectivamente). En la exploración de tobillo la ecografía es una herramienta útil para conseguir precisión diagnóstica en la atención de nuestros pacientes.

270

RESPUESTA CLÍNICA Y ECOGRÁFICA DEL QUISTE DE BAKER TRATADO CON ASPIRACION E INFILTRACIÓN

J. Bachiller Corral, A. Rodríguez García, E. Brito Brito, P. Abreu Trigueros, O. Illera Martín y A. Zea
Hospital Ramon y Cajal.

Objetivo: Determinar la evolución a medio y largo plazo de los datos clínicos y ecográficos de pacientes con quiste de Baker tratados con aspiración del líquido y posterior infiltración.

Método: Se incluyeron en el estudio todos los enfermos con diagnóstico ecográfico de quiste de Baker durante el 2004. Se registraron datos demográficos, índice de masa corporal (IMC), enfermedad articular de base, escala analógica visual del dolor (EVA) y datos de exploración clínica de la rodilla afectada. Se realizó Rx en carga para determinar el estadio radiológico y se practicó estudio ecográfico reglado de rodilla. El tamaño del quiste de Baker se determinó con la medición de sus 3 ejes. Todos los pacientes fueron tratados con aspiración del quiste guiada por ecografía y posterior infiltración con esteroides. Se midió el tamaño del quiste postevacuación. Todos los pacientes se revaloraron clínica y ecográficamente a los 3 y 6 meses determinándose el EVA y el tamaño del quiste y se repitió la aspiración/infiltración en los pacientes que mantenían quiste de Baker.

Resultados: Se incluyeron 32 enfermos con quiste de Baker durante el año 2004, de los cuales 20 han completado el estudio a los 6 meses. De estos 14 son mujeres y 6 varones con edades comprendidas entre los 35 y 80 años (media 63,5 ± 13,0). 13 enfermos tenían artrosis y los otros 7 alguna enfermedad articular inflamatoria (4 artritis reumatoide, una artritis reactiva, una gota y una enfermedad por pirofosfato). En la valoración basal el 80% de los enfermos con quiste tenían derrame articular y el 65% extrusión menisco interno detectada en la ecografía. En 1 de cada 4 enfermos la exploración clínica no detectó la presencia de quiste. No existía correlación entre el tamaño del quiste con ninguna de las variables estudiadas. Se extrajeron 13,5 cc de media en cada punción/aspiración. Las medidas ecográficas inmediatamente tras la evacuación mostraban que el quiste de Baker se reducía de media un 84% tras la punción. En el seguimiento a medio y largo plazo:

	Basal	3 meses	6 meses
Dolor (EVA)	7,63	5,86	5,72
Tamaño quiste	36,03	21,00	16,08

La respuesta clínica y ecográfica no mostraba diferencias según la enfermedad de base (inflamatoria/degenerativa), el IMC o el estadio radiológico.

Conclusiones: La aspiración y posterior infiltración es una técnica útil para reducir el tamaño y el dolor en la rodilla con quiste de Baker.

271

FIABILIDAD INTEROBSERVADOR EN ECOGRAFIA MUSCULOESQUELÉTICA

C. Moragues, E. Naredo, I. Möller y J.J. de Agustín
CURSO EULAR "TEACH-THE-TEACHER". EULAR Working Group for Muskuloeskeletal Ultrasound.

Objetivos: Evaluar la fiabilidad interobservador de los principales diagnósticos ecográficos peri e intrarticulares y establecer las principales discordancias en la técnica y los criterios diagnósticos de un grupo de expertos en ecografía del aparato locomotor.

Métodos: Un total de 23 expertos de diferentes países europeos, distribuidos de forma aleatorizada en 6 grupos, evaluaron el hombro, mano-muñeca, pie-tobillo y rodilla de 24 pacientes afectos de diversas patologías reumáticas. Los participantes no habían alcanzado previamente un consenso en cuanto a la sistemática de la exploración ni los criterios diagnósticos. Los expertos ignoraban los datos clínicos y los resultados de técnicas de imagen de los pacientes. Los expertos de cada grupo realizaron de forma ciega una exploración ecográfica de las cuatro regiones anatómicas. El estudio ecográfico incluyó la presencia/ ausencia de derrame articular, sinovitis, irregularidades corticales, tenosinovitis, lesiones tendinosas, bursitis y señal Power Doppler. Posteriormente se compararon los hallazgos ecográficos y conjuntamente se exploró de nuevo cada paciente mientras se discutían los resultados discordantes.

Resultados: La concordancia global de derrame articular, sinovitis y lesiones tendinosas fue del 91%, 87% para irregularidades corticales, 84% para tenosinovitis, 83,5% para bursitis y 83% para señal Power Doppler. Los valores Kappa fueron buenos para mano-muñeca y rodilla (0,61 y 0,60 respectivamente) y aceptables para hombro y tobillo-pie (0,50 y 0,54 respectivamente). Las principales diferencias en la sistemática de exploración ecográfica y criterios diagnósticos entre los expertos fueron: la exploración dinámica, la definición de lesiones tendinosas y el criterio de definición de patológico vs. fisiológico respecto a la presencia de líquido sinovial en articulaciones, vainas tendinosas y bursas.

Conclusiones: La Ecografía de aparato locomotor tiene una fiabilidad interobservador buena-moderada. Se necesitan más consensos de estandarización de la técnica de exploración y de criterios diagnósticos para mejorar la reproducibilidad de la Ecografía musculoesquelética.

272

EL IMPACTO ECOGRÁFICO SOBRE LA PRÁCTICA EN REUMATOLOGÍA

M. Steiner, E. de Miguel Mendieta y E. Martín Mola
Hospital Universitario La Paz, Madrid. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Introducción: La ecografía de alta frecuencia se está implantando de forma progresiva en la práctica clínica, pero aunque muchos pensamos que es una técnica útil faltan todavía estudios que

cuantifiquen su valor real en el diagnóstico y tratamiento de nuestros pacientes.

Objetivos: Cuantificar la utilidad de la ecografía por el reumatólogo clínico, como medida de desenlace se empleaba la modificación o no de su juicio clínico previo y el cambio o no de su actitud terapéutica tras la recepción del informe ecográfico.

Material y métodos: Se trata de un estudio prospectivo mediante un cuestionario semicuantitativo que valoraba en cinco categorías la utilidad de la ecografía. El cuestionario era rellenado por el clínico en la visita en que recibía el informe y devuelto para su análisis. Duración del estudio 2 meses, se revisaron los 60 cuestionarios en los que los pacientes habían acudido a consulta tras la realización de la ecografía. Los cuestionarios eran rellenados por los diez reumatólogos del servicio y las ecografías se realizaron por un único reumatólogo. Las variables semicuantitativas utilizadas eran: 1. Ecografía nada útil. Confunde. Obliga a realizar exploraciones que de otra manera no se hubieran pedido. 2. Ecografía nada útil. Confunde, pero no obliga a realizar pruebas adicionales. 3. La ecografía ha tenido escasa utilidad para conocer la patología del paciente. 4. Ecografía útil. Ha mejorado de forma sustancial el conocimiento o tratamiento de la enfermedad del paciente. 5. Ecografía de gran utilidad. El conocimiento de la enfermedad o tratamiento del paciente ha cambiado de forma sustancial mediante el procedimiento ecográfico. El diagnóstico depende del resultado. Se recogían también el diagnóstico clínico del médico para compararlo con los hallazgos ecográficos y posteriormente evaluar la exactitud o la divergencia entre ambos.

Resultados: De los 60 pacientes valorados 39 eran mujeres y 21 hombres. La edad oscilaba entre los 29 y los 78 años con una media de 60 años. Las articulaciones estudiadas fueron: sacroiliaca 1, codo 3, cadera 6, hombro 8, rodilla 9, manos 21 y tobillo y pies 22. De los 60 cuestionarios la categoría número 1 no se encontró en ninguno, la número 2 en un caso (1,66%), el número 3 también en un caso (1,66%), el número 4 en 40 casos (66,66%) y el número 5 en 18 casos (30%). Así pues, la ecografía era útil o de gran utilidad en 58 de los 60 pacientes (96,66%), mejorando de forma sustancial el conocimiento o tratamiento de la enfermedad, mientras que tan sólo en dos casos no era de utilidad para el clínico que la había pedido. En 20 casos la ecografía cambiaba de forma sustancial el diagnóstico o tratamiento de los pacientes (33,3%), mientras que en los 40 casos restantes confirmaba la sospecha diagnóstica del clínico.

Conclusión: Según nuestro estudio la ecografía es una herramienta muy útil en el 66% de los casos y en un 33% modifica de forma sustancial el diagnóstico o tratamiento del paciente.

273

VALOR DE LA ECOGRAFÍA EN EL DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DEL TÚNEL CARIPIANO

C. Bohórquez, D. Peiteado, S. Santiago, R. Ugalde, E. de Miguel y E. Martín Mola
Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción: El diagnóstico del síndrome del túnel del carpo se basa tanto en la clínica como en estudios electrodiagnósticos. La ecografía es una técnica no invasiva, rápida y poco costosa que podría ser útil en esta patología.

Objetivos: Valorar la utilidad de la ecografía en el diagnóstico del síndrome del túnel del carpo y la correlación que existe entre la exploración ecográfica y el electromiograma.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio prospectivo en pacientes remitidos desde las consultas de Neurofisiología Clínica con sospecha clínica de Síndrome del túnel carpiano. La ecografía se ha realizado en todos los casos en un plazo de menor de 48 horas desde la realización del electromiograma (EMG). Se utilizó un ecógrafo Logic5pro de General Electric con una sonda lineal de 12 MHz. El explorador no conocía ni la clínica ni el resultado del EMG del paciente. Se realizaron múltiples cortes y medidas, escogiéndose finalmente como más significativo el área transversal del nervio mediano a nivel del hueso pisiforme. Se recogieron también los siguientes parámetros del EMG: velocidad de conducción sensitiva (m/s), latencia motora distal (ms) y amplitud del potencial motor evocado (mV).

Resultados: Se han estudiado 19 muñecas de 13 pacientes, de los que el 77% eran mujeres y el 23% eran varones. La edad media fue de 45 ± 12 años. Nuestros resultados muestran un coeficiente de correlación entre la velocidad de conducción sensitiva (VCS) y el área de sección transversal del nervio mediano (AST) de 0,62 con una $p = 0,02$. Además, hemos encontrado una asociación significativa entre el AST y el resultado del EMG (clasificado como normal o patológico) con una $p = 0,016$. Al realizar las curvas ROC encontramos una sensibilidad del 100% para un $AST < 8 \text{ mm}^2$ y una especificidad del 100% para un $AST > 12,5 \text{ mm}^2$. El mejor punto de corte en nuestro estudio fue $10,5 \text{ mm}^2$, con una sensibilidad del 75% y una especificidad del 83%.

Conclusión: La ecografía ha demostrado una buena correlación con el estudio electromiográfico para diferenciar entre un nervio mediano normal o patológico. Es capaz de establecer unos puntos de corte que determinan una sensibilidad y especificidad del 100%, dejando un rango intermedio en el que el EMG sigue siendo el patrón oro en el diagnóstico del STC.

274

ECOGRAFÍA COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE LOS NÓDULOS SUBCUTÁNEOS DE LA MUÑECA Y MANO EN UNA CONSULTA REUMATOLÓGICA

J. Usón, R. Miguélez, C. Fernández-Espartero y M. Morcillo

Unidad de Reumatología. Hospital de Móstoles. Madrid.

Los nódulos indoloros y dolorosos de la muñeca y mano (MM) son un motivo de consulta relativamente frecuente. La ecografía de alta frecuencia es una técnica de imagen excelente y rápida para valorar los nódulos subcutáneos.

Objetivo: Describir el uso de la ecografía para la valoración diagnóstica y terapéutica de los nódulos de MM en la consulta reumatológica.

Material y métodos: Se incluyen los estudios ecográficos realizados por los reumatólogos de esta unidad durante el año 2004 por presentar nódulo palpable con o sin dolor. Se revisa la historia clínica, la actitud diagnóstica y terapéutica en relación con el resultado ecográfico.

Resultados: 92 de las 2224 de los estudios ecográficos durante el año 2004 fueron realizadas para valorar nódulos de la MM. El 92% de ellas se practicaron en la misma consulta. En el 72%, el nódulo era hipo o anecogénico y generalmente doloroso. De estos, se puncionó el 95% y se obtuvo un material mucinoso en el 82%. En ningún paciente se solicitó una resonancia magnética.

Localización, diagnóstico y hallazgos ecográficos más frecuentes

Localizaciones	FREC	H. ecográficos
Mano		
N. Heberden	59%	Colección hipo-aneogénica en aspecto lateral, dorsal o palmar de articulación
N. Bouchard	10%	Colección hipo-aneogénica en aspecto lateral, dorsal o palmar de la articulación
N. Flx 3-4 dedo	7%	Colección hipo-aneogénica en aspecto palmar cerca IFP o MCF
Tofo	2%	Nódulo heterogéneo hipereogénico próximos a la articulación
Lipoma	1%	Homogéneo hipero o hipoeogénico bien delimitado
N. Reumatoide	1%	Homogéneo hipo o hipereogénico bien delimitado con irregularidad cortical y/o erosión
Muñeca		
Ganglión tendinoso	10%	Colección hipo-aneogénica que depende de vaina generalmente del tendón flexor radial del carpo
Ganglión articular	8%	Colección hipo-aneogénica que depende de articulación (radio-escafoidea)
*	2%	* otros

Conclusión: En nuestra experiencia, la ecografía es una herramienta muy útil que nos informa de la existencia de líquido especialmente en los quistes mucinosos de los nódulos de Heberden, de Bouchard así como en los nódulos tendinosos de la MM facilitando la punción-aspiración.

275

ESTUDIO CON ECOGRAFÍA DE ALTA RESOLUCIÓN DE PACIENTES CON TENOSINOVITIS DE DE QUERVAIN TRAS TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR

I. Möller, J. Palau, C. Moragues, V. Punsola, I. Bertrán, J. Sánchez, G. Martínez y J. Verges

Unidad de mano de Instituto Poal de Reumatología, Unidad de salud articular Bio Ibérica.

Introducción: La tenosinovitis de De Quervain (TDQ) es un motivo de consulta frecuente en la práctica clínica diaria. La etiología más común es la de origen mecánico por sobreuso o por microtraumatismo laboral. La ecografía de alta resolución es la técnica de elección para el estudio de la patología tendinosa y es una herramienta útil para el seguimiento de una estrategia terapéutica. **Objetivos:** Evaluar mediante Ecografía de alta resolución la evolución de pacientes con tenosinovitis de De Quervain tras tratamiento multidisciplinar.

Pacientes y métodos: Se ha realizado un estudio prospectivo de 6 meses de evolución en 40 pacientes afectos de TDQ. Se incluyeron pacientes con diagnóstico clínico de TDQ con maniobra de Finkelstein positiva, dolor y/o tumefacción a la palpación del primer compartimento de extensores (con o sin crepitación) y evaluación del dolor mediante escala analógica visual (EAV). A todos los pacientes se les realizó una ecografía de alta resolución con sonda de 14 Mhz basal, a las 2, 4, 6, 8 y 24 semanas. En el estudio ecográfico se evaluó la presencia de derrame en vaina del tendón (halo anecoico > 2 mm), sinovitis y alteración de ecoestructura tendinosa. El protocolo de tratamiento incluía inicialmente tratamiento con 1.800 mg /día de Ibuprofeno + reposo con férula a medida + medidas ergonómicas. A las 2 semanas se evaluaba dentro de la unidad pluridisciplinar al paciente y si persistía la clínica se practicaban infiltraciones corticoideas locales guiadas

con Ecografía quincenales (hasta un total de 3 infiltraciones según respuesta) y en caso de fracaso del tratamiento médico se establecía el tratamiento quirúrgico.

Resultados: Se incluyeron 2 varones y 38 mujeres con una edad media de 48 años. Todos ellos realizaban trabajos manuales. Quince pacientes (37,5%) tras el tratamiento inicial con AINEs y férula presentaron remisión clínica y ecográfica completa de la TDQ a las 2 semanas. En los 25 pacientes restantes se iniciaron infiltraciones corticoideas seriadas con punción guiada por ecografía. En 17 de estos 25 pacientes la ecografía mostró tendones supernumerarios en la vaina del primer compartimento de extensores y en 15 casos se observó la presencia de rizartrosis adyacente. Tras tratamiento corticoideo local: 7 casos remitieron (EAV < 10 y ausencia de signos ecográficos) con 1 infiltración, 15 con 2 infiltraciones y 1 con 3 infiltraciones. En 2 casos con EAV > 60 y con persistencia de criterios ecográficos de TDQ se requirió tratamiento quirúrgico.

Conclusiones: La ecografía de alta resolución es una técnica rápida y eficaz en el diagnóstico y seguimiento de la TDQ y permite establecer una estrategia terapéutica adecuada según la respuesta clínica. Además permite valorar la presencia de rizartrosis y/o la existencia de tendones supernumerarios relacionados en nuestra serie con una peor respuesta al tratamiento.

276

ECOGRAFÍA CON POWER DOPPLER EN ARTICULACIONES METATARSO FALANGICAS (MTFS) DE PACIENTES CON SOSPECHA DE ARTRITIS PRECOZ

L. Mayordomo, P. González, E. Rejón, S. Rodríguez, M.L. Velloso, J. Sánchez y J.L. Marengo
Hospital Universitario Valme.

Objetivos: La ecografía de alta resolución con power doppler ha demostrado su utilidad para estudiar la inflamación articular en pacientes con artritis reumatoide y otras artritis inflamatorias. La detección precoz de sinovitis permite una correcta clasificación y tratamiento de los enfermos con enfermedad inflamatoria articular. Pretendemos estudiar la presencia de inflamación articular por ecografía (definida por la presencia de derrame y/o hipertrofia sinovial y/o aumento de vascularización sinovial con power doppler) en una población de pacientes remitidos a una consulta especializada con sospecha de artritis de inicio. La afectación de las articulaciones metatarsofalángicas (MTF) es frecuente en pacientes con artritis de inicio pero puede resultar difícil de establecer por la exploración clínica.

Material y métodos: Del total de pacientes remitidos a la consulta con sospecha de artritis de inicio, se seleccionaron 26 pacientes que cumplían los criterios de: presencia de dolor o inflamación en carpos, metacarpofalángicas (MCF) o MTFs) de < 1 año de evolución. Se completó estudio clínico/ecográfico en 22 pacientes, con una edad media de 53 años (23-78), 15 mujeres (68,2%) / 7 varones y una media de duración de los síntomas de 3,8 meses (1-11 meses). Se realizó exploración clínica (nº articulaciones dolorosas e inflamadas), escalas de valoración, HAQ, PCR, VSG, FR. El estudio ecográfico se realizó sobre 40 articulaciones (hombros, codos, carpos, MCFs, IFPs, tobillos y MTFs) de 22 pacientes (total 880 articulaciones). Se utilizó un ecógrafo con sonda multifrecuencia 5-12 Mhz equipado con doppler. Se determinó la existencia de inflamación articular mediante ecografía en cada articulación estudiando la presencia de derrame, hipertrofia sinovial y aumento de vasculari-

zación sinovial (medida por la presencia de señal en el estudio power doppler).

Resultados: La exploración clínica encontró inflamación articular en al menos una articulación en 19/22 pacientes (86.3%), en 173/880 articulaciones y 38/220 MTFs. La exploración ecográfica objetivó inflamación articular en 21/22 (95,4%) y 209/880 articulaciones. Respecto a las articulaciones MTFs, la ecografía demostró presencia de inflamación articular en 65/220 articulaciones, de las cuales en 49/220 había proliferación sinovial y en 26/220 aumento de señal con power doppler. La ecografía detectó mayor número de articulaciones inflamadas que la exploración clínica, de forma estadísticamente significativa ($p < 0,05$). En 2 pacientes sin inflamación articular por la exploración clínica la ecografía detectó artritis en más de una articulación MTF (sinovitis subclínica). Los hallazgos ecográficos en el total de articulaciones permitirían reclasificar como afectación oligoarticular a 4 pacientes y 5 pacientes pasarían a tener afectación poliarticular.

Conclusiones: La presencia de artritis de metatarsofalángicas fue alta en la población estudiada (31%) y significativamente superior a la detectada por la exploración clínica. En nuestro estudio permitiría reclasificar a dos pacientes a una forma oligoarticular. Las posibles implicaciones en la clasificación diagnóstica y enfoque terapéutico de la presencia de sinovitis subclínica requiere estudios prospectivos a largo plazo y con mayor número de pacientes.

277

ULTRASOGRAFIA CON POWER DOPPLER EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CON SOSPECHA DE ARTRITIS PRECOZ

L. Mayordomo, P. González, E. Rejón, S. Rodríguez, M.L. Velloso, R. Santos y J.L. Marengo
Hospital Universitario Valme. Sevilla.

Objetivos: La ecografía de alta resolución con power doppler ha demostrado su utilidad para estudiar la inflamación articular en pacientes con artritis reumatoide y otras artritis inflamatorias. La detección precoz de sinovitis permite una correcta clasificación y tratamiento de los enfermos con enfermedad inflamatoria articular. Pretendemos estudiar la presencia de inflamación articular por ecografía (definida por la presencia de derrame (D) y/o hipertrofia sinovial (S) y/o aumento de vascularización sinovial con power doppler (P) en una población de pacientes remitidos a una consulta especializada con sospecha de artritis de inicio y correlacionar estas variables con parámetros de actividad utilizados en la clínica diaria.

Material y métodos: Del total de pacientes remitidos a la consulta con sospecha de artritis de inicio, se seleccionaron 26 pacientes que cumplían los criterios de: presencia de dolor o inflamación en carpos, metacarpofalángicas (MCF) o metatarsofalángicas (MTFs) de < 1 año de evolución. Se completó estudio clínico/ecográfico en 22 pacientes, con una edad media de 53 años (23-78), 15 mujeres (68,2%)/ 7 varones y una media de duración de los síntomas de 3,8 meses (1-11 meses). Se realizaron exploración clínica (nº articulaciones dolorosas e inflamadas), escalas de valoración, HAQ, VSG, PCR, FR. El estudio ecográfico se realizó sobre 40 articulaciones (hombros, codos, carpos, MCFs, IFPs, tobillos y MTFs) de 22 pacientes (total 880 articulaciones). Se utilizó un ecógrafo con sonda multifrecuencia 5-12 Mhz equipado con doppler. Se determinó la existencia de inflamación articular mediante ecografía de cada articulación estudiando la presencia de derrame, hipertrofia sinovial y aumento de vascularización sinovial medida por la presencia de señal en el es-

tudio power doppler. Se determinó por exploración ecográfica el número de articulaciones con D, HS y P (NUSD, NUSS y NUSP) y su realizó una gradación semicuantitativa (0,1,2,3) (IUSD, IUSS, IUSP). También se determinaron los índices correspondientes reducidos para 28 articulaciones. Se utilizaron test estadísticos de correlación de Pearson para establecer la asociación o no de estos con variables clínicas y de laboratorio.

Resultados: La exploración clínica encontró dolor en 400/880 articulaciones (NAD40) y en 296/616 (NAD28); inflamación articular en al menos una articulación en 19/22 pacientes (86,3%), en 173/880 articulaciones (NAI40) y en 137/616 articulaciones (NAI28). La exploración ecográfica objetivó inflamación articular en 21/22 pacientes (95,4%) y 209/880 articulaciones (14 hombros, 7 codos, 22 carpos, 15 rodillas, 46 MCFs, 32 IFPs, 8 tobillos y 65 MTFs). Se encontró presencia de hipertrofia sinovial en 142/880 y señal power doppler (NUSP) en 90/880. Excluyendo las metatarsofalángicas se encontró derrame articular (NUSD28) en 144/616 articulaciones, hipertrofia sinovial (NUSS28) en 90/616 y señal power doppler (NUSP28) en 60/616. La presencia de los seis índices de inflamación ecográfica (NUSD28, NUSS28, NUSP28, IUSD28, IUSS28 y IUSP) se encontraron asociados a NAI28 ($> +0,5$), en tanto NAD28 solo se asoció con presencia de derrame e hipertrofia sinovial y no con cambios de señal en power. HAQ se asoció estadísticamente con índices de derrame (+0,43). No se encontró asociación significativa de índices ecográficos con VSG y PCR. La presencia de factor reumatoide + se asoció estadísticamente a todos los índices ecográficos utilizando el test de Mann-Whitney para variables no paramétricas ($p < 0,021$). Los hallazgos ecográficos en el total de articulaciones permitirían reclasificar como enfermedad oligoarticular a 4 pacientes y 5 pacientes pasarían a tener enfermedad poliarticular.

Conclusiones: La presencia de inflamación ecográfica (D,S,P) se correlaciona con el número de articulaciones dolorosas y tumefactas, aunque la señal de power doppler solo se correlaciona con el NAI. También se asocia a la presencia de FR positivo. HAQ se correlaciona con índices de derrame, en tanto PCR y VSG no muestran asociación. La ecografía detecta inflamación en articulaciones en que el clínico no, de modo que los hallazgos ecográficos en el total de articulaciones permitirían reclasificar pacientes como afectación oligoarticular o poliarticular. Son precisos estudios a largo plazo con mayor número de pacientes para establecer la significación de inflamación subclínica y la utilidad de la ecografía en el manejo de la artritis de reciente comienzo.

