

XXXII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología

Valencia, 24-26 de mayo de 2006

Pósters

1ª Sesión

Miércoles 24 de mayo

1

UTILIDAD DEL MARCADOR DE METABOLISMO ÓSEO CTX EN PACIENTES CON OSTEOPOROSIS TRATADOS CON BIFOSFONATOS

I. Torre Salaberri, R. Expósito Molinero, E. Ucar Angulo, J.F. García Llorente, J.M. Gorordo Olaizola y J.M. Aranburu Albizuri

Unidad de Osteoporosis. Servicio de Reumatología. Hospital de Basurto. Bilbao.

Objetivo: Valorar la eficacia del tratamiento con bifosfonatos en pacientes con osteoporosis en nuestra serie. Analizar la evolución del Telopéptido carboxi terminal (CTX) en sangre como marcador de respuesta terapéutica.

Material y métodos: Se realiza un estudio prospectivo de 78 pacientes diagnosticados de osteoporosis, que no habían recibido tratamiento previo, a los que se prescribió bifosfonatos (alendronato y risedronato). Se realiza determinación del marcador de resorción ósea CTX, al inicio del tratamiento y al cabo de tres meses.

Resultados: Se obtiene una serie de 78 pacientes evaluables. Del total de pacientes, 72 son mujeres (92%) y 6 son varones (8%). La edad media corresponde a 64 años, abarcando un rango de 31 a 95 años. Únicamente se observan valores patológicos de CTX en un 5,1% de estos pacientes antes del inicio del tratamiento. El valor medio de CTX previo al tratamiento es de 394 pg/mL (44-1504) y con posterioridad al mismo de 186 pg/mL (24-929), lo que supone una disminución del 53% respecto al valor inicial. El tratamiento produce una disminución de los valores de CTX en el 94% de los pacientes. Los resultados con risedronato y alendronato son similares.

Discusión: Consideramos que el valor de CTX no es útil para el diagnóstico de osteoporosis, sin embargo es un marcador muy sensible para valorar la inhibición de la resorción ósea, por lo que parece un buen método para valorar la eficacia del tratamiento antiresortivo en cada paciente. La disminución de los valores de CTX como marcador de resorción ósea demuestra la eficacia anti-resortiva de los bifosfonatos.

Conclusiones: El CTX en sangre es un marcador muy útil para valorar la eficacia del tratamiento antiresortivo. Los bifosfonatos demuestran una gran actividad inhibitoria de la resorción ósea. La respuesta es similar para risedronato y alendronato.

2

CARACTERÍSTICAS DEL DAÑO RADIOLÓGICO Y PRINCIPALES FACTORES ASOCIADOS EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

D. Duartes Noé, D. Elvio, E.E. Schneeberger, G. Citera, J.A. Maldonado Cocco, M. Salcedo, F. Chiardola, M.S. Arriola, M.G. Roseff, M.F. Marengo, M.A. Correa, M. Sánchez, M.A. Cusa, S. Papasidero, R. Chaparro, O. Rillo, V. Bellomio, E. Lucero, A. Spindler, A. Berman, F. Ariel, J.C. Barreira, M.A. Lázaro y S.O. Paira

Instituto de Rehabilitación Psicofísica, Hospital Tornú, Hospital Británico, Fundación Reumatológica Argentina "Dr O García Morteo". Ciudad de Buenos Aires, Argentina. Hospital Padilla. Ciudad de Tucumán. Argentina. Hospital Cullen. Ciudad de Santa Fe. Argentina.

Introducción: El monitoreo del daño estructural con instrumentos útiles es de fundamental importancia para controlar la evolución de la Artritis Reumatoidea (AR) y la respuesta al tratamiento.

Objetivo: Evaluar las características y factores asociados a daño estructural en una gran cohorte de pacientes con AR. **Material y métodos:** Se incluyeron 640 pacientes consecutivos con AR (ACR'87) de seis diferentes centros de reumatología. Se consignaron variables demográficas, socioeconómicas, enfermedades comórbidas, manifestaciones extraarticulares y tratamientos recibidos. La actividad de la enfermedad fue evaluada por DAS28 y la capacidad funcional por HAQ-A. Radiografías de manos y pies fueron leídas por 7 observadores entrenados con buena concordancia intra e interobservador (CCI > 0,7), utilizando el score de Sharp van der Heijde para pinzamiento, erosión y total. **Análisis estadístico:** Se realizó análisis univariado de variables continuas por T test con test de Levene y de variables categóricas por Chi2 y test de Fisher. Correlación de Spearman. Las variables significativas fueron incluidas en modelos de regresión lineal y logística múltiple.

Resultados: 640 pacientes, 85,2% mujeres, edad mediana 53 años (RIQ: 44-62) y tiempo mediano de evolución 96 meses (RIQ: 48-168). Las manifestaciones extraarticulares más frecuentes fueron anemia 40%, nódulos 33%, ojo seco 30%. El 87% eran FR +. 58% tenían cobertura social y 42% carecían de cobertura. 14% de pacientes tenían estudios terciarios completos y 23,4% estaban desocupados. La mediana de DAS28 fue 2,7 (RIQ: 1,7-3,7), y la mediana de HAQ-A fue 0,62 (RIQ: 0,13-1,25). Estuvieron disponibles para la lectura, radiografías de manos de 510 pacientes y radiografías de pies de 479 pacientes. Se observó una correlación significativa entre score de manos y pies (r: 0,89, p < 0,001) y una

distribución semejante del daño en ambos segmentos, ajustando para tiempo de evolución. El daño radiológico correlacionó significativamente con el tiempo de evolución, HAQ y niveles de ERS ($r > 0,4$, $p < 0,01$). La presencia de FR y nódulos se asoció a mayor daño radiológico, y la utilización de esteroides en bajas dosis con menor daño erosivo. No tuvieron influencia sobre el daño radiológico el sexo, la actividad de la enfermedad (DAS28), las características socioeconómicas y culturales, ni el tipo de DMAR utilizado. Los scores de erosión fueron comparables en enfermedad temprana (< 2 años) vs. enfermedad tardía (> 2 años), mientras que los scores de pinzamiento fueron significativamente mayores en los pacientes con enfermedad tardía (77 ± 17 vs. 67 ± 23 , $p = 0,003$). En el análisis lineal multivariado, las principales variables asociadas a daño radiológico fueron FR+, tiempo de evolución y HAQ. En la regresión logística la presencia de FR fue la variable con mayor fuerza de asociación (OR: 7,7 IC: 1,8-32, $p = 0,006$).

Conclusión: El daño radiológico en AR tiene una distribución semejante en manos y pies, independientemente del tiempo de evolución. El principal predictor de daño estructural fue la presencia de FR.

3

INFLUENCIA DE FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y CULTURALES EN LA CAPACIDAD FUNCIONAL Y DAÑO RADIOLÓGICO EN ARTRITIS REUMATOIDEA

D. Duarte Noé, E.E. Schneeberger, G. Citera, J.A. Maldonado, J.A. Cocco, M. Salcedo, F. Chiardola, M.S. Arriola, M.G. Rosemffet, M.F. Marengo, M.A. Correa, M. Sánchez, M.A. Cusa, S. Papisidero, R. Chaparro, O. Rillo, V. Bellomio, E. Lucero, A. Spindler, A. Berman, D. Duarte Noe, F. Ariel, J.C. Barreira, M.A. Lázaro y S.O. Paira
Instituto de Rehabilitación Psicosfísica, Hospital Tornú, Hospital Británico, Fundación Reumatológica Argentina "Dr O García Morteo". Ciudad de Buenos Aires. Argentina. Hospital Padilla. Ciudad de Tucumán. Argentina. Hospital Cullen. Ciudad de Santa Fe. Argentina.

Ciertos factores socioeconómicos y culturales se han asociado con peor pronóstico en pacientes con Artritis Reumatoidea (AR). La mayoría de esos datos provienen de países del primer mundo, siendo escasa la información en países en desarrollo.

Objetivo: Evaluar la capacidad funcional y el daño radiológico en pacientes con AR provenientes de centros privados y públicos con diferencias socioeconómicas.

Material y métodos: Se incluyeron 640 pacientes consecutivos con AR (ACR'87) de seis diferentes centros de reumatología. Se consignaron variables demográficas, socioeconómicas, enfermedades comórbidas, manifestaciones extraarticulares y tratamientos recibidos. La actividad de la enfermedad fue evaluada por el número de articulaciones dolorosas y tumefactas (score 28), VAS actividad, ERS, PCR y se determinó el DAS28. La capacidad funcional fue evaluada por HAQ-A. Radiografías de manos y pies fueron leídas por 7 observadores entrenados por score de Sharp van der Heijde con buena concordancia inter e intraobservador (CCI $> 0,7$). *Análisis estadístico:* Se realizó análisis univariado de variables continuas por T test con test de Levene y de variables categóricas por Chi2 y test de Fisher. Correlación de Spearman. Las variables significativas fueron incluidas en modelos de regresión lineal y logística múltiple.

Resultados: 640 pacientes, 85,2% mujeres, edad mediana 53 años (RIQ: 44-62), 88 de centros privados (CPriv) y 552 de centros públicos (CPub). No hubo diferencias en la distribución de sexo,

pero los pacientes provenientes de CPriv tuvieron significativamente mayor edad (56 ± 12 vs. 52 ± 13 años, $p = 0,02$) y menor tiempo de evolución de la enfermedad (100 ± 90 vs. 128 ± 108 meses, $p = 0,01$). Se observaron diferencias significativas en las principales variables socioeconómicas, los pacientes de Cpriv presentaron más años de escolaridad ($12,3 \pm 4$ vs. $8,7 \pm 3,7$, $p = 0,0001$) y mayores ingresos [$\$ 1112 \pm 1252$ (€ 309 ± 348) vs. $\$ 345 \pm 450$ (€ 95 ± 125), $p = 0,0001$]. En relación al tratamiento, la frecuencia de utilización de AINEs fue comparable, pero con una frecuencia significativamente mayor de utilización de tratamientos más costosos en los CPriv: AINEs (etoricoxib, celecoxib, valdecoxib), DMARs (leflunomida, hidroxicloroquina), tratamientos biológicos y tratamientos combinados, pero los pacientes de CPub presentaron mayor frecuencia de utilización de esteroides. No observamos diferencias en el HAQ (CPriv: $0,73 \pm 0,67$ vs. CPub: $0,86 \pm 0,8$, $p = NS$) ni en los scores radiológicos de manos y pies (95 ± 70 vs. 101 ± 43 $p = NS$ y 41 ± 34 vs. 46 ± 35 , $p = NS$, respectivamente). Aún luego de ajustar para tiempo de evolución y edad, en el análisis multivariado no observamos diferencias en la capacidad funcional y el daño radiológico entre ambos centros.

Conclusión: A diferencia de otros países desarrollados, las variables socioeconómicas y el nivel de atención en esta cohorte Argentina, no tuvieron influencias en la capacidad funcional y el daño radiológico.

4

FACTORES ASOCIADOS A DISCAPACIDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

D. Duarte Noé, E.E. Schneeberger, G. Citera, J.A. Maldonado Cocco, M. Salcedo, F. Chiardola, M.S. Arriola, M.G. Rosemffet, M.F. Marengo, H. Fariña, M. Sánchez, M.A. Cusa, S. Papisidero, R. Chaparro, O. Rillo, V. Bellomio, E. Lucero, A. Spindler, A. Berman, D. Duarte Noe, F. Ariel, J.C. Barreira, M.A. Lázaro y S.O. Paira
Instituto de Rehabilitación Psicosfísica, Hospital Tornú, Hospital Británico, Fundación Reumatológica Argentina "Dr O García Morteo". Ciudad de Buenos Aires. Argentina. Hospital Padilla. Ciudad de Tucumán. Argentina. Hospital Cullen. Ciudad de Santa Fe. Argentina.

Introducción: La Artritis Reumatoidea (AR) es la principal causa de discapacidad en personas jóvenes. Diferentes factores se han asociado a discapacidad en AR.

Objetivo: Analizar los principales determinantes de discapacidad en una gran cohorte de pacientes argentinos con AR.

Material y métodos: Se incluyeron 640 pacientes consecutivos con AR (ACR'87) de seis diferentes centros de reumatología. Se consignaron variables demográficas, socioeconómicas, enfermedades comórbidas, manifestaciones extraarticulares y tratamientos recibidos. La actividad de la enfermedad fue evaluada por el número de articulaciones dolorosas y tumefactas (score 28), VAS actividad, ERS, PCR y se determinó el DAS28. La capacidad funcional fue evaluada por HAQ-A. Radiografías de manos y pies fueron leídas por 7 observadores entrenados por score de Sharp van der Heijde con buena concordancia inter e intraobservador (CCI $> 0,7$). *Análisis estadístico:* Se realizó análisis univariado de variables continuas por T test con test de Levene y de variables categóricas por Chi2 y test de Fisher. Correlación de Spearman. Las variables significativas fueron incluidas en modelos de regresión lineal y logística múltiple.

Resultados: 640 pacientes, 85,2% mujeres, edad mediana 53 años (RIQ: 44-62) y tiempo mediano de evolución 96 meses (RIQ: 48-168). Las manifestaciones extraarticulares más fre-

cuentas fueron anemia 40%, nódulos 33%, ojo seco 30%. El 87% eran FR +. 58% con cobertura social y 42% sin cobertura, 14% pacientes tenían educación terciaria completa y 23,4% estaban desocupados. La mediana de DAS28 fue 2,7 (RIQ: 1,7-3,7) y la de HAQ-A fue 0,62 (RIQ: 0,13-1,25). 45% tenían capacidad funcional normal (HAQ-A < 0,6), 32% incapacidad leve (HAQ-A: 0,6-1,4), 13% moderado (HAQ-A: 1,4-2) y 10% severo (HAQ-A > 2). Se observó una correlación significativa del HAQ-A con parámetros de actividad (art. dol. y tum, VAS, ERS, PCR, Hb) y con score radiológico de manos y pies. El HAQ-A no se vio influenciado por la edad, sexo, tiempo de evolución, variables demográficas (nivel de alfabetización, ingresos, ocupación) ni presencia de enfermedades comórbidas. Sin embargo, la presencia concomitante de OA radiológica se asoció a peor capacidad funcional (HAQ-A $1 \pm 0,7$ vs. $0,6 \pm 0,5$, $p = 0,009$). La única variable terapéutica asociada con mejor capacidad funcional fue la utilización de tratamiento combinado con DMAR. En el análisis lineal multivariado, las principales variables asociadas a la discapacidad fueron daño radiológico, rigidez matinal y DAS28; siendo este último el que explica 45% de las variaciones del HAQ-A. La influencia del DAS se mantuvo a lo largo de toda la evolución de la enfermedad mientras que el daño Rx solo tuvo efecto luego de 2 años y la RM antes de los 5 años. En la regresión logística múltiple (variable dependiente: HAQ-A severo), el principal predictor de discapacidad fue el DAS28 (OR: 2 IC95%: 1,5-2,6, $p = 0,0001$).

Conclusiones: La discapacidad de los pacientes con AR se asoció con actividad de la enfermedad y daño estructural. Los factores socioeconómico y culturales no tuvieron influencia sobre el índice de capacidad funcional.

5

PREVALENCIA DE OSTEOPOROSIS Y SUS FACTORES DE RIESGO EN HOMBRES MAYORES DE 60 AÑOS DE MALLORCA

A.J. Mas, M. Servera Gornals¹, T. Cabanes Martín², B. Mari i Solivellas² y J.M. Nolla Solé³

Unidad de Reumatología. Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca, ¹Unidad Básica Can Pastilla. Palma de Mallorca, ²Institut de serveis socials i esportius de Mallorca. Consell de Mallorca, ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.

Objetivo: Determinar la prevalencia de osteoporosis (OP) en hombres mayores de 60 años procedentes de grupos de asociación de tercera edad en Mallorca, según el resultado de la realización de densitometrías óseas (DMO) de cuello femoral y de columna lumbar. Determinar la posible relación de la presencia de osteoporosis, osteopenia o masa ósea normal con factores de riesgo descritos en la literatura.

Material y métodos: Fueron estudiados 119 varones de asociaciones de tercera edad de un programa de promoción de la salud del Consell Insular de Mallorca, la participación fue voluntaria con una selección sistemática de todos los individuos varones mayores de 60 años. Se analizaron datos demográficos, variables clínicas, epidemiológicas, antecedentes familiares, enfermedades reumatológicas y de factores de riesgo de osteoporosis y se les practicó una DMO DEXA de columna lumbar y cuello de fémur. El análisis inferencial de las variables cuantitativas continuas se hizo mediante pruebas paramétricas de análisis de varianza (ANOVA), y de las variables categóricas dicotómicas mediante tablas de contingencia (test de Chi cuadrado o Fisher según convino) y las ordinales a través de p-tendencia lineal. Se consideró p-valor estadísticamente significativo si $p < 0,05$.

Resultados: La prevalencia de OP en columna lumbar fue del 5% y osteopenia de 33,61%, en cuello femoral fue de 7,44% y osteopenia de 46,28%. La prevalencia de OP en al menos una de las 2 localizaciones fue de 11,76% (Tabla).

Prevalencia de disminución de masa ósea (%; IC95%)	Osteoporosis	Osteopenia	Normal
Columna lumbar	5 (1,11-8,97)	33,61 (25,13-42,1)	61,34 (52-70,09)
Cuello de fémur	7,44 (2,76-12,11)	46,28 (37,4-55,17)	46,28 (37,4-55,17)
Columna lumbar y/o cuello de fémur	11,76 (5,98-17,55)		

La asociación de la DMO y los factores de riesgo mostró un aumento estadísticamente significativo de prevalencia de OP con la edad, fractura previa e índice de masa corporal. La OP en ambas localizaciones se relacionó con menor peso, aunque sólo en columna lumbar se mantuvo la asociación con índice de masa corporal. Se objetivó una asociación con enfermedad de Parkinson. No se encontró relación estadísticamente significativa ($p > 0,05$) con la ingesta de calcio, toma de fármacos como los glucocorticoides, hábito tabáquico, toma de café, enfermedades como la diabetes, hipertiroidismo, fractura de cadera en madre, actividad física, horas de sol.