278

CARACTERÍSTICAS, EFICACIA Y SEGURIDAD DE LAS TERAPIAS BIOLÓGICAS EN NUESTRO MEDIO

M.P. Huertas, D. Pielfort Garrido, D. Mínguez Sánchez, V. Salas Garrido, E. Revuelta Eurard, A. Sánchez Trenado, J.L. Cuadra Díaz, C. Rubio Caja y J. Paulino Tevar
Hospital Nuestra Señora del Carmen. Ciudad Real.

Objetivo: Estudiar las características de los pacientes sometidos a terapias biológicas en nuestro Servicio.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 70 enfermos reumáticos que han recibido terapias biológicas desde el año 2000 hasta la actualidad. Se analizan los diagnósticos, el tipo de FAME/DMARD utilizado hasta y a partir de entonces, los efectos adversos de dichos FAME, el tipo o tipos de biológicos empleados, dosis y tipo de corticoide asociado, los efectos adversos aparecidos, tasa de supervivencia del fármaco, respuesta clínica en base a EVA de médico, paciente y DAS.

Resultados: Un total de 70 pacientes han recibido terapia biológica en nuestro Servicio. 50 mujeres y 20 hombres. Edad media 51 ± 10 años, con un tiempo medio de evolución de la enfermedad de 9,2 años. Se ha utilizado en 54 Artritis Reumatoide y 16 espondiloartropatías (9 artritis psoriásicas, 6 espondilitis anquilosantes 1 una espondiloartropatía asociada a enfermedad de Cröhn). Las terapias empleadas han sido 45 infliximab (64%), 15 adalimumab (22%) y 10 etanercept (14%). Se han producido 6 cambios de terapia biológica, 5 de infliximab a etanercept y 1 de infliximab a adalimumab. Los efectos adversos más frecuentes fueron cefaleas, reacciones infusionales, infecciones de vías respiratorias altas, ronquera, sequedad de mucosas entre otros. Dentro de los efectos adversos graves hemos reportado 1 Linfoma de Hodgkin, 1 recidiva de tumor carcinóide, 1 tuberculosis extrapulmonar, 1 herpes zoster y una tiroiditis autoinmune que desencadenó una insuficiencia cardíaca congestiva. La mejoría del DAS fue de 1,3 puntos y la EVA del médico y del paciente mejoraron 3,8 y 4,2 puntos totales, respectivamente.

Conclusión: Las terapias biológicas han resultado notablemente eficaces en pacientes con enfermedad severa y activa que no habían respondido a varios FAMEs previos. Se ha detectado un 9% de efectos adversos graves y frecuentes leves que aconsejan su uso cuidadoso y con criterio.

279

COLITIS COLÁGENA Y ENFERMEDADES REUMÁTICAS

J. Calvo Catalá, C. Campos Fernández, A. Baixauli Rubio, M. González-Cruz y M.T. Gomis Mascarell
Hospital General Universitario de Valencia.

La colitis colágena (CC) se caracteriza por diarrea crónica acuosa, sin sangre ni moco ni pus y que se acompaña de dolor cólico abdominal, siendo normal la endoscopia. El diagnóstico es histológico, detectándose depósito de colágeno subepitelial en colon. Fue descrita en 1976 por Lindström. Si bien su causa es desconocida, la hipótesis autoinmune es la más aceptada. Si bien son pocos los casos descritos, se ha relacionado con diversas patologías, sobre todo reumatológicas: poliartrosis seronegativa, patología tiroidea, artritis reumatoide y otros procesos autoinmunes: Sjögren, miastenia, esclerodermia, arteritis de células gigantes, etc. En nuestra casuística, constatamos siete pacientes con colitis colágena: Sexo: 6 mujeres y 1 hombre. Edad media: 55,7 años (69 y 25 años). Duración media del cuadro hasta diagnóstico: 2,5 años (10 meses y 6 años). Diagnóstico: colonoscopia con biopsia característica. A todos los pacientes se les somete a estudio de las patologías descritas anteriormente: analítica estándar, estudio tiroideo, factor reumatoide y anticuerpos (ANA y ENA), estudio radiológico de tórax, manos y pies.

Resultados: De los siete pacientes descritos, cuatro pacientes (57,1%), tenían patología reumatológica: se asocia a artritis reumatoide en dos casos (28,57%), a enfermedad de CREST en un caso (14,28%) y a esclerodermia en otro caso (14,28%).

Conclusiones: 1) La frecuencia de la CC debe ser superior a la reflejada en la bibliografía, ya que al ser su diagnóstico histológico, muchos casos deben quedar sin confirmar. Es recomendable realizar biopsia a todo paciente con diarrea crónica, aunque la colonoscopia sea normal. 2) La asociación de CC a procesos reumatológicos, es elevada: 57,1% en nuestra casuística. 3) Siempre que aparezca diarrea en un paciente con patología reumática, debemos sospechar éste cuadro y efectuar los estudios pertinentes.

280

PATOLOGÍA REUMATOLÓGICA Y SÍNDROME DE SWEET

J. Calvo Catalá, C. Campos Fernández, M. González-Cruz, A. Baixauli Rubio y M.T. Gomis Mascarell
Hospital General Universitario de Valencia.

El síndrome de Sweet (SSw), se caracteriza por la existencia de lesiones violáceas/eritematosas sobre elevadas y dolorosas al tacto, que se localizan sobre todo en cuello, cara y extremidades, acompañándose de neutrofilia y cuadro febril con afectación de estado general y frecuentemente, artralgias. Su rápida mejoría con corticoides sistémicos (el cuadro desaparece en 48 horas), puede servirnos como diagnóstico. Los pacientes pueden responder también al tratamiento con yoduro potásico. La importancia de este cuadro, se deriva de que puede asociarse a diversas patologías, algunas de ellas, reumatológicas: Artritis reumatoide, Sjögren, Behçet, Reiter, espondilartrosis asociada a EIIC (Crohn y colitis ulcerosa), sarcoidosis, carcinoma de ovario, psoriasis y enfermedades hematológicas (leucemia mieloide crónica fundamentalmente). Hace 14 años, revisamos la casuística existente en ese momento en los servicios de Medicina Interna y dermatología, encontrando 23 casos, de los cuales, solo en tres casos se asociaba a otras patologías: enfermedad de Crohn. Los tres casos tenían manifestaciones articulares (sacroilitis y clínica axial) y en los tres, la clínica dermatológica precedió a la digestiva (6-12 meses). Actualmente, hemos revisado dos pacientes más, siendo pues un total de 25 pacientes, con el resultado siguiente: 1. Siguen controlándose en el Hospital los tres casos de enfermedad de Crohn, que se mantienen con tratamiento médico, no precisando cirugía ninguno de ellos. 2. Se han perdido 5 casos. 3. En los 17 casos restantes, no se ha detectado ninguna asociación a otras patologías.

Conclusiones: El SSw puede preceder y asociarse a otras patologías, que habrá que investigar ante la aparición del síndrome, pero según el resultado de este estudio, no parece oportuno prolongar en el tiempo el seguimiento de los pacientes diagnosticados de SSw.

281

COLITIS COLÁGENA Y ARTRITIS: ¿RELACIÓN CASUAL O ETIOPATOGÉNICA?

N. Busquets, J. Narváez, N. Montala, C. Díaz-Torné, B. Bernad, I. Castellvi y J. Valverde
Servicio de Reumatología. Hospital Universitari de Bellvitge.

La colitis colágena (CC) es una enfermedad de etiología desconocida caracterizada por la presencia de diarrea crónica acuosa, con o sin dolor abdominal, en ausencia de anomalías endoscópicas en el colon. Los hallazgos histológicos que sirven para diagnosticarla son la presencia de una banda subepitelial de colágeno con un grosor superior a 10 μm , junto con un infiltrado inflamatorio en la lámina propia. Aunque su etiología es desconocida, se le supone una patogenia autoinmune. La publicación en los últimos años de numerosos casos de CC y artritis, ha llevado a plantear su inclusión dentro del grupo de las artritis enteropáticas. **Objetivo:** Revisar el espectro de manifestaciones reumáticas que han sido descritas en pacientes con CC intentando clarificar, en base a la información actualmente disponible, si existe una verdadera artropatía asociada a la CC.

Métodos: Se presentan dos pacientes con CC y espondiloartropatía (SpA) según los criterios del grupo europeo (ESSG), y se revisan de forma pormenorizada todos los casos publicados en la literatura de CC y artritis (PubMed, 1972-2004).

Resultados: en la revisión efectuada se identificaron 22 casos de CC y artritis periférica seronegativa, y 7 casos adicionales de SpA (para un total de 9, incluyendo nuestros 2 pacientes). La frecuencia de artritis periférica en la CC oscila entre un 7 y un 10% de los casos. En la mayoría de los pacientes la alteración intestinal se manifiesta antes que la artritis o coincide con la misma, existiendo un cierto grado de sincronismo entre la clínica articular y la clínica digestiva. Suele tratarse de una oligo o poliartrosis seronegativa que afecta básicamente a grandes articulaciones, en general con carácter asimétrico, no deformante ni erosiva. No se asocia al HLA B27. Evoluciona por brotes que se acompañan de remisiones y no dejan secuelas. En los 9 pacientes con CC y SpA, el cuadro articular incluye una oligo o poliartrosis si claro predominio por las EEII, junto a sacroilítis clínica o radiológica con espondilítis o sin ella. La presencia de entesopatía o dactilítis es infrecuente (< 25%) y el HLA B27 es positivo en el 50% de los casos. Generalmente la CC precede o coincide con la SpA, constatándose también un curso paralelo en la mayoría de los casos. No obstante, en algunos pacientes la SpA progresa hacia una enfermedad erosiva y anquilosante. Finalmente cabe destacar la frecuente asociación entre CC y artritis reumatoide (AR) documentada en al menos 11 casos.

Conclusiones: aunque en algunos casos no es posible descartar una asociación casual, el número de pacientes descritos y el curso paralelo de la clínica digestiva y articular en la mayoría de los casos, sugieren la existencia de una artropatía asociada a la CC.

282

DOLOR Y DISCAPACIDAD EN PACIENTES CON IT DE ORIGEN MUSCULOESQUELÉTICO (IT-ME): ESTUDIO POR PATOLOGÍAS

G. Candelas, L. León, L. Abasolo, D. Clemente, C. Vadillo y J.A. Jover

Hospital Clínico San Carlos de Madrid- Servicio de Reumatología.

Introducción: Las enfermedades musculoesqueléticas son causa importante de discapacidad laboral tanto a corto como a largo plazo. Con el programa IT-ME, iniciado en 1998, se logró un ahorro de días de IT superior al 40%. Sin embargo, el programa no soluciona con la misma eficacia todos los casos, produciéndose tras los primeros 30 días una disminución de la misma, lo que puede deberse a otros factores asociados. En un estudio realizado previamente por nuestro grupo, se observó que aquellos pacientes con IT-ME de duración > 4 semanas presentaban niveles de discapacidad y de intensidad del dolor significativamente mayores en comparación con un grupo control de trabajadores activos sanos.

Objetivo: Describir los niveles de dolor y de discapacidad percibida en una muestra de pacientes que se encuentran en situación de IT-ME de 4semanas de duración y ver si existen diferencias entre grupos de patologías.

Material y métodos: Se seleccionó una muestra de pacientes del área 7 de la Comunidad de Madrid que alcanzaban las 4 semanas de IT-ME. Para medir la discapacidad percibida se utilizó el HAQ y el FID para la frecuencia y la intensidad del dolor. Las diferentes patologías causantes de IT-ME fueron agrupadas en 5 categorías. Se registraron los días de duración de la IT por patologías.

Resultados: La muestra estaba compuesta por 52 pacientes. Las patologías observadas por orden de frecuencia fueron: dorsolumbalgia (42,3%); cervicalgias (40,3%); patología de partes blandas (11,5%); gonalgias (3,8%) y las conectivopatías (1,9%). El nº total de días de IT fue de 90,74 días, encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre grupos, con un nº mayor días de

IT en el grupo de las gonalgias (205 ± 29) y de las conectivopatías (257) ($p > 0,0001$). En cuanto a las medidas de discapacidad percibida y de la intensidad del dolor encontramos lo siguiente:

Patologías	HAQ(0-3)	Intensidad del dolor (0-100)
Cervicalgia	0,9 ± 0,7	64,2 ± 18
Dorsolumbalgias	1,29 ± 0,61	58,6 ± 20
Partes blandas	1,33 ± 0,65	66,6 ± 18
Conectivopatías	2	65
Gonalgia	1,25 ± 0,53	90 ± 14

En cuanto a la frecuencia de aparición del dolor, observamos que el 74,51% de los pacientes presentaban dolor de forma continua o casi todo el día; el 19,61% tenían dolor todos los días o una vez a la semana y un 5,88% tenían dolor una vez al mes o casi nunca, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre grupos.

Conclusiones: 1. Las patologías más frecuentes en nuestra muestra fueron las dorsolumbalgias y las cervicalgias. 2. La mayor duración en días de IT lo encontramos en los grupos de las conectivopatías y de las gonalgias, con diferencias estadísticamente significativa con respecto al resto de los grupos. 3. No encontramos diferencias estadísticamente significativas entre grupos en cuanto a la discapacidad percibida ni en cuanto a la intensidad del dolor. 4. En cuanto a la frecuencia de aparición del dolor, la mayor parte de los pacientes presentaron dolor de forma continua o casi todo el día.

283

NEUMONÍA POR PNEUMOCISTIS CARINII EN PACIENTES TRATADOS CON CORTICOIDES O INMUNOSUPRESORES

M. Llanes, P. León, D. Soria, I. Macias, N. Chozas, F. Medina y S. García

Hospital Universitario Puerta del Mar.

Objetivo: Valorar la necesidad de profilaxis frente a Neumonía por *Pneumocistis Carinii* en pacientes no HIV, que reciban tratamiento con corticoides u otros inmunosupresores por su enfermedad de base.

Material y métodos: En este trabajo se han recogido 6 pacientes del Hospital Universitario Puerta del Mar diagnosticados de Neumonía por *Pneumocistis Carinii* en los últimos 6 meses (de junio a diciembre 2004). Se trata de pacientes inmunodeprimidos con las siguientes enfermedades de base: Neumopatía intersticial difusa en fase de fibrosis pulmonar; Leucemia Mieloide aguda M4 sometido a trasplante de médula ósea; Pénfigo paraneoplásico y Linfoma folicular; Linfoma no Hodgkin Anaplásico; Síndrome de Werhoff y Síndrome antifosfolípido versus Lupus; Artritis Reumatoide de larga evolución. Todos ellos en tratamiento prolongado con corticoides o inmunosupresores del tipo Ciclofosfamida, Azatioprina o Antineoplásicos.

Resultados: Todos estos pacientes desarrollaron Neumonía por *Pneumocistis Carinii*; proceso que normalmente se ha relacionado con infección por HIV, con cifras de CD4 < 200cel/mm. Sin embargo en la actualidad esto está cambiando gracias a los avances que han supuesto la profilaxis de la enfermedad y la terapia antirretroviral (HAART). También ocurre Neumonía por dicho patógeno oportunista en otros desordenes no relacionados con Sida. Entre ellos están los hematológicos (leucemias y linfomas), trasplante de órganos (renales y de médula ósea), tumores sólidos (en particular los que reciben esteroides a altas dosis como los tumores cerebrales), vasculitis, conectivopatías, fibrosis pulmonar, linfopenia y una miscelánea de condiciones como malnutrición severa o niños con inmunodeficiencia primaria.

Conclusión: En estudios retrospectivos se ha visto que incluso con dosis moderada de Prednisona (16mg diarios durante más de 8 semanas) puede desarrollarse Neumonía por este microorganismo. Por ello, se debería considerar administrar profilaxis frente a *Pneumocistis* con Trimetoprim-Sulfametoxazol (cuando no esté contraindicado por alergia a sulfamidas) a los pacientes a los que se le prescriban tratamientos prolongados con corticoides sistémicos o inmunosupresores.

284

LA TERAPIA SALICÍLICA EN LA PRENSA MÉDICA GRANADINA DE LA SEGUNDA MITAD DEL SIGLO XIX

Prensa Médica

Dirección Área Sanidad en Ceuta; Hospital del INGESA en Ceuta; Facultad Medicina de Cádiz.

Introducción: Durante el siglo XIX el descubrimiento de fármacos experimentó un gran desarrollo y de manera particular la terapia salicilica. La prensa médica granadina de la segunda mitad del XIX se hizo eco de tal desarrollo. Desde la síntesis de la salicina en 1828 hasta nuestros días han transcurrido casi tres siglos y perdura el uso de la terapia salicilica.

Objetivo: Averiguar los conocimientos que estas publicaciones contenían acerca de la utilización de los salicilatos en el tratamiento de las enfermedades del aparato locomotor.

Material y método: Hemos revisado las cinco revistas médicas que se editaron en Granada a la sazón: La Gaceta Médica de Granada (1869-1871, primera época), La Prensa Médica de Granada (1879-1883), La Gaceta Médica de Granada (1883-1899, segunda época), La Clínica (1885-1886) y La Gaceta Médica Escolar (1898-1899), siguiendo las directrices de la metodología heurística. Hemos encontrado 27 artículos sobre empleo de los salicilatos en las enfermedades reumáticas. Para su análisis comparamos con la bibliografía de referencia, especialmente revistas, textos médicos coetáneos y críticas de expertos.

Resultados: Los 27 artículos hacen referencia al ácido salicílico, fenacetina, salicilato de lisina, salicilato de sosa, salicina, salofeno o salol. Entre los autores destacan José Pareja Garrido con seis artículos y José M^a Yébenes Roldán con cinco.

Conclusión: El empleo de los compuestos salicilados hace la Escuela Médica Granadina de la segunda mitad del siglo XIX para las enfermedades del aparato locomotor, como recoge la prensa médica coetánea, es similar al que se indica en los textos médicos y al que se hacía en los países del entorno. Nuestro trabajo destaca la perdurabilidad de estos fármacos que han entrado en su tercer siglo de uso.

285

REUMATOLOGÍA EN CASTILLA Y LEÓN. CONOCIMIENTO DE LA ESPECIALIDAD POR LOS USUARIOS DEL SISTEMA PÚBLICO

J. Medina Luezas, J.M. Martín Santos, J. Alegre, P. Valdazo, M. Corteguera, L. Pantoja, T. Pérez Sandoval, V. Pinillos, A. García Chillón, E. Tomero, O. Martínez González, M.C. Torres, E. Diez y C. Álvarez
Hospital Santa Bárbara de Soria.

Propósito: Valorar la opinión y grado de conocimiento por parte de los usuarios del sistema público de salud de la especialidad de reumatología en la comunidad de Castilla y León. En concreto se pretende conocer la contestación a las siguientes preguntas: ¿Qué

especialista consideran el más capacitado para el manejo de los problemas no traumáticos del aparato locomotor? ¿Qué especialista preferirían si pudieran elegir? y ¿Cómo valoran los tratamientos propios de nuestra especialidad?

Personas y métodos: Se remitieron 30 encuestas a cada uno de los 11 hospitales públicos de la comunidad con 9 preguntas relacionadas con datos demográficos, antecedentes de consultas previas de reumatología, traumatología o rehabilitación y su valoración, selección de especialistas para distintos problemas reumáticos y opinión sobre diferentes tratamientos. Se solicitó la participación de enfermos en espera para ser atendidos en consultas externas hospitalarias que no tuviesen relación con el aparato locomotor. Las encuestas fueron entregadas por enfermeras y auxiliares, auto administradas y confidenciales tanto en la identidad del encuestado como en la especialidad que la promovió.

Resultados: Participaron 9 centros que remitieron 251 encuestas (93% de las esperadas). La edad media de los encuestados fue 45,4 ± 14,3 años (68,1% mujeres, 29,9% varones, 2% desconocido). 47% habían sido vistos previamente por traumatólogos, 21,9% por reumatólogos y 26,3% por rehabilitadores. Las contestaciones a las preguntas sobre especialista más capacitado para diferentes problemas del aparato locomotor y especialista preferido figuran en la tabla:

Especialista más capacitado para:	Reumatología	Traumatología	Rehabilitación	Indiferente	No contesta
-Dolor rodilla o cadera	31,5%	49%*	2,8%	15,1%	1,6%
-Dolor de manos	61,4%*	19,9%	3,2%	14,3%	1,2%
-Dolor de columna	23,1%	51,4%*	10%	14,7%	0,8%
-Osteoporosis	39,8%	44,6%	3,2%	10%	2%
Especialista preferido	31,1%	47%*	2,4%	14,3%	4,8%

* diferencias significativas entre reumatología y traumatología.

Las personas vistas previamente por reumatólogos indicaron la especialidad como preferida con una frecuencia significativamente superior que las no vistas: 47,3% vs. 27,4%; OR 2,37 (1,27-4,42). Estas diferencias no se evidenciaron en las otras especialidades. Se encontraron importantes diferencias en los resultados entre los diferentes centros. La valoración de la atención recibida (mala = 0 - buena = 2) en los pacientes vistos por reumatología: 1,57 ± 0,57 fue parecida a los vistos por rehabilitación 1,52 ± 0,67 y superior a los vistos por traumatología 1,35 ± 0,71, aunque las diferencias no son significativas. En cuanto a la opinión sobre tratamientos (mala = 0 - buena = 2), el tratamiento físico en centro de rehabilitación fue el mejor valorado: 1,74 ± 0,52, seguido del tratamiento físico domiciliario: 1,22 ± 0,75, del tratamiento farmacológico del dolor: 1,01 ± 0,71 y en último lugar las infiltraciones locales: 0,95 ± 0,73.

Conclusiones: los resultados indican que en la Comunidad de Castilla y León, a pesar de que la reumatología está implantada en los hospitales participantes desde hace más de 10 años, la traumatología es considerada la especialidad de referencia para la mayoría de los problemas no traumáticos del aparato locomotor, con la excepción del dolor de manos, y también es la especialidad preferida por un mayor número de encuestados. La reumatología es la especialidad mejor valorada por las personas vistas previamente en consultas del aparato locomotor. Los enfermos vistos por reumatología la solicitarían si necesitasen de nuevo consulta de forma significativamente superior. Los tratamientos farmacológicos e infiltraciones locales reciben una peor valoración que los tratamientos físicos. Esto sugiere que el reumatólogo debe hacer énfasis en otros aspectos del tratamiento: explicación de la enfermedad, educación, ejercicio físico, etc.; para lograr una mayor satisfacción del enfermo.

REUMATOLOGÍA HOSPITALARIA "CONTRA-RELOJ": ¿ES SÓLO UNA IMPRESIÓN SUBJETIVA?

M. Calabozo Raluy, F. Pérez Ruiz, L. Garrido Couriel,
I. Hernando Rubio y A. Alonso Ruiz
Hospital de Cruces. Baracaldo. Vizcaya.

Introducción: La actividad médica de calidad requiere unos tiempos mínimos. Las Sociedades reumatológicas recomiendan ajustar las agendas asistenciales de las Unidades de Reumatología a un mínimo de 45 minutos para cada paciente nuevo y 20 minutos para las visitas sucesivas. En nuestro Hospital los tiempos asignados mediante agenda electrónica son de 30 y 20 minutos respectivamente. Sin embargo, a diario tenemos la impresión de trabajar contra-reloj.

Objetivo: Determinar la distribución de nuestro tiempo asistencial y conocer los tiempos reales dedicados a nuestros pacientes en la consulta hospitalaria.

Método: Durante 6 semanas un facultativo, con la colaboración del personal administrativo y de enfermería y sin el conocimiento del resto de reumatólogos del Servicio, cuantificó en dos consultas simultáneas: el tiempo total de consulta, el tiempo "robado" a la consulta (visitadores, teléfono, pausa-café, burocracia ajena a la consulta y otros), el número total de visitas nuevas y sucesivas y la duración real de cada visita.

Resultados: Se atendieron, en 29 días laborables, 1073 pacientes (151 primeras visitas y 922 revisiones). El tiempo total de consulta fue 615 ± 230 minutos/día, el tiempo "robado a la consulta" correspondía a un 8,42% del tiempo total (visitadores médicos: 2,98%, pausa-café 2,97%, teléfono 0,67%, papeleo 0,64% y otros 1,14%). Dedicamos a los pacientes nuevos el 25,43% de nuestro tiempo real de consulta y el 74,57% restante a las visitas sucesivas. El tiempo medio real disponible por paciente fue $16,25 \pm 3,42$ minutos. Las primeras visitas se realizaron en $27,25 \pm 6,38$ minutos, mientras que a los pacientes en revisión se les valoró y trató en $13,56 \pm 2,63$ minutos. La distribución real del tiempo en una consulta tipo se muestra en la tabla 1.

Tabla 1. Distribución media del tiempo (en minutos) en una consulta

Nuevos	Sucesivas	"Ladrones"	Total
71'	217'	25,5'	313,5'
27,25' /paciente	13,56' /paciente	Visitadores: 9'; pausa-café: 9'; teléfono: 2'; otros: 5,5'	
n = 2,6	n = 16		

n = nº de pacientes / consulta

Conclusiones: 1. En nuestras consultas hospitalarias los tiempos reales disponibles para atender a las primeras visitas y a los pacientes en visita sucesiva se reducen a un 60% y un 67,8% respectivamente de los tiempos mínimos recomendados en base a criterios de calidad asistencial en Reumatología. 2. Mención aparte merece la atención reumatológica ambulatoria, donde los tiempos asignados mediante agenda electrónica en nuestro Área se reducen al 50% de los tiempos mínimos recomendados.

HOSPITAL DE DÍA DE REUMATOLOGÍA. DOS AÑOS DE EXPERIENCIA

M.J. Moreno Ramos, F. García-Villalba Sánchez,
S. Cano Valverde y F. Pedrero Martínez

Sección de Reumatología. Hospital General de Área Santa María del Rosell. Cartagena. Murcia.

Introducción: El principal objetivo del Hospital de Día (HDD) es ofrecer una asistencia sanitaria en régimen ambulatorio, evi-

tando la estancia en régimen de ingreso hospitalario. Ha demostrado su rentabilidad al disminuir costes derivados de la estancia hospitalaria clásica y mejorar la calidad de vida percibida por el paciente.

Objetivos: Describir el perfil de los pacientes que siguen tratamientos por vía intravenosa en HDD de Reumatología en los dos años de funcionamiento.

Material y métodos: El HDD del Hospital General de Área Santa María del Rosell de Cartagena es una Unidad Polivalente que consta de 12 camas y 8 sillones en el que tradicionalmente se han administrado terapias por parte de Oncohematología. Nuestra Sección participa de forma regular y establecida desde Octubre de 2002. Disponemos de una sala en la que contamos con 3 camas y 4 sillones, dos días a la semana (Lunes y Miércoles) en horarios de mañana (8-15 h.) para realizar los tratamientos. En cuanto al componente humano, dentro del personal médico contamos con un facultativo especialista en Reumatología de plantilla que supervisa los procedimientos terapéuticos y la eventual aparición de acontecimientos adversos. El personal de enfermería es el propio que presta asistencia al resto de especialidades, contando además nuestra Sección con un enfermero becario encargado exclusivamente de supervisar nuestros pacientes, recoger datos clínicos y evaluarlos mediante cuestionarios validados y estandarizados. Los datos se recogen siguiendo las recomendaciones del Panel de expertos de la SER y los pacientes son evaluados de forma periódica. Se recogen los siguientes datos: Clínicos: Recuento articular (nº de articulaciones dolorosas y tumefactas), rigidez matutina, HAQ, DAS28, HAQEA, BASDAI, BASFI, valoración metrológica de los pacientes con Espondiloartropatías, valoración de dolor, rigidez y otros parámetros clínicos mediante Escalas analógicas-visuales (EAV) y valoración de tratamientos utilizados; Analíticos: hemograma completo, bioquímica incluyendo funciones hepática, renal y lípidos, VSG, PCR, Factor Reumatoide, ANA, anti-DNA, ENAs, Anticuerpos anti-cardiolipina; Radiológicos: Radiografías de manos y pies con carácter anual y de tórax previa al inicio de terapias biológicas; Acontecimientos adversos.

Resultados: *Fármacos administrados:* Terapias biológicas-Infliximab- (más del 95% de la actividad del HDD), Bolos de Ciclofosfamida y Pamidronato iv. *Tratamientos administrados y tipo de patología:* En el primer año (Oct-02 a Dic-03) se han realizado 268 tratamientos: Infliximab (252 infusiones): Artritis Reumatoide (152), Artropatía psoriásica (29), Espondilitis Anquilosante (57), Espondiloartropatías indiferenciadas (6), Síndrome SAPHO (5), uveítis con Escleritis perforante (3). Pamidronato iv (11 infusiones): Espondilitis Anquilosante (6) y Síndrome SAPHO (5). Ciclofosfamida iv (5 bolos): Uveítis con Escleritis perforante (5). En el 2º año (Enero-Dic. -04) se han realizado 375 tratamientos: Infliximab (365 infusiones): Artritis Reumatoide (204), Artropatía Psoriásica (48), Espondilitis Anquilosante (93), Espondiloartropatías indiferenciadas (12), Síndrome SAPHO (8). Pamidronato iv (2 infusiones): Osteoporosis transitoria (2). Ciclofosfamida iv (8 bolos): Síndrome de Churg-Strauss (8).

Conclusiones: La mayor parte de los tratamientos han sido terapias biológicas (Infliximab) con un 96%, siendo la patología más frecuente la Artritis Reumatoide, y junto con la Espondilitis Anquilosante y la Artropatía Psoriásica suponen el 91% de los pacientes. El crecimiento en el segundo año en el número de infusiones administradas ha sido del 40%. Concluimos que el Hospital de Día en Reumatología es útil y necesario dentro de nuestra especialidad dada la creciente aparición de nuevas terapias para las artropatías inflamatorias, sobre todo Artritis Reumatoide y Espondiloartropatías inflamatorias, ayudando a abaratar costes sanitarios y mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.

288

CONSULTA DE REFERENCIA DE URGENCIAS: ESTUDIO DE LOS PACIENTES VISTOS EN MAS DE 3 OCASIONES

P. Macarrón, L. Abásolo, E. Loza, R. López, D. Clemente, C. Lajas, E. Pato y J.A. Jover
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción: La Consulta de Referencia de Urgencias de Reumatología (CRU) da apoyo al Servicio de Urgencias, derivándose todos aquellos pacientes con patología músculo-esquelética que han precisado ser valorados de forma urgente. Estos pacientes son vistos en un plazo máximo de 72 horas.

Objetivo: Analizar las características socio-demográficas y el diagnóstico de los pacientes que han acudido a esta consulta (CRU) en tres o más ocasiones.

Material y métodos: Cohorte prospectiva en la que se incluyeron todos los pacientes vistos en la CRU desde junio de 1999 hasta junio del 2004. Los datos se recogieron a partir de una base de datos del servicio de Reumatología (BDCR), en la que se introducen los datos sociodemográficos y los diagnósticos codificados según el código CIE-9 de todos los pacientes vistos en la consulta de Reumatología. La variable principal fue "paciente repetido" (definida como los pacientes que tuvieron 3 o más visitas de CRU durante el período de estudio), y las variables secundarias fueron el diagnóstico (agrupados en 21 categorías), la edad y el sexo. Para el estudio estadístico se realizaron análisis bivariados.

Resultados: Se incluyeron 5.382 pacientes (6.059 consultas), de los que 542 (10%) tuvieron al menos 2 consultas de CRU y 93 (1,37%) fueron "pacientes-repetidos". De ellos, el 54% eran varones y 2/3 eran mayores de 50 años. Generaron un total de 321 consultas, donde los diagnósticos más frecuentes fueron: Artritis microcristalinas: 47,6%, Reumatismos de partes blandas 15%, Artrosis 12,77%, Monoartritis no filiada 7,17%, Síndromes dolorosos regionales 6,23% y Artritis reumatoide 3%. Fue más probable ser "paciente repetido" si tenían al menos uno de los siguientes diagnósticos dentro de las 3 o más consultas de CRU: Artritis microcristalina (OR: 9,66 [IC 95% 6,37-14,66], $p = 0,000$), Artritis Reumatoide (OR: 2,68 [IC 95% 1,21-5,88], $p = 0,014$), Artrosis (OR: 2,67 [IC 95% 1,32-3,43], $p = 0,002$), Monoartritis no filiada (OR: 2,3 [IC 95% 1,35-3,93], $p = 0,002$). No hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a edad, sexo y resto de diagnósticos.

Conclusiones: Los pacientes con Artritis microcristalina, Artritis reumatoide, Monoartritis no filiada ó Artrosis, tienen más probabilidad de acudir de forma repetida la urgencia y consecuentemente a la CRU.

289

FACTORES DETERMINANTES PARA LA DISCAPACIDAD LABORAL DE MAL PRONÓSTICO EN PACIENTES CON LUMBOCIÁTICA

C. Lajas, C. Vadillo, L. Abasolo, E. Loza, D. Clemente, M. Blanco, E. Pato, C. Morado y J. Jover
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción: Las enfermedades musculoesqueléticas (ME) representan la segunda causa de incapacidad laboral temporal (IT) en los trabajadores activos. En el fenómeno de la discapacidad laboral intervienen diferentes factores clínicos, sociodemográficos y laborales que con frecuencia dificultan la recuperación del estado funcional y por tanto la reincorporación al puesto de trabajo. Los cuadros de lumbociática representan la tercera causa de IT de origen musculoesquelético (IT-ME) en la población activa.

Objetivo: Describir las características sociodemográficas y ocupacionales de los pacientes con IT con diagnóstico de lumbociática y analizar los factores determinantes para la duración de la IT.

Pacientes y métodos: Todos los pacientes con IT de origen musculoesquelético (IT-ME) de tres áreas sanitarias de Madrid (4, 7 y 9) se aleatorizaron a grupo control (GC) con seguimiento médico estándar o a grupo de intervención (GI) atendidos por reumatólogos. Todos los pacientes fueron seguidos al menos un año. Se recogieron las variables sociodemográficas, ocupacionales, de diagnóstico y la duración de la IT y se introdujeron en la base de datos creada para el estudio. Para el presente estudio sólo se tuvieron en cuenta aquellos pacientes del grupo de intervención atendidos por reumatólogos cuyo diagnóstico fue lumbociática. Para analizar los factores asociados con la probabilidad de vuelta al trabajo habitual (HR) se realizaron análisis bivariados y multivariados estableciéndose como variable resultado la duración de la IT.

Resultados: Se incluyeron un total de 573 pacientes con diagnóstico de lumbociática que generaron 673 procesos de IT. La duración media de los procesos fue de $59,4 \pm 82,76$ días. La mayoría de los pacientes eran varones con una edad media en torno a los 43 años, casados, con un nivel educativo medio-bajo, en situación laboral activa, pertenecientes al régimen laboral general y con contrato fijo. Entre las características ocupacionales cabe destacar que alrededor de las tres cuartas partes trabajaban de pie, más de la mitad realizaban movimientos repetidos de las extremidades y aproximadamente el 70% manifestaron realizar esfuerzo físico medio-alto durante su actividad laboral. Las variables que se asociaron con una mayor probabilidad de permanecer de IT ($p < 0,05$) fueron: la edad, el régimen laboral autónomos, la realización de las tareas del hogar, el cubrimiento en el puesto de trabajo y el trabajar en posición de pie. Las variables asociadas de forma significativa ($p < 0,05$) con una mayor probabilidad de regresar al trabajo fueron: el nivel educativo alto y la pertenencia al grupo laboral de directivos/administrativos. Tras la realización del análisis multivariante se mantienen como factores asociados con una menor probabilidad de vuelta al trabajo la edad (HR: 0,99 [0,98-0,99]), el ser autónomo (HR: 0,65 [0,45-0,94]), el realizar las tareas del hogar (HR: 0,82 [0,69-0,98]) y el cubrimiento del puesto de trabajo (HR: 0,76 [0,60-0,95]). Las variables que en el análisis bivariado resultaron asociadas con una mayor probabilidad de vuelta al trabajo perdieron su significación estadística al realizar el multivariado. Ninguna de las variables ocupacionales aparecieron como factores asociados a la duración de la IT.

Conclusiones: La discapacidad laboral constituye un problema de salud complejo desde el punto de vista clínico y sociolaboral. Con nuestros resultados se pone de manifiesto que diferentes características sociodemográficas y laborales influyen en la duración de la IT y por tanto en la probabilidad de regresar al trabajo habitual de aquellos pacientes que padecen lumbociática y, sin embargo, no encontramos que el resultado de la IT se vea modificado por las características ocupacionales de estos pacientes.

290

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA ATENCIÓN AMBULATORIA EN REUMATOLOGÍA

M.A. Pareja Lázaro, L. Abad Franch, C. Alcañiz Escandell, J.J. Alegre Sancho, C. Chalmeta Verdejo, C. Fernandez Carballido, N. Fernández-Llanio, R. Hortal Alonso, S. Muñoz Gil y J.A. Roman Ivorra
S. Reumatología Hospital Universitario Dr. Peset

Introducción: El papel de una atención médica y de enfermería especializada en Reumatología es fundamental para la gestión de patología no quirúrgica del aparato locomotor, lo que permite

trasladar al lugar adecuado a los pacientes en función de su gravedad.

Objetivos: Conocer la frecuencia de la patología reumática atendida en una consulta ambulatoria de atención especializada. Relacionar los diagnósticos establecidos con variables demográficas, procedencia y presunción diagnóstica. Analizar el lugar final de destino.

Pacientes y método: De 1887 solicitudes de estudio durante 1 año, se derivan a la consulta ambulatoria un 57,34% (Centro de especialidades del área 9 de la Comunidad Valenciana). La derivación se realiza en base a la información registrada por el médico remitente (patología presuntamente no inflamatoria). Se registra la información a través de un programa informático cumplimentado por enfermería.

Resultados: Se registran un total de 1518 pacientes, edad media 54,41 años DE 14,5, el 81,4% son mujeres, los diagnósticos de derivación y definitivos se reflejan en la tabla. Concordancia diagnóstica: 50,5%. Procedencia de los pacientes según tabla siguiente: El 37,2% de los pacientes procedían de atención primaria, el 22,1% de COT, el 18,1% de otras especialidades, el 17,4% de Reumatología hospitalaria y el 5,2% de Urgencias. De toda la patología atendida un 38,8% fueron dadas de alta y derivadas a atención primaria y un 5% se derivan a control hospitalario, el resto permanecen controladas en atención ambulatoria.

Diagnósticos de derivación y definitivos

	Diag. derivación	Diag. Definitivo
Algias difusas/fibromialgia	40,2%	8,9%
Artrosis	10,1%	28,7%
Osteopenia/osteoporosis	20,6%	17,5%
Enf. inflamatoria	11,6%	7,5%

Conclusiones: La mayoría de la población atendida son mujeres de edad media, el grado de concordancia diagnóstica es bajo, siendo atención primaria y COT los clientes que más demandan estudio reumatológico. La Artrosis y la Osteoporosis son las enfermedades más diagnosticadas. Una gran proporción de los pacientes pueden ser seguidos por sus médicos de atención primaria.

291

OSTEOARTROPATÍA HIPERTRÓFICA LOCALIZADA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE UN BY-PASS AÓRTICO INFECTADO

P. Alonso-Bartolomé, VM. Martínez-Taboada, R. Blanco y V. Rodríguez-Valverde
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Objetivos: La osteoartropatía hipertrófica (OAH) es un síndrome clínico radiológico caracterizado por la presencia de acropaquias, dolor e inflamación articular, y periostitis en huesos largos. Su distribución suele ser bilateral y simétrica, habiéndose asociado fundamentalmente a procesos pulmonares y mediastínicos. La OAH localizada es mucho menos frecuente, y se ha descrito de forma excepcional en la literatura asociada a procesos infecciosos endovasculares. Se describen tres pacientes con injertos vasculares aórticos infectados cuya primera manifestación del proceso infeccioso fue una OAH localizada en extremidades inferiores (EEII). **Material y métodos:** Revisión retrospectiva de las principales características demográficas, clínicas, y radiológicas, así como del tratamiento de los pacientes.

Resultados: *Paciente 1:* Varón, 59 años. By-pass aorto bifemoral por S. de Leriche. 7 años tras la cirugía comienza con síndrome general, fiebre intermitente y OAH en ambas EEII. 1 año des-

pués desarrolla abscesos en muslo dcho y piomiositis en pierna dcha. La gammagrafía y el TAC demuestran infección injerto vascular. Tras tratamiento antibiótico prolongado y sustitución en dos tiempos del injerto, resolución completa. *Paciente 2:* Varón, 59 años. By-pass femoro-poplíteo bilateral por isquemia grave en EEII. 3 días después de la cirugía comienza con fiebre y artritis en tobillo y rodilla izqd. Diagnosticado de gota recibe tratamiento con AINEs con mejoría discreta. Durante este tiempo desarrolla acropaquias en pie izquierdo. 1 año después desarrolla fiebre elevada junto con empeoramiento de la clínica articular. En los hemocultivos se aísla un Staf. Aureus, y la gammagrafía demuestra infección del injerto vascular. Tras tratamiento antibiótico prolongado y sustitución del injerto, resolución completa. *Paciente 3:* Varón, 65 años. By-pass aorto-bifemoral por rotura de aneurisma. Bacteriemia en el postoperatorio inmediato y trombosis vena cava. 1 año después ingreso por absceso en glúteo dcho. 2 meses después ingreso por fiebre y artritis en rodilla y tobillo derechos. Se aprecian acropaquias en pie dcho, y la radiología demuestra periostitis en huesos largos de EEII dcha. En los hemocultivos se aísla un Strep Milleri. La gammagrafía y el TAC demuestran infección injerto vascular y fistula aortoentérica. Tras tratamiento antibiótico prolongado y sustitución del injerto, resolución completa.

Conclusiones: En pacientes con antecedentes de by-pass aórtico y un cuadro clínico radiológico compatible con una OAH localizada en extremidades inferiores debe sospecharse la existencia de una infección crónica en el injerto. Este cuadro clínico, que puede aparecer varios años después de la cirugía, suele estar precedido de complicaciones en el postoperatorio inmediato y síndrome febril. A pesar de la gravedad del proceso, la sustitución del injerto vascular junto con un tratamiento antibiótico adecuado, suele acompañarse de la resolución de la sintomatología.

292

SARCOIDOSIS EN UN PACIENTE CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE TRATADO CON ETANERCEPT

R. Blanco, M.A. González-López**, M.C. González-Vela*, H. Fernández-Llaca**, F. Val-Bernal*, V.M. Martínez-Taboada, R. Cabeza y V. Rodríguez-Valverde
*Servicios de Reumatología, *Anatomía Patológica y **Dermatología. Hospital Marqués de Valdecilla. Facultad de Medicina.*

El etanercept ha demostrado ser eficaz en la Espondilitis Anquilosante (EA) refractaria al tratamiento habitual. Presentamos el primer caso de sarcoidosis en un paciente que recibía etanercept para la EA.

Caso clínico: Varón de 70 años diagnosticado de EA en 1995 por lumbalgia de perfil inflamatorio, artritis periférica, sacroileitis bilateral, HLA-B27 positivo y FR negativo. Se trató con varios AINEs, y además Salazopirina (hasta 3 g/día) y posteriormente metotrexate (hasta 20 mg/semana). La EA se controló inicialmente pero ante la reactivación persistente clínico-analítica; en noviembre del 2002 se suspendió el metotrexate y se inició etanercept standard (25 mg /2 veces a la semana/subcutáneo). El test de tuberculina era anérgico y la RX de tórax normal. Con el etanercept se consiguió una respuesta de la EA clínico-analítica muy eficaz. En mayo-2004, después de 18 meses de tratamiento con etanercept el paciente presentó 3 lesiones cutáneas nodulares (1-1,5 cm), de coloración parduzca-marrónáceas, no dolorosas localizadas en la cara. No se observaron otras lesiones en piel y mucosas. La biopsia cutánea mostró numerosos granulomas no necrotizan-

tes de tipo sarcoideo, la Polimerasa chain reaction (PCR) para *Mycobacterium tuberculosis* fue negativa. Los hallazgos histológicos fueron compatibles con sarcoidosis cutánea. La RX y el TAC de alta resolución de tórax pusieron de manifiesto adenopatías hiliares bilaterales. La espirometría y difusión de CO fueron normales. El test de tuberculina fue nuevamente anérgico. La enzima de conversión de la angiotensina (ECA) estaba ligeramente elevada, 72 (normal 8-52). El resto de los estudios complementarios, incluyendo el oftalmológico fueron normales. Se suspendió el tratamiento con etanercept, resolviéndose los nódulos cutáneos progresivamente en 2 semanas. Al mismo tiempo se reactivó la EA iniciándose pamidronato endovenoso (60 mg/mes) con una buena respuesta. Una nueva Rx de tórax (noviembre 2004) mostró la práctica desaparición de las adenopatías hiliares. La ECA también se normalizó.

Conclusión: El Etanercept se ha relacionado con varios síndromes o efectos autoinmunes como esclerosis múltiple, diabetes mellitus, lupus eritematoso sistémico (LES), lupus discoide, crioglobulinemia o la producción de autoanticuerpos. Pero que sepamos este es el primer caso de sarcoidosis relacionado con etanercept.

293

DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA DISCAPACIDAD LABORAL DE ORIGEN MUSCULOESQUELÉTICO

E. Loza, L. Abásolo, D. Clemente, R. López, E. Júdez, C. Vadillo, B. Fernández y J.A. Jover
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción: Las enfermedades musculoesqueléticas (ME) representan la segunda causa de incapacidad laboral temporal (IT) en los trabajadores activos y la primera de incapacidad laboral permanente (IP).

Objetivo: Analizar las diferencias sociodemográficas, ocupacionales y diagnósticos entre hombres y mujeres con IT.

Material y métodos: Todos los pacientes con IT de origen ME (IT-ME) de tres áreas sanitarias de Madrid (4, 7 y 9) se aleatorizaron a grupo control con seguimiento estándar o a un grupo intervención (GI) manejado por reumatólogos, con un seguimiento de al menos un año (Programa-IT-ME). La muestra de este estudio se realizó a partir de los pacientes vistos en el GI. Se analizaron las variables sociodemográficas, ocupacionales, diagnóstico y duración de la IT, de estos pacientes, siendo la variable principal el género. Para el análisis se realizó un estudio bivariado y multivariado.

Resultados: Se analizaron 3315 pacientes, 50,2% hombres, 49,8% mujeres, con una mediana (p25-p75) de edad de inicio de la IT de 41,7 (32,1-52,3) y 39,42 (30-49-2), años, respectivamente. La mediana (p25-p75) de días de IT fue de 19 (10-43) para los varones y 24 (12-54) en las mujeres. Las mujeres en relación con los varones tenían más estudios medios y superiores (61% vs. 52%), menor número estaban casadas (59% vs. 71%), realizaban más tareas domésticas (73,8% vs. 12,6%), pertenecían más al régimen general (94,7% vs. 91,8%) y a trabajos de dirección y administrativos (68,4% vs. 40,6%), y menos al grupo de trabajadores manuales (31,5% vs. 59,2%). Las mujeres trabajaban menos de pie (74% vs. 79%), de cuclillas (16% vs. 24%), arrodilladas (10,4% vs. 20%), empujando objetos (62% vs. 66%), pero realizaban más flexiones anteriores del cuello (53% vs. 47%), movimientos repetitivos (74% vs. 56%), y vibraciones en el trabajo (7% vs. 27%). También las mujeres tenían mayor cubrimiento laboral (20% vs. 17%). En cuanto a diagnósticos, las mujeres tuvieron más cervicalgias (25,3 vs. 10%), y túneles del carpo

(1,4% vs. 0,4%), pero menos trastornos internos de rodilla (1,93% vs. 3,44%) y artropatías microcristalinas (2,5% vs. 13%). Al analizar las mujeres frente a los hombres en el multivariado, se observó que en las mujeres, fue significativamente más probable que tuvieran la IT a edades más tempranas (OR = 0,98; IC 95% 0,97-0,99), una mayor duración de la IT (OR = 1,01; IC 95% 1-1,01), que realizaran muchas o todas las labores domésticas (OR = 20,79; IC 95% 2,6-18,8), que fueran directivas o administrativas (OR = 3,33; IC 95% 2,67-4,16), que existiera cubrimiento laboral de su IT (OR = 1,58; IC 95% 1,22-2,05), y si el diagnóstico de la IT era una cervicalgia (OR = 2,5; IC 95% 1,9-3,3), ó túnel del carpo (OR = 3,4; IC 95% 1,01-11,5). Sin embargo, en la mujer, fue significativamente menos probable que tuvieran la IT en relación a los varones, si estaban casadas (OR = 0,48; IC 95% 0,97-0,99), si se arrodillaban en el trabajo (OR = 0,67; IC 95% 0,49-0,91) y si el diagnóstico de la IT fue de artropatía microcristalina (OR = 0,16; IC 95% 0,09-0,27).

Conclusiones: Nuestro análisis pone de manifiesto la existencia de diferencias sociodemográficas, ocupacionales y clínicas en la discapacidad laboral en función del género. Dentro de los pacientes con incapacidad laboral temporal, las mujeres, en relación con los varones, comenzaban a edades más tempranas, duraban más sus procesos, además realizaban más tareas del hogar, pertenecían más al grupo de trabajos de dirección y administrativos, tenían mayor cubrimiento laboral, más IT por trabajos que precisan arrodillarse y más procesos de cervicalgia y de túnel del carpo.