Conclusión: La osteopenia es muy prevalente en la población de hombres mayores de 60 años estudiada, pudiéndose beneficiar de la práctica de una DMO las asociaciones de tercera edad que acudan a los programas de promoción de la salud. Existe una asociación con factores de riesgo como edad, peso, talla, índice de masa corporal, enfermedad de Parkinson y fracturas previas según las localizaciones estudiadas por DMO, aunque no se objetiva con otros factores descritos en la literatura.

6

PREVALENCIA DE OSTEOPOROSIS Y SUS FACTORES DE RIESGO EN MUJERES POSMENOPÁUSICAS DE MALLORCA

A.J. Mas, M. Servera Gornals¹, T. Cabanes Martín², B. Mari i Solivellas² y J.M. Nolla Solé³

Unidad de Reumatología. Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca, ¹Unidad Básica Can Pastilla. Palma de Mallorca, ²Institut de serveis socials i esportius de Mallorca. Consell de Mallorca, ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.

Objetivo: Determinar la prevalencia de osteoporosis (OP) en mujeres posmenopáusicas de procedentes de grupos de asociación de tercera edad en Mallorca, según el resultado de la realización de densitometrías óseas (DMO) de cuello femoral y de columna lumbar. Determinar la posible relación de la presencia de osteoporosis, osteopenia o masa ósea normal con factores de riesgo descritos en la literatura.

Material y métodos: Fueron estudiadas 629 mujeres provenientes de asociaciones de tercera edad de un programa de promoción de la salud del Consell Insular de Mallorca, la participación fue voluntaria con una selección sistemática de todas las mujeres posmenopáusicas. Se analizaron datos demográficos, variables clínicas, epidemiológicas, antecedentes familiares, enfermedades reumatológicas, antecedentes ginecológicos y de factores de riesgo de osteoporosis y se les practicó una DMO DEXA de columna lumbar y cuello de fémur. El análisis inferencial de las variables cuantitativas continuas se hizo mediante pruebas paramétricas de análisis de la varianza (ANOVA), y de las variables categóricas dicotómicas mediante tablas de contingencia (test

de Chi cuadrado o Fisher según convino) y las ordinales a través de p-tendencia lineal. Se consideró p-valor estadísticamente significativo si $p < 0,05$.

Resultados: La prevalencia de OP en columna lumbar fue del 40,7% y osteopenia de 35,8%, en cuello femoral fue de 9,18% y osteopenia de 49,05%. La prevalencia de OP en al menos una de las 2 localizaciones fue de 44,2% (Tabla).

Prevalencia de disminución de masa ósea (%; IC95%)	Osteoporosis	Osteopenia	Normal
Columna lumbar	40,7 (36,86-44,54)	35,8 (32,03-39,5)	23,21 (20,21-26,84)
Cuello de fémur	9,18 (6,83-11,43)	49,05 (45,15-52,95)	41,77 (37,93-45,62)
Columna lumbar y/o cuello de fémur	44,2 (40,32-48,08)		

La asociación de la DMO de cuello de fémur y los factores de riesgo mostró un aumento estadísticamente significativo de prevalencia de OP relacionado con la edad, menor peso, talla y antecedente de fractura previa. La asociación de la DMO de columna lumbar y los factores de riesgo mostró un aumento estadísticamente significativo de prevalencia de OP relacionado con la edad, índice de masa corporal y años de menstruación, y menor con el Parkinson y el ser bebedor de alcohol moderado o importante. No se encontró relación con la ingesta de calcio, toma de fármacos como los glucocorticoides, hábito tabáquico, toma de café, enfermedades como la diabetes, hipertiroidismo, neoplasia de mama, dislipemia, fractura de cadera en madre, actividad física, horas de sol.

Conclusión: La OP y osteopenia es muy prevalente en la población de mujeres posmenopáusicas estudiada, pudiéndose beneficiar de la práctica de una DMO las asociaciones de tercera edad que acudan a los programas de promoción de la salud. Existe una clara asociación con factores de riesgo como edad, peso, años de menstruación, Parkinson, hábito enólico y fracturas previas aunque no se objetiva con otros factores descritos en la literatura.

7

VALOR DE LOS NIVELES DE CICLOSPORINA PARA A LAS DOS HORAS POSTDOSIS EN EL TRATAMIENTO DE LA UVEITIS EN LA ENFERMEDAD DE BEHÇET

J. Sánchez Burson, S. Rodríguez, P. González, R. Hernández, J. Uceda, I. González y R. Montero
Unidad de Uveítis. Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

Introducción: La ciclosporina A (CSA) es el tratamiento de elección en los casos de uveítis posteriores en la Enfermedad de Behçet (EB). En estos pacientes se utilizan generalmente altas dosis para controlar la inflamación intraocular, existiendo una gran variabilidad para la absorción en cada paciente con lo cual es difícil ajustar dosis. La monitorización de la ciclosporinemia a las 2 horas postdosis (C2) ha demostrado ser el mejor indicador del área bajo la curva para este fármaco en pacientes transplantados y con artritis reumatoide.

Objetivos: Analizar la relación entre los niveles de C2 con la eficacia y seguridad del tratamiento de CSA en pacientes con EB.

Métodos: Estudio observacional, longitudinal, prospectivo y abierto de 6 meses de seguimiento. Incluimos a 30 pacientes diagnosticado de EB, según criterios del ISGBD de 1990. Todos los pacientes fueron tratados con CSA con dosis entre 3-7 mg/kg/día, ajustando la dosis según los niveles de C2. Determinamos los niveles de C2 a las 2, 12 y 24 semanas. Para homogenizar la población

usamos criterios de inclusión y exclusión: **Criterios de inclusión:** Paciente diagnosticado de EB. Presentar datos de actividad intraocular de vasculitis retiniana, uveítis posterior o panuveítis. Aceptar el paciente ser incluido en este estudio. Mujeres de edad fértil utilizar método anticonceptivos. **Criterios de exclusión:** Paciente con neoplasia, enfermedad hepática, renal, hematológica o metabólica descompensada. Pacientes con valores de transaminasas o creatinina 1,5 veces la normalidad. Infección grave 3 meses antes. Tratamiento con otros inmunosupresores o terapia biológica.

Resultados: Finalizaron el estudio 26 pacientes, de estos 14 eran varones y la edad media fue de 36 años (12-63). Objetivamos reacciones adversas en el 31% de los pacientes (8/26), en el primer control, bajando estas al 19% y 12% ajustar dosis según niveles de C2. Las reacciones adversas más frecuentes fueron HTA (12%), hipertricosis (8%), alteraciones renales (8%) y diarrea. Con respecto a la eficacia la CSA fue eficaz en 23 de los 26 pacientes, reduciendo significativamente la vasculitis y/o uveítis. Los niveles de C2 son considerados normales entre 300-500 ng/ml, el rango de niveles varió desde 606,94 ng/ml en el primer control a 445,19 ng/ml al final del estudio, y el rango máximo de 1288 a 752 ng/ml. No hay diferencias significativas en el análisis de los niveles de C2 en el grupo que hemos encontrado eficacia y no, aunque sí existía diferencias entre las reacciones adversas producidas al inicio y las objetivadas con dosis ajustadas.

Conclusiones: La medición de C2 es un buen indicador de seguridad y tolerancia en el tratamiento con CSA en la EB, la dosificación mediante niveles permite un ajuste individualizado de dosis y una significativa reducción de reacciones adversas.

8

SUPERVIVENCIA TERAPÉUTICA Y SEGURIDAD DE TERIPARATIDA EN EL TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS POSMENOPÁUSICA

L. Abad-Franch, C. Alcañiz-Escandell, C. Chalmeta-Verdejo, C. Fernández-Carballido, J.A. Román-Ivorra, J.J. Alegre-Sancho, N. Fernández-Llanio Comella, R. Hortal-Alonso, J. Ivorra-Cortés, S. Muñoz-Gil, M.A. Pareja-Lázaro y J.M. Senabre-Gallego
Sección de Reumatología. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

Objetivo: Analizar la supervivencia terapéutica y la seguridad de teriparatida en mujeres con osteoporosis posmenopáusica resistentes a terapia antirresortiva.

Pacientes y métodos: Se realizó seguimiento a 40 mujeres con edad media 70 años con osteoporosis posmenopáusica resistente a tratamiento antirresortivo, entendiéndose como tal, aquellas en las que a pesar de haber recibido un año de dicho tratamiento se objetivó una pérdida de masa ósea superior al 3,5% y/o una fractura patológica. A todas ellas se les prescribe teriparatida 20 µg/día, junto con calcio y vitamina D. Cinco pacientes rechazaron el tratamiento por miedo a las inyecciones por lo que fueron excluidas del estudio.

Resultados: Todas las pacientes presentaban fracturas patológicas previas: un 82,9% vertebrales, un 25,7% de Colles, un 11,4% de cadera y 20% en otras localizaciones. Los tratamientos previos para la osteoporosis fueron: bifosfonatos 88,6% de las pacientes, raloxifeno 25,7% y calcitonina 34,2%. Se registraron acontecimientos adversos en 12 pacientes, los cuales fueron: síntomas digestivos (náuseas, epigastralgia) 8,6%, malestar general 5,7%, hipercalcemia leve 5,7%, hipotensión arterial 5,7% sintomatología neurológica (cefalea, mareo) 5,7%, fracturas patológicas 5,7%, manifestaciones cutáneas 5,7%, calambres miembros inferiores 2,8% y cáncer de recto 2,8%. Las dos pacientes que presentaron fracturas patológicas habían recibido al menos un año de tratamiento

con teriparatida. 7 de las 12 pacientes que presentaron acontecimientos adversos tuvieron que abandonar el tratamiento como consecuencia de los mismos. La supervivencia terapéutica es del 80% con una supervivencia media de 458 días (IC 95% 401-515).

Conclusiones: El tratamiento con teriparatida es seguro y bien tolerado, con aparición de acontecimientos adversos, en general leves, que limitan en pequeña medida la cumplimentación del mismo. Las supervivencias al tratamiento es por tanto buena.

9

TENOSINOVITIS DE LOS FLEXORES DE LOS DEDOS DE MANOS Y PIES CON PITTING EDEMA: SÍNDROME O ENFERMEDAD RS3PE

E. Pérez Araña y L. Dan
Centro Médico Ibiza. Islas Baleares.

La Tumefacción distal de las extremidades con Pitting Edema (PE) es una manifestación clínica descrita en diversos cuadros sistémicos, locales y reumatológicos, formando parte del Síndrome de RS3PE. Puede afectar extremidades superiores y/o inferiores en forma simétrica o asimétrica. Es habitualmente remitente y ocasionalmente recurrente.

Objetivo: Investigar de forma prospectiva las características, evolutividad y asociaciones de pacientes con PE.

Material y métodos: Fueron incluidos para el estudio a todo paciente en seguimiento o que concurriera a la consulta con tumefacción difusa de extremidades superiores y/o inferiores asociadas con PE. Se descartaron a pacientes con causas Cardiovasculares, Renales, Hepáticas o Endocrinas.

Resultados: Un total de 35 pacientes (20 V- 15 M). Presentaron PE. La edad media al momento del PE fue de 63,23 años, siendo el 21 (60%) mayores de 60 años. El tiempo de seguimiento del mismo fue de 10,6 + 23,6 meses. El PE afectó Extremidades Superiores en 23 pacientes (65,7%) (Unilateral: 19: 54,3% - Bilateral: 4: 11,42%); Extremidades Inferiores en 11 pacientes (31,4%) (Unilateral: 8: 22,85% - Bilateral: 3: 8,6%) y en un paciente se afectaron los cuatro miembros (2,9%) Fue causa de la consulta inicial en 10 pacientes (28,6). Se lo encontró asociado con: Enf. del tejido conectivo en 15 (42,8%) (AR 10, PMR_5; Artropatías Microcristalinas en 10 (28,6%) (Gota 7, CPPD 2, Apatita 1); Distrofia Refleja Simpática en 4 (11,4%); RS3PE en 1 (2,85%); Causas Infecciosas en 2 (5,7%), Atropatía Psoriática 1 (2,85%). Los pacientes respondieron a bajas dosis de prednisona y/o DAINE y dos al tratamiento anti-biótico efectuado. Ningún paciente presentó recurrencia del PE.

Conclusiones: La tumefacción distal de las extremidades con PE se encontró asociada a diferentes condiciones reumatológicas especialmente AR y Sinovitis Microcristalinas y con menor frecuencia Distrofia Refleja Simpática. En solo tres pacientes se asoció con un Síndrome de RS3PE. Ninguno presentó enfermedad neoplásica asociada. Predominó en Miembros Superiores y en forma Unilateral y ninguno de ellos presentó recurrencia.

10

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA GONARTROSIS EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. Acasuso Díaz y J.C. Vidal Lorenzo
SAP San José. SERGAS. La Coruña.

Objetivo: Determinar los principales fármacos utilizados por los facultativos de un Centro de Atención Primaria en un área sanitaria urbana de La Coruña, para el tratamiento de los pacientes con gonartrosis.

Pacientes y métodos: Se han revisado las historias clínicas de los pacientes atendidos con el diagnóstico de gonartrosis durante el año 2004. Se diagnosticaron de gonartrosis un total de 350 pacientes, pudiendo ser evaluados 207, de ellos 153 (74%) eran mujeres y 54 (26%) hombres. Presentaban afectación de rodilla derecha 40 pacientes (19,3%) y de rodilla izquierda 34 (16,4 %). La afectación era bilateral en 133 pacientes (64,25%). El 63,3% de los pacientes estaban comprendidos entre 65-84 años. 28,5% eran menores de 65 años y 8,2% mayores de 84.

Resultados: Se evaluaron tres grupos de medicamentos: antiinflamatorios no esteroideos (AINES), paracetamol, y fármacos modificadores de síntomas de acción lenta (SYSADOA), considerando como tales el sulfato de glucosamina, el condroitin sulfato y la daceréina. 58 pacientes (29%) utilizaban fármacos de los tres grupos; 45 (22,5%) AINES y paracetamol; 30 (15%) AINES y SYSADOA; 28 (14%) sólo AINES; 15 (7,5%) paracetamol y SYSADOA; 15 (7,5%) sólo paracetamol y 9 (4,5%) sólo SYSADOA. 104 (50,24%) pacientes utilizaban tratamientos tópicos farmacológicos.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes, 103 (51,5%), están tratados en nuestro medio con la combinación de un SYSADOA y uno o dos fármacos de acción rápida (AINE o paracetamol, o ambos). Como monoterapia los más utilizados son los AINES. Utilizaban tratamiento tópico regularmente la mitad de los pacientes.

11

ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON ANTI-JO-1 POSITIVO

I. Macías Fernández, R. Baturone Bey, I. Pérez Romero, M. Llanes Gómez, F. Medina Varo, N. Chozas Candanedo, J.J. Pérez Venegas y S. García Pérez
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Objetivos: Analizar y correlacionar las características clínicas, analíticas y radiológicas de cinco pacientes con anti-Jo-1 positivo.

Material y métodos: Se han analizado cinco pacientes que siguen revisiones en nuestra consulta y a los que se le ha realizado un estudio descriptivo que ha incluido: Edad media, sexo, diagnóstico, afectación pulmonar y tratamiento.

Resultados: Como vemos en la siguiente tabla, de los 5 pacientes, 3 (2 mujeres y 1 hombre) presentaban un síndrome antisintetasa con afectación pulmonar que requirió en 2 de ellos la administración de ciclofosfamida y corticoides en bolos intravenosos durante 6 meses y, posteriormente tratamiento de mantenimiento de la remisión con azatioprina (el varón no requirió CYC, sino únicamente azatioprina como tratamiento inductor de remisión). La paciente con diagnóstico de Enfermedad Indiferenciada del Tejido Conectivo está en tratamiento con corticoides y metotrexate por su artritis y no ha precisado terapia para la afectación pulmonar (pequeña área de fibrosis en base de pulmón izquierdo). La paciente con diagnóstico de Sdre de Sjögren Primario, no tiene afectación pulmonar.

Sexo	5 Mujeres / 1 Hombre
Edad media	51,2 años
Diagnostico/Afectación Pulmonar	1 EITC/Sí 1 S. Sjögren Primario/No 3 S. Antisintetasa/Sí
Tratamiento	Corticoides Azatioprina Ciclofosfamida Metotrexate

Conclusiones: Los anticuerpos anti-Jo-1 reaccionan con enzimas sintetasas t-ARN (reconocen una subunidad de la enzima histidil-t-RNA sintetasa de 50 kD) y se asocian a enfermedad intersticial pulmonar. Se detectan en el 20-30% de los pacientes con polimiositis y se asocian al denominado "sdré antisintetasa" (enfermedad intersticial pulmonar, artritis y fenómeno de Raynaud). En nuestro estudio, cuatro de los cinco pacientes tenían afectación pulmonar, manteniendo áreas fibróticas residuales en las radiografías y el quinto paciente sigue revisiones actualmente, manteniéndose asintomático desde el punto de vista respiratorio.

12

DIFERENCIAS ENTRE HOMBRES Y MUJERES, AFECTOS DE ESPONDILITIS ANQUILOSANTE. ESTUDIO DE LOS PACIENTES DEL REGISTRO NACIONAL DE ESPONDILOARTROPTÍAS (REGISPONSER)

O. Codina¹, X. Juanola¹, E. Collantes², E. Muñoz-Gomáriz², C.M. González³, J. Gratacós⁴, J.L. Zarco⁵, P. Fernández-Sueiro⁶, J. Mulero⁷, J.C. Torre-Alonso⁸ y E. Batlle⁹

¹Hospital Universitari Bellvitge. Barcelona, ²Hospital Reina Sofía. Córdoba, ³Hospital Gregorio Marañón. Madrid, ⁴Hospital Parc Taulí. Sabadell, ⁵Fundación Hospital de Alcorcón. Madrid, ⁶Hospital Juan Canalejo. A Coruña, ⁷Clínica Puerta de Hierro. Madrid, ⁸Hospital Monte-Naranco. Oviedo, ⁹Hospital General. Alicante.

Objetivo: Determinar las características clínicas, radiológicas y analíticas diferenciales entre hombres y mujeres afectados de Espondilitis Anquilosante (EA) en una serie amplia de pacientes.

Pacientes y métodos: Se analizaron los 706 pacientes (532 hombres y 174 mujeres) afectados de EA no asociada, según los criterios modificados de Nueva York, incluidos en la base de datos del Registro Nacional de Espondiloartropatías (REGISPONSER). Se recogieron las siguientes variables: edad, edad de inicio y del diagnóstico, tiempo de demora del diagnóstico, forma de inicio, historia familiar previa, presencia de artritis periférica y entesitis, uveítis, variables metrológicas (Schober, distancia dedo-suelo, occipucio-pared y movilidad cervical), BASDAI, BASFI, BASRI en columna lumbar, cervical y caderas, afección radiológica de sacroilíacas, variables analíticas (VSG, proteína C reactiva, HLA B27) y cuestionarios de calidad de vida relacionados con la salud (ASQoL y SF-12). Las variables cualitativas se describieron en términos de porcentajes y las numéricas mediante estadísticos de tendencia central (media y mediana). Las comparaciones se realizaron mediante pruebas t de Student y pruebas Ji-cuadrado. Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS versión 11.0.

Resultados: No se observaron diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto a edad, edad de inicio de los síntomas, edad en el momento del diagnóstico, ni en la demora del diagnóstico, sin embargo los varones presentaban mayor tiempo de evolución de los síntomas (23,2 vs. 20 años; $p < 0,007$). La forma de presentación de la enfermedad fue predominantemente axial tanto en hombres como en mujeres (74 % y 71% respectivamente; $p = 0,53$). En las mujeres se estableció con mayor frecuencia el antecedente de historia familiar positiva (25,3% vs. 18,2% $p < 0,048$) y aunque presentaron también más entesitis y uveítis no se establecieron diferencias significativas con respecto a los hombres. Tampoco se han encontrado diferencias significativas en relación a presencia o antecedente de artritis de extremidades inferiores (13,3% vs. 15,8%; $p = 0,22$). Los hombres

presentaron una menor movilidad axial valorada tanto por el Schober (2,6 vs. 3,4 cm; $p < 0,001$), distancia dedo-suelo (21,1 vs. 14,1 cm $p < 0,01$), distancia occipucio-pared (5,5 vs. 1,4 cm; $p < 0,01$) y porcentaje de pacientes con rotación cervical mayor de 70 ° (44 vs. 69%; $p < 0,01$). La VSG fue mayor en las mujeres que en los hombres (22,9 vs. 17,4; $p < 0,001$) pero ni la PCR ni el porcentaje de pacientes HLA B27 positivos mostró diferencias significativas. Los hombres presentaron una mayor puntuación del BASRI total de columna en relación a las mujeres (7 vs. 4,8; $p < 0,001$) y también mayor grado de sacroilítis ($p < 0,001$). No se observaron diferencias en los cuestionarios de actividad (BASDAI), funcionalidad (BASFI), ni calidad de vida (SF-12 y ASQoL).

Conclusiones: La EA tiene una evolución más grave en los hombres en relación a las variables de movilidad espinal y en el daño radiológico. Por el contrario no se han observado diferencias en la repercusión funcional de la enfermedad, en la valoración de la salud global, ni en los índices de actividad de la enfermedad. La mayor frecuencia de historia familiar positiva en mujeres podría indicar una mayor sensibilidad para el diagnóstico en este grupo de pacientes.

13

INFLUENCIA DE LA DENSITOMETRÍA PERIFÉRICA (PIXI) Y AXIAL EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES CON OSTEOPOROSIS EN NUESTRA ÁREA SANITARIA. RESULTADOS PRELIMINARES

S. Muñoz-Gil, M.A. Pareja, J. Ivorra, N. Fernández-LLanio, R. Hortal-Alonso, J.A. Román-Ivorra, J.J. Alegre-Sancho, L. Abad-Franch, C. Alcañiz-Escandell, C. Chalmeta-Verdejo y J.M. Senabre-Gallego

Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

La elevada prevalencia de la osteoporosis precisa que se aborde tanto desde la asistencia primaria como especializada, si queremos realizar una intervención efectiva. En nuestra área todos los médicos pueden solicitar una densitometría. La indicación terapéutica viene indicada en la hoja de resultados.

Objetivos: Valorar como influye el resultado de la densitometría en la iniciación de tratamiento o en el seguimiento de pacientes diagnosticados de osteoporosis y estudiar si el tipo de densitómetro influye en la decisión de tratar.

Material y métodos: Durante tres meses se realizaron densitometrías periféricas (PIXI, LUNAR) o axiales (HOLOGIC QDR EXPLORER W) al azar. A las mujeres diagnosticadas de osteoporosis por PIXI ($T < -1,6$) o densitometría axial ($T < -2,5$) se les llamó telefónicamente, para conocer los cambios en el tratamiento con antiresortivos u osteoformadores efectuados por sus médicos, tras conocer el resultado de su densitometría.

Resultados: Se pudo contactar con 112 mujeres, 69 diagnosticadas con PIXI y 43 con densitometría axial. La edad media fue de 63 +/- 11 años (PIXI: 62,3 +/- 10, AXIAL: 63 +/- 11, ns). El 30% de las pacientes les remitían médicos de atención primaria, el 32% traumatólogos y el 36% el resto de especialidades (12% reumatología). 45 (40%) pacientes llevaban tratamiento previo y tras la densitometría se retiró en 6 (13%) y en otras 6 (13%) se modificó. 66 (60%) pacientes no lo llevaban y tras la densitometría se instauró en 39 (59%). Se trataron 22 (73%) de 30 pacientes si el diagnóstico se realizó mediante densitometría axial y 17 (47%) de 36 si fue mediante PIXI ($p < 0,05$).

Conclusiones: En los nuevos diagnósticos de osteoporosis sólo se inició tratamiento en algo más de la mitad de los pacientes. El

densitómetro axial influyó más en la decisión de iniciar tratamiento que el periférico. La densitometría en nuestra área se solicita en el 40% de los casos a efectos de seguimiento.

14

CONCORDANCIA ENTRE LA DENSITOMETRÍA AXIAL Y LA DENSITOMETRÍA DE TALÓN (PIXI) CON PUNTO DE CORTE A UN T SCORE < -1,3 EN EL DIAGNÓSTICO DE OSTEOPOROSIS

M.A. Pareja, S. Muñoz-Gil, J. Ivorra, C. Chalmeta-Verdejo, N. Fernández-Llanio, R. Hortal-Alonso, J.A. Román-Ivorra, J.J. Alegre-Sancho, L. Abad-Franch, C. Alcañiz-Escandell y J.M. Senabre-Gallego

Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

La densitometría periférica es un método de estudio de la masa ósea más económico, accesible y rápido que la densitometría axial. Sin embargo, los puntos de corte T-score del PIXI no se corresponden con los utilizados por la OMS para el diagnóstico de osteoporosis. Habitualmente se utilizaba un punto de corte de T-score para el PIXI de -1,6 DE (desviación estándar) para el diagnóstico de osteoporosis pero más recientemente se ha propuesto un T-score de -1,3 DE porque proporciona menos falsos positivos y negativos (Osteoporosis Int 2000; 11: 797-802). También se considera que en mujeres de mayor edad (> 65 años) el PIXI muestra más concordancia con el densitómetro axial.

Objetivos: Valorar la concordancia de estos puntos de corte del densitómetro periférico en el diagnóstico de osteoporosis respecto al densitómetro axial y valorar la influencia de la edad de las pacientes.

Pacientes y métodos: Se realizó densitometría en columna y cadera (HOLOGIC QDR EXPLORER W) y periférica (PIXI-LUNAR) a 685 mujeres de forma consecutiva, remitidas por cualquier médico del área. Se calculó la sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN) y coeficiente Kappa (CK) para los puntos de corte -1,6 y -1,3 DE obtenidos mediante PIXI para el diagnóstico de osteoporosis por densitometría axial. Se repitieron los análisis para el subgrupo de mujeres con edad > 65 años.

Resultados: La edad media de las 685 mujeres fue de 58,19 ± 9,61 años. Según los resultados del densitómetro axial el 29% de las mujeres eran osteoporóticas, el 47% osteopénicas y un 23% tenían valores de masa ósea normal. Los resultados de sensibilidad, especificidad, VPP, VPN y coeficiente Kappa aparecen en la tabla.

Grupo estudiado (n)	Punto de corte	Sensibilidad	Especificidad	Valor predictivo positivo	Valor predictivo negativo	Coficiente Kappa (Intervalo)
Grupo total (685)	T<-1,6	42%	93%	73%	79%	0,4 (0,48-0,32)
Grupo total (685)	T<-1,3	60%	89%	68%	84%	0,5 (0,57-0,43)
> 65 años (170)	T<-1,6	52%	90%	85%	64%	0,42 (0,55-0,29)
> 65 años (170)	T<-1,3	69%	83%	81%	72%	0,52 (0,65-0,39)

Conclusiones: La mayor edad y el punto de corte en el PIXI T < -1,3 mejoran la concordancia con el densitómetro axial en el diagnóstico de osteoporosis. Sin embargo, no es suficiente para considerar a la densitometría periférica como un único instrumento válido para el diagnóstico de osteoporosis en sustitución del densitómetro axial.

15

IMPACTO DE LA LUMBALGIA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

A. Urruticoechea Arana*, O. Ripoll Doménech, E. Llop Lozano, Y. Suárez López, I. Laucirica Alonso y C. Rodríguez Ribas**

*Servicio de Reumatología, Medicina familiar y Comunitaria,

**Servicio de Urgencias. Hospital Can Misses de Ibiza.

Introducción: Un motivo frecuente de consulta en el Servicio de Urgencias es el dolor osteomuscular, siendo la lumbalgia uno de los más relevantes. El primer problema al que nos enfrentamos es el de objetivar el dolor, nuestra única guía para seguir la evolución del paciente.

Objetivos: Realizar un estudio de los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias de un Hospital con dolor lumbar, en un área de Salud de 120.000 habitantes. Se valora la incidencia de la lumbalgia así como las características epidemiológicas, etiológicas, clínico-diagnósticas y requerimiento de ingreso.

Métodos: Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo, recogiendo todos los pacientes que han sido valorados en el Servicio de Urgencias del Hospital Can Misses de Ibiza, durante un periodo de un mes con el diagnóstico de lumbalgia (episodio de dolor lumbar). Se recogen las lumbalgias agudas (0-4 semanas), subagudas (4- 12 semanas) y crónicas (mayor de 12 semanas). Se analiza la edad, sexo, trauma previo, clínica presentada, presencia de episodios previos lumbares, realización de pruebas complementarias radiológico-analíticas y la necesidad de ingreso hospitalario.

Resultados: En el periodo estudiado acuden a urgencias un total de 3877 pacientes de los cuales 82 presentan diagnóstico de lumbalgia, resultando un 2,1% del total de los pacientes. No se han encontrado diferencias significativas entre ambos sexos, en un 52,4% varones y 47,5% mujeres. La edad de presentación fue de 42,4 ± 18,75 (media ± DS). Se han recogido 48 episodios de lumbalgia aguda (58,5%), 6 de subaguda (7,3%) y 4 de crónica (5%); no se ha recogido este dato en 24 pacientes (29,2%). Entre los factores desencadenantes un 4,9% fueron laborales, 14,6% traumáticos, 19,5% por sobreesfuerzo y sin factores presentes en un 61% de los casos. Se ha encontrado un 23,2% de episodios previos lumbares agudos. La radiología simple lumbar se realizó en un 45,1% no encontrando hallazgos significativos en un 73%. No se realizó TAC en ningún paciente. Se solicita analítica de sangre en un 4,9% y de orina en un 11% con resultado normal. El 74% de las lumbalgias recogidas son inespecíficas, un 12,2% presentan patología artrósica, 12,2% afectación discal y un 2,4% otra etiología.

Conclusiones: La lumbalgia es un motivo de consulta frecuente en los Servicios de Urgencias. Una gran mayoría son inespecíficas y sin desencadenantes conocidos. La distribución por sexos es equitativa predominando en el adulto joven. La radiología no aporta datos relevantes en más de la mitad de los casos. Por tanto, el abordaje de la lumbalgia resulta complejo por que no ofrece parámetros objetivos en los que basarse en la práctica clínica diaria.

16

VALORACIÓN FUNCIONAL DEL PACIENTE ANCIANO INGRESADO EN REUMATOLOGÍA

P. Arriola Martínez, F.M. de la Villa¹, E. Úcar Angulo², J.M. Gorordo Olaizola², M.L. García Vivar² y J.M. Aranburu Albizuri²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Reumatología, H. de Basurto, Bilbao.

Introducción: La realización de una valoración funcional en el anciano hospitalizado ayuda a optimizar recursos y planificar un tratamiento racional de acuerdo con las características de cada paciente.

Objetivos: Identificar a los pacientes que cumplen criterios de anciano frágil, y realizar la valoración cognitiva y de actividades básicas de la vida diaria (ABVD) de dichos pacientes. Conocer los principales indicadores asistenciales y determinar el consumo de fármacos y efectos adversos de la medicación.

Pacientes y métodos: Estudio prospectivo descriptivo realizado durante 5 meses en el Servicio de Reumatología del Hospital de Basurto de Bilbao. Se seleccionaron todos los pacientes mayores de 65 años que ingresaron y se recogieron el estado nutricional, las ABVD mediante el índice de Barthel, la presencia de deterioro cognitivo mediante el índice de Lobo, la presencia de síndromes geriátricos, consumo de fármacos y efectos adversos. Se registraron los días de estancia, la mortalidad intrahospitalaria y el ingreso.

Resultados: Se estudió un total de 87 pacientes (32% hombres, 67,8% mujeres). Un 95,1% de los pacientes estudiados cumplía al menos 1 criterio de fragilidad. La causa de fragilidad más frecuente fue la patología osteoarticular invalidante (56,3%), seguida del consumo de >3 fármacos con efectos adversos potencialmente graves (52,9%). Con respecto al índice de Barthel, 55,8% eran independientes, 39,1% presentaba dependencia leve, y el 5,6% dependencia entre moderada y absoluta. En cuanto al índice de Lobo, el 85,1% no presentaba deterioro cognitivo, 3,4% tenían deterioro leve, 3,4% moderado, 6,9% deterioro severo y el 1,10% no fue valorable. Ni el Barthel ni el Lobo mostraron asociación estadísticamente significativa con la mortalidad ni con los efectos adversos de la medicación, pero en el caso del Barthel sí la hubo con el ingreso. 41,4% presentaba algún síndrome geriátrico, siendo el más frecuente caídas/inestabilidad. Un 53,8% cumplía criterios de polifarmacia. Los fármacos más consumidos fueron los antihipertensivos (47%) y los diuréticos (36%). El 8% presentó efectos adversos de la medicación. Los fármacos responsables del mayor número de efectos adversos fueron los anticoagulantes orales. La presencia de polifarmacia se asoció con presencia de efectos adversos ($p < 0,05$) y con la malnutrición ($p < 0,07$).

Discusión: La causa más frecuente de fragilidad fue la patología osteoarticular, seguida por la toma de más de tres fármacos con efectos adversos potencialmente peligrosos. De las causas de fragilidad que aparecen en primer lugar, la única modificable es la toma de fármacos; esto incide en la necesidad de realizar una prescripción racional. No se halló asociación estadísticamente significativa entre un menor índice de Barthel y la mortalidad, al contrario que en otros trabajos publicados.

Conclusiones: 1. El 95,1% de los pacientes estudiados cumple criterios de fragilidad. 2. El 44,2% tiene algún grado de dependencia para las ABVD, y el 14,9% presenta algún grado de deterioro cognitivo. 3. Los pacientes no independientes para las ABVD presentan una mayor frecuencia de ingresos. 4. Un número importante de pacientes cumple criterios de polifarmacia y presenta efectos adversos de la medicación, siendo los anticoagulantes orales la primera causa de los mismos.

17

EFICACIA Y SEGURIDAD DEL ÁCIDO HIALURÓNICO EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTROSIS DE CADERA

J.C. Fernández López, A. Ruano Raviña¹ y F. Galdo Fernández
CH Universitario Juan Canalejo. A Coruña, ¹Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias. Xunta de Galicia.

Introducción: La artrosis de cadera es una patología frecuente que afecta principalmente a mujeres y varones mayores de 50

años. El tratamiento sintomático de la coxartrosis se basa principalmente en el empleo de analgésicos y AINEs. El ácido hialurónico ha demostrado ser eficaz para mejorar los síntomas en la artrosis de rodilla, mientras se desconoce su eficacia en el tratamiento de la coxartrosis.

Objetivo: Determinar la eficacia sintomática y la seguridad del ácido hialurónico intraarticular en el tratamiento de la artrosis de cadera mediante una revisión sistemática.