294

CONSULTA DE REFERENCIA DE URGENCIAS: ESTUDIO EN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS

R. López, E. Loza, D. Clemente, L. Abasolo, P. Macarrón, C. Vadillo, C. Lajas, E. Pato, B. Fernández, J.A. Jover
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción: La Consulta de Referencia de Urgencias de Reumatología (CRU) fue creada en el año 1997 con el objetivo de mejorar la calidad en la asistencia de los pacientes con patología aguda musculoesquelética (ME) que acudían al Servicio de Urgencias. Estos pacientes son atendidos en un plazo máximo de 72 horas.

Objetivo: Realizar un estudio descriptivo de las características demográficas y diagnósticas de los pacientes ancianos (> 70 años) valorados en la CRU.

Material y métodos: Cohorte prospectiva en la que se incluyeron todos los pacientes vistos en la CRU desde junio de 1999 hasta junio del 2004. Los datos se recogieron a partir de una base de datos del servicio de Reumatología (BDCR), en la que se introducen los datos sociodemográficos y los diagnósticos codificados según el código CIE-9 de todos los pacientes atendidos en nuestras consultas. Se eligieron para el estudio descriptivo todos aquellos pacientes con edad superior a 70 años. Se realizaron análisis bivariados para estudiar las diferencias en cuanto a diagnóstico en función de edad.

Resultados: Se analizaron 5.382 pacientes, de los cuales el 69% eran mayores de 70 años (1.655). De éstos el 68% eran mujeres, la edad media fue de 77,6 ± 5,38 años y el 2% acudieron en 3 o más ocasiones a la CRU. Los diagnósticos más frecuentes fueron: las artrosis (22,9%), tendinitis (18,5%), artritis microcristalinas (14,8%) y monoartritis no filiadas (7,5%). Al realizar el análisis estadístico obtuvimos que los pacientes mayores de 70 años tenían un 51% más probabilidad de ser mujeres [IC 95% 1,33-1,70] que los menores de 70 años. En cuanto a los diagnósticos, los pacientes mayores de 70 años padecían con mayor probabilidad: Ar-

tritis Reumatoide (OR: 1,39 [IC 95% 1,012-1,927]), colagenopatías (OR: 1,85 [IC 95% 1,314-2,623]) fundamentalmente poli-mialgia reumática y vasculitis), artrosis (OR: 2,85 [IC 95% 2,437-3,348] y artritis microcristalina (OR: 1,56 [IC 95% 1,314-1,857]), (fundamentalmente condrocalcinosis). Sin embargo en los pacientes mayores de 70 años fue menos probable la presencia de espondiloartropatías (OR: 0,11 [IC 95% 0,056-0,236]), fibromialgia (OR: 0,16 [IC 95% 0,039-0,698]); poliartritis no filiada (OR: 0,52 [IC 95% 0,352-0,789]); dolor regional (OR: 0,52 [IC 95% 0,425-0,644]), tendinitis (OR: 0,57 [IC 95% 0,501-0,667]); y monoartritis no filiada (OR: 0,80 [IC 95% 0,656-0,998]) frente a los menores de 70 años. No hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a mayor probabilidad de consultas de CRU repetidas entre ambos grupos de edad.

Conclusiones: En nuestra muestra encontramos una población envejecida, casi un 70% son mayores de 70 años, de los cuales hay un alto porcentaje de mujeres y la patología más frecuente es la artrosis. La probabilidad de tener condrocalcinosis, artrosis y artritis reumatoide es significativamente mayor en estos pacientes que en aquellos con edades menores.

295

DIFERENCIAS DE GÉNERO EN PATOLOGÍA MUSCULOESQUELÉTICA AGUDA EN UNA CONSULTA DE REFERENCIA DE URGENCIAS

E. Loza, L. Abásolo, P. Macarrón, R. López, D. Clemente, E. Júdez, C. Lajas, B. Fernández y J. A. Jover
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción: La consulta de referencia de urgencias (CRU) de reumatología, atiende a pacientes derivados del servicio de urgencias con patología musculoesquelética (ME) aguda en un plazo máximo de 72 horas.

Objetivo: Analizar las diferencias sociodemográficas y diagnósticas entre hombres y mujeres con una CRU.

Material y métodos: Se incluyeron a todos los pacientes vistos con CRU durante el periodo comprendido entre junio de 1999 y junio de 2004. La información de dichos pacientes referida a datos sociodemográficos y diagnóstico, según el CIE-9, se recoge de manera sistemática desde 1992. Se analizaron variables sociodemográficas y diagnóstico de la CRU siendo la variable principal el género. Se realizó un análisis bivariado y multivariado.

Resultados: Se analizaron 5382 pacientes, 38,4% varones, 61,4% mujeres. La mediana de edad de inicio de la CRU fue de 58,8 (44,4-70,5) en varones y 63,4 (48,2-73,5) en mujeres. El 2,1% de los hombres y el 1,5% de las mujeres tuvieron 3 o más CRU. La distribución por géneros del total de los diagnósticos de la CRU se muestra en la siguiente tabla.

Diagnósticos de la CRU en función del género

Diagnóstico (%)	Mujeres	Hombres
Gota	12%	88%
Artritis Reumatoide (AR)	74%	26%
Otras colagenopatías	72%	28%
Artrosis	79%	21%
Monoartritis no filiadas	52%	48%
Poliartritis no filiadas	63%	37%
Artritis séptica	52%	48%
Tendinitis-bursitis	64%	36%
Dolores loco-regionales	64%	36%
Fibromialgia	79%	21%
Vasculitis	64%	36%
Ondrocalcinosis	65%	35%

En el análisis multivariado, se observó que las mujeres tuvieron una probabilidad significativamente mayor que los hombres de ser atendidas en la CRU en el grupo de mayores de 50 años (OR = 1,45; IC 95% 1,3-1,6), con diagnóstico de AR (OR = 1,8; IC 95% 1,3-2,6), otras colagenopatías (OR = 1,59; IC 95% 1,08-2,32), artrosis (OR = 2,65; IC 95% 2,2-3,2), tendinitis-bursitis (OR = 1,16; IC 95% 1,03-1,32), dolores loco-regionales (OR = 1,38; IC 95% 1,15-1,65). Esta probabilidad fue significativamente menor en las CRU con diagnóstico de espondiloartropatías (OR = 0,51; IC 95% 0,37-0,71), monoartritis no filiadas (OR = 0,62; IC 95% 0,51-0,75), y gota (OR = 0,072; IC 95% 0,052-0,098). No hubo diferencias entre géneros en cuanto a tener CRU repetidas, los diagnósticos de artritis séptica, poliartritis no filiadas, vasculitis y condrocalcinosis. Dentro de los pacientes analizados en el multivariado, la probabilidad de ser mujer fue mayor en mayores de 50 años (OR = 1,31; IC 95% 1,15-1,50), con diagnósticos de AR (OR = 1,64; IC 95% 1,13-2,38), artrosis (OR = 2,08; IC 95% 1,67-2,58), dolor loco-regional (OR = 1,29; IC 95% 1,05-1,59), y menor en las CRU con diagnósticos de espondiloartropatía (OR = 0,51; IC 95% 0,37-0,71), monoartritis no filiadas (OR = 0,62; IC 95% 0,51-0,75) y gota (OR = 0,072; IC 95% 0,052-0,098).

Conclusión: En nuestro estudio existen diferencias sociodemográfica y clínicas de los pacientes con patología ME aguda atendidos en nuestra consulta de CRU en relación al género. Las mujeres en comparación con los hombres, acuden con mayor frecuencia a la CRU, y también a mayor edad, si tienen diagnóstico de AR, artrosis y dolor loco-regional, y menos con diagnóstico de espondiloartropatía, gota y monoartritis no filiada.

296

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE UNA SERIE DE PACIENTES CON COXOPATÍA RÁPIDAMENTE DESTRUCTIVA

C. Díaz Torné, B. Bernad, I. Castellví, L. Sánchez Riera, J. Valverde y C. Gómez Vaquero
Servicio de Reumatología. Hospital Universitari de Bellvitge.

Introducción: La coxopatía rápidamente destructiva (CRD) es una entidad poco frecuente de etiología desconocida que obliga a descartar la artritis séptica y, por este motivo, suele generar un ingreso hospitalario.

Objetivo: Analizar las características clínicas de una serie de pacientes con CRD.

Métodos: Se identificaron todos los pacientes ingresados en un servicio de Reumatología de un hospital universitario entre los años 1990 y 2004 cuyo motivo de ingreso fue estudio de CRD. Se consideró CRD la existencia de una artropatía destructiva de cadera con evolución rápida demostrada en dos exploraciones radiológicas sucesivas. Se excluyeron los pacientes que cumplían estos criterios pero estaban diagnosticados previamente. Se revisaron las historias clínicas y se recogieron datos demográficos (edad, género), clínicos (características y duración del dolor, respuesta del dolor a AINE, impotencia funcional, limitación de la movilidad articular), analíticos (PCR y VSG), microbiológicos (cultivo de líquido y membrana sinoviales), radiológicos (radiología simple y RM), anatomo-patológicos (análisis de líquido sinovial y biopsia sinovial), diagnóstico al alta hospitalaria y diagnóstico definitivo.

Resultados: Veintisiete pacientes, con una edad media de 60,3 ± 18,1 años y una relación mujer: hombre de 3: 1, entraron en el estudio. La duración media del dolor fue de 5,4 ± 3,6 meses; tenía

características mecánicas en un 59,3% de los casos. Los pacientes presentaban impotencia funcional en un 83% y limitación de la movilidad en un 93%. En un 57%, la respuesta a AINE fue favorable. La VSG media fue de $27,7 \pm 23,2$ mm y la PCR, $17,1 \pm 28,4$ mg/l. Todos los cultivos fueron negativos. En la radiología simple, se evidenció disminución de la interlínea en un 92% y destrucción en un 42%; los cambios fueron sugestivos de artrosis en un 71%. Los hallazgos en la resonancia magnética fueron: edema óseo (67%), derrame articular (69%), disminución de la interlínea (86%) y destrucción articular (73%). El líquido sinovial fue de características mecánicas en un 78% e inflamatorias, en un 22%. Los hallazgos anatómicos-patológicos en la biopsia sinovial fueron: sinovitis crónica (46,2%) y artrosis (38,5%); un caso fue sugestivo de necrosis aséptica y otro, de hemangioma. El diagnóstico de artrosis fue el más frecuente (60% al alta y 64% en el seguimiento). El segundo diagnóstico final más frecuente fue el de condrocalcinosis, con un 16% de los casos. Un paciente inicialmente catalogado de sinovitis crónica fue diagnosticado de síndrome de Reiter en el seguimiento.

Conclusiones: La CRD afecta a mujeres de forma predominante. La artrosis y la condrocalcinosis son las etiologías más frecuentes. En nuestra serie, ningún paciente con CRD tenía artritis séptica.

297

FACTORES DE RIESGO PARA DISCAPACIDAD LABORAL DE MALA EVOLUCIÓN EN PACIENTES CON DORSOLUMBALGIA

C. Vadillo, C. Lajas, L. Abasolo, R. López, D. Clemente, G. Candelas, B. Fernández, P. Macarrón y J. Jover
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: Las enfermedades musculoesqueléticas (ME) representan la segunda causa de incapacidad laboral temporal (IT) en los trabajadores activos. La discapacidad laboral es el resultado de diferentes factores clínicos, sociodemográficos y laborales que con frecuencia dificultan la recuperación del estado funcional y por tanto la vuelta al trabajo. Los problemas de dolor dorsolumbar son la principal causa de IT de origen ME (IT-ME).

Objetivo: Describir las características sociodemográficas y ocupacionales de los pacientes en IT con diagnóstico de dorsolumbalgia y analizar los factores asociados a una mayor duración de la IT.

Pacientes y métodos: Todos los pacientes con IT-ME de tres áreas sanitarias de Madrid (4, 7 y 9) se aleatorizaron a grupo control (GC) con seguimiento estándar o a grupo de intervención (GI) atendidos por reumatólogos. Todos los pacientes fueron seguidos al menos un año. Las variables sociodemográficas, ocupacionales y de diagnóstico se recogieron al inicio y se introdujeron en la base de datos creada para el estudio. También fue recogida en dicha base de datos la variable duración de la IT. Sólo se tuvieron en cuenta los pacientes del grupo de intervención que fueron atendidos por reumatólogos con diagnóstico de dolor dorsal y/o lumbar. Se realizaron análisis bivariados y multivariados en busca de asociaciones de los diferentes factores sociodemográficos, laborales y ocupacionales con la probabilidad de vuelta al trabajo (HR).

Resultados: Se incluyeron un total de 1.256 pacientes con diagnóstico de patología dorsal y/o lumbar que generaron 1.497 procesos de IT. La duración media de los procesos fue de $34,76 \pm 63,49$ días. La mayoría de los pacientes eran varones con una edad media en torno a los 41 años, casados, en situación laboral activa, pertenecientes al régimen laboral general y con contrato fijo. En el análisis bivariado, se obtuvieron como factores de riesgo sociodemográficos asociados a una mayor duración de la IT (p

$< 0,05$): la edad, el sexo femenino, el estado civil casados, un bajo nivel educativo, el régimen laboral autónomos y el cubrimiento del puesto laboral. Las variables estadísticamente significativas asociadas a una menor duración de la IT fueron: pertenecer al área sanitaria 7, la realización de las tareas del hogar, el estar en situación laboral activa. Tras la realización del análisis multivariante se mantienen como determinantes de la mala evolución de la IT ($p < 0,05$): la edad (HR: 0,99 [0,98-0,99]), el sexo (HR: 0,83 [0,71-0,97]), el régimen laboral autónomo (HR: 0,52 [0,38-0,71]), el estado civil casado (HR: 0,87 [0,76-0,98]) y el cubrimiento del puesto de trabajo (HR: 0,67 [0,57-0,79]). Los factores asociados a una menor duración de la IT fueron la realización de las tareas del hogar (HR: 1,19[1,01-1,39]) y el estar en situación laboral activo (HR: 3,83 [1,81-8,09]).

Conclusiones: Con nuestros resultados se pone de manifiesto que diferentes características sociodemográficas y ocupacionales influyen en la duración de la IT y por tanto en la vuelta al trabajo en pacientes con dorsolumbalgia.

298

FACTORES ASOCIADOS A LA MALA EVOLUCIÓN DE LA DISCAPACIDAD LABORAL DE ORIGEN MUSCULOESQUELÉTICO

L. Abasolo, C. Lajas, L. Carmona, G. Candelas, M. Blanco, E. Loza, C. Vadillo y J.A. Jover
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivo: Las enfermedades musculoesqueléticas (ME) representan la segunda causa de Incapacidad Laboral Temporal (IT) y la primera de Incapacidad Laboral Permanente (IP) en trabajadores activos. El propósito de este estudio es, examinar los factores de riesgo para una mala evolución en la Discapacidad Laboral de origen ME.

Material y métodos: Estudio de cohorte anidado en estudio de intervención. Todos los pacientes con patología ME que comenzaron con una IT durante 1998-1999 en las áreas sanitarias 7, 4 y 9 de Madrid se aleatorizaron en 2 grupos: Grupo Control (procesos de IT atendidos por médicos de atención primaria) y Grupo Intervención (procesos de IT atendidos por reumatólogos). Todos los pacientes se siguieron un mínimo de un año y un máximo de dos. Se registraron todos los procesos de IT, sus días de duración y su diagnóstico, así como edad al inicio, sexo y régimen laboral en todos los pacientes. Adicionalmente se recogieron variables sociodemográficas, laborales y ocupacionales de los pacientes del Grupo Intervención. Este estudio contempla el análisis de todos los pacientes de este último grupo. Las variables principales fueron: Duración de la IT (probabilidad de vuelta al trabajo), IT-repetida (paciente con 3 ó más procesos de IT en el período de observación) y propuestas de IP (recogidas tras 4 años de finalizar el seguimiento). Se realizaron análisis bivariados y multivariados para valorar la asociación de estas con factores sociodemográficos, laborales, clínicos y ocupacionales.

Resultados: Se incluyeron un total de 3.319 pacientes, que generaron 4.437 episodios de IT. La duración media de la IT por paciente fue de 37 días. El 6,3% de los pacientes tuvieron IT-repetida, y un 1,5% recibieron propuesta de IP. La causa más frecuente de IT fue la lumbalgia (38%), seguida de los reumatismos de partes blandas (30%). *A) Duración de la IT:* Las variables que retrasaron de forma significativa la vuelta al trabajo fueron las siguientes: ser mujer (HR: 0,86 [0,80-0,91]), ser mayor (HR: 0,99 [0,98-0,91]), ser autónomo (HR: 0,63 [0,54-0,73]), estar en paro (HR: 0,58 [0,43-0,78]), tener cubrimiento laboral (HR:

0,82 [0,75-0,89]), el diagnóstico de ciática (HR: 0,66 [0,60-0,73]) o de artrosis (HR: 0,72 [0,57-0,91]). Sin embargo, los pacientes con artritis microcristalina (HR: 1,62 [1,41-1,86]) y con lumbalgia (HR: 1,22 [1,13-1,31]) tuvieron bajas significativamente más cortas. *B) IT-Repetidas:* El ser trabajador manual (OR: 1,47 [1,08-1,98]) fue el único factor sociodemográfico, laboral y ocupacional independientemente asociado con mayor probabilidad de IT-repetida. Las enfermedades inflamatorias autoinmunes (OR = 3,79 [1,47-9,77]), las artritis microcristalinas (OR = 2, [1,07-3,71]) y la lumbalgia (OR = 1,66 [1,11-2,49]) fueron las patologías que se repetían con mayor probabilidad. *C) Propuesta de IP:* Ser mayor (OR = 1,07 [1,04-1,11]), autónomo (OR = 2,38 [1,01-5,45]) o tener grandes requerimientos físicos en el trabajo (OR = 2,72 [1,23-6,03]) fueron factores independientemente asociados con propuesta de IP. Las enfermedades inflamatorias autoinmunes (OR = 7,45 [2,04-27,2]), la artrosis (OR = 4,41 [1,68-11,71]) y el dolor muscular (OR = 2,63 [1,09-7,31]) tuvieron mayor probabilidad de finalizar en propuesta de IP que el resto de los diagnósticos.

Conclusiones: La discapacidad laboral ME es un complejo problema de salud. Nuestros resultados muestran, en pacientes con reciente comienzo de IT de origen ME, que las características sociodemográficas y diagnósticas son factores importantes asociados a la duración de la discapacidad laboral a corto y a largo plazo.

299

¿SON NECESARIOS LOS REUMATÓLOGOS EN LOS HOSPITALES COMARCALES?

N. Vázquez Fuentes, M. Tenorio Martín y G. Pérez Lidón
Hospital Ingesa de Ceuta.

Introducción: La patología reumatológica representa un problema económico y social creciente constituyendo un motivo de consulta frecuente tanto a nivel ambulatorio como de urgencia hospitalaria y causa de incapacidad laboral.

Objetivo: Evaluar la frecuencia de la patología no traumática del aparato locomotor en el ámbito hospitalario como medida indirecta de la necesidad de reumatólogos a este nivel.

Material y método: Estudio descriptivo retrospectivo a partir de la base de datos del Servicio de Urgencias del Hospital Ingesa de Ceuta entre Enero-Diciembre 2004.

Resultados: De las 55758 Urgencias atendidas en nuestro hospital en el periodo comprendido entre Enero y Diciembre de 2004, un 10,81% (6027) correspondieron a patología no traumática del aparato locomotor siendo el motivo de consulta más frecuente la lumbociatalgia (2070).

Conclusiones: La patología reumatológica representa un motivo de consulta frecuente en el ámbito hospitalario de lo que se deduce la necesidad de especialistas en reumatología a este nivel siendo la dotación actual claramente deficiente.

300

RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA DEL REUMATÓLOGO EN UNA CONSULTA DE UVEITIS

R. Expósito Molinero, E. Ucar Angulo, M.P. Mendivil, M. Santisteban Bocos, I. Torre Salaberri, M.L. García Vivar, E. Galíndez, M. Gorordo Olaizola, J.M. Aranburu Albizuri y H. Basurto.

Objetivo: Evaluar la eficacia de la presencia de un reumatólogo en una consulta de uveitis analizando los casos en los que se llegó a un diagnóstico específico.

Material y métodos: Estudio prospectivo de los diagnósticos de una consulta monográfica multidisciplinar de uveitis. El protocolo incluye las siguientes pruebas de rutina: hematimetría, bioquímica, orina, serología de lues y Rx de tórax. Tras la realización de una historia clínica y exploración completa por el oftalmólogo y reumatólogo se amplían las pruebas diagnósticas según sospecha clínica: toxoplasma, HLA B27, ANA, ECA, crioglobulinas, serología vírica, Yersinia, Clamidia, HLA B51, Mantoux, Rx sacroiliacas y colonoscopia.

Resultados: Desde Mayo del año 97 hasta diciembre del 04 se recogen datos de 165 pacientes con sospecha de uveitis. De ellos, 45 casos son uveitis idiopáticas y 22 corresponden a otras patologías oftalmológicas. El diagnóstico reumatológico más frecuente fue la espondilitis anquilosante con 24 pacientes (14,5%), seguido de la enfermedad de Behçet con 13 (7,9%), asociado a HLA B27+ sin otra clínica encontramos 11, hay 5 casos de sarcoidosis, 4 artropatías psoriásicas, 3 artritis reumatoides, 3 artritis crónica juvenil, 2 con enfermedad de Reiter y un lupus eritematoso sistémico, una esclerodermia, una enfermedad de Crhon, una enfermedad de Eales y un síndrome de Sjögren. Otros diagnósticos específicos fueron 13 toxoplasmosis (8%), 7 tuberculosis (4,5%), 3 sífilis, 3 diabetes mellitus, además de un linfoma y un tumor ocular. En resumen, tenemos un 27% de uveitis idiopáticas, 14% de otras enfermedades oftalmológicas, 42% uveitis asociadas a enfermedades reumatológicas y 17% otros diagnósticos específicos.

Conclusiones: La proporción de enfermedades reumáticas encontradas en la consulta de uveitis fue del 42% que si lo sumamos al 17% de otros diagnósticos no puramente reumatológicos, encontramos casi un 60% de diagnósticos específicos. Creemos que esta cifra justifica plenamente la necesidad de la valoración por un reumatólogo de los pacientes con uveitis.

301

DOLOR EN LAS ENFERMEDADES REUMÁTICAS: ¿ESTÁ ADECUADAMENTE CONTROLADO?

J.A. Hernández Beriain, A. Rosas, D. Batista y E. Girona
S. de Reumatología. Hospital Insular de Gran Canaria. Universidad de las Palmas de Gran Canaria.

El dolor es uno de los aspectos más constantes de las enfermedades reumáticas (ER) y constituye junto con la deformidad y la discapacidad los elementos característicos. El control del dolor supone uno de los principales objetivos del tratamiento integral de las ER. Sin embargo, unas veces porque en las enfermedades destacan otros síntomas o bien por la falta de hábito en la evaluación del dolor, a veces pasa a un segundo plano. El objetivo del presente estudio es valorar el dolor en un grupo de pacientes reumáticos en relación con aspectos sociodemográficos y de su enfermedad.

Pacientes y métodos: En un grupo de 90 pacientes atendidos en la consulta externa de Reumatología con diversas enfermedades reumáticas (principalmente artropatías inflamatorias y degenerativas, con exclusión de la fibromialgia) que indicaban tener dolor se evaluó el mismo mediante escala analógica visual (EAV) y test de Lattinen. Se recogieron variables demográficas y de la enfermedad de base así como los aspectos terapéuticos del dolor y la influencia del mismo en su vida cotidiana y emocional (mediante escala cualitativa). Los datos se expresan como la media \pm desviación estándar. Se compararon las variables cuantitativas mediante la t de Student y las cualitativas mediante la Chi2. Se efectuó estudio de correlación de variables cuantitativas.

Resultados: El 69% eran mujeres. La edad media fue de 52,71 \pm 15 y la duración media de la enfermedad de 8,38 años. El valor

medio de la EAV fue de $47,77 \pm 23$ y el test de Lattinen de $10,75 \pm 3,2$. El 42% de los pacientes estimó el control del dolor como malo o regular; tan sólo un 15% consideró que no influía en su vida cotidiana o laboral y el 87% indicó que influía en su estado de ánimo. El nivel del dolor, estimado por EAV y test de Lattinen, no era diferente en función del sexo, nivel de estudios, hábitat (urbano o rural), edad de los pacientes o duración de la enfermedad. Los pacientes con artrosis tenían más dolor que los afectados de artropatías inflamatorias ($58,94$ versus $39,9$; $p = 0,006$; $11,23$ versus $9,6$; $p = 0,005$). Como es lógico el nivel del dolor era superior en los pacientes que consumían analgésicos de forma sistemática ($p = 0,04$) o en dosis mayores ($p = 0,01$) aunque no hubo diferencia según el tipo de analgésico (opiáceos versus no opiáceos); si bien estos últimos fueron utilizados tan sólo por el 25% de los pacientes.