Material y métodos: Se realizó una búsqueda protocolizada en las bases de datos Medline (Pubmed), Embase (Silver Platter), librería Cochrane, ISI Web of Knowledge, Lilacs (Literatura Latinoamericana en Ciencias de la Salud), CRD databases (Centre for Review and Dissemination, de la Universidad de York), que incluye las bases de datos DARE (Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness), NHS EED (National Health Service Economic Evaluation Database) y HTA (Health Technology Assessment). Para localizar ensayos clínicos y proyectos de investigación en curso se consultaron las bases de datos clinicaltrials.gov, Center Watch, CCT (Current Controlled Trials), National Research Register, Refer, CRISP (Computer Retrieval of Information on Scientific Projects), CORDIS European Community y CSIC (Consejo Superior de Investigaciones Científicas). Esta búsqueda se completó con la utilización de motores de búsqueda en Internet, como Yahoo y Google con el objeto de localizar información y páginas en inglés y español relacionadas con el tema de esta revisión. Dos revisores independientes utilizaron una serie de criterios de inclusión y de exclusión que se aplicaron a los estudios localizados en la búsqueda. Entre estos criterios destacaban que los estudios tuvieran más de 20 pacientes, con más de una semana como período de seguimiento, y que valorasen exclusivamente la eficacia y/o seguridad del ácido hialurónico en pacientes con artrosis de cadera confirmada. La calidad de los estudios fue valorada también por dos revisores independientes.

Resultados: Se localizaron 7 ensayos clínicos que cumplían los criterios de inclusión y una revisión sistemática. En los 7 ensayos clínicos el número de pacientes osciló entre 22 y 104. Cinco no tenían grupo control, uno comparaba dos ácidos hialurónicos de distinto peso molecular y el otro comparaba ácido hialurónico con la administración de glucocorticoides intraarticulares y con un grupo que recibía placebo. La mejoría del dolor se situó alrededor del 40-50% en la mayoría de los estudios, aunque se desconoce la duración de este efecto tras el fin del tratamiento. En el ensayo clínico aleatorio con tres brazos (ácido hialurónico, corticoides y placebo) no se encuentran diferencias entre los tratamientos al final del período de seguimiento, siendo este estudio el de más calidad entre todos los incluidos. Tres de los estudios incluidos presentan conflicto de interés, por el que generalmente el fabricante del ácido hialurónico financia el estudio o lo suministra gratuitamente.

Conclusiones: Entre las limitaciones metodológicas destaca la ausencia de grupo de comparación en la mayoría de los estudios, así como el reducido número de pacientes incluidos en la mayoría de los trabajos. La gran disparidad tanto en los criterios de inclusión/exclusión, en los tiempos de seguimiento, como en las variables a medir para valorar la eficacia nos han imposibilitado la realización de un metaanálisis. Respecto a la eficacia sintomática no se dispone de la misma evidencia que en el tratamiento con ácido hialurónico en la artrosis de rodilla. Hasta la existencia de una evidencia de mayor calidad, el ácido hialurónico no debiera utilizarse fuera del ámbito de la investigación clínica.

18

PERCEPCIÓN DE LA MEJORÍA DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE QUE RECIBEN TRATAMIENTO CON ADALIMUMAB

R. Negueroles, B. Tirado, J.J. García Borrás, M.L. Muñoz, J.L. Valero, C. Gil, J. Calvo, C. Campos, I. González Cruz, D. Pastor y A. Baixauli

Hospitales Universitarios La Fe y General de Valencia.

Objetivo: Valorar la percepción de la mejoría de la calidad de vida en pacientes diagnosticados de Artritis Reumatoide (AR) que reciben, durante al menos un año, tratamiento con Adalimumab.

Material y métodos: Evaluamos las encuestas de 78 pacientes diagnosticados de AR en las Unidades de Reumatología del Hospital La Fe y Hospital General Universitario de Valencia, que reciben tratamiento con Adalimumab (40 mg/sc) cada 15 días, asociado o no a Metotrexate. Todos los pacientes presentan enfermedad moderada o grave y no habían respondido a un mínimo de 2 FAMEs solos o en combinación, siendo uno de ellos Metotrexate. La encuesta recoge 17 ítems agrupados en: 1. Evaluación global del estado general (medido con la EAV): 1 ítem. 2. Grado de satisfacción con el tratamiento recibido: 4 ítems. 3. Capacidad funcional: 3 ítems. 4. Mejora de la calidad de vida: 6 ítems. 5. Mejora de la situación laboral: 2 ítems. 6. Complicaciones inmediatas: 1 ítem.

Resultados: Se recogen los resultados de 78 pacientes (72% mujeres y 22% varones) con las siguientes valoraciones: en cuanto a la evaluación global del estado general, 57 pacientes (72%) han mejorado. 71 pacientes (91%) encontraron bastante o muy satisfactorio el tratamiento, siendo controlados los síntomas en 71 pacientes (91%), encontrando bastante o mucho alivio del dolor articular 67 (86%) y del dolor generalizado 68 (87%). La capacidad funcional mejoró en 48 (62%). La mejora de la calidad de vida queda reflejada en la mejoría de la percepción de la situación familiar, social y laboral en 75 (96%), 72 (92%), 72 (92%) respectivamente; 61 pacientes (78%) consiguieron disminuir la medicación coadyuvante, mejorando 71 (91%) la vitalidad y 64 (82%) la calidad del sueño. La mayoría de los enfermos 72 (92%) no presentaron complicaciones inmediatas.

Conclusiones: En este estudio se valora la percepción de la mejoría de la capacidad funcional y calidad de vida en pacientes con AR activa y refractaria, que han recibido tratamiento con Adalimumab. Los pacientes consideran eficaz el tratamiento y perciben una mejoría significativa de su calidad de vida y su capacidad funcional que les permite mejorar su actividad laboral y sus relaciones interpersonales.

19

EFFECTO DEL PAMIDRONATO EN LA PÉRDIDA DE MASA ÓSEA DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A TRASPLANTE HEPÁTICO

A. Monegal, M. Navasa, M.J. Suárez, S. Suárez López, F. García González, T. Serrano, G. Clemente, F. Casafont, M. de la Mata, C. Barrios, P. Peris y N. Guañabens

Hospitales Clínic Barcelona, Cruces Bilbao, Juan Canalejo la Coruña, Ramón y Cajal Madrid, Lozano Blesa Zaragoza, Gregorio Marañón Madrid, Marqués de Valdecillas Santander, Reina Sofía Córdoba, Puerta de Hierro Madrid.

Objetivo: Analizar la eficacia del tratamiento con Pamidronato en la prevención de la pérdida de masa ósea en pacientes sometidos a trasplante hepático.

Pacientes y métodos: Estudio multicéntrico, doble ciego, aleatorizado. Se incluyeron 79 pacientes que fueron aleatorizados en dos grupos de tratamiento: *Grupo 1* ($n = 38$): Pamidronato 90 mg/EV en la primera semana pos-trasplante y a los 3 meses (30 h/8 m: edad media + DE: 53 + 11 años); *Grupo 2* ($n = 41$): tratados con placebo en los mismo periodos (31 h/10 m: edad media + DE: 53 + 9 años). Todos los pacientes recibieron calcio y vitamina D y a todos se les realizaron: densitometrías de columna lumbar y fémur proximal (cuello, trocánter y fémur total) y Rx de columna dorsal y lumbar antes y a los 6 y 12 meses después del trasplante. Las determinaciones analíticas que incluían niveles séricos de 25-OH-D y PTH se realizaron antes del trasplante, en las 24h previas y posteriores a la administración del tratamiento o placebo y a los 6 y 12 meses del trasplante.

Resultados: No se observaron diferencias significativas en las características basales entre ambos grupos de pacientes excepto por la puntuación Z en fémur total que fue inferior en el G 1. Después del trasplante se observaron diferencias significativas en la evolución de la DMO lumbar entre los hombres del G1 y G2 (a los seis meses G1: +1,72 +5,8% vs. G2: -1,47 +3,7%, $p < 0,05$; al año G1 +4,1 +7,7% vs. G2 -1,98 +4,5%, $p < 0,01$). No existían diferencias en los cambios de la DMO lumbar en las mujeres, ni en fémur proximal. Tampoco se observaron diferencias significativas en el desarrollo de nuevas fracturas, ni en la evolución de los valores de PTH y 25-OH-D. El único efecto adverso relacionado por los investigadores con el tratamiento en el G1 fue un episodio de dolor lumbar.

Conclusiones: La administración de 90 mg de Pamidronato EV después y a los tres meses del trasplante evita la pérdida de masa ósea en columna lumbar en los hombres sometidos a trasplante hepático, sin que se observen efectos adversos clínicamente significativos.

20

GRADO DE SATISFACCIÓN, EFICACIA Y SEGURIDAD DE LOS PACIENTES TRATADOS CON ETANERCEPT: EN H.U. LA FE Y H. GENERAL DE VALENCIA

J.L. Valero, C. Gil, B. Tirado, R. Negueroles, A. Baixauli*, C. Campos*, D. Pastor*, J.J. García-Borrás, M.L. Muñoz, J. Calvo* y M.I. González-Cruz*

*Unidad de Reumatología H.U. La Fe Valencia, *Unidad de Reumatología H. General U. Valencia.*

Introducción: Durante los últimos años ha ido en aumento el papel cada vez más activo, que tiene el paciente en la toma de decisiones como consumidor de servicios sanitarios. La satisfacción con el tratamiento forma parte de esta satisfacción con los cuidados sanitarios. Varios son los motivos por los que debemos medir esta satisfacción: *Primero*, la satisfacción con el tratamiento puede estar relacionada con la adherencia al mismo. *Segundo*, la satisfacción está relacionada con la preferencia del paciente. Y en *tercer lugar* esta satisfacción debe permitir a la industria farmacéutica mejorar los productos existentes. Desde la utilización de las terapias biológicas en el tratamiento de las enfermedades reumáticas inflamatorias, la calidad de vida de nuestros pacientes ha mejorado espectacularmente.

Objetivo: Evaluar el grado de satisfacción a las terapias biológicas, así como la Eficacia y seguridad de pacientes afectados de artritis reumatoide (AR) y artropatía Psoriásica (APs), tratados con Etanercept al menos durante tres meses.

Material y métodos: Se incluyeron 88 pacientes: 54 AR, y 34 APs. La distribución por sexos fue: 60 mujeres, y 28 varones. La

edad media era de 41,56 años (20-76). Se evaluaron al inicio y a los 3 meses de tratamiento los siguientes parámetros: VSG, PCR, Número de articulaciones dolorosas (NAD), Número de articulaciones tumefactas (NAT), DAS 28, encuesta de grado de satisfacción del enfermo evaluados de 0 (Peor grado de satisfacción) a 5 (Mayor grado de satisfacción), EVA (Escala Visual Analógica), valorada de 0 (situación mejor posible) a 100 (situación peor posible). La aparición de efectos adversos, y el número de abandonos.

Resultados: Abandonaron el tratamiento 7 Pacientes (7,95%): 3 Por reacción local cutánea. 3 pacientes por ineficacia. 1 paciente por sepsis urinaria con fallecimiento (coincidían otras circunstancias). 6 pacientes presentaron efectos adversos leves, que no obligaron a suspender el tratamiento (1 cefalea, 1 flebitis, 1 hematoma, 1 diarrea, 1 mareo-alopecia, 1 hipertransaminasitis). Resultado satisfactorio en 81 casos (92,05%).

	Inicio	A los tres meses
V.S.G.	45,95	31,48
P.C.R.	8,73	4,19
N.A.D.	9,90	3,30
N.A.T.	3,57	0,90
DAS 28	5,43	3,35
E.V.A.	64,55	18,3
Satisfacción	1,38	3,96

Conclusiones: El etanercept ha demostrado ser un buen fármaco en el tratamiento de la AR y de la APs. El grado de satisfacción de los pacientes al uso del mismo ha sido excelente, y la mejoría tanto clínica como funcional ha sido evidente, ocasionando pocos efectos adversos y generalmente tolerables. Mejoran todos los parámetros evaluados. La mejoría de los parámetros estudiados son ya evidentes a los 3 meses de su inicio.

21

EL ETANERCEPT MANTIENE SU EFICACIA A LARGO PLAZO EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE (AR)

J. Tornero, J.A. Piqueras, J. Vidal, M. Fernández y R. del Castillo
S. Reumatología. Hospital Universitario de Guadalajara.

El Etanercept ha demostrado en múltiples estudios ser útil para el tratamiento a corto y medio plazo en pacientes con artritis reumatoide (AR). Sin embargo, no existen tantos datos de seguimiento más allá de los 6 años de terapia. Por ello nos planteamos como objetivo: evaluar la eficacia del Etanercept a largo plazo en sujetos con AR activa, y actividad moderada a severa, en la que habrá fallado al menos un FAME.

Material y métodos: Estudiamos 20 pacientes con AR activa, definida por > 6 articulaciones inflamadas, >12 dolorosas, y al menos uno de estos tres criterios: VSG > 28 mm/h, PCR > 20 mg/l, y rigidez matutina > 45 minutos, con menos de 10 años de evolución y que hubieran fallado a más de uno y menos de cuatro FAME. Se excluyeron pacientes tratados con inmunosupresores, con corticoides intraarticulares en las 4 semanas previas, o con dosis superiores a 10 mg de prednisona o su equivalente en las 6 semanas anteriores al estudio. Este siguió un diseño doble ciego en los tres primeros meses, comparando dos dosis subcutáneas (SC) semanales de 10 y 25 mg de Etanercept frente a placebo. A partir del 3º mes se administraron 25 mg SC dos veces por semana en estudio abierto, permitiéndose solo un AINE y una dosis estable de corticoides inferior a 10 mg/día de prednisona o su equivalencia. La eficacia fue medida por DAS28, número de ar-

ticulaciones dolorosas e inflamadas y niveles de reactantes de fase aguda.

Resultados: la media del DAS28, número de articulaciones dolorosas e inflamadas, y los valores de VSG y PCR durante estos 7 años fueron:

	Basal	1º año	2º año	3º año	4º año	5º año	6º año	7º año
DAS 28	7,35	3,16	2,47	2,99	3,25	3,08	2,98	3,45
A. DOL	27,4	5,4	3,6	6,9	4,2	4,1	6,4	5,9
A.INFL	19,6	2,3	0,9	1,4	1,6	1,5	2,4	2,75
VSG	46,7	22,6	14,6	16,8	21,5	18,2	18,05	23,05
PCR	40,4	12,4	9	6,6	7,1	7,3	8,01	7,16

Conclusiones: los resultados de este estudio permiten establecer la confirmación a largo plazo del mantenimiento de la eficacia de la terapia con Etanercept evaluada por variables clínicas.

22

EXPRESIÓN GÉNICA DE OSTEOPROTEGERINA EN EL TEJIDO HEPÁTICO DE PACIENTES CON CIRROSIS BILIAR PRIMARIA

A. Enjuanes, N. Guañabens, L. Álvarez, L.L. Caballería, M.J. Martínez de Osaba, P. Peris, A. Monegal y A. Parés
Unidades de Patología Metabólica Ósea y Hepatología. Hospital Clínic. IDIBAPS. Universidad de Barcelona.

Introducción: Diversos tejidos expresan y producen osteoprotegerina (OPG), que participa en la regulación del remodelado óseo y en otros sistemas biológicos. En un estudio previo describimos un aumento de la concentración sérica de OPG en pacientes con cirrosis biliar primaria (CBP) que se asociaba con la gravedad de la hepatopatía pero no con el grado de recambio óseo o con la presencia de osteoporosis.

Objetivo: Analizar si la expresión génica de OPG en el tejido hepático se relaciona con los valores séricos de OPG y con la gravedad de la enfermedad hepática.

Métodos: Se determinaron los valores séricos de OPG mediante ELISA en 58 pacientes con CBP (edad: 57,4 ± 1,4 años) y en un grupo control de 18 mujeres sanas de edad similar. Se obtuvo una muestra de tejido hepático en 11 de las 58 pacientes con CBP. En total, se obtuvo RNA total de 15 muestras de tejido hepático humano (4 normales y 11 con CBP) y se realizó una reacción de transcripción reversa a partir de 1 µg de RNA total. En un primer paso, se realizó en todas las muestras PCR para OPG, tirosina aminotransferasa (TAT) y β-actina como control de expresión génica. Se utilizó como control positivo de expresión de OPG el cDNA obtenido de cultivos primarios de osteoblastos humanos y la expresión génica de osteocalcina se empleó para determinar el fenotipo osteoblástico. En un segundo paso, los transcritos de OPG se cuantificaron mediante PCR a tiempo real. Los resultados se muestran como expresión de OPG versus β-actina (expresión génica relativa de OPG).

Resultados: Los valores séricos de OPG fueron significativamente superiores en las 58 pacientes con CBP (5,5 ± 0,2 pM/l) que en los controles (2,9 ± 0,2 pM/l, p < 0,0001) y se asociaron con la gravedad de la enfermedad hepática definida por valores elevados de bilirrubina (>1,2 mg/dl) (6,6 ± 0,6 vs. 5,2 ± 0,2 pM/l, p = 0,02) y por un índice de Mayo superior a 4 (5,9 ± 0,3 vs. 4,9 ± 0,2 pM/l, p = 0,02). Se detectaron transcritos de OPG en todas las muestras de tejido hepático, normales y con CBP. No se observaron diferencias significativas entre la expresión del gen de OPG de pacientes (1,9 ± 0,2) y controles (2,3 ± 0,2). No

se correlacionaron los valores séricos de OPG ($5,4 \pm 0,2$ pM/l) y sus respectivos transcritos en el tejido hepático de las pacientes con CBP.

Conclusión: Los valores elevados de osteoprotegerina circulante en pacientes con cirrosis biliar primaria no se asocian con un aumento de su expresión génica en el tejido hepático.

23

CORRELACIÓN ENTRE LOS SÍNTOMAS CLÍNICOS, EVIDENCIAS RADIOLÓGICAS Y FUNCIONALES DE LA OSTEOARTRITIS DE MANOS

E. Pérez Araña y L. Dan

Centro Medico Ibiza. Islas Baleares.