Conclusiones: El nivel del dolor es elevado en los pacientes con enfermedades reumáticas en especial en los diagnosticados de artrosis. Los factores sociodemográficos no parecen influir, en este grupo de enfermos, en la intensidad del dolor. La mayoría de los pacientes consideran que el dolor tiene una gran influencia en sus actividades y lo consideran el aspecto más negativo de la enfermedad.

302

UNIDAD DE REUMATOLOGÍA INTERVENCIONISTA: BLOQUEOS E INFILTRACIONES

F.F. Hernández, S. Ojeda Bruno, A. Bilbao Cantarero, F. Santana Benítez, C. Erasquin Arruabarrena, I. Rúa-Figueroa Fernández de Larinoa, A. Naranjo Hernández y C. Rodríguez Lozano

Sección de Reumatología del Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín.

Introducción: La Unidad de Reumatología Intervencionista (URI) se creó para aplicar tratamientos invasivos diagnóstico-terapéuticos a pacientes reumáticos con dolor agudo incapacitante o crónico refractario que exigen monitorización para prevenir posibles complicaciones (aparataje especial, espacio adecuado para su implementación) o una mayor laboriosidad y unos tiempos incompatibles con los disponibles en la consulta externa.

Objetivo: Revisión retrospectiva de la labor realizada por una URI a lo largo del año 2003.

Métodos: Durante el 2003 (un día a la semana), se trataron los pacientes remitidos por los reumatólogos del Centro, tras consentimiento informado, mediante distintas técnicas: bloqueo de nervios (occipital, intercostal, supraescapular, femorocutáneo y facetario) o epidurales, lavados articulares de rodilla e infiltraciones de articulaciones sacroilíacas, caderas o facetarias, entre otros. Los tratamientos se administraban en el Hospital de Día o en Sala de Radiología. El personal estaba constituido por un reumatólogo, una enfermera, una técnica en radiología y una auxiliar clínica. Generalmente utilizaron anestésicos locales con o sin corticoides mediante diferentes agujas, neuroestimuladores o control radiológico. Se recogieron los datos clínicos de los pacientes, los resultados de los tratamientos y los efectos adversos.

Resultados: Se realizaron 580 tratamientos a 199 pacientes (133 mujeres y 66 hombres), con una edad media de $61,8 \pm 14,76$ años (19-94) y una mediana de evolución de 24 meses (1-440). Respecto a la ocupación, la mayoría eran amas de casa (50,8%), operarios de la construcción (6%) y agricultores (5%). Estaban activos 48,2%, jubilados 35,2%, en ILT 7,5% y con IP 7,5%. La enfermedad de base más prevalente fue la artritis reumatoide (26,2%) y la artrosis (15,6%), mientras que un 29,1% no padecían de enfermedad conocida. El principal motivo para tratar fue artrosis (37,2%), capsulitis adhesiva (18,6%), rotura del manguito de los

rotadores (26,2%) y estenosis del canal lumbar (5%). La mayoría de los pacientes estaba en una clase funcional 2 (63,8%) o 3 (28,1%) del ACR. Los pacientes habían sido tratados con AINEs (84,4%), analgésicos (70,9%), tramadol (33,2%), opiáceos mayores (12,6%), rehabilitación (46,7%), infiltraciones (48,7%), ácido hialurónico (4%), FAME (32,2%) y corticoides (40,7%). La mediana del número de diferentes modalidades de tratamiento fue 3. Se aplicaron las siguientes técnicas: bloqueo de nervio supraescapular (56,8%), infiltraciones de cadera (10,6%), lavado de rodilla (9%), bloqueo facetario lumbar (6,5%), bloqueo intercostal (3%) y del femorocutáneo (3%), occipital (2,5%) y otros (8,6%). La mediana del número de tratamientos aplicados a cada paciente fue de 3. Se utilizó el control radiológico en 33 pacientes (16,6%). La mediana de seguimiento después del tratamiento fue de 6 meses (0-12). Los efectos secundarios fueron hiperglucemia en 6 pacientes (3%), hematoma local en 2 (1%), reacción vasovagal en 2 (1%) y otros (3%). Los resultados comunicados por los reumatólogos y los pacientes fueron los siguientes:

	Valoración por el médico	Valoración por el paciente
Mejoría total	47 (23,6%)	46 (23,1%)
Mejoría parcial	103 (51,8%)	104 (52,3%)
Sin cambios	41 (20,6%)	39 (19,6%)
Algo peor	3 (1,5%)	3 (1,5%)
Mucho peor	4 (2,0%)	6 (3,0%)

Conclusiones: La URI consigue una mejoría del dolor agudo intenso o dolor crónico refractario del aparato locomotor comunicado por los reumatólogos y pacientes en más del 75% de los casos, al menos durante 6 meses. Puede ser útil para controlar el dolor en espera de cirugía, en no candidatos a tratamiento quirúrgico o para facilitar la rehabilitación. Otra ventaja que aporta es la posibilidad de repetirlos en el tiempo. No sólo tienen finalidad terapéutica, también pueden servir como prueba diagnóstica al mejorar el dolor en la región anatómica aplicada. Los efectos adversos son escasos (8%), pero son más frecuentes que con las infiltraciones habituales, por lo cual se requiere que sean aplicados por personal entrenado. Las técnicas intervencionistas en reumatología pueden constituir un nuevo campo de acción del reumatólogo y deberían ser parte de su aprendizaje de formación.

303

PRUEBAS FUNCIONALES RESPIRATORIAS, ECOCARDIOGRAFÍA, TACAR Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E INMUNOLÓGICAS EN PACIENTES CON EMTC

M. Bonfill, B. Nishishinya, H. Corominas, C. Geli y C. Díaz
Unidad de Reumatología, Hospital de La Santa Creu y Sant Pau.

Objetivos: Objetivo principal valorar las alteraciones de la función pulmonar en la EMTC, y los objetivos secundarios es valorar la correlación en los parámetros ecocardiográficos, de imagen, clínicos y de laboratorios.

Métodos: De un 80 pacientes con AC URNP, hay 52 pacientes que cumplen criterios de Alarcón Segovia (1) para EMTC, 27 de ellos se le realizó estudio de función pulmonar que incluye espirometría (FVC, FEV1, FEV1/FVC, FEF25-75), volúmenes (TLC, VR, VR/TLC) (2) y test de difusión del CO (DLCO, DLCO/VA). Las alteraciones ventilatorias se clasificaron en obstructivas, restrictivas y mixtas (2). Se recoge la clínica por protocolo de la unidad, con datos básicos de laboratorio y datos inmunológicos que incluyen URNP, Ac Ro, Ac-la, AC SM. También se estudió a los pacientes con ecocardiograma y TAC de alta resolución. Se realiza estudio descriptivo y correlaciones estadísticas.

Resultados: De los 27 pacientes, 24 eran mujeres (88,56%), La edad media de los pacientes fue 57,25, y la desviación estándar fue de 13,89, con un rango 35-84.

Pruebas Funcionales Respiratorias

Prueba	Media	DS	%
FVC	2,77	0,80	83,11
FEV1	2,06	0,53	81,5
FEV1/FVC	75,23	9,28	
FEF25-75	73,37	33,94	
DLCO	4,57	6,19	68,04
DLCO/VA	81,70	14,01	
TLC	3,99	1,11	84,95
VR	1,45	0,50	84,82
VR/TLC	36,08	10,96	

La alteración más común era la de tipo ventilatorio 12/27 (44%): 5 (19%) tenían alteración de tipo obstructivo, 4 (15%) presentaron patrón restrictivo, y 3 (12%) (pacientes alteración mixta -restrictiva -obstructiva-. La alteración mas frecuente aislada era la disminución de la DLCO la presentaron 11 pacientes (42%). La ecocardiografía fue normal en 7/17(42%) pacientes, 5/17 valvulopatía (29%), 2(12%) presentaron disfunción en VE, 2(11%) tenían aumento de las resistencias pulmonares, 1 (5%) presentó disfunción del VD; Ningún paciente presentó hipertensión pulmonar. En 8/18 (45%) en el TAC de alta resolución presentaban fibrosis, 6 (33%) presentaban neumonitis intersticial, 4 (22%)no había alteraciones significativas. 4/27 pacientes presentaron miositis (15%), 24 presentaron fenómeno de Raynaud (88%), de estos 24, 4 presentaron lesiones en los pulpejos (17%). Poliartritis 25 (92,6%), oligoartritis 2 (7,4%), 18 esclerodermia (66,67%), 10 esclerosis difusa (37%), 15 esclerodermia limitada (55%). 5 (19%) tenían clínica molestias esofágicas, 10 (37%) clínica más manometría positiva. 11 (41%). Sd Sjögren por criterios europeos 11/27 (41%), SAF 4 (15%). Presentaban Ac antiSM + 5 (18%), Ac anti Ro-antiLa 5 (18%), Ac anti DNA 5 (18%),

Conclusiones: Los pacientes con diagnóstico de EMTC tienen una probabilidad media de sufrir un trastorno en el patrón ventilatorio, y la alteración más frecuente es el descenso en la capacidad de difusión del CO. La mayor parte de pacientes presentaba alteraciones en la ecocardiografía. La fibrosis pulmonar en el TACAR era la patología más frecuente. La poliartritis y el fenómeno de Raynaud y el reflujo gastroesofágico eran frecuentes y el síndrome de Sjogren se asociaba a un 40% de los pacientes.

(1) *Criterios de Alarcon-Segovia para la EMTC (J Rheumatol. 1996;Dec; 23(12): 2055-62.* (2) *Criterios de función pulmonar según la SEPAR.*

304

DIFERENTES PATRONES DE NEUMOPATÍA INTERSTICIAL INFLAMATORIA EN PACIENTES TRATADOS CON ANTAGONISTAS DEL TNF POR ENFERMEDADES DE BASE DISTINTAS A ARTRITIS REUMATOIDE

R. García-Vicuña, A.M. Ortiz, R. Gómez Gil, R. Mazzucheli*, M. Ibáñez Barceló, A. Laffón Roca y Grupo de estudio Biobadaser Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. *Hospital Fundación de Alcorcón. Madrid.

En los últimos tres años se han descrito varios casos de neumopatía intersticial inflamatoria (NII), no infecciosa ni tumoral, en pacientes con Artritis Reumatoide (AR) tratados con antagonistas del TNF α (a-TNF), que han planteado dudas sobre la contribución en el daño pulmonar de la enfermedad de base, o del tratamiento concomitante. La aparición de patrones anatomopatológicos

diferentes (NI aguda, bronquiolititis obliterante, enfermedad granulomatosa no asociada a mycobacterias), no siempre típicos para AR, y su presentación en otras enfermedades diferentes a la AR, como espondilitis anquilosante (EA) o enfermedad de Crohn, obliga a considerar la posibilidad de la contribución del tratamiento biológico.

Objetivo: Describir cuatro casos de pacientes con enfermedades reumatológicas de base distintas de la AR, que desarrollaron diferentes patrones de NII durante el tratamiento con Infleximab (I).

Métodos: Revisando la Base de Datos para Terapias Biológicas de la Sociedad Española de Reumatología (BIOBADASER) se identificaron cuatro pacientes con edad media \pm DE de 48 \pm 18 años (rango 34-60) que recibían tratamiento con I indicado por artritis psoriásica (APs) en dos mujeres, fibrosis pulmonar (FP) en el contexto de esclerosis sistémica progresiva (ESP) en otra paciente, y EA en un varón.

Resultados: Las dos pacientes con APs recibían tratamiento con metotrexate concomitante por enfermedad de muy diferente duración (7 meses y 23 años) y desarrollaron NI bilateral aguda tras la 2ª y 3ª dosis de I, por lo que ambos fármacos fueron retirados. La paciente con ESP (15 años de evolución), que únicamente recibía esteroides como medicación inmunosupresora, presentó una NI aguda grave con desenlace fatal, sobre su cuadro previo de FP, tras dos dosis de I. Finalmente, el varón con EA (15 años de evolución) en tratamiento con I durante 2 años y sin medicación inmunosupresora concomitante, presentó un cuadro agudo de disnea con adenopatías hiliares y mediastínicas y áreas de vidrio deslustrado en el TAC pulmonar. El diagnóstico de sarcoidosis pulmonar grado II fue confirmado por biopsia pulmonar, el fármaco a-TNF fue retirado y el paciente evolucionó favorablemente con tratamiento esteroideo.

Conclusiones: La NII en pacientes en tratamiento con a-TNF puede adoptar patrones clínico-patológicos diferentes y aparecer en enfermedades en las que esta complicación extraarticular no es habitual, por lo su presentación obliga a considerar la posibilidad de acontecimientos adversos postcomercialización, no revelados en los ensayos clínicos.

305

¿CÓMO EVOLUCIONAN LOS PACIENTES EN UNA CONSULTA MOMOGRÁFICA DE COLUMNA LUMBAR?

A. Humbría

Hospital Universitario de La Princesa.

Introducción: El dolor lumbar inespecífico supone un coste social e individual muy elevado en las sociedades occidentales.

Objetivos: a) Determinar el número de pacientes que mejoran con el tratamiento y estudiar las variables asociadas a dicha mejoría y b) Determinar el número de pacientes que acuden al seguimiento en consulta y estudiar las variables asociadas con dicho seguimiento.

Pacientes: Se recogió de forma prospectiva, la historia clínica protocolizada de los primeros 337 pacientes que acudieron a la Consulta Monográfica de Columna Lumbar que cumplieran los criterios de inclusión El tratamiento consistía en informar adecuadamente a los pacientes, estimular una actitud positiva, integrar el ejercicio a la vida cotidiana, prescripción de tratamiento farmacológico y en ocasiones fisioterapia o infiltraciones. A todos los pacientes se les ofreció la opción de acudir a una Escuela de Espalda si así lo deseaban. La evolución de los pacientes fue recogida desde su inclusión hasta su salida de la consulta debido a alta médica o a abandono.

Métodos: Se utilizó un protocolo clínico elaborado por la investigadora para pacientes con lumbalgia crónica. La mejoría se registró utilizando una escala semicuantitativa del "0" (no mejoría o empeoramiento) al "3" (asintomático).

Resultados: De los 337 pacientes protocolizados, acudieron al seguimiento 229. De ellos 50 pacientes estaban asintomáticos, 97 presentaron mejoría importante, 48 mejoraron levemente y 34 no experimentaron mejoría o empeoraron. La tabla representa el resultado del análisis bivariante y multivariante para determinar qué variables están más asociadas a la mejoría del dolor lumbar.

Variables asociadas a MEJORÍA: análisis bivariante y multivariante*

a) Análisis bivariante	Significación estadística
Trabajo por cuenta ajena	p < 0,0001
Cumplimiento ejercicio aeróbico	p < 0,0001
Cumplimiento gimnasia	p < 0,0001
Cumplimiento tto. farmacológico	p < 0,0001
Consumo de tabaco	p < 0,011
Aportar RX columna lumbar	p < 0,014
Escoliosis degenerativa en RX lumbar	p < 0,023
Vinculación laboral	p < 0,035
Síntomas y signos no orgánicos	p < 0,042
Análisis multivariante	Odds ratio e IC 95%**
Cumplimiento del ejercicio aeróbico	7,17(2,49-20,7)
Trabajo por cuenta ajena	3,03(1,02-9)

*análisis multivariante por regresión logística. **Intervalos de confianza 95%.
b) el 32% de los pacientes abandonaron.

Conclusiones: Resulta llamativo el gran peso que tiene el cumplimiento del ejercicio aeróbico en la mejoría del dolor lumbar. Es importante insistir en el cumplimiento del ejercicio aeróbico como pilar fundamental de la mejoría de los pacientes. Aproximadamente un tercio de los pacientes que acuden a una consulta monográfica de columna lumbar no volvieron al seguimiento. Tras el análisis estadístico correspondiente, sigue siendo difícil prever aquellos pacientes que no volverán.

306

¿EXCESO DE PACIENTES, ESCASEZ DE ESPECIALISTAS O POCO DIÁLOGO CON ATENCIÓN PRIMARIA?

J. A. Martínez López, L. Crespi Martínez, J.C. Acebes, Fredeswinda Romero, G. Herrero-Beaumont y O. Sánchez-Pernaute

Fundación Jiménez Díaz, UAM.

La elevada prevalencia de síntomas musculoesqueléticos en la población hace necesario un correcto conocimiento de la patología en Atención Primaria, ya que un buen enfoque diagnóstico evitaría el uso de recursos innecesarios. El objetivo de nuestro estudio fue examinar "la calidad de la derivación" a nuestra unidad. Para ello diseñamos una escala basada en la información contenida en los partes de derivación, incluyendo antecedentes patológicos, anamnesis, exámenes realizados, tratamiento ensayado, orientación diagnóstica y tipo de patología. Se registraron 243 pacientes consecutivos atendidos en el Servicio de Reumatología de la Fundación Jiménez Díaz. La información sobre antecedentes patológicos fue incompleta en el 85% de casos. Respecto al episodio motivo de consulta, la anamnesis fue considerada correcta sólo en el 30%, mientras que en un 83% de casos faltaban pruebas complementarias. El tratamiento ensayado era aceptable en un 30%. La orientación diagnóstica fue adecuada en un 41% y en un 67% de los casos se cumplieron los criterios de derivación del área. La patología más frecuente fue la osteoartritis (38%), seguida de las artritis (13%) y las patologías de partes blandas (13%). Un 2% de

pacientes remitidos no tenían patología reumatológica. En resumen, hemos detectado un alto índice de carencias en la derivación de los pacientes, afectando fundamentalmente a las exploraciones complementarias y al enfoque terapéutico. Destacó un alto porcentaje de patología probablemente no subsidiaria de atención terciaria, lo que sugiere la importancia de disponer de especialistas extrahospitalarios.

307

INTERCONSULTAS HOSPITALARIAS A REUMATOLOGÍA DURANTE UN AÑO EN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SAN JUAN DE ALICANTE

G. Panadero Tendero, M. Mínguez Vega y A. Carbonell Jordá
Hospital Universitario de San Juan de Alicante.

Objetivo: Conocer las características de las interconsultas realizadas a reumatología en pacientes ingresados en diferentes servicios de nuestro hospital, incluido el servicio de urgencias, durante un año.

Método: Estudio descriptivo retrospectivo de las hojas de interconsulta remitidas a reumatología de pacientes ingresados en otros servicios/secciones, incluido servicios de urgencias médicas y traumatológicas, del Hospital de San Juan de Alicante, durante el año 2004. Se recogen datos referentes a la correcta cumplimentación y motivación de la interconsulta y concordancia con orientación diagnóstica reumatológica.

Resultados: Durante el año 2004 se remitieron a reumatología 148 interconsultas. Por servicios, Urgencias Generales y Traumatológicas realizaron un 54% de ellas, de las cuales un 32% no concordaron con el diagnóstico reumatológico final (NCR), y un 13% sin patología reumatológica (SPR). Le siguen en número Medicina Interna con un 16% (24% NCR, 12% SPR); Neurología un 6% (23% NCR, 0% SPR); Neumología un 6% (29% NCR, 23% SPR); Cirugía Ortopédica y Traumatológica un 4% (0% NCR, 16% SPR); Digestivo un 4% (0% NCR, 50% SPR); Oncología, Cardiología y Cirugía un 2% (el primero con una correcta orientación y los dos últimos con un 33% de SPR). Los servicios de Hematología, Pediatría, Psiquiatría y Oftalmología realizaron cada uno de ellos, menos del 1% del total de interconsultas. El 49% de las interconsultas se relacionaron con patología inflamatoria-sistémica (21% poli-oligoartritis a estudio, 13% gota, 9% conectivopatías y 6% pseudogota), seguido de un 18% con patología de partes blandas, 10% degenerativa, 3% osteoporosis, 2% relacionadas con patología infecciosa, 2% neoplásica, y un 16% otras.

Conclusiones: Dentro de la actividad asistencial hospitalaria, la realización de interconsultas a otros servicios supone una parte importante de nuestro tiempo como reumatólogos. Un 54% son remitidas por el servicio de urgencias. La causa más frecuente es la relacionada con patología inflamatoria y hasta un 14% no se observó patología reumatológica.

308

PÉRDIDA DE PRODUCTIVIDAD LABORAL EN PACIENTES CON ENFERMEDADES INFLAMATORIAS MEDIADAS POR MECANISMO INMUNE TRATADOS CON INFLIXIMAB

E. Vicente, S. Castañeda, J.A. García Vadillo, M. Ibáñez, A. Herranz, A. Laffón y L. Carmona
Hospital de la Princesa.

Introducción: Las enfermedades inflamatorias mediadas por mecanismo inmune (EIMMI) condicionan una discapacidad laboral en un alto porcentaje de pacientes y tienen un alto impacto socio-

económico. El tratamiento con infliximab (IFX) ha demostrado ser eficaz tanto en el control de la actividad de la enfermedad como en la disminución del deterioro estructural.

Objetivo: Valorar el impacto del tratamiento con IFX en la pérdida de productividad laboral de pacientes con EIMMI.

Material y métodos: Se analizó la pérdida de productividad laboral durante el año previo y posterior al inicio del tratamiento con IFX en 33 pacientes de la UMA de nuestro Hospital, medida como el número de días de incapacidad laboral transitoria (ILT) y el número de procesos de ILT, tanto a nivel global como desglosados en procesos debidos a la actividad de la enfermedad o a otras causas. Se recogieron variables demográficas, índices de actividad de la enfermedad (DAS28 y BASDAI) e índices de funcionalidad (HAQ y BASFI), según los procesos. El estudio estadístico se realizó mediante el test de la T de Wilcoxon y la regresión de Poisson con el programa Stata 7.

Resultados: Las patologías incluídas fueron: 16 artritis reumatoideas (48,5%), 13 espondiloartropatías (39,4%), 2 artritis psoriásicas (6,1%), 1 síndrome autoinmune múltiple (3%) y 1 síndrome urticaria-vasculitis (3%). La edad fue de 47 ± 12 años y el tiempo de evolución de $8,9 \pm 8,7$ años. Diecinueve pacientes eran mujeres (57,6%). Los índices basales analizados fueron: DAS28 $5,1 \pm 1,6$; BASDAI $63 \pm 22,4$; HAQ $1,4 \pm 0,9$ y BASFI $57,4 \pm 14,1$.

m (mín-máx)	Pre-IFX	Post-IFX	p de Wilcoxon
Nº ILT global	0,7 (0-3)	0,4 (0-2)	NS
Nº ILT enfermedad	0,5 (0-3)	0,3 (0-1)	NS
Nº ILT otras	0,2 (0-3)	0,1 (0-2)	NS
Nº días ILT global	72,6 (0-365)	64,3 (0-365)	NS
Nº días ILT enfermedad	67,3 (0-365)	60 (0-365)	NS
Nº días ILT otras	14,5 (0-365)	4,3 (0-110)	NS

El tiempo de evolución de la enfermedad fue la única variable relacionada con el número de ILT debidas a la enfermedad tras el tratamiento con IFX (IRR 2,13 [IC 95%: 1,09-4,15]; $p = 0,02$).

Conclusión: El tratamiento con IFX pudiera tener influencia sobre la pérdida de productividad laboral, estando su efecto relacionado con el tiempo de evolución de la enfermedad. Se necesitan estudios con mayor número de pacientes y durante mayor periodo de seguimiento para obtener conclusiones definitivas.

309

TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE HERNIA DISCAL LUMBAR Y CERVICAL, CON INFILIXIMAB. ESTUDIO PRELIMINAR

A. Rodríguez de la Serna y A. Acosta Pereira
Hospital de Sant Pau.

Objetivo: Evaluar la eficacia y seguridad del infliximab, en pacientes con hernia discal sintomática lumbar y cervical.

Métodos: El estudio se realizó en 8 pacientes, 6 mujeres y 2 hombres, con una edad media de 39 años, rango (27-53 años), que acudieron a la consulta de reumatología con dolor agudo lumbar y cervical con diagnóstico establecido de hernia discal por Resonancia Magnética (7 pacientes con hernia discal lumbar L5-S1 y 1 paciente con hernia cervical C5-C6), sin respuesta terapéutica a la analgesia habitual. Los 8 pacientes recibieron tres infusiones de infliximab (3mg/kg, las semanas 0-2-6). La respuesta al tratamiento fue evaluada las semanas: 2-6-10 y 24, usando una escala análoga visual (EVA) y el score de función Oswestry Disability Index.

Resultados: De los 8 pacientes que recibieron tratamiento: 5 mejoraron todas las variables, observado a partir de la evaluación de la semana dos y 3 de los pacientes no mejoraron (tabla I).

Tabla 1 Evolución del dolor y score de función (ODI)

Pacientes	EVA					Score de función				
	inicial (0)	2	6	10	24	Inicial	2	6	10	24
1	93 mm	65 mm	33 mm	0 mm	0 mm	31	15	3	1	0
2	100 mm	53 mm	16 mm	0 mm	0 mm	35	15	4	0	0
3	76 mm	44 mm	0 mm	0 mm	0 mm	28	8	1	0	0
4	77 mm	78 mm	81 mm	83 mm	77 mm	28	26	29	27	28
5	81 mm	77 mm	78 mm	76 mm	77 mm	31	29	30	30	31
6	69 mm	48 mm	27 mm	0 mm	0 mm	32	9	1	1	1
7	70 mm	10 mm	35 mm	50 mm	45 mm	31	7	15	20	20
8	75 mm	31 mm	0 mm	0 mm	20 mm	35	30	15	8	1

EVA, escala análoga visual; sem, semana; ODI, Oswestry Disability Index.