Introducción: La Osteoartritis es una enfermedad no inflamatoria de las articulaciones móviles, caracterizada por deterioro y abrazion del cartílago articular, con formación de hueso nuevo en las superficies articulares. Es causa de discapacidad severa, afecta la calidad de vida, genera altos costos económicos y sociales. En estudios clínicos y radiológicos de personas mayores de 65 años se ha encontrado una prevalencia del 20-30%. Debido al dolor y la incapacidad que produce, la OA de manos es causa de alta morbilidad, también se comprometen grandes articulaciones como cadera, rodillas y tobillos. Las articulaciones más afectadas son las IFD, IFP y la 1 metacarpiana.

Objetivo: Conocer las características clínicas, radiológicas y funcionales de nuestra población de pacientes con OA de manos y su asociación con otras OA de otras articulaciones.

Material y métodos: Se incluyeron 78 pacientes consecutivos de OA radiológica de manos con o sin síntomas de la consulta externa que asistieron a nuestro centro medico.

Se excluyeron pacientes antecedentes de otras enfermedades articulares. Se consignaron sexo, edad, Hábitos (alcohol, tabaco, obesidad) ocupaciones y enfermedades concomitantes. Se interrogó sobre la localización del dolor (manos u otras localizaciones) y tiempo de evolución del mismo. Se le realizó examen físico completo buscando la presencia de Nódulos de Heberden, Bouchard, etc. Además de las RX de manos (frente), se le efectuó RX de rodilla, caderas, columna cervical y lumbar, pies. Se le realizó examen funcional de ambas manos mediante Test de Jebsen Taylorly se evaluó fuerza del puño y pinza con dinamómetro de Jama.

Resultados: Setenta y dos de los 78 pacientes (92,3%) eran mujeres, con una edad media de 66 años (54-89). En el momento del estudio el 52% presentaba, como síntoma predominante, dolor en manos de los cuales 31% era el único síntoma, los restantes tuvieron edemas, dolor en columna cervical, lumbar y rodillas. El 87% refería haber tenido dolor en manos en algún momento de su evolución. El sitio de dolor más frecuente fue en la Articulación Trapecio Metacarpiana (49%) radiológicamente esta articulación estuvo comprometida en el 97%. El 82% y el 41% respectivamente tuvieron Nódulos de Heberden y Bouchard. Setenta y cuatro de los 78 pacientes con OA radiológica de manos (95%) presentaron OA radiológica de columna cervical y el 84% compromiso de rodillas. La fuerza muscular de las manos estuvo disminuida en 50% de los pacientes.

Conclusiones: En nuestra serie el compromiso de OA de mano fue muy frecuente tanto en la Trapecio Metacarpiana como en las Interfalangicas Distales y Proximales. La fuerza muscular de las manos estuvo francamente disminuida, lo que habla de la repercusión funcional de esta localización de la OA. Ampliar el estudio a las articulaciones de Cadera, Rodilla y Pies.

24

ESPONDILITIS ANQUILOSANTE: INFLUENCIA DEL HLA B27 EN LA EXPRESIÓN CLÍNICA

J.A. Hernández Beriain, D. Batista Perdomo, E. Girona Quesada y A. Rosas Romero

Sección de Reumatología. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria.

Se ha señalado que la expresión clínica de la espondilitis anquilosante (EA) puede estar condicionada por la presencia o no del antígeno HLA B27. Así, se ha comunicado una edad de inicio más tardía y menor frecuencia de uveitis en pacientes HLA B27 negativos. También se ha relacionado la presencia del antígeno con una mayor reacción de fase aguda. No obstante hay controversia en relación a estos aspectos clínicos de la EA y de la posible influencia de los factores inmunogenéticos. El objetivo de este estudio es analizar estos aspectos.

Pacientes y métodos: Se incluyeron 76 pacientes diagnosticados de EA en seguimiento en consulta de Reumatología. Se excluyeron aquellos pacientes con espondilitis asociada a psoriasis o enf. inflamatoria intestinal. Se recogieron datos demográficos y relacionados con la enfermedad de base (tiempo de evolución, edad de inicio, reactantes de fase aguda al diagnóstico, manifestaciones clínicas y evolución radiológica). Los datos se expresan como la media +/- desviación estándar. Las variables numéricas se compararon mediante la t de Student y los cualitativos mediante la Chi2.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 45,72 años y un 63% fueron varones. El HLA B27 fue positivo en el 79,5% de los pacientes. La edad de inicio de la enfermedad fue menor en los pacientes B27 + (24,24 vs. 35,16; p = 0,00093) sin embargo no hubo diferencias significativas en la edad del diagnóstico (B27 +: 36,75 vs. B27 -: 41,07) o en el retraso del diagnóstico. Los pacientes con EA de inicio juvenil (< 16 años) eran B27+ en mayor porcentaje (100% vs. 76%; p < 0,001) y las mujeres en menor porcentaje que los varones (62,5% vs. 88,6%; p < 0,017). En cuanto a la expresión clínica no hubo diferencias significativas en la presencia de artritis periférica o uveitis. Los reactantes de fase aguda (VSG y PCR) eran superiores en los pacientes B27- aunque las diferencias halladas no fueron significativas. No hubo diferencias en relación a la expresión radiológica (sindesmofitos, cuadratura vertebral o imagen en caña de bambú) en ambos grupos.

Conclusiones: La edad de inicio de la EA es menor en los pacientes HLA B27 +. La presencia del HLA B27 es más frecuente en pacientes con formas de inicio juveniles y en los varones. No hay diferencias en cuanto a la presencia de artritis periférica o uveitis entre ambos grupos.

25

¿MEJORA EL CONDROITÍN SULFATO LAS LESIONES DE PSORIASIS? RESULTADO DE LOS HOSPITALES UNIVERSITARIOS GENERAL Y LA FE DE VALENCIA

J. Calvo Catalá, J.J. García-Borrás*, C. Campos Fernández, A. Baixauli Rubio, M.I. Glez.-Cruz, J. Pérez Silvestre, D. Pastor Cubillo, J.L. Valero Sanz*, R. Negueroles*, B. Tirado*, C. Gil* y M. Muñoz Guillém*

Hospital General Universitario. Hospital Universitario La Fe. Valencia.*

La psoriasis (Ps) es una enfermedad de gran prevalencia, calculándose que afecta a un 1,4% de la población española y con lesiones que provocan un importante impacto físico y mental a los pa-

cientes. Por esta prevalencia, muchos pacientes con artrosis, además tienen lesiones psoriásicas. El condroitín sulfato (CS) es un fármaco con evidencia 1A en el tratamiento de la artrosis y ampliamente utilizado en la clínica habitual. Recientemente, Vergés y cols. aportan un estudio en que se aprecia una mejora de las lesiones de Ps en pacientes tratados con CS (Med Clin 2004; 123), lo que nos hizo plantear el presente estudio.

Objetivos: 1. Constatar si en pacientes con artrosis y Ps, mejoran las lesiones cutáneas con el uso de CS. 2. Valorar el efecto positivo del CS sobre el dolor y calidad de vida en pacientes con artrosis.

Material y métodos: Se incluyen 32 pacientes estudiados en las Unidades de Reumatología de los Hospitales General Universitario y Universitario La Fe de Valencia (14 hombres y 18 mujeres), con 61,6 años de edad media (48-75), diagnosticados de artrosis y Ps y a los que se inicia tratamiento con CS (800mg/d) durante tres meses. La Ps. es leve en 28 casos (PASI <10) y moderada en 4 casos (PASI 10 – 50). Se efectúa una visita inicial y otra a los 3 meses, incluyendo en ambas: PASI (Psoriasis Area and Severity Index) y una triple valoración analógica con valor de 0 a 10: situación global por el paciente, por el médico y valoración del dolor por el paciente.

Resultados: 1. En 21 pacientes (65,6%), han mejorado las lesiones cutáneas. 2. Respecto a los parámetros evaluados respecto a la artrosis: 2a. Evaluación global por el paciente: a. Mejoría en 19 casos (59,3%). b. Empeoramiento en 6 casos (18,7%). c. Sin variación en 7 casos (22%). 2b. Valoración del dolor (EAV): a. Mejoría en 22 pacientes (68,7%). b. Empeoramiento en 2 casos (6,25%). c. Sin variación en 8 casos (25%). 2c. Evaluación global por el médico: a. Mejoría en 16 pacientes (50%). b. Empeoramiento en 4 casos (12,5%). c. Sin variación en 12 casos (37,5%).

Conclusiones: 1. En un 65,6 de pacientes, ha disminuido el índice de PASI, si bien, la valoración ha sido inferior a un 10% en la mayoría de casos. No se trata pues de una indicación del uso del CS, pero ante pacientes con artrosis y psoriasis asociada, el uso de CS podría contribuir a la mejora cutánea de los pacientes. 2. Distintos estudios evalúan los efectos positivos del CS en la artrosis, confirmando en nuestra casuística, que tras tres meses de tratamiento, más de un 50% de pacientes mejoran clínicamente, lo que evaluamos mediante la evaluación global por el enfermo y por el médico, así como por la valoración del dolor mediante escala visual. Un 28% de pacientes, pudieron prescindir de la toma de AINEs.

26

ESTUDIO COMPARATIVO DE INFLIXIMAB Y ETANERCEPT EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE: ¿EXISTEN DIFERENCIAS ENTRE ELLOS?

C. Pérez García, J. Maymó Guarch, M.P. Lisbona Pérez, M. Almirall y J. Carbonell Abelló
Servicio Reumatología. Hospital del Mar y Hospital de la Esperanza.

Introducción: Múltiples estudios han demostrado la eficacia del cambio de tratamiento por otro anti-TNF alfa cuando el primero falla en pacientes afectados de artritis reumatoide (AR). Pero escasos estudios han realizado la comparación entre estos tratamientos. El objetivo de este estudio es valorar si existen diferencias entre las variables clínicas y de respuesta entre los pacientes afectados de artritis reumatoide tratados durante 6 meses con infliximab (INF) o etanercept (ETN).

Métodos: 125 pacientes diagnosticados de AR según los criterios de la ACR han seguido tratamiento anti-TNF alfa desde abril de 2000. 71 con INF (14 H/ 57M) y 54 con ETN (10 H/44 M). Se

recogieron las variables demográficas, clínicas, analíticas que muestra la tabla 1. Se calculó el DAS 28 como parámetro de respuesta clínica del tratamiento. Se realizó el estudio comparativo entre ambos grupos tratamientos tanto al inicio del estudio como a los 6 meses de tratamiento. El estudio estadístico se realizó con la prueba t de Student con el programa estadístico SPSS 11.5.

Resultados: El grupo ETN presentó una menor edad de inicio de tratamiento anti-TNF que el grupo INF y una VSG al inicio menor, sin existir otras diferencias entre los dos grupos al inicio. No existieron diferencias significativas entre las variables estudiadas a los 6 meses, excepto la respuesta DAS 28 a los 6 meses que mostró una mayor disminución en los pacientes en tratamiento con ETN.

Conclusión: El tratamiento con ETN muestra una mayor reducción del DAS 28 que el Hb tratamiento con INF en nuestra serie de pacientes. Esta diferencia puede explicarse por diferencias en las muestras, como la menor duración de la enfermedad y la menor actividad inflamatoria inicial, a pesar de no existir diferencias entre ambos grupos. Es necesario la realización de estudios randomizados para poder confirmar la existencia de diferencias entre ambos fármacos.

27

CONSULTA MONOGRÁFICA DE ARTROSIS DE RODILLA: UN NUEVO MODELO ASISTENCIAL DE CALIDAD EN REUMATOLOGÍA

M. Romero Jurado, M.J. Caballero, P. Font Ugalde*, J.M. Martos Fernández, M.A. Hernández Collados, C. García Jiménez y C. Fernández Crisóstomo

*Sección de Reumatología. Complejo Hospitalario de Jaén. *Profesora Facultad de Medicina de Córdoba.*

Introducción: Según el estudio EPISER el 10,2% de la población adulta presenta artrosis sintomática de rodilla, siendo la causa más común de incapacidad en personas de edad avanzada. En un intento de reducir los elevados gastos y optimizar los recursos disponibles, se pone en marcha un modelo de consulta monográfica de artrosis de rodilla.

Objetivos: Realizar un abordaje integral y de acto único al paciente con artrosis de rodilla, con el fin de prestar una asistencia de calidad.

Material y métodos: Se incluyen los primeros 110 pacientes con Artrosis de rodilla atendidos de forma consecutiva en una consulta monográfica de nueva creación, de la Sección de Reumatología del "Complejo Hospitalario de Jaén. Dicha consulta está dotada de un reumatólogo, un enfermero y posibilidad de realización de artrocentesis, infiltración, viscosuplementación y ecografía del aparato locomotor. Los pacientes son derivados desde Atención Primaria de acuerdo unos criterios de derivación establecidos. El mismo especialista atiende al paciente a lo largo de todo el proceso (diagnóstico, terapéutico e informativo). Todos los pacientes fueron sometidos al cuestionario de función física Lequesne. Los datos referentes a la consulta fueron recogidos y analizados mediante el programa estadístico SPSS 11.0.

Resultados: Pacientes: 110 (83 mujeres y 27 varones). Edad media: 62,51 ± 10 años. Atendidos < 30 días desde la derivación: 110 (100%). Tiempo de evolución dolor: 4,98 ± 4,96 años. EVA dolor: 60,27 ± 18,96. Tiempo de caminata: 43,79 ± 28,11 minutos. Grado radiológico: I (n: 10); II (n: 35); III (41); IV (n: 20). Consulta de acto único: 110 (100%). Puntuación Lequesne: 10,78 ± 4,27. Ecografías realizadas: 110 (100%). Artrocentesis realizadas: 75 (68,2%). Infiltraciones con Triamcinolona: 74 (67,3%). Viscosuplementación: 19 (17,3%). Informes clínicos al

alta: 110 (100%). Derivaciones a Atención primaria: 101 (93,63%). Derivaciones a Traumatología para prótesis: 7 (6,36%)
Grado de satisfacción del paciente sobre 10: 8,91.

Conclusiones: Este modelo de consulta, puede ser considerado de calidad ya que resulta adecuado, eficiente, accesible y satisfactorio.

28

CAPACIDAD FUNCIONAL EN LA ARTROPATÍA PSORIÁSICA. FACTORES ASOCIADOS. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE 343 PACIENTES

D. Reina, J. Ruiz, J. del Blanco, M. Bonet, C. Castaño, T. Clavaguera, L. Mateo, D. Roig Vilaseca y J. Rodríguez Moreno
Hospital Universitari de Bellvitge, Hospital de Viladecans, Hospital de Vilafraanca, Hospital de Badalona, Hospital de Palamós, CAP Just Oliveras, CAP Cornellà.

Introducción: La artropatía psoriásica (Apsa) es una enfermedad heterogénea y existe controversia en cuanto a su pronóstico funcional, para algunos autores es relativamente benigno mientras que para otros es equiparable al de la artritis reumatoide.

Objetivo: Estudiar la capacidad funcional en una serie amplia y multicéntrica de pacientes con Apsa y analizar los factores asociados.

Pacientes y métodos: Estudio transversal, prospectivo y multicéntrico, donde se han incluido 343 pacientes diagnosticados de Apsa según los criterios de Moll y Wright. Han participado 8 centros de distinto nivel asistencial en una misma área geográfica. Se recogieron las siguientes variables: datos demográficos: género y edad; nivel asistencial; duración de la psoriasis y de la artritis; edad de inicio de la psoriasis y de la artritis; patrón de afectación articular; estadio funcional según el ACR (I, II, III y IV); tratamientos modificadores de la enfermedad recibidos; número de articulaciones tumefactas sobre un recuento de 66 articulaciones (NAT) y número de articulaciones dolorosas sobre un recuento de 68 articulaciones (NAD); presencia de dactilitis; afectación de interfalángicas distales (IFD); presencia de osteolisis o artritis mutilante; presencia de onicopatía; y finalmente datos analíticos: VSG, Hb, Leucocitos, Plaquetas, HLAB27, FR. Se clasificó a los pacientes según su capacidad funcional en: buena capacidad funcional (estadios I y II del ACR), y mala capacidad funcional (estadios III y IV del ACR) Se realizó un análisis estadístico descriptivo y analítico. El análisis estadístico analítico consistió en un estudio bivariado (chi cuadrado, test de Fisher, T de Student) y multivariado (regresión logística) para determinar la posible asociación entre cada una de las variables de estudio y la variable resultado (estado funcional: bueno o malo).

Resultados: En la serie global sólo el 7,14% presentaban una mala capacidad funcional. Mientras que en el centro terciario este porcentaje se elevó al 13%. Las variables asociadas de forma estadísticamente significativa ($p < 0,05$) a la capacidad funcional fueron: la edad, el centro médico donde se ve el paciente, el nivel asistencial al que éste pertenece, la presencia de osteolisis o artritis mutilante, el tratamiento con dosis bajas de glucocorticoides, la VSG, el recuento total de leucocitos y de plaquetas, el número de articulaciones dolorosas (NAD). En el análisis multivariado sólo la VSG mostró una asociación independiente.

Conclusiones: En esta serie, las variables de actividad inflamatoria (VSG, nº leucocitos, nº plaquetas y NAD) se asociaron a la capacidad funcional. No se asoció a variables como la duración o edad de inicio de la enfermedad a pesar de si estar asociada a la edad del paciente. A eliminar el sesgo de centro por la naturaleza multicéntrica del estudio, podemos concluir que globalmente el pronóstico funcional de la AP no es tan malo como había sugerido algún autor.

29

¿GUARDAN RELACIÓN EL PRONOSTICO DE LA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE Y LA RESPUESTA A TERAPIAS BIOLÓGICAS? UN ESTUDIO OBSERVACIONAL

J.L. Romo Camino, R. Ariza Ariza y F. Navarro Sarabia
Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Objetivo: Estudiar la relación entre el pronóstico en pacientes diagnosticados de Espondilitis Anquilosante que realizan tratamiento con terapias biológicas, y la respuesta a dicho tratamiento en una cohorte de pacientes tratados en el Hospital Virgen Macarena.