De los pacientes que no mejoraron, dos tenían antecedente de microcirugía hace 2 años y 2 años y medio respectivamente, presentando uno de ellos hernia discal extruída, pendiente de intervención quirúrgica y el tercer paciente presenta componente fibromialgico. No se observaron efectos adversos.

Conclusión: El infliximab se mostró eficaz y seguro como tratamiento sintomático de dolor agudo, secundario a hernia discal lumbar y cervical en el 62,5% de los pacientes tratados que no habían respondido a tratamiento analgésico previo.

310

PATRONES DE MOVIMIENTO LUMBAR EN EL MOVIMIENTO DE FLEXO-EXTENSIÓN DE TRONCO EN SUJETOS SANOS, PACIENTES CON HERNIA DISCAL Y PACIENTES CON ESPONDILOLISTESIS

D. Sánchez Zuriaga, M.A. Pamblanco Valero, M.A. Sarti Martínez, F. Pérez Torres y D. Ybáñez García
Universidad de Valencia, H. de Requena, Centro de Salud de Quart de Poblet.

Objetivo: Comparar los patrones de movimiento del raquis lumbar en controles y en pacientes con historia de dolor lumbar, con diagnóstico de hernia discal y espondilolistesis a nivel lumbar.

Materiales y métodos: *Sujetos:* 12 controles sin historia de dolor lumbar (grupo-C); 12 pacientes (grupo-H) con historia de dolor lumbar y diagnóstico clínico y radiológico de hernia discal a nivel lumbar; 3 pacientes (grupo-E) con historia de dolor lumbar y diagnóstico clínico y radiológico de espondilolistesis anterior grado II en L5-S1. La edad, peso y altura fueron homogéneos en los tres grupos. Los sujetos ejecutaron ciclos de flexo-extensión de tronco. Se registró el desplazamiento angular del tronco en el plano sagital mediante un electrogoniómetro, con la fuente a la altura de la cadera sobre una plataforma ajustable, un primer sensor sobre la apófisis espinosa de L1 (movimiento del tronco, T) y un segundo sensor sobre la apófisis espinosa de S1 (movimiento del sacro/pelvis, P). El movimiento de la columna lumbar (L) se obtuvo restando los datos de P a los datos de T. Los datos se introdujeron en ordenadores equipados con una aplicación médica multimedia desarrollada en nuestro laboratorio, para el procesado de las señales (sincronización/estandarización de frecuencias de muestreo) y tratamiento específico de los datos (normalización del tiempo y del desplazamiento angular durante los movimientos) eliminando variaciones individuales de ejecución. *Variables:* Porcentajes de la máxima flexión lumbar en cada intervalo de tiempo, obteniéndose patrones de movimiento lumbar que pudieron cuantificarse y compararse en una misma escala.

Resultados: En el 50% final de la flexión los porcentajes de movimiento fueron significativamente menores en los grupos H y E, siendo esta diferencia mucho más marcada en el grupo E. En el 50% inicial de la extensión los porcentajes de flexión lumbar fueron también menores en ambos grupos patológicos, aunque aquí las diferencias fueron más marcadas en el grupo H.

Conclusión: Los patrones de movimiento lumbar variaron en los pacientes con hernia discal y espondilolistesis. Los porcentajes de flexión lumbar fueron menores en aquellas etapas del movimiento donde el momento flexor que soportan las estructuras pasivas vertebrales es más alto. Esta tendencia fue más marcada en flexión para los sujetos con espondilolistesis, quizás a causa de las fuerzas de cizalla que en esta fase son máximas y fuerzan el desplazamiento anterior de la vértebra inestable. Los sujetos con hernia discal muestran una mayor reducción en extensión, cuando la compresión discal es máxima. Todo ello sugiere el desarrollo de una adaptación funcional protectora de las estructuras dañadas del raquis lumbar y específica de cada patología.

311

ANÁLISIS DE LA INCIDENCIA DE LA ARTRITIS REUMATOIDE ENTRE 1984-2004

L. Mateo, A. Olivé, S. Holgado, M. Sallés, E. Riera, E. García Casares y X. Tena

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.

Introducción: En las últimas décadas algunos estudios sugieren que la incidencia de la artritis reumatoide (AR) puede estar disminuyendo.

Objetivo: Analizar la incidencia de nuevos casos de AR en un servicio de reumatología hospitalaria en los últimos 20 años.

Material y métodos: Consulta de un registro informático de todas las visitas realizadas en un servicio de reumatología de un hospital de referencia (población 700.000 habitantes) entre los años 1984-2004. La codificación diagnóstica utilizada fue la clasificación modificada de la ACR de 1983. Se dispone de codificación definitiva en 15819 pacientes. Se analizó la prevalencia anual y por quinquenios del diagnóstico "AR seropositiva" (código IA1) y "AR seronegativa" (código IA2).

Resultados: Se realizaron en ese periodo un total de 16.300 primeras visitas, con una media de 844 primeras visitas / año. Se realizaron 457 nuevos diagnósticos de AR: 304 FR+ (66,5%), con una incidencia de 22 nuevos casos/año. La distribución por sexos fue de 306 mujeres/151 hombres. Los nuevos casos de AR representaron el 2,6% (1,5-4,3) del total de primeras visitas realizadas.

Incidencia de la artritis reumatoide por quinquenios (1984-2004)

Periodo	Nº Primeras visitas	Nº nuevas AR	Mujeres (%)	Hombres (%)	FR (%)
1984-88	1.971	71	66,2	33,8	70,4
1989-93	3.036	111	60,4	39,6	67,6
1994-98	4.482	116	73,3	26,7	69,9
1999-2004	6.820	159	67,3	32,7	78

AR: Artritis reumatoide, FR: Factor reumatoide

Conclusión: La incidencia de nuevos casos de AR en nuestro medio se mantuvo estable a lo largo de las dos décadas, sin variaciones significativas.

312

ESTADO DE LA ASISTENCIA REUMATOLÓGICA EN EL SECTOR SANITARIO PÚBLICO DE CATALUÑA

V. Ortiz-Santamaría* y A. Olivé Marqués**

*Hospital General de Granollers, **Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Beca Societat Catalana de Reumatología.

Objetivo: Actualizar la información de la asistencia reumatológica en el sector sanitario público en Cataluña. Valorar las carencias y las necesidades para contribuir en la mejora de nuestra especialidad.

Métodos: *Diseño:* Transversal. *Duración del estudio:* junio 2003 a junio 2004. *Muestra del estudio:* Los médicos que ejercían actividad asistencial reumatológica en el sector sanitario público. *Fuentes de información:* Los listados de socios de la Societat Catalana de Reumatologia (SCR) y de los centros sanitarios del Servei Català de la Salut (SCS) que incluyen los centros del Institut Català de la Salut (ICS) y de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP) de Cataluña. *Métodos:* se envió un cuestionario que recogía: nombre del centro y dirección, número de reumatólogos del centro, acreditación para la formación de especialistas vía MIR y número de ellos, nombre y apellidos del médico, data de nacimiento, título de especialista en reumatología, año y vía de obtención (MIR u otras vías), tipo de actividad profesional (hospitalaria, atención primaria y/o privada), grado de dedicación a la actividad reumatológica en el sector público (completa = más de 30 horas o parcial = menos de 30 horas) y tipo de contrato profesional (fijo, interino, eventual u otros). Se comparó con el estudio previo publicado el 1997(1).

Resultados: Se obtuvo información a cerca de 124 reumatólogos (74 varones y 50 mujeres; edad media de 45 ± 9 años). El 67% obtuvieron el título por vía MIR y el 33% por otras vías. La actividad reumatológica se desarrollaba con 80 (65%) médicos en el ámbito hospitalario, 20 (16%) en atención primaria y 24 (19%) en ambas. Tenían dedicación completa (más de 30 horas) 90 (73%) y parcial 34 (27%) reumatólogos. Sesenta (48%) también ejercían actividad en el sector privado. El tipo de contrato profesional fue de 76 (61,2%) fijos, 21 (16,9%) interinos, 8 (6,4%) eventuales y 19 (15,3%) con otro tipo de contrato, en el que se incluían: becas, sustituciones, comisiones de servicios, entre otros. En la tabla adjunta se indica el número de habitantes por reumatólogo en el sector público, distribuido por regiones.

Regiones sanitarias	Habitantes x reumatólogo
Lleida	57.730
Tarragona	117.135
Terres de l'Ebre	68.057
Girona	78.979
Costa de Ponent	64.277
Barcelonés Nord-Maresme	64.374
Centro	63.906
Barcelona ciudad	28.375

De los 53 centros hospitalarios incluidos en el SCS, 33 centros contaban con reumatólogos a dedicación completa, además de parcial en algunos casos, y 10 centros contaban con reumatólogos únicamente con dedicación parcial. En 10 hospitales no había reumatólogo. Siete hospitales estaban acreditados por la Comisión Nacional de la Especialidad de Reumatología para la formación de reumatólogos mediante el programa MIR. El número de residentes acreditados en cada hospital fue oscilante, en el momento del estudio había 7 plazas ofertadas.

Conclusiones: 1. El número de reumatólogos en el sector sanitario público de Cataluña ha aumentado en un 40% en los últimos 7 años, manteniendo la media de edad. 2. En el sector más joven, la obtención del título vía MIR fue del 100%. 3. 1 de cada 5 reumatólogos ejerce con un contrato temporal. 4. La media del número de habitantes por reumatólogo es de 68.000. 5. Aún hay 10 hospitales en Cataluña que no cuentan con reumatólogo. 6. Se ha incrementado el número de ambulatorios que reciben asistencia reumatológica, pero no el tiempo que se emplea a dicha actividad.

(1) Nolla JM, Gómez Vaquero C. Estado de la asistencia reumatológica en el sector sanitario público de Cataluña. Rev Esp Reumatol 1997; 24: 298-301

313

DEMANDA DE CONSULTA DE REUMATOLOGÍA POR LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN ZARAGOZA: DATOS DE DOS CONSULTAS EN ZONA URBANA

C. Beltrán y F. Giménez

Unidad de Reumatología. Hospital Univ. Miguel Servet Zaragoza.

Introducción: Conocer la demanda sanitaria es fundamental para planificar una adecuada asistencia. La demanda de consulta reumatológica en la población está condicionada por la propia estructura demográfica de la misma, ya que ésta puede modificar la incidencia y prevalencia de las enfermedades reumáticas. En Aragón, como en el resto de España, la baja natalidad, el envejecimiento de la población, y el aumento de la población inmigrante son ejes fundamentales de cambios demográficos en la actualidad. **Objetivos:** Analizar en que medida el aumento de población inmigrante afecta a la demanda de consulta de Reumatología. De manera secundaria analizar si el tipo de patología atendida en el conjunto de la población inmigrante difiere de la observada en los naturales del país.

Pacientes y métodos: Durante dos meses se han recogido de manera específica datos de procedencia geográfica y diagnóstico de todos los pacientes visitados en dos consultas diferentes de Reumatología correspondientes al área sanitaria del H. Miguel Servet de Zaragoza. Los datos demográficos generales proceden del servicio estadístico del Ayuntamiento de Zaragoza. El análisis de los resultados se ha realizado con el paquete estadístico Analyse-it.

Resultados: En el periodo de referencia se han atendido un total de 1005 pacientes, de los cuales 29 (2,88%, frente al 6,75% de la población total) eran inmigrantes. La edad media fue de 59,38 años, y significativamente menor (43,82a.; $p < 0,05$) entre los inmigrantes. No hubo diferencias significativas en la distribución de sexos, aunque con mayor presencia masculina entre los inmigrantes (1,6 mujeres por cada hombre) que entre los nacionales (2,5:1). En 939 pacientes de los 1005 (26 de 29 inmigrantes) se ha emitido un diagnóstico. El diagnóstico principal más frecuente ha sido patología inflamatoria (28,86% total, 23% en inmigrantes), seguido en frecuencia por afectación regional/partes blandas (24,49% t, 42% i), procesos degenerativos/artrosis (19,91% t, 15% i), alteración metabolismo óseo (16,29% t, 0% i) y otros procesos (10,44% t, 20% i). No hubo diferencias significativas entre los diagnósticos en la población inmigrante y la natural del país salvo por la menor frecuencia en aquellos de alteración de metabolismo óseo ($p < 0,05$).

Discusión: Durante el periodo examinado y las consultas sujeto del estudio la demanda de consulta de Reumatología por la población inmigrante es significativamente inferior a lo esperado. Ello puede ser debido a que presentan una edad inferior a la media, con menor incidencia de enfermedades reumáticas. En ese sentido destaca la ausencia de patología de metabolismo óseo (i.e. osteoporosis fundamentalmente) entre inmigrantes. La mayor proporción de patología regional en los inmigrantes (la cual no alcanza significación estadística) viene condicionada por mayor presencia de fibromialgia en los pacientes estudiados.

Conclusiones: El aumento de población inmigrante no supone un aumento de la presión asistencial sobre las consultas de Reumatología en Zaragoza. Al contrario, la frecuentación de estas consultas es menor de lo que se podría esperar por su presencia en la sociedad. Su edad y tal vez características socio-laborales pueden influir en el tipo de patología reumatológica que presentan.

314

PREVALENCIA DEL FENÓMENO DE RAYNAUD EN UNA POBLACIÓN ESPAÑOLA NO SELECCIONADA

J. González-Domínguez*, P. Carreira**, M. Román**, N. Garrido***, R. Belmonte**, A.J. García-González** y F.G. Martínez-Sánchez*
*Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba, **Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid, Centro Hospitalario. Jaén***.

Objetivos: Estudiar la prevalencia del fenómeno de Raynaud (FR) y de alteraciones capilaroscópicas en una población española no seleccionada.

Pacientes y métodos: Estudio descriptivo transversal de 328 sujetos con edad media de $43 \pm 14,9$ años (78 varones (V) y 250 mujeres (M), atendidos en el pabellón SER de FISALUD (Madrid, 25-27 Nov. 2004). Realización de capilaroscopia periungueal (CP) mediante microscopía óptica con fuente de luz fría, llevada a cabo por un grupo de reumatólogos expertos en dicha técnica. Recogida de datos: edad, sexo, presencia de FR y de enf. tejido conectivo. Descripción de hallazgos de la CP. Estudio estadístico, en programa estadístico SSPS.11, análisis de medias e indicadores de frecuencia. En programa EPI-Info6, análisis en tablas 2x2 (sexo, FR y CP): OR, χ^2 .

Resultados: Sujetos: 78 V ($44,6 \pm 15$ años) y 250 M ($42,5 \pm 14,9$ años). Presentaban FR 59 sujetos 17,9%: 5 V (6,4%) y 54 M (21,6%). Edad media grupo con FR $38,8 \pm 13,5$ años vs. grupo sin FR $43,9 \pm 15,1$ años, $p < 0,018$. Relación FR según sexo (M:V) OR = 0,25, $\chi^2 = 8,3$, $p = 0,003$. Porcentaje de CP patológica 6,1%, grupo con FR (9 sujetos) y sin FR (11 sujetos), relación de CP patológica en FR (+) vs. FR (-), OR = 0,24, $\chi^2 = 8,6$, $p = 0,003$. Hallazgos CP: tortuosidad, visibilidad PVSP, capilares dilatados, ramificaciones, dilatación plexo V, capilares polimórficos, sólo en grupo FR + (areas avasculares I/II y hemorragia). Enf. tejido conectivo (1 AR, 1 SS, 1 EMTTC).

Conclusiones: Prevalencia de FR en población estudiada 17,9%, con mayor porcentaje de afectación en mujeres. Edad media inferior en el grupo con FR. Diferencias significativas de hallazgos CP entre grupo con FR vs. grupo sin FR.

315

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON GONARTROSIS TRIBUTARIOS DE ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

M. Núñez, E. Núñez, J.M. Segur, F. Calle, J.L. del Val y C. Vilalta
S. Reumatología-ICEMEQ. Hospital Clínic Barcelona. SAP Sants-Montjuïc.

Objetivos: Valorar las características sociodemográficas, el dolor, la capacidad funcional y el daño articular de pacientes diagnosticados de artrosis de rodilla.

Métodos: Estudio descriptivo transversal de 100 pacientes afectos de gonartrosis, según los criterios de Kellgren y Lawrence. Se determinaron variables sociodemográficas, clínicas y radiológicas. Se utilizó el cuestionario Western Ontario and McMaster (WOMAC) específico para artrosis de rodilla para valorar el dolor y la capacidad funcional.

Resultados: 71 mujeres y 29 hombres de 71 años de edad media (DE 7,84), con niveles educativo y económico bajos (66% y 89% respectivamente) y con un tiempo medio de evolución de la enfermedad de 11,8 años. Un 87% presentaban patología asociada, básicamente sobrepeso (45%), hipertensión (44%), obesidad (41%), problemas de visión (37%), psicopatología (17%), cardiopatías (16%) y diabetes (15%). El cuestionario WOMAC mostró

que el dolor estaba presente con mayor o menor intensidad en un 93% de los casos y la capacidad funcional disminuida en grados variables en un 96%. Los exámenes radiográficos mostraron la presencia de desviación del eje femorotibial en varo en el 31% y en valgo en el 17%, con colapso óseo en un 39% de los mismos. En el resto no existían desaxaciones importantes aunque si otros signos de artrosis (pinzamiento articular, esclerosis y osteofitos).

Conclusiones: El paciente tipo con gonartrosis, tributario de artroplastia de rodilla, es: mujer, con edad avanzada, dolor, incapacidad funcional, con múltiples patologías asociadas e importante alteración radiológica en la que destaca la desaxación del eje femorotibial. Estos factores podrían incidir negativamente en la cirugía.

316

GRADO DE ACUERDO ENTRE PACIENTES Y TERAPEUTAS EN LA EVALUACIÓN DE LA AFECCIÓN DÉRMICA EN LA ESCLEROSIS SISTÉMICA

M. Núñez, C. Berges, E. Núñez, J.L. del Val, F. Calle, J. Font y C. Herrero

Servicios de Reumatología, Dermatología y Autoinmunes Hospital Clínic. SAP Sants-Montjuïc. Barcelona.

Objetivos: Conocer el grado de acuerdo en la evaluación del adelgazamiento de la piel realizada por pacientes diagnosticados de esclerosis sistémica (ES) y su terapeuta y determinar la utilidad de la autoevaluación para el seguimiento de la evolución de la ES.

Métodos: Se incluyeron 82 evaluaciones, en distintos periodos, del adelgazamiento de la piel (AP) en 28 pacientes diagnosticados de ES según los criterios de la ACR. La evaluación del AP fue realizada por el paciente, tras un entrenamiento y su terapeuta, se utilizó el Rodnan skin score modificado (RSSM) que incluye 17 regiones de la piel, puntuadas de 0 a 3, obteniéndose una puntuación máxima de 51. Se recogieron además variables sociodemográficas y clínicas. *Análisis estadístico:* para estudiar la correlación entre las dos variables se usó el coeficiente de correlación de Spearman y para el estudio de la concordancia se aplicó el índice de Kappa ponderado, habiendo realizado previamente la categorización de las variables en 4 grupos (se consideró un índice Kappa de 0,60-0,79 como una buena correlación).

Resultados: La correlación fue de un 77% entre las determinaciones realizadas por los pacientes y el terapeuta. El grado de concordancia según el índice de Kappa fue de 0,70. Un subgrupo de 13 pacientes que tenía dos controles, con un intervalo de un año, mantuvo los mismos índices de concordancia. No se hallaron influencias de las variables sociodemográficas y del tiempo de evolución sobre el grado de acuerdo entre los participantes en las medidas estudiadas.

Conclusiones: Se demostró un alto grado de acuerdo entre pacientes y terapeutas en la evaluación del AP. Los resultados del estudio apoyan la utilidad de la autoevaluación por parte de los enfermos para el seguimiento de la evolución de la ES.

317

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA DISCAPACIDAD LABORAL MUSCULOESQUELÉTICA (ITME) EN PACIENTES MAYORES DE 50 AÑOS

M. Blanco, L. Abásolo, E. Loza, G. Candelas, R. López, C. Lajas y J.A. Jover

Hospital Clínic San Carlos. Madrid.

Introducción: Las enfermedades músculo-esqueléticas (ME) son la 2ª causa de Incapacidad laboral (IT) en población activa. La IT

es resultado de factores clínicos, socio-demográficos y laborales que con frecuencia dificultan la recuperación funcional y por tanto el retorno a la actividad laboral. Conocer dichos factores y su influencia es imprescindible para poner en marcha estrategias de intervención que modifiquen el impacto que estas patologías y su potencial discapacitante.

Objetivo: Hacer un estudio comparativo de las características sociodemográficas, ocupacionales y de la IT de los pacientes discapacitados con edad = 50 años respecto a los < 50 años.

Pacientes y métodos: Todos los pacientes con ITME de las áreas 4,7 y 9 de Madrid se incluyeron aleatoriamente en grupo control (GC), con atención médica estándar, o intervención (GI), siguiendo un programa de "vuelta al trabajo" atendido por reumatólogos. Todos los pacientes fueron seguidos al menos un año. Se recogieron variables sociodemográficas, ocupacionales, de diagnóstico y la IT, y se introdujeron en una base de datos creada para el estudio. En este estudio sólo se tuvieron en cuenta los pacientes del GI atendidos por reumatólogos en los que constaba la edad. Se utilizaron tablas de contingencia para el estudio de variables cualitativas, Test de T de Student para variables cuantitativas, y análisis multivariante para analizar las variables significativas en el grupo de = 50 años.

Resultados: Se incluyeron 3232 pacientes, de los cuales 2349 (72,68%) eran < 50 años y 883 (27,32%) eran = 50 años. La proporción de = 50 años fue mayor en el área 7 (36,69%) que en las áreas 4 y 9 (32,39% y 30,92% respectivamente). Las diferencias significativas entre ambos grupos de edad fueron: *Variables sociodemográficas:* en = 50 años hubo menor proporción de mujeres (43,20%), mayor porcentaje de régimen autónomo (10,03%) y de empleadas de hogar (2,39%), menor nivel de estudios (un 64,99% con nivel elemental o sin estudios) y mayor número de casados (76,70%). *Variables ocupacionales:* tipo de trabajo: en el grupo = 50 años hubo mayor proporción de trabajadores manuales (56,17%) y menor de administrativos o empleados en servicios (43,83%), predominaba el contrato fijo (91,87%) y había 2,5 veces más de desempleados (2,43%), predominando la postura de pie (79%). *Variables de IT:* La duración media de la IT fue mayor en los = 50 años (46,75 ± 77,77 días, mediana 15, p25-75: 9-32) que en los más jóvenes (33,66 días ± 61,74 (mediana 20, p25-75: 11-43), al igual que el porcentaje de IT prolongada, (definida como la IT que excede la duración del percentil 80 para cada grupo diagnóstico), que fue 29,96% y 21,84% respectivamente. En los diagnósticos de la IT, hubo mayor proporción de ciática (19,59%), artrosis (2,35%) y gota (9,51) y menor de cervicalgia (11,33%) y tendinitis (21,40) en los = 50 años. La evolución a incapacidad permanente (IP) fue 3,85% en los de mayor edad frente a 0,72% en los más jóvenes. Sin embargo, no hubo diferencias en el N° de pacientes con IT repetida (definida como = 3 episodios) entre los 2 grupos de edad. La presencia de comorbilidad asociada a la patología ME fue mayor en = 50 años (40,41%) que en el resto (18,77%), (datos del área7). En el análisis multivariante, las variables que resultaron significativas en el grupo de = 50 años fueron: sexo femenino (OR: 0,81 [0,67 - 0,98]), nivel bajo de estudios (OR: 3,25 [2,66 - 3,97]), estado civil casado (OR: 1,71 [1,38 - 2,08]), contratación eventual (OR: 0,27 [0,20 - 0,37]), Trabajo manual (OR: 1,30 [1,06 - 1,59]), área 7 (OR: 1,58 [1,30 - 1,92]), duración de la IT (OR: 1.002 [1.000 -1.003]), evolución a IP: (OR: 3.2 [1,57 -6.59]). Descontando el peso de estas variables significativas en los diagnósticos de IT, sólo permanecen cervicalgia (OR: 0,69 [0,53 - 0,90]), artrosis (OR: 5.52 [1,02 - 2,01]) y gota (OR: 1,43 [1,02 - 2,01]) en el grupo de = 50 años.

Conclusiones: Los pacientes = 50 años con ITME tiene características sociodemográficas y ocupacionales propias que los distinguen de los grupos de pacientes discapacitados más jóvenes. Así mismo la discapacidad de estos pacientes tiene un perfil distinto, con mayor duración de los episodios, mayor evolución a IP y un perfil de patologías causales diferentes.

318

5 AÑOS DE CONSULTA DE REFERENCIA DE URGENCIAS PARA ENFERMEDADES MUSCULOESQUELÉTICAS

D. Clemente, L. Abásolo, E. Loza, R. López, C. Lajas, P. Macarrón, L. León y J.A. Jover
Servicio de Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción: La consulta de referencia de urgencias (CRU) de nuestro servicio de reumatología atiende a pacientes derivados del servicio de urgencias con patología musculoesquelética (ME) aguda en un plazo máximo de 72 horas.

Objetivo: Conocer la evolución en el tiempo de las características sociodemográficas y los diagnósticos de los pacientes vistos en la CRU desde 1999 hasta 2004. Averiguar si la demanda de atención urgente de problemas ME ha variado en los últimos 5 años.

Material y métodos: Se incluyeron todos los pacientes vistos en la CRU durante el periodo comprendido entre junio de 1999 y junio de 2004. La información de dichos pacientes referida a datos sociodemográficos y diagnósticos según el código CIE-9, se recoge de manera sistemática desde 1992. Se realizó la descripción de los pacientes globalmente y por periodos anuales.

Resultados: En el periodo de estudio, se atendió a un total de 5.678 pacientes que generaron 6.059 consultas, representando, según el año, entre el 33% y el 50% de los pacientes nuevos vistos en consultas externas. La mediana de edad fue de 62 años [P25-75: 47-72] observándose un predominio del sexo femenino (61%). Los diagnósticos más frecuentes fueron los reumatismos de partes blandas (26%), seguido de las artritis microcristalinas (13%), los síndromes dolorosos regionales (11%) y la artrosis periférica (10%). Al analizar la muestra por periodos anuales, el número de pacientes fue similar, manteniéndose entre 1.150-1.250 pacientes por año. Se observó un aumento progresivo de la frecuencia de pacientes con edades superiores a los 70 años (28% entre junio 1999-2000, 30% entre 2000-01, 30% entre 2001-02, 34% entre 2002-03 y 36% entre 2003-4). No hubo grandes diferencias en cuanto al sexo entre los distintos años. En relación con las diferentes categorías diagnósticas, se observó una disminución de las monoartritis no filiadas (10% entre junio 1999-2000 y 7% entre junio 2003-04) y las poliartritis no filiadas (3% entre junio 1999-2000 y 2% entre junio 2003-04), mientras que aumentaban las artritis microcristalinas (12% entre junio 1999-2000 y 14% entre junio 2003-04). También se aprecia una tendencia a diagnosticar menos espondiloartritis. No se observaron variaciones importantes en el resto de los diagnósticos.

Conclusiones: La CRU atiende un elevado número de pacientes con patología ME aguda que se mantiene año tras año. El porcentaje de pacientes atendidos mayor de 70 años es cada vez más elevado, lo que podría estar en relación, entre otros factores, con el envejecimiento progresivo de la población. Los diagnósticos de monoartritis y poliartritis no filiadas se realizan cada vez en menor medida, lo que podría corresponder a una tendencia a concretar más el primer diagnóstico por parte de los médicos.

319

PREVALENCIA DE LAS DISTINTAS ENTIDADES NOSOLÓGICAS REUMATOLÓGICAS EN LAS CONSULTAS EXTERNAS DE UN HOSPITAL DE 2º NIVEL

A. Willisch, J.L. Fernández-Sueiro, M. Rodríguez Gómez, L. Fernández-Domínguez, S. Pértega Díaz y F.J. de Toro
Sección de Reumatología Complejo Hospitalario de Ourense. Servicio de Reumatología. Hospital Juan Canalejo. La Coruña.

Objetivos: Evaluar, durante un periodo de un año la prevalencia, de las distintas entidades nosológicas reumatológicas diagnosticadas, de las primeras visitas, en las consultas externas de reumatología de un hospital de 2º nivel.

Pacientes y métodos: a) *Pacientes:* el estudio se realizó en aquellos pacientes codificados como primeras visitas, de acuerdo a la organización de las agendas de las consultas externas del servicio de reumatología. Aquellos pacientes codificados como revisiones no fueron evaluados. b) *Métodos:* Todos los pacientes evaluados como primeras visitas fueron registrados en una base de datos Access 2000*. Cuando se tuvo la certeza del diagnóstico definitivo de los diversos pacientes, éste fue introducido en la base de datos. Los diagnósticos fueron establecidos de acuerdo a las normas internacionales de clasificación. En caso de duda diagnóstica, éste fue debatido entre el médico del paciente y el responsable de la base de datos para llegar a un acuerdo. El análisis estadístico descriptivo fue realizado con el programa estadístico SPSS*.

Resultados: Durante el periodo de 1 de Enero de 2003 hasta el 31 de Diciembre de 2003 fueron consultados como primeras visitas 1290 pacientes, 975 (75,6%) mujeres, 315 (24,4%) varones, edad media 56,5 años, rango 13-93 años de edad. Sólo se estableció un diagnóstico reumatológico en el 70,2% de los pacientes, en el 23,6% y en el 6,2% se establecieron hasta dos y tres diagnósticos reumatológicos respectivamente. La patología inflamatoria se diagnosticó en 286 pacientes (22,18%) y la mecánica/no inflamatoria en 1004 (77,82%) pacientes. Agrupando las enfermedades síndromicamente el diagnóstico más frecuente fue la artrosis y la patología mecánica tanto axial como periférica 387 pacientes (30%), la patología inflamatoria (artritis, colagenosis, vasculitis y enfermedades microcristalinas) fue el segundo diagnóstico 286 pacientes (22,6%). La patología de partes blandas fue el tercer diagnóstico más frecuente 259 pacientes (20%). Otros diagnósticos en orden de frecuencia fueron: patología ósea metabólica 159 (12,3%), ausencia de patología 72 (5,5%), neurorradiculopatías 46 (3,5%), otros o no clasificables 37 (2,8%), miscelánea 30 (2,3%), patología tumoral 6 (0,6%) y patología infecciosa 6 (0,6%), en un caso no se realizó ningún diagnóstico.

Conclusiones: En conjunto la patología no inflamatoria es la causa más frecuente de demanda de consulta en la atención reumatológica. Sin embargo cuando se analiza el orden de frecuencia de los distintos diagnósticos agrupados síndromicamente, las enfermedades inflamatorias constituyen el segundo lugar de los diagnósticos realizados en la consulta de reumatología. La ausencia de patología (5,5%) constituye un porcentaje considerable de consumo de recursos en las consultas de reumatología.

320

INCIDENCIA DE NEOPLASIAS EN LA EVOLUCIÓN DE ENFERMOS HOSPITALIZADOS POR ENFERMEDAD INFLAMATORIA CRÓNICA

J.J. Bethencourt Baute, S. Bustabad Reyes, J.C. Quevedo, S. Machín, C. Luna, F. Díaz González y T. González García
Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. Tenerife.

Objetivo: Describir la incidencia de procesos neoplásicos diagnosticados en pacientes con ingreso hospitalario previo por enfermedad inflamatoria crónica.

Método: Estudio retrospectivo de los ingresos en el Servicio de Reumatología de nuestro hospital, periodo comprendido entre enero de 2001 y diciembre de 2004, en los que se diagnosticó neoplasia en la evolución de su enfermedad reumática. Se excluyeron aquellos pacientes con manifestaciones reumáticas en el contexto de un proceso neoplásico ya diagnosticado.

Resultados: Se valoraron 524 ingresos hospitalarios de los cuales 14(2,7%), 9 mujeres y 5 hombres, presentaron en su evolución diagnóstica de neoplasia con una edad media de 63,5 años (rango = 18-86 años): 11 (78,5%) cumplían criterios para el diagnóstico de enfermedad reumática y 3 (21,5%) presentaban poliartritis indiferenciada.

Diagnóstico previo	Diagnóstico oncológico	Tto. inmunosupresor	Éxito
Artritis Reumatoide	Neo. renal con metástasis pulmonares y ganglionares	Prednisona; MTX	SI
Gota	Ca. células renales grado 4	NO	NO
Lupus cutáneo subagudo	Neo. gástrica + carcinomatosis peritoneal	Prednisona	SI
Lupus Eritematoso Sistémico	Linfoma no Hodgkin hepatoesplénico T estadio IVB	Prednisona; AZA	SI
Esclerosis Sistémica	Neoplasia diseminada de origen desconocido	Deflazacort; AZA	SI
Esclerodermia cutánea difusa	Linfoma folicular grado 3 estadio IV	Prednisona	NO
Vasculitis	Enf. Hodgkin esclerosis nodular IIIA	Prednisona	NO
Conectivopatía latente	Tumoración ovárica bilateral seroso borderline	NO	NO
Policondritis recidivante	Ca. endometrio	Prednisona	SI
Artritis Reumatoide	Ca. esófago	Prednisona; MTX	SI
Lupus Eritematoso Sistémico	Síndrome mielodisplásico (LMC)	Prednisona	SI

Resultados de los pacientes que cumplían criterios para el diagnóstico de las enfermedades inflamatorias crónicas.

Los pacientes con poliartritis indiferenciada desarrollaron uno de ellos enfermedad metastásica de origen desconocido, otro un Ca. broncogénico estadio IV y el último un tumor carcinoide. Ninguno de ellos había recibido tratamiento inmunosupresor.

Conclusiones: El 2,7% de los pacientes hospitalizados por enfermedad inflamatoria crónica desarrollaron una neoplasia. El 78,5% de estos casos cumplían criterios diagnósticos de enfermedad reumática previa, no observándose ningún caso de Dermato-Polimiositis ni de Síndrome de Sjögren. Las neoplasias de origen linfo/mieloproliferativos se observaron en pacientes con LES pero en ningún caso de AR.

321

DIFERENCIAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y DE INTENCIÓN DE TRATAR EN PACIENTES CON AR EN FUNCIÓN DE SU MÉDICO RESPONSABLE

R. López, E. Loza, D. Clemente, E. Júdez, L. Abasolo, B. Fernández, J.A. Jover y C. Hernández
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivo: Analizar las características sociodemográficas, clínicas y de tratamiento de los pacientes con Artritis Reumatoide (AR) en función de su médico responsable: médicos adjuntos (MA) o médicos internos residentes (MIR), en aquellos hospitales con docencia MIR especializada en reumatología.

Material y métodos: Población emAR: Estudio transversal, a partir de historias clínicas de 1379 sujetos seleccionados aleatoriamente de un "pool" de pacientes atendidos en 46 servicios clínicos

de 16 comunidades autónomas españolas durante 1998-1999. Se buscaron asociaciones entre variables sociodemográficas, clínicas, tratamientos recibidos de los pacientes con AR con su médico responsable (MA o MIR). Se realizaron regresiones logísticas que se ajustaron por el muestreo (16 estratos correspondientes a 16 comunidades autónomas).

Resultados: Se analizaron un total de 567 pacientes con AR vistos por 416 MA y 49 MIR, en análisis descriptivo de los pacientes con AR vistos por los MA y MIR se muestran en la siguiente tabla:

Variables	MA	MIR
Sexo (mujeres %)	77,64%	71,43%
Edad de inicio de la AR (mediana, p25-p75)	48 (37-70)	57 (40-67)
Duración de la AR años (mediana, p25-p75)	10 (5,6- 16,5)	7 (3,3- 11)
Factor reumatoide positivo (%)	74,6%	71,4%
Manifestaciones extraarticulares (%)	37,2%	40,8%
Clase funcional de AR según la ACR (%):		
I-II	67,6%	73,4%
III-IV	32,3%	26,5%
Actividad inflamatoria (%):		
Activa remitente	38,1%	28,6%
AR no activa	47,7%	46,9%
Activa persistente	14,2%	24,5%
Cirugías articulares (%)	34,63%	24,4%
Ingresos hospitalarios (%)	21,8%	38,7%
Tratamientos (%):		
Corticoides	71,5%	85,7%
Monoterapia con FME	94,5%	91,8%
Terapia combinada con FME	24,3%	12,2%

AR = Artritis Reumatoide; ACR = American College of Rheumatology; FME = Fármacos modificadores de la enfermedad.

La probabilidad de los pacientes con AR de ser atendidos por un MIR aumentó en aquellos con edad de inicio más precoz de la enfermedad (OR: 1,02 (IC 95% 1,000-1,044), con una duración de la enfermedad más corta (OR: 0,995 (IC 95% 0,991-0,99)). Así mismo la probabilidad de los pacientes con AR de ser ingresados o derivados a otros especialistas fue mayor si su médicos especialistas fueron MIR con (OR: 2,26 (IC 95% 1,21-4,20) y (OR: 2,09 (IC 95% 1,07-4,05) respectivamente. En relación con los tratamientos la probabilidad de utilizar terapia corticoidea fue mayor en los MIR (OR: 2,39 (IC 95% 1,04-5,47) y menor en la utilización de más de un FME (OR: 2,39 (IC 95% 0,17-1,05)).

Conclusiones: Nuestro estudio pone de manifiesto la existencia de una variabilidad sociodemográfica y de tratamiento de los pacientes con AR, entre los MIR y MA, en aquellos hospitales con docencia MIR. Esta variabilidad podría indicar un uso inadecuado de recursos diagnósticos y terapéuticos y por otra una deficiente implementación de los programas de formación de la especialidad.

322

CONSULTA DE REUMATOLOGÍA LABORAL. DESCRIPCIÓN DE PATOLOGÍA.

J. Moreno Morales
Hospital Ibermutuamur. Murcia.

Objetivos: Se describe la patología, desglosada por localización anatómica regional, tipo de patología y evolución temporal, de los pacientes en IT derivados, de forma secundaria, a una consulta de Reumatología.

Material y métodos: En el periodo comprendido entre el 19/07/04 y el 10/09/04 se registran un total de 288 asistencias en consulta. Pacientes comprendidos entre 18 y 64 años de edad. Las asistencias se dividen según el área regional afectada, el tiem-

po de evolución de la patología, el tipo de patología. Han sido descartados los procesos con origen laboral directo.

Resultados: Del total de 288 asistencias, 62 (21,53%) fueron dolencias agudas de raquis (27 cervical, 9 dorsal, 26 lumbar), 49 (17,01%) con patología crónica (artrosis) de raquis (15 cervical, 9 dorsal, 25 lumbar), 50 (17,36%) asistencias en relación con afectación de partes blandas/tendinitis, 52 (18,05%) en pacientes afectados de artrosis periférica (26 de rodilla, 12 de cadera, 8 de mano, 6 de otras localizaciones), 27 (9,38%) con patología inflamatoria articular periférica, 13 (4,51%) con patología inflamatoria de raquis, 8 (2,78%) afectación de nervios periféricos (compresión), 4 (1,40%) radiculopatía, 23 (8%) con otro diagnóstico de proceso osteomuscular.

Conclusión: La mayor proporción de patología osteomuscular vista en consulta (excluida patología de causa laboral directa), por localización anatómica, que causa IT corresponde a patología aguda de raquis. La patología crónica (incluyendo inflamatoria), con 141 casos ocupa casi la mitad de las asistencias del periodo recogido, debido al mayor número de asistencias por paciente.

323

IMPACTO DE LA EDAD EN LA DEMANDA ASISTENCIAL REUMATOLÓGICA: PREVALENCIA DE LAS DISTINTAS ENTIDADES NOSOLÓGICAS REUMÁTICAS EN LA POBLACIÓN ADULTA EN UN HOSPITAL DE 2º NIVEL

A. Willisch, J.L. Fernández Sueiro, L. Fernández Domínguez, M. Rodríguez-Gómez, S. Pértiga Díaz y F.J. de Toro
Complejo Hospitalario de Ourense. Hospital Juan Canalejo. A Coruña.

Objetivos: Los cambios demográficos actuales y futuros incrementarán la prevalencia e incidencia de las enfermedades crónicas en una población más longeva. Las enfermedades reumáticas, son la primera causa de demanda de consulta en personas con una edad igual ó superior a 50 años (NCHS, USA. 1990), esto necesariamente originará un reajuste entre los servicios ofrecidos por el sistema Nacional de Salud y la demanda existente. El objetivo del presente trabajo es analizar las diferencias existentes entre los diagnósticos en las consultas externas en un servicio de reumatología de acuerdo a la edad de la población estudiada.

Pacientes y métodos: a) *Pacientes:* el estudio se realizó en aquellos pacientes codificados como primeras visitas, de acuerdo a la organización de las agendas de las consultas externas del servicio de reumatología. Aquellos pacientes codificados como revisiones no fueron evaluados. b) *Métodos:* Todos los pacientes evaluados como primeras visitas fueron registrados en una base de datos Acces 2000(R). Cuando se tuvo la certeza del diagnóstico definitivo de los diversos pacientes, este fue introducido en la base de datos. Los diagnósticos fueron establecidos de acuerdo a las normas internacionales de clasificación. En caso de duda diagnóstica, este fue debatido entre el médico del paciente y el responsable de la base de datos para llegar a un acuerdo. Para realizar el análisis se estableció la edad de 50 años como corte, realizando una evaluación de la demanda en conjunto y de acuerdo al sexo de los pacientes. El análisis estadístico descriptivo fue realizado con el programa estadístico SPSS(R).

Resultados: Durante el periodo de 01 enero hasta el 31 de diciembre de 2003 fueron consultados como primeras visitas 1.290 pacientes, 975 (75,6%) mujeres, 315 (24,4%) varones. Edad media 56,5 (\pm 15,2) años, rango 13-93 años de edad. 913 pacientes (70,8%) tenían una edad $>$ 50 años (75,2% mujeres), 377 pacientes (29,2%) tenían una edad $<$ 50 años (76,1% mujeres). Agrupan-

do las enfermedades síndromicamente en el grupo $>$ a 50 años la artrosis/patología mecánica fue el diagnóstico más frecuente (31,4%) proporción mujeres/hombres (25,4%/6%), seguido por patología inflamatoria (21,79%) M/H (10%/11,7%), patología ósea metabólica (16,6%) M/H (15,3%/1,3%) y fibromialgia M/H (9,3%/0,2%). En los pacientes $<$ de 50 años el diagnóstico principal fue: artrosis/patología mecánica (26,6%) M/H (16,9%/9,5%), patología inflamatoria (23,07%) M/H (14,8%/8,2%), fibromialgia (19%) M/H (18,8%/0,2%), ausencia de patología (8,7%) M/H (6,8%/1,8%).

Conclusiones: El grupo de pacientes con una edad \geq 50 años es el más numeroso, siendo las mujeres las que demandan más atención reumatológica en una proporción de 3:1. La artrosis y la patología ósea metabólica son los diagnósticos más frecuentes en mujeres \geq a 50 años, mientras que la patología inflamatoria ocupa el primer lugar en los hombres. Síndromicamente el segundo grupo diagnóstico es la patología inflamatoria en pacientes \geq 50 años. En el grupo $<$ 50 años, en las mujeres, el diagnóstico más frecuente fue la fibromialgia mientras que en los hombres es la artrosis/patología mecánica.

324

RESULTADOS PRELIMINARES DEL PROYECTO EPIRCAN. ESTUDIO DE LA PREVALENCIA DE LAS ENFERMEDADES REUMÁTICAS EN EL MEDIO RURAL DE LA PROVINCIA DE SANTA CRUZ DE TENERIFE

A. Álvarez, J.J. Bethencourt, A. Arteaga, C. Luna, J.C. Quevedo, S. Machín, E. Trujillo, F. Díaz-González, L. Carmona, T. González y S. Bustabad
Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. Tenerife.

Objetivo: Estudiar, como parte del proyecto EPIRCAN, la prevalencia de enfermedades reumáticas en la población canaria adulta de los dos municipios rurales seleccionados de la provincia de Santa Cruz de Tenerife.

Pacientes y métodos. En el estudio realizado por cuatro reumatólogos, se seleccionó la población mediante muestreo aleatorio de los sujetos a partir de los padrones municipales, estratificados por edad y sexo de manera que la muestra fuera proporcional a la población canaria. El tamaño muestral de la zona rural fue de 206 sujetos, de un total de 2.375 que componen el proyecto EPIRCAN. Se realiza una encuesta poblacional, densitometría (DEXA-P), y examen analítico. Se toman muestras de ADN de todos los sujetos para organizar una genoteca. Las enfermedades estudiadas son: artrosis de manos (OAM), artrosis de rodillas (OAR), lumbalgia inflamatoria (LI), artritis reumatoide (AR), fibromialgia (FM), lupus eritematoso sistémico (LES), osteoporosis (OP), Síndrome de Sjögren (SS) y fenómeno de Raynaud (FRy).

Resultados: La tasa de respuesta obtenida fue del 75% (154). El 91% fue de procedencia canaria, al menos en primera generación. El 22% (34) de los sujetos encuestados refería un diagnóstico previo de enfermedad reumática y un 40% (62) del total de la muestra presenta datos clínicos de las enfermedades en estudio: OAR 20,6%; FRy 16,8%; OAM 15,3%; SS 6,9%; LES 5,3%; OP 4,6%; FM 3,8%; LI 3,8%; AR 1,5%.

Conclusiones: Según la encuesta de datos clínicos en esta muestra rural: 1) La enfermedad musculoesquelética más prevalente es la artrosis. 2) Las enfermedades del tejido conectivo tienen una alta prevalencia, y es superior la del SS y la del LES a la de la AR. 3) El fenómeno de Raynaud tiene una prevalencia del 16,8%, superior a la de la artrosis de manos.

325

METODOLOGÍA Y RECLUTAMIENTO EN EL PROYECTO EPIRCAN (ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES REUMÁTICAS EN CANARIAS)

S. Bustabad, J.J. Bethencourt, A. Arteaga, A. Álvarez, E. Trujillo, L. Carmona*, F. Díaz-González, C. Luna, S. Machín, J.C. Quevedo y T. González

*Hospital Universitario de Canarias. *Unidad de Investigación de la Sociedad Española de Reumatología.*

El objetivo de este estudio es el de conocer la prevalencia de un grupo de enfermedades musculoesqueléticas en la población canaria adulta: artrosis de manos y rodillas, fibromialgia, osteoporosis, lumbalgia inflamatoria, artritis reumatoide, síndrome de Sjögren y lupus eritematoso sistémico. Para ello nos hemos guiado por el primer estudio epidemiológico de las enfermedades reumáticas en la población adulta española (EPISER). La población objeto de estudio es toda la población canaria adulta mayor de 20 años. La muestra fue seleccionada de forma aleatoria a partir de los padrones municipales. El tamaño calculado para la muestra total se basó en el padrón de 2001 (INE). En una población de 1.700.000 habitantes el número total de sujetos necesario para poder estimar la prevalencia, si ésta estuviera entre 0,5-0,75%, con un intervalo de confianza del 95%, es de 1895 personas a la que se le añadió una tasa de no respuesta previsible del 30%, resultando 2375 personas. Se realizó un muestreo estratificado bietápico con selección aleatoria de los sujetos y estratificado por edad y sexo en la última etapa, de manera que la muestra fuera proporcional a la de la población canaria. Cada provincia se dividió en dos zonas rurales y dos urbanas, lo que dio lugar a un total de ocho estratos (se consideró municipio rural los de menos de 10.000 habitantes). De cada estrato se seleccionó de forma aleatoria un municipio y resultaron los siguientes: Tacoronte, Candelaria, La Guancha y Alajeró, por la provincia de S/C de Tenerife, y Gáldar, Ingenio, Tejeda y Tinajo por la provincia de Las Palmas de Gran Canaria. Posteriormente se procedió a contactar con los ayuntamientos seleccionados para obtener los datos identificativos de los sujetos. Todos los ayuntamientos nos facilitaron estos datos a partir de los padrones municipales y los números de teléfono fueron extraídos de la tarjeta sanitaria. El reclutamiento de los sujetos se está realizando con una carta informativa en la que, además, señalamos la fecha y hora de la cita en el centro de salud de su municipio. Antes del día fijado se hace una llamada telefónica para la confirmación de la cita. El estudio se lleva a cabo por cuatro reumatólogos, que realiza una encuesta poblacional, densitometría ósea (DEXA-p) y recogida de muestras de sangre a todos los sujetos, con extracción de ADN. Las muestras se almacenan en una seroteca y en una genoteca para su posterior procesamiento. El porcentaje de reclutamiento se puede considerar, hasta el momento, adecuado. Se ha realizado el estudio en cuatro municipios: dos rurales de S/C de Tenerife, con una tasa de respuesta del 75% en la segunda vuelta, y un municipio rural y otro urbano de Las Palmas de Gran Canaria, con una tasa de respuesta del 33% y del 40%, respectivamente, en la primera vuelta. La respuesta de la población, teniendo en cuenta que es mayoritariamente sana, está siendo buena. No hemos necesitado enviar dos cartas previas a la llamada telefónica. Lo que más está limitando el estudio es el hecho de que los padrones municipales no están actualizados en muchos casos y que la información sobre la población es insuficiente. Este será el primer estudio epidemiológico de las enfermedades reumáticas en Canarias y además nos permitirá la creación de una seroteca y genoteca en el ámbito de la Comunidad.