Método: Se han estudiado a todos los pacientes diagnosticados de Espondilitis Anquilosante que han sido tratados con terapia biológica, clasificándolos según los factores predictivos de Amor (coxitis 4 puntos; VSG > 30 mm 3 puntos; baja respuesta al tratamiento con AINE 3 puntos; limitación de la movilidad lumbar 3 puntos; dactilitis 2 puntos; comienzo antes de los 16 años 1 punto; oligoartritis 1 punto) en enfermedad leve si presenta puntuación menor a tres, moderada entre tres y siete, y grave si la puntuación es igual o mayor a siete. Para valorar la respuesta al tratamiento se han usado los criterios ASAS (función física medida por el BASFI; dolor mediante EVA de 0 a 100 mm; inflamación mediante el promedio de las dos preguntas del BASDAI referidas a la rigidez matutina; valoración global del paciente mediante EVA de 0 a 100 mm) con porcentajes de mejoría del 50% y del 70% (adoptando la terminología ASAS 50 y ASAS 70) junto a la determinación de la PCR antes y después del tratamiento. Hemos definido respuesta como la mejoría en términos relativos igual o mayor del 50% en al menos tres de los cuatro dominios sin empeoramiento en el cuarto dominio junto a la normalización de la PCR.

Resultados: Se evaluaron a 21 pacientes en tratamiento con etanercept o infliximab. De ellos, catorce (66%) presentaban en el momento del diagnóstico de la enfermedad criterios de gravedad, siete (34%) de enfermedad moderada, y ninguno tenía criterios de enfermedad leve. Trece pacientes (62%) han alcanzado criterios de respuesta. De ellos, diez alcanzaron criterios de respuesta ASAS 50 (cinco con enfermedad moderada y cinco con enfermedad grave) y tres ASAS 70 (los tres con enfermedad grave).

Conclusión: En la cohorte estudiada, no hemos encontrado relación entre presentar un mejor pronóstico de la enfermedad y que esto se traduzca en una mejor respuesta a tratamiento con fármacos anti-TNF, siendo en este estudio la respuesta al tratamiento independiente de los factores pronósticos.

30

NIVELES SÉRICOS DE IL-15, OSTEOPROTEGERINA (OPG) Y RANK-LIGANDO (RANKL) EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE, SU MODULACIÓN POR ANTAGONISTAS DEL TNF Y SU RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD

A.M. Ortiz¹, R. García de Vicuña¹, E. Tomero², A. Balsa³, J. Orte⁴ e I. González-Álvarez¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid, ²Sección de Reumatología. Hospital General de Segovia. Segovia, ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario la Paz. Madrid, ⁴Servicio de Reumatología, Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: Recientemente se ha descrito que el sistema RANK/RANKL/OPG juega un papel relevante en el desarrollo del daño articular en la artritis reumatoide (AR). En última instancia, el cociente RANKL/OPG regula la actividad osteoclástica y,

en su regulación, intervienen múltiples factores entre los que destaca TNF. IL-15, otra citoquina crucial en la patogenia de la AR, modula la expresión de RANKL a través de la inducción de IL-17.

Objetivos: Estudiar la modulación por antagonistas del TNF (aTNF) de los niveles séricos (s) de IL-15, OPG y RANKL e investigar si los niveles basales o sus cambios con el tratamiento pueden ser marcadores de utilidad para predecir la respuesta al mismo.

Pacientes y métodos: Se estudiaron prospectivamente 75 pacientes con AR activa que iniciaron tratamiento con aTNF (65 con adalimumab y 10 con infliximab). Sesenta y uno (81%) fueron mujeres, la edad fue de 56±14 años (media ± DE), la duración media de la enfermedad de 10,4 [4-15] años (mediana [rango intercuartílico]) y el número de fármacos modificadores de la enfermedad previos de 3 [2-4]. Se recogieron variables demográficas, de actividad de la enfermedad (las necesarias para calcular el DAS28 y la valoración global de la enfermedad por parte del médico [VEM; 0-100]), analíticas (proteína C reactiva; PCR; mg/dl) y de función (HAQ). Se determinaron, mediante ELISA, los niveles de IL-15s (R&D System), OPGs (R&D System) y RANKLs total (Immunodiagnostic) antes de iniciar el tratamiento con aTNF (b) y tras 12-20 semanas del mismo. Se utilizaron los tests de Mann-Whitney para comparar los datos clínicos y de citoquinas entre los diferentes grupos y de Wilcoxon para datos apareados para comparar los niveles de citoquinas antes y después del tratamiento con aTNF.

Resultados: La actividad de la enfermedad en la visita basal fue intensa, especialmente en las mujeres (DAS28: $6 \pm 0,1$ vs. $5,4 \pm 0,2$ en varones; $p = 0,047$ y VEM: 63 ± 15 vs. 54 ± 16 ; $p = 0,03$). Todos los parámetros clínicos, de función y analíticos mejoraron tras el tratamiento, especialmente en las mujeres. Los niveles de IL-15sb, OPGsb y RANKLsb fueron similares en los dos grupos de tratamiento. Se observó correlación entre la OPGsb y la edad ($r = 0,24$; $p = 0,04$), el DAS28b ($r = 0,22$; $p = 0,05$), la VEMb ($r = 0,35$; $p = 0,003$) y el HAQb ($r = 0,32$; $p = 0,008$). Los niveles de IL15sb y RANKLsb no se asociaron a ninguna de las variables estudiadas. El tratamiento con aTNF disminuyó, de forma significativa, los niveles de IL15s (de 147 [72-210] a 93 [44-158] pg/ml; $p = 0,001$) si éstos, en la visita basal, eran mayores de 30 pg/ml (percentil 90 de una población sana estudiada previamente), así como los de OPGs (de 3538 [2165-5696] a 3076 [2011-4963] pg/ml, $p = 0,008$). El descenso de OPGsb fue más acentuado en mujeres ($p = 0,005$), en pacientes que alcanzaron mejoría clínica según los criterios EULAR ($p = 0,01$) y en pacientes con IL-15sb < 30 pg/ml ($p = 0,02$). No se observó relación entre los niveles IL-15sb, RANKLsb ni su variación con el tratamiento y la respuesta clínica a éste.

Conclusión: TNF parece estar implicado en la modulación de la expresión sérica de IL-15 y OPG. La disminución de OPGs tras la administración de aTNF podría ser un marcador de respuesta a estos tratamientos.

Este proyecto ha sido financiado los proyectos FIS G03/0152 y 04/2009, así como por Abbott España a través de un acuerdo de colaboración con la FER y el Servicio de Reumatología del Hospital de la Princesa de Madrid.

31

FACTORES ASOCIADOS A RECAÍDAS EN LA DISCAPACIDAD LABORAL DE ORIGEN MÚSCULO-ESQUELÉTICO

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

Introducción: Las enfermedades músculo-esqueléticas (ME) representan la segunda causa de Incapacidad Laboral Temporal

(IT) y la primera de Incapacidad Laboral Permanente (IP) en trabajadores activos.

Objetivo: El propósito de este estudio es examinar los factores de riesgo que favorecen las recaídas 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 4, 7 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. Se realizaron análisis bivariados y multivariados para valorar la asociación de recaídas (definida como pacientes con al menos dos episodios de IT) con factores sociodemográficos, laborales, clínicos y ocupacionales.

Resultados: Se incluyeron un total de 3.309 pacientes, que generaron 4.424 episodios de IT. El 24% de los pacientes ($n = 795$) recayeron. De ellos, el 52% eran mujeres con una edad media de 41 años y el 50% hacían todas o casi todas las tareas de casa a pesar de estar discapacitados. El 48% eran trabajadores manuales. La duración media de la primera IT fue de 24 días. Los factores sociodemográficos, ocupacionales y laborales independientemente asociados a recaídas fueron: ser trabajador manual (OR: 1,25 [1,03-1,53]), contrato no eventual (OR: 1,43 [1,09-1,85]) y la realización de muchas o todas las tareas de casa (OR: 1,31 [1,08-1,60]). Las enfermedades inflamatorias autoinmunes (OR = 3,8 [1,33-10]), el trastorno interno de rodilla (OR = 3,8, [1,45-9,8]) y la ciática (OR = 2,2 [1,03-4,8]) fueron las patologías que recaían con mayor probabilidad.

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 laborales y diagnósticas son factores importantes asociados a la recaída de la discapacidad laboral de origen músculo-esquelético.

32

EFICACIA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN ESPECÍFICO PARA PACIENTES CON DISCAPACIDAD LABORAL SECUNDARIA A SÍNDROME DE TÚNEL DEL CARPO

L. Abásolo, C. Lajas, C. Vadillo, M. Blanco, G. Candelas y J.A. Jover
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivo: Existe controversia en cuanto al manejo terapéutico del síndrome del túnel del carpo. El propósito de este estudio es evaluar la eficacia de un programa de intervención en pacientes con discapacidad laboral (IT) de reciente comienzo diagnosticados de síndrome del túnel del carpo.

Pacientes y métodos: Todos los pacientes con patología músculo-esquelética que comenzaron con una IT durante 1998-1999 en las áreas sanitarias 4, 7 y 9 de Madrid se aleatorizaron en 2 grupos: Grupo Control (GC) que fueron atendidos por médicos de atención primaria, y Grupo Intervención (GI) que fueron tratados en base a un programa específico con protocolos estandarizados de actuación (diagnósticos, terapéuticos educacionales y administrati-

vos) para los diferentes diagnósticos, llevado a cabo 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 de los pacientes. El análisis incluyó a todos los procesos con diagnóstico de síndrome del túnel del carpo. El manejo se basó en tratamiento conservador inicial mediante el uso de fármacos, infiltraciones seriadas y ejercicios específicos. El paciente se remitía a cirugía en función de la evolución clínica. Se calculó la eficacia como la diferencia entre los grupos en el número de días de baja por proceso de IT y la eficacia relativa como porcentaje de días ahorrado por paciente en el grupo intervención. Se utilizaron técnicas de supervivencia para analizar las diferencias en la duración de las IT entre el grupo control e intervención.

Resultados: Se generaron 75 procesos de síndrome del túnel del carpo en ambos grupos de los cuales 43 (57%) pertenecían al GC y 32 (43%) al GI. No hubo diferencias sociodemográficas entre grupos: la mayoría de los pacientes eran mujeres (75%) con una edad media de 38 años y 8% pertenecían al régimen laboral autónomo. El 20% de los pacientes del GC fue remitido a cirugía de la mano, mientras que sólo el 3% de los de GI requirió intervención quirúrgica ($p < 0,05$). La duración media de los procesos fue de $100,4 \pm 106$ días en GC y $21,9 \pm 35$ días en GI. La duración mediana de los procesos fue de 48 días (P25-75: 15-150) en GC y 15 (P25-75: 8-27) en GI ($p < 0,001$). El número total de días de IT ahorrados fueron 2.247 y el nº de días de IT ahorrados por paciente fue de 73. El programa obtuvo una eficacia relativa del 72% y un HR de 2,09 [1,17-3,75].

Conclusiones: El programa tiene una eficacia relativa del 72% y proporciona dos veces más probabilidad de alta que la asistencia habitual. La implantación de un programa específico inicialmente conservador en pacientes con discapacidad laboral por síndrome del túnel del carpo, disminuye el número de días de IT y disminuye el número de cirugías a corto plazo.

33

ESTUDIO PILOTO DE LA INCIDENCIA DE LA DISCAPACIDAD AGUDA DE ORIGEN MÚSCULO-ESQUELÉTICO EN ANCIANOS (DIME-A) NO INSTITUCIONALIZADOS

C. Lajas, L. Abasólo, L. Carmona, M. Montoro y J. Jover
Grupo DIME. Hospital Clínico San Carlos. Fundación Española de Reumatología. Atención Primaria del Área 7. Madrid.

Estudios previos en consultas de reumatología demuestran que los procesos músculo-esqueléticos agudos en ancianos son reversibles. Sin embargo, la realidad es que en la Sanidad Pública se dirigen más recursos a la discapacidad a largo plazo que a la discapacidad aguda.

Objetivo: Estimar la incidencia de ancianos con discapacidad de origen músculo-esquelético (DIME) de reciente comienzo, que viven en su domicilio.

Material y métodos: Estudio de incidencia durante un año, comenzando en octubre del 2005. **Sujetos:** Todos los mayores de 65 años del Área Sanitaria 7 de Madrid, residentes en su domicilio y pertenecientes al cupo sanitario de médicos de asistencia primaria (MAP) seleccionados. Se estableció una definición de DIME agudo: deterioro funcional en el nivel de Rosser o en la realización de actividades básicas de la vida diaria (ABVD) como consecuencia de un problema músculo-esquelético no traumático con respecto a un nivel basal previo mejor, y cuya duración sea inferior a tres meses. Los MAPs identificaron todos los casos nuevos

de DIME según la definición que aparecieron en consultas desde octubre de 2005 hasta enero de 2006.

Resultados: Han sido seleccionados 8 centros de Atención Primaria del Área 7 de la CM con un total de 46 MAPs que han aceptado participar. Tras el tercer mes se han identificado 60 casos de DIME. La población de referencia que cubren estos médicos es de 15.778 mayores de 65 años. La incidencia trimestral estimada es de 38 casos por 10.000 mayores de 65 años (IC 95%: 29 - 49). Teniendo en cuenta que en nuestro área trabajan un total de 319 MAPs y que cada uno de ellos tiene adscritos una media de 343 pacientes mayores de 65 años, podemos esperar que al cabo de 12 meses surjan 1.054 nuevos episodios de DIME. La incidencia anual extrapolada de DIME en nuestro área sanitaria sería de 96 episodios (IC 95%: 91 - 102) por cada 10.000 personas mayores de 65 años.

Conclusión: La incapacidad aguda músculo-esquelética en ancianos es elevada. Esto significa que un programa específico sobre estos procesos siempre tendrá un importante impacto no sólo individual, sino también en el entorno familiar (reducción de horas de cuidado) y sociosanitario (reducción de ingresos hospitalarios, institucionalización, etc).

34

PACIENTES ANCIANOS Y ARTRITIS REUMATOIDE

R. López- González, E. Loza, D. Clemente, L. Rodríguez, L. Abasólo, E. Pato, C. Vadillo, P. Macarrón, B. Fernández-Gutiérrez, J.A. Jover y C. Hernández-García
Grupo emAR (SER). Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivo: Describir la variabilidad del manejo clínico y terapéutico en pacientes ancianos, mayores de 70 años, con Artritis Reumatoide (AR).

Métodos: Estudio de corte transversal, a partir de 1.379 historias clínicas de sujetos mayores de 16 años diagnosticados de AR y seleccionados aleatoriamente de un "pool" de pacientes atendidos en 46 hospitales de 16 comunidades autónomas. Se analizaron bivariadamente asociaciones entre las variables de manejo y tratamiento en función de la edad del paciente, ajustados por la duración de la enfermedad. Definiendo ancianos a pacientes mayores de 70 años correspondientes a 395 pacientes (28,6%).

Resultados: En la población estudiada un 74% eran mujeres, con duración media de la enfermedad de 4,9 (DS 4,3 años). Respecto a las características clínicas, el 42% presentaban una clase funcional III-IV, un 18% enfermedad persistentemente activa y 49% tenían comorbilidad asociada. El 32% ingresaron y se registraron una media 6,2 (DS 3,8) visitas relacionadas con la AR. Respecto al manejo terapéutico, un 81,5% de los pacientes tomaron fármacos antiinflamatorios (AINEs) y se prescribieron fármacos modificadores de la enfermedad (FME) en un 88,5% de los ancianos (20% terapia combinada). Al 44% de los ancianos se pautó fármacos anti-reabsortivos. En el análisis multivariado, muestra que los ancianos tenía peor clase funcional III-IV (OR 1,75 -IC95% 1,36-2,22), mayor actividad de la AR (OR 1,38 -IC 95% 1,01-1,91) y mayor comorbilidad (OR 1,98 -IC95% 1,56-2,51) Respecto al manejo clínico se realizaron menor número de visitas (OR 0,96 -IC95% 0,93-0,99) y mayor número de ingresos (OR 1,53 -IC95% 1,18-1,98). En el manejo terapéutico fue menor el uso de AINEs (OR 0,72 -IC95% 0,52-0,99), así como de FME aislados (OR 0,37 -IC95% 0,24-0,57) o en combinación FME (OR 0,61 -IC95% 0,46-0,81). Estos pacientes en cambio recibieron mayor tratamiento anti-reabsortivo (OR 1,27 -IC95% 1,01-1,62).

Conclusiones: Existen diferencias en el manejo clínico y terapéutico de los pacientes con AR ancianos. Deberíamos optimizar el

manejo en dicho rango de edad, para evitar la pérdida de la calidad de vida de los pacientes así como buscar el correcto uso de recursos asistenciales.

35

¿EXISTEN DIFERENCIAS EN EL MANEJO DEL PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN FUNCIÓN DE SU LUGAR DE RESIDENCIA?

R. López- González, E. Loza, D. Clemente, L. Rodríguez, L. Abásolo, E. Pato, C. Vadillo, G. Candelas, B. Fernández-Gutiérrez, J.A. Jover y C. Hernández-García
Grupo emAR (SER). Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Antecedentes: Los sistemas públicos de salud deben garantizar la equidad en el acceso y prestaciones sanitarias. Sin embargo, la cercanía al centro sanitario donde finalmente se recibe la atención puede condicionar diferentes formas de manejo en función del lugar de residencia del paciente.

Objetivo: Analizar la existencia de diferencias en el manejo clínico y tratamiento de pacientes con Artritis Reumatoide (AR) en función de que residan en la misma (ML) o diferente localidad (DL) del hospital en el que son atendidos.