326

CREACIÓN DE UN MODELO DINÁMICO DE DISCAPACIDAD LABORAL DE ORIGEN MÚSCULO-ESQUELÉTICO

M. Blanco, F. Morilla, B. Fernández y J.A. Jover
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

La creación de modelos matemáticos y la simulación por ordenador se han convertido en importantes herramientas experimentales empleadas en muchos campos para analizar y resolver problemas complejos. Son útiles para construir y probar teorías, responder preguntas específicas, determinar la sensibilidad al cambio de valores de parámetros, estimar parámetros clave a partir de datos y hacer previsiones. Hasta ahora, esta metodología no se ha aplicado al estudio de la discapacidad laboral causada por enfermedades músculo-esqueléticas (ITME).

Objetivos: 1. Desarrollar un modelo dinámico de discapacidad laboral ME que simule su evolución temporal y analizar sus características. 2. Analizar con el modelo el efecto sobre el curso de la discapacidad de una intervención médica dirigida a la vuelta al trabajo.

Material y métodos: Se realizó un estudio de cohortes prospectivo randomizado durante dos años sobre 610.000 trabajadores activos de Madrid (Estudio ITME-98-2000). Todos los pacientes con ITME de reciente comienzo se incluyeron durante un año y se aleatorizaron en: Grupo control (GC): con atención médica estándar, y Grupo Intervención (GI): siguiendo un programa específico de "vuelta al trabajo". Los pacientes se siguieron durante al menos un año. Por medio de la Dinámica de Sistemas, se ha creado un modelo dinámico, a partir de todos los episodios de ITME del estudio, que reproduce el curso "natural" de la discapacidad y el curso "modificado" por efecto de la intervención. Por medio del modelo se explica cómo la intervención produce sus efectos beneficiosos.

Resultados: Un total de 13.077 pacientes (7.805 en GC y 5.272 en GI) sufrieron 16.297 episodios de ITME (9651 en GC y 6.646 en GI). La evolución de estos episodios se ha resumido en cada grupo en la correspondiente curva de supervivencia, siendo proporcional el área bajo la curva al nº total de días de IT en cada grupo. La menor área bajo la curva en el GI refleja la eficacia del programa. Pero hay otros efectos de la intervención que no pueden explicarse mirando las curvas. El modelo dinámico simula el flujo de los nuevos episodios de IT hacia su recuperación, discapacidad de larga duración o la evolución a incapacidad permanente (IP), y el efecto de la intervención en ese flujo. Ajustando los parámetros del modelo, se pueden reproducir perfectamente ambas curvas de supervivencia y determinar dónde la intervención fue más relevante. El modelo dinámico puede reproducir cualquier curva de supervivencia (por áreas sanitarias, por patologías, por sexos, por edades...) o predecir resultados de ahorro (en días de IT o en gastos de compensaciones) cuando la intervención se extiende a toda la población, o prever el impacto del envejecimiento de la población.

Conclusiones: El modelo dinámico de discapacidad se ajusta muy bien a la realidad y sirve para estudiar en profundidad la discapacidad causada por enfermedades ME.

327

EFICACIA DIAGNÓSTICA DEL LÍQUIDO ARTICULAR DE LAS ARTRITIS EN URGENCIAS

R. Expósito Molinero, A. Arrutia Ciruelo, M. Santisteban Bocos, I. Torre Salaberri, L. Ortiz-Vigón, M.L. García Vivar, I. Magro Sanchez y J.M. Aranburu Albizuri
Hospital Basurto.

Objetivo: Evaluar la eficacia de un protocolo que incluye el análisis del líquido articular, como medio para plantear un diagnóstico y tratamiento específico de la artritis en urgencias.

Material y métodos. Estudio prospectivo que incluye pacientes con artritis y derrame articular, que acudieron a urgencias del Hospital de Basurto. En el protocolo recogemos: filiación del paciente, antecedentes articulares y otros que interesen al diagnóstico, análisis del líquido (celularidad y fórmula, bioquímica con glucosa, cristales y cultivo si procede), radiografías y derivación a consultas o ingreso.

Resultados: Tenemos 117 casos, 45 mujeres y 72 hombres. Rango de edad entre 11 y 96 años. El 8% son pacientes menores de 30 años, el 49% entre 31 y 60 años y el 42% mayores de 61 años. Localización: 105 rodilla, 4 muñeca, 4 codo, 3 hombro y 1 tobillo. *Antecedentes recogidos:* 51 artrosis, 21 hiperuricemias, 13 artritis reumatoideas, 10 condrocalcinosis, 8 meniscopatías, 5 psoriasis, 2 VIH y 1 sinovitis vellonodular. *Análisis del líquido:* 6 de carácter hemático, 36 mecánico, 71 inflamatorio y 4 infeccioso. En el 16% se visualizaron cristales, 11 de urato y 8 de pirofosfato. Hallazgos en la RX en el 61%: 51 artrosis, 20 condrocalcinosis y 1 osteocondromatosis. Con estos datos, obtenemos un diagnóstico específico en el 83% de las artritis inflamatorias: 21 gotosas, 20 condrocalcinosis, 13 artritis reumatoide y 5 psoriásica, además de las 4 infecciosas; localizadas el 100% en rodilla, 2 pacientes eran VIH α y los gérmenes fueron *S. Aureus* en dos casos, *P. Aeruginosa* y *M. Tuberculosis*. Ingresaron 17 pacientes, en general por sospecha de artritis séptica. Los 4 casos infecciosos suponen un 23% del total de ingresos.

Conclusiones: Con el protocolo desarrollado hemos obtenido alta eficacia diagnóstica de la artritis en urgencias, haciendo posible un tratamiento específico. Casi un cuarto de los pacientes con sospecha de artritis séptica que ingresaron para su estudio, tuvieron confirmación del diagnóstico. Dada la gravedad del cuadro sin antibióticos, consideramos eficiente el porcentaje de ingreso.

328

AUSENCIA DE ANTICUERPOS ANTICARDIOLIPINA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y ESPONDILOARTROPATIAS TRATADOS CON INFILIXIMAB

M.V. Hernández, J.A. Gómez-Puerta, J.C. Reverter, G. Salvador, I. Vázquez, E. Graell, J.R. Rodríguez, A. Gómez-Centeno, J.D. Cañete y R. Sanmartí
Hospital Clínic. Barcelona.

Introducción: Diversos estudios han demostrado que el tratamiento con inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α) puede inducir la aparición de ciertos anticuerpos, entre ellos los anticuerpos anticardiolipina (aCL). Sin embargo, otros estudios no han confirmado la inducción de estos anticuerpos por los tratamientos biológicos.

Objetivo: Determinar la presencia de anticuerpos aCL en una cohorte de pacientes con artropatías inflamatorias [artritis reumatoide (AR) y espondiloartropatías (ESP)] tras 1 año de tratamiento con Infliximab.

Métodos: Se incluyeron pacientes afectados de AR y ESP [espondilitis anquilosante (EA), artritis psoriásica (APs) y espondiloartropatías indiferenciadas (ESPI)] tratadas con Infliximab, a dosis de 3 mg/kg en la mayoría de pacientes con AR y de 5 mg/kg en pacientes con ESP. Se excluyeron aquellos pacientes en los que el tratamiento con Infliximab fue retirado antes de un año por efectos secundarios o ineficacia. Los aCL se determinaron en suero de forma basal y a las 54 semanas del inicio del tratamiento con Infliximab por técnica de ELISA (QACA, Chesire Diagnostic) de acuerdo con la estandarización internacional de Harris¹. Se consideraron positivos aquellos pacientes con títulos IgG > 14

GPL o IgM > 14 MPL, y positivos débiles aquellos con títulos superiores a 12 GPL o 12 MPL, respectivamente.

Resultados: Se incluyeron 44 pacientes: 20 AR y 24 ESP (11 EA, 9 Aps y 4 EPSI). De los 20 pacientes con AR, 17 eran mujeres y 16 tenían factor reumatoide positivo, la edad media fue 55,7 \pm 12,7 años y la duración media de la enfermedad de 14,7 \pm 11 años. Entre los pacientes con ESP, 17 eran hombres, con edad media de 45 \pm 11 años y duración media de enfermedad de 17 \pm 9 años. Al inicio, sólo 1 paciente (5%) de los 20 con AR fue positivo para IgG aCL (24,7 GPL), y ninguno de los pacientes con ESP. A las 54 semanas, sólo 2 pacientes (5%) (1 AR y 1 EA) fueron positivos para aCL, ambos con un título débil de IgM aCL (12,0 y 12,9 MPL, respectivamente). No hubo evidencia de inducción de IgG aCL en ningún paciente con AR o ESP tratado con Infliximab. Ningún paciente desarrollo trombosis u otras manifestaciones clínicas de síndrome antifosfolípido.

Conclusiones: En este estudio hallamos una ausencia casi total de inducción de aCL en pacientes con artropatías inflamatorias tratadas con Infliximab. Ninguno de los pacientes desarrolló anticuerpos IgG aCL tras un año de tratamiento con Infliximab. Nuestros resultados concuerdan con otros estudios realizados en pacientes con AR en el área Mediterránea.

1. Harris EN et al. Anticardiolipin antibodies: detection by radioimmunoassay and association with thrombosis in systemic lupus erythematosus. *Lancet* 1983; 2: 1211-4.

329

IMPLICACIÓN DEL POLIMORFISMO G894T DEL GEN ENOS EN EL DOLOR DE TIPO INFLAMATORIO

A. López Bernús, L. Pozo, P. Armero, C.A. Montilla, C. Muriel, R. González-Sarmiento y J. del Pino-Montes
Hospital Universitario de Salamanca. Departamento de Medicina. Fundación Grünenthal.

El dolor de tipo inflamatorio aparece como consecuencia de la estimulación de los receptores nociceptivos que se desencadena durante el proceso inflamatorio. El óxido nítrico (NO) es un neurotransmisor excitatorio liberado en las terminaciones nerviosas. Este neurotransmisor está implicado en la producción de hiperalgesia y se cree que tiene un papel fundamental en la fisiopatología que describe al dolor de tipo inflamatorio. El NO se sintetiza a partir de la L-arginina mediante la acción enzimática de la óxido nítrico sintasa endotelial (eNOS). Nuestro objetivo es estudiar la posible asociación entre el gen que codifica la enzima eNOS y los trastornos dolorosos de tipo inflamatorio. Se estudiaron 168 pacientes con diversos procesos articulares inflamatorios, controlados en la Unidad de Reumatología del Hospital Universitario de Salamanca y 139 individuos control. Las muestras de sangre fueron obtenidas previo consentimiento, siguiendo las normas legales del Comité de Ética del Hospital Universitario de Salamanca. El polimorfismo G894T del gen eNOS se estudió mediante PCR y digestión con endonucleasas de restricción. Es conocido que la proteína eNOS activa se encuentra formando dímeros. Se han descrito importantes diferencias estructurales y funcionales entre las proteínas codificadas por el alelo G y el alelo T del polimorfismo G894T de la eNOS, lo que nos lleva a pensar que el ser portador del genotipo heterocigoto GT podría alterar las interacciones proteína-proteína del dímero modificando tanto su estabilidad como su actividad enzimática. Nuestros resultados muestran que el genotipo GT del polimorfismo G894T del gen que codifica la eNOS se asocia con una mayor susceptibilidad a padecer dolor inflamatorio, no neuropático, en pacientes varones con problemas articulares inflamatorios (p: 0,009).

330

ESTUDIO DEL POLIMORFISMO VAL158MET DEL GEN QUE CODIFICA PARA LA COMT EN EL DOLOR DE TIPO INFLAMATORIO

L. Pozo, A. López Bernús, P. Armero, C.A. Montilla, C. Muriel, R. González-Sarmiento y del Pino-Montes
Hospital Universitario de Salamanca. Departamento de Medicina, Universidad de Salamanca. Fundación Grünenthal.

Se han descrito importantes variaciones individuales en la sensibilidad al dolor como respuesta a distintos estímulos dolorosos. Algunos estudios sugieren que estas diferencias podrían estar relacionadas con factores genéticos. La Catecol-O-metiltransferasa (COMT) es una de las enzimas que metabolizan neurotransmisores del grupo de las catecolaminas. Las alteraciones en la actividad de la COMT influyen en la función de estos neurotransmisores. El polimorfismo Val158Met localizado en el gen que codifica para la COMT produce una disminución de la actividad de la enzima y ha sido asociado a modificaciones en la respuesta al dolor generado por estrés. El dolor de tipo inflamatorio aparece como consecuencia de la estimulación de los receptores nociceptivos que desencadena el proceso inflamatorio. Para aclarar el posible papel del polimorfismo Val158Met de la COMT en la susceptibilidad al dolor de tipo inflamatorio, hemos realizado un estudio caso-control en una población española. Se estudiaron 151 pacientes con diversos procesos articulares inflamatorios, controlados en la Unidad de Reumatología del Hospital Universitario de Salamanca y 138 individuos control. Las muestras de sangre fueron obtenidas previo consentimiento, siguiendo las normas legales del Comité de Ética del Hospital Universitario de Salamanca. El análisis estadístico de los resultados obtenidos en este estudio concluye que el polimorfismo Val158Met del gen que codifica para la COMT se asocia con una mayor susceptibilidad al dolor de tipo inflamatorio, no neuropático, en pacientes varones con problemas articulares inflamatorios (p: 0,029).

331

ANÁLISIS PROTEÓMICO DE LÍQUIDOS SINOVIALES EN PACIENTES CON DIFERENTES ARTROPATÍAS

J.R. Lamas, R. Rollín, M. Sánchez-López, A. Ortiz, I. González, D. Clemente y B. Fernández-Gutiérrez
Servicio de Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivo: Obtener información descriptiva fundamental para discriminar cualitativa y/o cuantitativamente los patrones de proteínas presentes en el líquido sinovial (LS) de la artritis reumatoide (AR) y otras artropatías.

Material y métodos: Se analizarán 40 LS de pacientes con artritis reumatoide (n = 10), artrosis (n = 10), espondilitis anquilosante (n = 10) y patología microcristalina (n = 10). Las proteínas serán extraídas según métodos estándar y se separarán mediante electroforesis bidimensional (separación por punto isoeléctrico, y por masa molecular en geles de acrilamida). Los spots resultantes serán detectados mediante una tinción fluorescente (Sypro Ruby) y el escaneo de las imágenes. Tras la identificación comparativa de las proteínas de interés, éstas serán recortadas del gel y sometidas a una digestión triptica. La caracterización de los digeridos tripticos se analizarán mediante espectrometría de masas de tipo MALDI-TOF. El patrón de masas moleculares será comparada

bioinformáticamente en una base de datos, que nos dará la identificación inequívoca de la proteína analizada.

Resultados: Los patrones de proteínas obtenidos en los geles realizados son muy reproducibles, particularmente en la zona correspondiente a proteínas mayores de 30 kDa. Esta zona está constituida por proteínas secretadas y abundantes en el plasma sanguíneo como APOA1, la Apolipoproteína J, la proteína plasmática de unión a retinol, el precursor de tetranectina, Seroalbúmina, fibrinógeno e inmunoglobulinas. Se han detectado asimismo la presencia de proteínas de fase aguda como la alfa-1 antitripsina y el precursor de haptoglobina. Proteínas derivadas de la zona epidérmica como factor derivado del epitelio pigmentario y citokeratina 1. Proteínas relacionadas con el complemento y la respuesta inmune como la fetuina-alfa, el precursor del complemento C3, el precursor de clusterina y el precursor 2 de la proteína H del complemento. La zona correspondiente a proteínas menores de 30 kDa parece más heterogénea y variable entre patologías e individuos. Actualmente se están definiendo los patrones cuantitativos y cualitativos de esta zona con la finalidad de encontrar un posible patrón que caracterice a la AR frente a las demás patologías.

Conclusión: El enfoque proteómico dirigido a la caracterización diferencial de proteínas implicadas en el sitio de inflamación, puede proveernos de información importante, tanto cualitativa como cuantitativamente para entender qué proteínas pueden estar implicadas o no en el desarrollo de las artropatías estudiadas. El conocimiento acerca del componente proteómico es fundamental como un paso previo para describir futuros marcadores de enfermedad que puedan utilizarse como dianas para el diseño de futuras terapias.

332

EFFECTO DE LA HIPEREXPRESIÓN DE BCL-2 EN LINFOCITOS DE RATONES TRANSGÉNICOS SOBRE EL DESARROLLO DE LUPUS EN RATONES

J. Merino, R. Marquina, J. González-Rojas, E. Tamayo, I. Santiuste, L. Buelta, M. López-Hoyos y R. Merino
Unidad de Inmunopatología, Departamento de Biología Molecular, Universidad de Cantabria, Santander.

La generación de diversidad en el receptor antigénico de los linfocitos permite a estas células reconocer cualquier biomolécula, pero tienen el inconveniente de que un elevado porcentaje de ellas reconocen autoantígenos. El sistema inmune dispone de estrategias para eliminar o anular funcionalmente los linfocitos T y B autorreactivos, entre las cuales destaca la inducción de apoptosis. Es lógico concebir que si algo interfiere con los mecanismos de inducción de muerte en los linfocitos podría facilitar el desarrollo de enfermedades autoinmunes. Para explorar esta posibilidad cruzamos ratones NZW, con probada susceptibilidad genética al LES, con dos líneas de ratones transgénicos (Tg) de Bcl-2 (inhibidor fisiológico de apoptosis) en los que expresión del Tg está dirigida a los linfocitos B: C57BL/6.Ig.bcl2 (que denominaremos B6.Tg1) y C57BL/6.SV40.Eμ.bcl2 (B6.Tg2). Los ratones (NZW x B6) F1.Tg1 desarrollan una enfermedad autoinmune letal con presencia de altos niveles de autoanticuerpos y glomerulonefritis membrano-proliferativa con abundantes depósitos de IgA (nefropatía IgA), mientras que los ratones (NZW x B6) F1.Tg2 están protegidos de esta enfermedad. Ambos ratones Tg muestran unos niveles similares de expresión del Tg a lo largo de todo el desarrollo de las células B, pero el Tg2 también hiperexpresa Bcl-2 en el 35% de las células CD8 y el 10% de las CD4. La eliminación de las células CD8 en los ratones (NZW x B6)

F1.Tg2 no reactiva el LES. Sin embargo, las células CD4 muestran una expansión de linfocitos con fenotipo inmunorregulador CD4+CD25+. In vitro, las células CD4+CD25+ se comportan como células anérgicas y son capaces de inhibir la proliferación de las células efectoras CD4+CD25- inducida por anticuerpos anti CD3. Estos resultados sugieren que la hiperexpresión de Bcl-2 en linfocitos B potencia el desarrollo de un síndrome lúpico letal, mientras que los niveles elevados de Bcl-2 en células T-CD4+ facilita la generación de células con fenotipo inmunorregulador/ supresor capaces de prevenir el desarrollo de la enfermedad.

333

EMOCIONES NEGATIVAS, DOLOR Y DISCAPACIDAD EN PACIENTES CON INCAPACIDAD TEMPORAL DE ORIGEN MUSCULOESQUELÉTICO: UN ESTUDIO PILOTO

L. León, G. Candelas, L. Abásolo, C. Lajas, D. Clemente y J.A. Jover

Servicio de Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: Las enfermedades musculoesqueléticas constituyen actualmente en nuestro país la segunda causa de discapacidad laboral a corto plazo, y la primera a largo plazo. En 1998 se puso en marcha en la Comunidad de Madrid el Programa IT-ME de intervención especializada de reumatólogos, en comparación con el sistema habitual de asistencia, logrando un ahorro en días de IT superior al 40%, con el consiguiente beneficio económico. Sin embargo el programa no soluciona con la misma eficacia todos los casos, produciéndose tras los primeros 30 días una disminución de la misma, lo que puede deberse a otros factores asociados al problema. El presente estudio tiene tres objetivos: 1) determinar si las emociones negativas son uno de los factores que están influyendo en la percepción de dolor y discapacidad de los pacientes con IT de mala evolución, 2) averiguar si existen diferencias por patologías en las variables medidas y 3) descubrir si alguna de las variables influye en la duración de la IT.

Métodos: Se seleccionó una muestra de pacientes que alcanzaban las 4 semanas de IT y un grupo control de trabajadores activos sanos. Para la evaluación se utilizaron los siguientes instrumentos: Inventario de Situaciones y Respuesta de Ansiedad Breve-ISRA.B; Cuestionario de Tristeza y Depresión-CTD; Inventario de Expresión de la Ira Estado-Rasgo-STAXI2; Frecuencia e Intensidad del Dolor-FID; Health Assessment Questionnaire-HAQ (Versión castellano); West Haven Yale Multidimensional Pain Inventory-WHYMPI.

Resultados: Se encontraron diferencias significativas entre pacientes y controles en cuanto a: Intensidad del Dolor, Discapacidad, Frecuencia de Ejecución de Actividades, Ansiedad y Depresión. Mediante regresión lineal se encontró que la Ansiedad ($p = 0,031$) y la Depresión ($p = 0,039$) fueron variables predictoras de la Intensidad del Dolor, y la Ira Estado-Rasgo ($p = 0,034$) predictora de la Discapacidad. No se encontraron diferencias por patologías en las variables medidas. Los pacientes con duración de la IT superior a 2 meses puntuaron significativamente más alto en Intensidad del dolor ($p = 0,01$).

Conclusiones: Los hallazgos del estudio muestran la importancia de las emociones negativas en estos pacientes, pudiendo estar interfiriendo en su recuperación. La ausencia de diferencias entre patologías significa que se trata de un grupo homogéneo en cuanto al impacto del problema. El grupo de pacientes con IT superior a 2 meses puntuaba previamente más alto en Intensidad del dolor, por lo que podría ser un factor pronóstico a tener en cuenta.

334

ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN CONSULTAS EXTERNAS DE LAS UNIDADES DE REUMATOLOGÍA EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE GALICIA

M. Rodríguez-Gómez, M. Blanco, R. Gómez, L. Fernández y Grupo Gallego de Estudio Epidemiológico de Enfermedades Reumáticas

Sección de Reumatología. Complejo Hospitalario de Ourense.

Objetivos: Análisis de los pacientes que son asistidos en las unidades de Reumatología del servicio público de salud de la Comunidad autónoma de Galicia.

Pacientes y métodos: Estudio multicéntrico. Se incluyeron los pacientes que acudieron durante el periodo de una semana a las consultas externas de Reumatología dependientes del Servicio Galego da Saúde. La semana de reclutamiento en las diferentes unidades estuvo comprendida entre el 1 de Noviembre de 2003 y el 31 de Marzo de 2004. Se analizaron las características demográficas, procedencia, diagnóstico, concordancia en el diagnóstico, tasa de altas, tiempo de ocupación en las consultas, distancia al centro, grado de discapacidad, antigüedad y situación laboral.

Resultados: Fueron estudiados 1357 pacientes, 422 nuevos y 935 revisiones (proporción 1/2,2). La distribución por sexos (V/M) fue 110/312 en pacientes nuevos y 282/653 en revisiones. Las edades medias fueron $55,1 \pm 15,6$ y $56,9 \pm 16,7$ años respectivamente. Entre los pacientes nuevos, el 22,5% fueron diagnosticados de patologías inflamatorias, y el 77,5% de patologías no inflamatorias. Los pacientes con patología inflamatoria tenían menor tiempo de evolución de su enfermedad. El grado de discapacidad según el test HAQm fue similar en ambos grupos. La principal fuente de derivación de los pacientes fue medicina primaria (70,2% de los casos). Se observó menor proporción de derivación de patología inflamatoria en este grupo ($p = 0,001$). El índice kappa global para el análisis de concordancia entre los diagnósticos de los médicos remitentes y los establecidos por el reumatólogo fue de 0,8 (IC 95% 0,73-0,86). En patologías inflamatorias fue sensiblemente inferior. Entre los pacientes que acudieron a revisión, los diagnosticados de enfermedades inflamatorias representaron el 63% del total, siendo la Artritis Reumatoide el diagnóstico más frecuente (26,4%). La antigüedad en los servicios, calculada desde la primera vez que los pacientes acudieron por primera vez a consulta, fue superior en pacientes con enfermedades inflamatorias ($p = 0,019$). En este grupo de pacientes se observó mayor puntuación en el test HAQm ($p < 0,0001$) y mayor frecuencia de casos con invalidez permanente ($p = 0,002$). Globalmente, los pacientes con patología inflamatoria requirieron mayor tiempo de consulta que el resto de los pacientes, y la tasa de altas fue considerablemente menor. En éstos pacientes la distancia media desde el lugar de residencia al centro de referencia fue superior a la de pacientes con otras patologías.

Conclusiones: En las consultas externas de reumatología, los pacientes con enfermedades inflamatorias representan mayor número, consumen más tiempo de asistencia, muestran mayor grado de discapacidad y mayor proporción de invalidez permanente y tienden a acumularse con el paso del tiempo, lo que puede representar un problema creciente a la hora de prestar atención a otras patologías. Existe un alto grado de concordancia diagnóstica con los médicos de atención primaria en patologías no inflamatorias que contrasta con una elevada tasa de derivación de las mismas, lo que puede traducir por su parte una pobre capacidad en el manejo de éstas enfermedades.