Métodos: Estudio de cohorte transversal, a partir de 1.379 historias clínicas de sujetos mayores de 16 años diagnosticados de AR y seleccionados aleatoriamente de un "pool" de pacientes atendidos en 46 hospitales de 16 comunidades autónomas. Se analizaron bivariantemente asociaciones entre las variables de manejo y tratamiento en función de su lugar de residencia con respecto al hospital donde estaba siendo atendido fuera la ML (764 pacientes, 55,1%) o DL (615 pacientes, 44,9%).

Resultados: No existían diferencias significativas en las características sociodemográficas y clínicas entre ambos grupos. Los pacientes que residían en la ML que su hospital de referencia realizaron un número mayor de visitas en 2 años (6 [4-8] vs. 5,5 [4-8]; $p = 0,002$) y un mayor número de estudios analíticos (6 [3-8] vs. 5 [3-8]; $p = 0,01$) que los pacientes que residían en DL. No hubo diferencias significativas en el número de ingresos, intervenciones quirúrgicas, o realización de pruebas de imagen. No existieron diferencias significativas en el uso de fármacos salvo una mayor probabilidad de recibir tratamiento combinado con dos o más FME en los pacientes que residían en DL (28,9% vs. 23,6%; $p = 0,02$).

Conclusiones: Existen diferencias significativas en el consumo de recursos sanitarios en función del lugar de residencia de los pacientes con AR. Sin embargo, no hemos observado grandes diferencias en el uso de fármacos asociadas al lugar de residencia.

36

CORRELACIÓN ENTRE EL DIAGNÓSTICO DEL MÉDICO QUE SOLICITA UNA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA Y EL DIAGNÓSTICO DEL REUMATÓLOGO

A. Barcelos
Unidad de Reumatología. Departamento de Medicina. Hospital Infante D. Pedro. Aveiro. Portugal.

Introducción: Las enfermedades reumáticas son muy importantes no sólo por su elevada prevalencia, afectando casi al 40% de los portugueses, sino también por la morbilidad y deterioro de la calidad de vida que condicionan. Constituyen una de las principales causas de absentismo laboral y se sitúan en uno de los puestos más altos en lo que se refiere a costes de salud, tanto directos como indirectos. El número de pacientes referenciados a la con-

sulta de reumatología ha aumentado en los últimos años y se ha comprobado que la información ofrecida por los médicos que envían al paciente a la consulta es la mayoría de las veces deficiente.

Objetivo: Analizar el grado de correlación entre el diagnóstico de presunción dado por el médico que solicita la consulta y el diagnóstico definitivo establecido por el Reumatólogo en los pacientes con patología músculo-esquelética.

Métodos: La mayoría de las solicitudes de primera consulta se hacen acompañar de un conjunto de informaciones clínicas, de laboratorio y radiológicas, que son sometidas a una evaluación preliminar, con la finalidad de poder establecer prioridades en la atención al paciente, dado el volumen de las solicitudes. Se analizaron todas las historias clínicas de los pacientes observados por primera vez en consulta de Reumatología durante el periodo comprendido entre Mayo de 2004 y Mayo de 2005 (12 meses), en el Hospital Infante D. Pedro – Aveiro. Se registraron todos los diagnósticos dados por los médicos que solicitaron la consulta y los realizados por el Reumatólogo. Se analizaron las diferentes patologías reumáticas encontradas y se procedió a la correlación entre el diagnóstico de sospecha y el diagnóstico definitivo.

Resultados: Durante este periodo se observaron 355 pacientes en primera consulta (260 de sexo femenino y 95 de sexo masculino). La edad media de los pacientes fue de 49 años. Las especialidades que más frecuentemente solicitaron consulta de Reumatología fueron Medicina General y Familiar (40,56%); Traumatología (18,03%) y Medicina Interna (15,21%). La media de tiempo de espera fue de 62 días. En 140 pacientes (39%) hubo concordancia entre la sospecha diagnóstica del médico que solicitó la consulta y el diagnóstico definitivo establecido por el Reumatólogo.

Discusión: Es evidente la importancia de esta diferencia ante algunos diagnósticos tales como patología inflamatoria versus degenerativa; patología inflamatoria versus peri-articular con diferentes abordajes terapéuticos y distintos pronósticos. Se hace imprescindible el desarrollo de un modelo de informe más eficaz y que así permita una utilización adecuada del número insuficiente de reumatólogos existentes en nuestro país.

37

EFICACIA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN ESPECÍFICO PARA PACIENTES CON DISCAPACIDAD LABORAL SECUNDARIA A ARTROSIS PERIFÉRICA

C. Vadillo, L. Abásolo, C. Lajas, G. Candelas, M. Blanco y J.A. Jover
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivo: Evaluar la eficacia de un programa de intervención en pacientes con discapacidad laboral (IT) de reciente comienzo diagnosticados de artrosis periférica.

Pacientes y métodos: Todos los pacientes con IT por causa músculo-esqueléticas (ME) durante 1998-1999 de tres áreas sanitarias de Madrid (4,7 y 9) se aleatorizaron a: grupo control (GC) con seguimiento estándar y a grupo intervención (GI) incluido en un programa específico, llevado a cabo por reumatólogos, donde se seguían protocolos concretos con niveles estandarizados de actuación (diagnósticos, terapéuticos, educacionales y administrativos), para los diferentes diagnósticos. 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. El análisis incluyó a todos los procesos con diagnóstico de artrosis periférica. Se calculó la eficacia como la diferencia entre los grupos en el número de días de baja por proceso de IT y la eficacia relativa como el porcentaje de días ahorra-

dos en el grupo intervención. Se utilizaron técnicas de supervivencia para analizar las diferencias en la duración de las IT entre el grupo control e intervención.

Resultados: Los diagnósticos de artrosis periférica supusieron el 1,6% del total de los procesos de IT-ME. Se generaron por tanto 258 procesos de artrosis periférica en ambos grupos, de los cuales 173 (67%) pertenecían al GC y 85 (33%) al GI. No hubo diferencias sociodemográficas entre grupos: en torno al 50% de los pacientes eran mujeres, con una edad media de 54 años y el 90% pertenecían al régimen laboral general. La duración media de los procesos fue de 104,3 días en GC y 58,8 días en GI ($p < 0,001$). El número de días de IT ahorrados por paciente fue de 45. Obtuvimos una eficacia relativa del 43,6% con este programa con un HR de 1,58 [1,14-2,19].

Conclusión: Un programa específico en pacientes con artrosis periférica, disminuye el número de días de IT y proporciona un 58% más de probabilidad de alta que la asistencia habitual. Por tanto la implantación del mismo supondría una mejora del pronóstico de la discapacidad y una reducción de los costes.

38

FRACASO EN EL TRATAMIENTO ANTI TNF EN PACIENTES CON ARTRITIS CRÓNICA. ¿ES ÚTIL UN SEGUNDO ANTAGONISTA?

C. Chalmeta Verdejo, R. Hortal-Alonso, L. Abad-Franch, N. Fernández-Llanio, F. Ojeda, J. Ivorra-Cortés, S. Muñoz-Gil, J.A. Román-Ivorra, J.J. Alegre-Sancho, C. Alcañiz-Escandell, J.M. Senabre-Gallego y M.A. Pareja

Sección de Reumatología. Hospital Dr. Peset. Valencia.

Introducción: Evidencias basadas en ensayos clínicos sugieren que, a pesar de que tienen un similar mecanismo de acción, los tres fármacos antiTNF (Infliximab, Adalimumab y Etanercept) muestran diferencias de eficacia en el tratamiento de pacientes con artropatías inflamatorias. Este hecho podría explicar que el fracaso a un tratamiento antiTNF no implique necesariamente la refractariedad a un segundo antagonista.

Objetivo: Describir los resultados de un segundo tratamiento con anti TNF en pacientes con enfermedad inflamatoria articular crónica [artritis reumatoide (AR), a. psoriásica (APs)] que previamente han fracasado a un primer antagonista.

Material y método: Se han revisado las historias clínicas de 238 pacientes (76 varones y 162 mujeres) que han recibido tratamiento con anti-TNF en los últimos 5 años. Se han recogido datos de número de articulaciones dolorosas, tumefactas, reactantes de fase aguda y acontecimientos adversos, antes y después del inicio del segundo tratamiento antiTNF. Consideramos fracaso de tratamiento un DAS 28>3,2 o la aparición de un acontecimiento adverso que obligara a la retirada del mismo.

Resultados: (ver tabla).

Antagonista TNF	Nº discontinuados	Razón de discontinuación	2º antagonista	Éxito con 2º antagonista
Infliximab (n = 113)	52	F.E: 17 A.A: 35	F.E: 17 A.A: 10	F.E: 15 A.A: 10
Adalimumab (n = 54)	17	F.E: 6 A.A: 11	F.E: 6 A.A: 4	F.E: 5 A.A: 4
Etanercept (n = 71)	6	F.E: 2 A.A: 4	F.E: 2 A.A: 0	F.E: 2 A.A: 0

F.E: Falta de eficacia; A.A: Acontecimientos Adversos

Conclusiones: la utilización de un segundo antagonista puede ser útil en pacientes en los que se ha retirado el tratamiento antiTNF. El fracaso a un tratamiento antiTNF no implica necesariamente refractariedad al resto de antagonistas.

39

LESIONES CUTÁNEAS DURANTE EL TRATAMIENTO CON ANTI-TNF ALFA

C. Chalmeta-Verdejo, R. Hortal-Alonso, J.A. Román-Ivorra, S. Muñoz-Gil, L. Abad-Franch, C. Alcañiz-Escandell, J.J. Alegre-Sancho, N. Fernández-Llanio, J. Ivorra-Cortés, J.M. Senabre-Gallego y M.A. Pareja

Sección de Reumatología. Hospital Dr. Peset. Valencia.

Objetivo: revisar las lesiones cutáneas observadas en pacientes con artropatías inflamatorias crónicas (artritis reumatoide, psoriásica y espondiloartropatías) durante el tratamiento con antiTNF alfa, excluyendo las reacciones infusionales y en el punto de inyección.

Material y método: pacientes con artropatías inflamatorias crónicas (artritis reumatoide, psoriásica y espondiloartropatías) que han recibido tratamiento con antiTNF alfa (infliximab, etanercept o adalimumab).

Resultados: se han revisado las historias clínicas de 216 pacientes (76 varones, 140 mujeres) que han recibido tratamiento anti-TNF en los últimos 5 años. Durante el tratamiento, 12 pacientes han presentado algún tipo de afectación cutánea (tabla), fundamentalmente de hipersensibilidad (prurito, urticaria y eritema palpebral). En dos pacientes se ha observado un debut de psoriasis.

Eritema Palpebral	1	Adalimumab
Prurito	3	Adalimumab: 2 Enbrel: 1
Urticaria	2	Adalimumab: 1 Infliximab: 1
Herpes Zoster	3	Infliximab: 2 Adalimumab: 1
Leishmaniasis Cutánea	1	Infliximab
Síndrome Sweet	1	Infliximab
Psoriasis Palmo-Plantar	2	Infliximab

Conclusión: Las lesiones cutáneas observadas durante el tratamiento con antiTNF corresponden fundamentalmente a reacciones por hipersensibilidad y en menor número a infecciones en relación con el mecanismo de acción del fármaco. Ocasionalmente puede observarse el debut de lesiones psoriásicas como fenómeno paradójico.

40

CLINICAL EFFICACY AND EFFECT ON BIOMARKERS OF THE SELECTIVE CO-STIMULATION MODULATOR ABATACEPT IN PATIENTS WITH ACTIVE RHEUMATOID ARTHRITIS AND AN INADEQUATE RESPONSE TO METHOTREXATE

R. Westhovens¹, J. Sibilia², G. Herrero-Beaumont³, J.J. Gómez-Reino⁴, E. Martín-Mola⁵, F. Navarro⁶, P. Emery⁷, R. Aranda⁸, J.C. Becker⁸, J. Teng⁸ y M. Dougados⁹

¹Department of Rheumatology, Universitaire Ziekenhuizen Leuven, Leuven, Belgium; ²Rheumatology Department and Immunopathology Laboratory, Centre Hospitalier Universitaire, Louis Pasteur University, Strasbourg, France; ³Joint and Bone Research Lab, Fundación Jimenez Diaz, Madrid, Spain; ⁴S. Rheumatology, Hospital Clínico Universitario de Santiago, Santiago de Compostela, Spain; ⁵S. Rheumatology, Hospital Universitario La Paz, Madrid, Spain; ⁶S. Rheumatology, Hospital Universitario Virgen Macarena, Seville, Spain; ⁷Department of Rheumatology and Rehabilitation, University of Leeds, Leeds, United Kingdom; ⁸Bristol-Myers Squibb, Princeton, NJ, United States; ⁹Rene Descartes University, Service de Rhumatologie B, Paris, France.

Objectives: In the AIM (Abatacept in Inadequate responders to Methotrexate [MTX]) trial, abatacept, a selective co-stimulation modulator, was shown to significantly improve ACR responses and physical function in patients with rheumatoid arthritis (RA)

and an inadequate response to MTX. Disease activity, inflammatory biomarkers and markers of immunopathology were assessed as factors that activate the inflammatory process.

Methods: AIM was a 1-year, randomized, double-blind, placebo-controlled, multicenter Phase III trial of a fixed dose of abatacept ~10 mg/kg (according to body weight) vs. placebo in patients with active RA despite MTX treatment. Patients continued with stable background MTX and were randomized to abatacept or placebo treatment on Days 1, 15 and 29, and every 4 weeks thereafter. The addition of one non-biologic DMARD (hydroxychloroquine, sulfasalazine, gold) was permitted between 6 and 12 months. Rates of remission (Disease Activity Score 28 [DAS28] <2,6) and low disease activity (DAS28 = 3,2) were evaluated. Serum levels of soluble interleukin-2 receptor (sIL-2R), IL-6, TNF-alpha, E-selectin, soluble intercellular adhesion molecule (sICAM)-1, rheumatoid factor (RF) and matrix metalloproteinase (MMP)-3 were measured by immunoassay.

Results: A total of 433 vs. 219 patients were randomized to abatacept vs. placebo treatment. Baseline characteristics were similar between groups with mean disease duration of 9 years and DAS28 values of 6.8 in both groups. Abatacept treatment induced significant reductions in disease activity through 1 year: 42,5% of abatacept-treated patients vs. 9,9% of placebo-treated patients had low disease activity (DAS28 = 3,2) and 23,8% vs. 1,9% were in remission (DAS28 <2,6) at 1 year (Table). Greater reductions in levels of all serum biomarkers were seen with abatacept compared with placebo. Abatacept was generally safe and well tolerated.

AIM - 1 year

Assessment, n (%)	Abatacept + MTX (n = 433)	Placebo + MTX (n = 219)
Low disease activity (DAS28 = 3,2)	180 (42,5)*	21 (9,9)
Remission (DAS28 < 2,6)	101 (23,8)*	4 (1,9)
Biomarker, mean change from baseline (SD)	Abatacept + MTX (n = 424)**	Placebo + MTX** (n = 214)
sIL-2R (pg/mL)	-562 (40,8)	-290 (88,0)
E-selectin (pg/mL)	-15,4 (4,4)	-9,9 (5,7)
sICAM-1 (pg/mL)	-80,0 (27,2)	-43,7 (16,3)
RF (IU/L)	-46,5 (11,4)	-5,8 (22,4)
IL-6 (pg/mL)	-23,4 (3,1)	-1,8 (5,2)
MMP-3 (ng/mL)	-41,0 (4,1)	-12,1 (5,0)
TNF-alpha (pg/mL)	-0,2 (1,0)	+1,2 (2,4)

*p < 0,001 vs. placebo; **Actual sample sizes vary depending on data availability.

Conclusion: Abatacept induces statistically significant and clinically meaningful reductions in disease activity as well as leading to decreases in the serum levels of multiple proinflammatory mediators, markers characteristic of T-cell activation and molecules involved in RA immunopathology, in patients with an inadequate response to MTX. These data support the use of this novel mechanism of action in the treatment of RA.

41

INFLUENCIA DEL SEXO SOBRE EL ESTADO DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB

J.A. Pinto, J.L. Fernández-Sueiro, M. Freire, M. Rodríguez-Gómez*, I. Rego, M.J. López-Armada, F.J. De Toro**, A. Atanes, G. Graña, J.C. Fernández-López, M. Acauso***, N. Oreiro, A. San Martín, T. Vázquez-Rodríguez, F. Galdo** y F.J. Blanco *Servicio de Reumatología-Unidad de Investigación del CHU Juan Canalejo (A Coruña), *CH Cristal-Piñor (Ourense), ***CAP San José y **Universidade de A Coruña.*

Objetivo: Analizamos la influencia del sexo sobre las características genéticas, clínicas, discapacidad y de respuesta al trata-

miento en pacientes con artritis reumatoide (AR) tratados con infliximab.

Métodos: Incluimos 108 pacientes con AR definida (criterios del ACR de 1987) con enfermedad activa que no respondió a FAMEs. Se recogieron las características demográficas, clínicas, analíticas, genéticas concernientes al HLA-DRB1 (PCR), discapacidad (índice HAQ) y la actividad de la enfermedad (índice DAS 28) al inicio del tratamiento con infliximab y tras 30 semanas. Se realizó el análisis estadístico en función del sexo mediante el SPSS 12.0. (chi cuadrado y t de Student).

Resultados: Había 82 mujeres y 26 varones (3:1), con una edad en el momento del diagnóstico de 40,5 + 13,7 y 44,0 + 10,2 años respectivamente (p 0,225) y una duración de la enfermedad de 11,8 + 8,2 y 11,2 + 5,8 años (p 0,716). El factor reumatoide era positivo en el 68,3% de mujeres y 92,3% de hombres (p 0,019). El 64,5% de mujeres y 75,0% de hombres tenían erosiones (p 0,706). La enfermedad nodular estaba presente en el 22,6% de las mujeres y el 14,3% de los varones (p 1.000). Ninguno de los polimorfismos HLA-DRB1 era más frecuente en hombres o mujeres. El epítipo compartido (EC) lo portaban 73,1% de varones y 63,4% de mujeres (0,578). En 95 pacientes se analizaron los índices de discapacidad (HAQ) y de actividad de la enfermedad (DAS28). Al inicio del tratamiento no había diferencias en el índice HAQ entre ambos sexos, 1,58 + 0,65 para las mujeres y 1,31 + 0,69 para los hombres (p 0,103), y tampoco a las 30 semanas, 1,15 + 0,64 y 0,97 + 0,67 respectivamente (p 0,252), con una mejoría de 0,42 + 0,56 en mujeres y 0,37 + 0,68 en hombre (p 0,574). En cuanto al DAS 28, este era significativamente mayor en las mujeres en el momento basal, 6,44 + 1,05 vs. 5,71 + 1,11 (p 0,004) y a las 30 semanas, 4,91 + 1,48 vs. 4,08 + 1,73 (p 0,02). El grado de mejoría en el DAS28 tras 30 semanas era similar en ambos sexos, 1,53 + 1,42 en mujeres y 1,62 + 1,77 en varones (p 0,790).

Conclusión: En nuestro estudio no observamos influencia del sexo en la edad de diagnóstico de la AR, enfermedad erosiva, nodular, presencia del epítipo compartido o en los valores del índice HAQ. Sí observamos influencia del sexo en la presencia de factor reumatoide y en el grado de actividad de la enfermedad. El sexo no influyó en la respuesta al tratamiento con infliximab.

42

RELACIÓN ENTRE FACTOR REUMATOIDE Y HLA-DRB1 EN LA ARTRITIS REUMATOIDE

J.A. Pinto, J.L. Fernández-Sueiro, M. Freire, M. Rodríguez-Gómez*, I. Rego, M.J. López-Armada, F.J. de Toro**, A. Atanes, G. Graña, J.C. Fernández-López, M. Acauso***, N. Oreiro, A. San Martín, T. Vázquez-Rodríguez, F. Galdo** y F.J. Blanco *Servicio de Reumatología-Unidad de Investigación del CHU Juan Canalejo (A Coruña), **CH Cristal-Piñor (Ourense), ***CAP San José y **Universidade de A Coruña.*

Objetivo: Analizar la relación entre la presencia de factor reumatoide (FR), características clínicas y los polimorfismos del HLA-DR en pacientes con artritis reumatoide (AR).

Métodos: Estudiamos 108 pacientes con AR (cumplían criterios ACR 1987) en los que se realizó genotipaje para el HLA-DRB1 (mediante PCR-SSP). Se recogieron las características epidemiológicas, analíticas y clínicas de los historiales clínicos. Se realizó estudio estadístico mediante el SPSS 12.0 (chi cuadrado).

Resultados: De los 108 pacientes con AR, el 72,8% tenían el factor reumatoide positivo. De estos, el 72,0% tenían enfermedad erosiva vs. 50% en seronegativos (p 0,08) y el 26,0% presentaban nódulos (p 0,202). El FR era positivo en más hombres que muje-

res (p 0,019). La edad de inicio de la enfermedad era menor en los pacientes con FR (-), 35,8 + 15,1 vs. 43,6 + 11,5 (p 0,006). El número de articulaciones inflamadas era mayor en los seropositivos 10,2 + 5,8 vs. 7,2 + 5,2 (p 0,026) así como el índice DAS28, 6,42 + 1,06 vs. 5,91 + 1,08 (p 0,045). Los pacientes con FR (-) presentaban mayor frecuencia de HLA-DRB1*07 (p 0,019) y menor de HLA-DRB1*13 (p 0,034), alelos que no portan el EC. De los 33 (30,5%) que portaban alelos *01 con EC fueron seropositivos el 66,6% (65% de los *0101 y 69,2% de los *0102) (p 0,260). Los 36 pacientes (33,3%) que portaban alelos *04 con EC presentaban una frecuencia de seropositividad del 88,8% (p 0,011): 86,4% de los *0401, 80% de *0404 y 100% de *0405. Los pacientes con alelos *01 sin EC tenían una frecuencia baja de seropositividad (p 0,004). De los 12 homocigotos para el EC 11 eran FR positivo (0,178).

Conclusión: Nuestros datos reflejan que la enfermedad se iniciaba antes en seronegativos, pero tenía mayor actividad en los seropositivos. Los alelos del HLA-DRB1*04 con epítipo compartido y HLA-DRB1*13 se asociaron con una mayor frecuencia de positividad para el factor reumatoide. Aquellos con alelos HLA-DRB1*07 y alelos del DR1 sin epítipo compartido tenían una mayor frecuencia de factor reumatoide negativo.

43

EL EPÍTOPO COMPARTIDO Y LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB EN ARTRITIS REUMATOIDE

J.A. Pinto, J.L. Fernández-Sueiro, M. Freire, M. Rodríguez-Gómez, J.L. Fernández-García, I. Rego, M.J. López-Armas, F. Galdo y F.J. Blanco
Servicio de Reumatología-Unidad de Investigación del CHU Juan Canalejo (A Coruña), CH Cristal-Piñor (Ourense) y Universidade de A Coruña.

Introducción: Los alelos del HLA-DRB1 que portan el epítipo compartido (EC) se han asociado con enfermedad más severa en pacientes con artritis reumatoide (AR). Este hecho podría influir en el grado de respuesta de estos enfermos a las terapias biológicas.

Objetivo: Analizamos la posible influencia del epítipo compartido (EC) sobre la respuesta al tratamiento en pacientes con artritis reumatoide (AR) tratados con infliximab.

Métodos: Incluimos 95 pacientes con AR definida (criterios del ACR de 1987) con enfermedad activa que no respondió a FAMEs, y 76 controles sanos. Se recogieron muestras de sangre periférica para extracción de ADN (determinación de HLA-DRB1 y TNF) y las características demográficas, clínicas, analíticas, discapacidad (índice HAQ) y la actividad de la enfermedad (índice DAS 28) al inicio del tratamiento con infliximab y tras 30 semanas. Se realizó el análisis estadístico mediante el SPSS 12.0. (chi cuadrado y t de Student).

Resultados: La frecuencia de los alelos del HLA-DRB1 en los pacientes con AR con respecto a los controles sanos fue mayor para los *01 (p 0,014) y los *04 (p < 0,001), y menor para el 07 (p < 0,001). Las características basales de los pacientes con AR fueron: 74% mujeres; edad al diagnóstico de 40,4 + 12,9 años (media + DE); duración de la enfermedad 11,8 + 7,9 años; 73,4% con factor reumatoide positivo; 65% con erosiones; 24,5% con nódulos; 25% TNFalfa-308A y 13% TNFalfa-238A; 63,3% portaban algún alelo del EC (EC+); VSG 40,6 + 22,0 mm/h; PCR 2,48 + 2,72 mg/dL; DAS28 6,26 + 1,10; HAQ 1,52 + 0,66. Cuando se dividió a los pacientes en 2 grupos según la presencia o ausencia de EC, no se observaron diferencias significativas entre ambos.

Basados en los criterios EULAR de respuesta, de los pacientes EC+ respondió un 53,0% y de los pacientes EC- un 59,0% (p 0,722). La mejoría en el DAS28 fue menor en pacientes con EC+ (1,44 + 1,49) que en pacientes EC- (1,76 + 1,54), (p 0,328). En los heterocigotos (SE+/-) había más diferencia (1,29 + 1,46 vs. 1,86 + 1,53) que en los homocigotos (SE+/-), pero no fue estadísticamente significativa (p 0,06).

Conclusión: Observamos mayor prevalencia del epítipo compartido en pacientes con AR (alelos del HLA-DRB1*01 y *04). El HLA-DRB1*07 fue más común en controles sanos. Nuestra observación de cierto grado de asociación entre el EC (en heterocigosis) y peor respuesta al tratamiento no fue estadísticamente significativa y debe ser confirmada en estudios más extensos.

44

ABATACEPT TREATMENT LEADS TO SIGNIFICANT IMPROVEMENT IN PHYSICAL FUNCTION AND HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN RA PATIENTS WITH INADEQUATE RESPONSES TO MTX AND ANTI-TNF THERAPY

T. Hammond¹, F. Navarro², J.J. Gómez Reino³, F.J. Blanco⁴, E. Martín-Mola⁵, G. Herrero-Beaumont⁶, J. Tornero-Molina⁷, T. Li⁸, A. Covucci⁸, J. Teng⁸, Y. Zhou⁸ y P. Emery⁹

¹Maidstone Hospital, Maidstone, Kent, United Kingdom; ²S. Rheumatology, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, Spain; ³S. Rheumatology, Hospital Clínico Universitario de Santiago, Santiago de Compostela, Spain; ⁴S. Rheumatology, CH Universitario Juan Canalejo, La Coruña, Spain; ⁵S. Rheumatology, Hospital Universitario La Paz, Madrid, Spain; ⁶Joint and Bone Research Lab, Fundación Jiménez Díaz, Madrid, Spain; ⁷S Rheumatology, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, Spain ⁸Bristol-Myers Squibb, Princeton, NJ, United States; ⁹Department of Rheumatology and Rehabilitation, University of Leeds, Leeds, United Kingdom.

Objectives: Abatacept, a selective co-stimulation modulator, is the first in a new class of agents for the treatment of rheumatoid arthritis (RA). It has previously shown clinical benefit in RA patients with an inadequate response to methotrexate (MTX) or anti-tumor necrosis factor (TNF) therapy^{1,2}. The effects of abatacept on several aspects of health-related quality of life (HRQoL) were assessed in both patient populations.

Methods: AIM (Abatacept in Inadequate responders to Methotrexate) and ATTAIn (Abatacept Trial in Treatment of Anti-TNF INadequate responders) were randomized, double-blind, placebo-controlled, multicenter, Phase III trials that assessed the efficacy and safety of abatacept. Patients were randomized to receive a fixed dose of abatacept ~ 10 mg/kg (according to body weight) or placebo. In the AIM study, patients continued with background MTX. All patients in the ATTAIn study washed out anti-TNF therapy prior to the start of the trial but remained on background disease-modifying antirheumatic drugs (DMARDs). Data are also presented from a long-term extension of a Phase IIb trial of abatacept + MTX in patients with an inadequate response to MTX. Using the physical and mental component summaries (PCS and MCS, respectively) of the Short Form-36 (SF-36), HRQoL was also assessed. Sleep quality was assessed in the Phase III trials using the Medical Outcomes Study Sleep Scale (MOS-Sleep) and fatigue was measured using a 100 mm fatigue Visual Analog Scale.

Results: Baseline characteristics were similar between groups for all trials. In both ATTAIn and AIM, abatacept significantly improved aspects of HRQoL compared with placebo (Table). Res-

ponses of a comparable magnitude in the PCS, MCS and pain were seen over 3 years in the Phase IIb trial (Table).

Change in score from baseline (standard error)	Phase III ATTAIn trial 6 months		Phase III AIM trial 1 year		Phase IIb trial		
	Abatacept + DMARDs (n = 256)	Placebo + DMARDs (n = 133)	Abatacept + MTX (n = 424)	Placebo + MTX (n = 214)	1 year* Abatacept + MTX (n = 84)	2 years Abatacept + MTX (n = 84)	3 years Abatacept + MTX (n = 84)
SF-36 PCS	6,6 (0,6)*	1,1 (0,8)	9,1 (0,4)*	5,0 (0,6)	9,7 (1,1)	9,2 (1,2)	9,3 (1,2)
SF-36 MCS	5,2 (0,6)**	2,1 (0,9)	6,9 (0,5)**	4,7 (0,7)	6,1 (1,2)	4,6 (1,3)	4,0 (1,2)
Pain (% improvement from baseline)	28,6 (5,7)**	4,4 (4,0)	50,5 (4,0)*	8,0 (5,7)	52,4 (5,7)	50,2 (6,6)	55,6 (5,3)
MOS-Sleep	-9,4 (1,0)*	-2,8 (1,3)	-10,4 (0,7)**	-6,8 (1,0)	-	-	-
Fatigue	-21,9 (1,6)*	-6,0 (2,3)	-26,5 (1,2)*	-16,4 (1,7)	-	-	-

*Blinded, placebo-controlled phase; *p < 0,001; **p < 0,05, both versus placebo.

Conclusions: In both patient populations assessed, abatacept-treated patients experienced improved HRQoL and sleep as well as reduced pain and fatigue. Similar improvements seen in the Phase IIb trial were sustained over 3 years, demonstrating the consistent patient-centred benefits of abatacept.

1. Kremer JM, et al. *Arthritis Rheum* 2005; 52(8): 2263-2271.
2. Genovese MC, et al. *N Engl J Med* 2005; 353(11): 1114-1123.

45

ABATACEPT PROVIDES SIGNIFICANT AND CLINICALLY MEANINGFUL EFFICACY AND REDUCES SERUM BIOMARKER LEVELS IN RHEUMATOID ARTHRITIS PATIENTS WITH AN INADEQUATE RESPONSE TO ANTI-TNF THERAPY

M. Dougados¹, M. Luggen², F.J. Blanco³, J.J. Gómez-Reino⁴, F. Navarro⁵, E. Martín-Mola⁶, G. Herrero-Beaumont⁷, J. Tornero-Molina⁸, J.C. Becker⁹, R. Aranda⁹ y P. Emery¹⁰

¹Rene Descartes University, Service de Rhumatologie B, Paris, France; ²University of Cincinnati Medical Center, Cincinnati, OH, United States; ³S. Rheumatology, CH Universitario Juan Canalejo, La Coruña, Spain; ⁴S. Rheumatology, Hospital Clínico Universitario de Santiago, Santiago de Compostela, Spain; ⁵S. Rheumatology, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, Spain; ⁶S. Rheumatology, Hospital Universitario La Paz, Madrid, Spain; ⁷Joint and Bone Research Lab, Fundación Jiménez Díaz, Madrid, Spain; ⁸S. Rheumatology, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, Spain; ⁹Bristol-Myers Squibb, Princeton, NJ, United States; ¹⁰Department of Rheumatology and Rehabilitation, University of Leeds, Leeds, United Kingdom

Objectives: In the ATTAIn (Abatacept Trial in Treatment of Anti-TNF Inadequate Responders) trial, abatacept, a selective co-stimulation modulator, was shown to significantly improve ACR responses and physical function in patients with rheumatoid arthritis (RA) and an inadequate response to anti-TNF therapy. Disease activity and inflammatory biomarkers and markers of immunopathology were also assessed, as these markers activate the inflammatory process.

Methods: ATTAIn was a 6-month, randomized, double-blind, placebo-controlled, multicenter, Phase III trial of abatacept ~ 10 mg/kg (according to body weight) vs. placebo in patients with active RA who were not responding adequately to ≥ 3 months of anti-TNF-alpha therapy (etanercept and/or infliximab). Randomized patients had discontinued all anti-TNF-alpha therapy due to a lack of efficacy. Study medication was administered on Days 1, 15 and 29, and every 4 weeks thereafter. Rates of remission (Disease Activity Score 28 [DAS28] <2,6) and low disease activity

(DAS28 ≤ 3,2) were assessed over 6 months. Serum levels of soluble interleukin-2 receptor (sIL-2R), IL-6, TNF-alpha, E-selectin, soluble intercellular adhesion molecule (sICAM)-1, rheumatoid factor (RF) and matrix metalloproteinase (MMP)-3 were measured by immunoassay.

Results: A total of 258 and 133 patients were randomized to abatacept and placebo, respectively. Baseline characteristics were similar between groups, with mean disease duration ~ 12 years and DAS28 values of 6,9 in both groups. All patients received one or more background disease-modifying antirheumatic drug (DMARD). Abatacept treatment induced significant reductions in disease activity through 6 months: 17,1% of abatacept-treated patients vs. 3,1% of placebo-treated patients had low disease activity (DAS28 ≤ 3,2) and 10,0% vs. 0,8% were in DAS28-defined remission (DAS28 <2,6) (Table). Greater reductions in levels of all serum biomarkers were seen with abatacept compared with placebo (Table). Abatacept was generally safe and well tolerated.

Assessment (n [%])	ATTAIn - 6 months Abatacept + DMARDs (n = 256)	ATTAIn - 6 months Placebo + DMARDs (n = 133)
Low disease activity (DAS28 ≤ 3,2)	43 (17,1)*	4 (3,1)
Remission (DAS28 <2,6)	25 (10,0)*	1 (0,8)
Biomarker, mean change from baseline (SD)		
sIL-2R (pg/mL)	-565 (40,4)	-36,1 (77,4)
E-selectin (pg/mL)	-10,6 (5,0)	6,5 (4,3)
sICAM-1 (pg/mL)	-22,2 (16,6)	-29,5 (20,2)
RF (IU/L)	-77,3 (19,5)	-32,4 (17,9)
IL-6 (pg/mL)	-24,4 (4,5)	4,7 (8,1)
MMP-3 (ng/mL)	-37,0 (6,4)	-9,6 (11,5)
TNF-alpha (pg/mL)	-13,5 (4,1)	5,9 (8,3)
CRP (mg/dL)	-2,3 (0,3)	-0,02 (0,3)

* p < 0,001 vs. placebo

Conclusion: Abatacept demonstrated clinical efficacy, as observed by significant improvements in disease activity in RA patients with active disease and an inadequate response to an anti-TNF therapy. Combined with decreases in the serum levels of multiple proinflammatory mediators, markers characteristic of T-cell activation and molecules involved in RA immunopathology, these data support the use of this new mechanism of action in the treatment of RA.

46

REGULACIÓN DE LOS ANTICUERPOS ANTI PÉPTIDOS CÍCLICOS CITRULINADOS Y EL FACTOR REUMATOIDE POR EL HLA DE CLASE II EN LA ARTRITIS REUMATOIDE

A. Balsa¹, G. Orozco², D. Pascual-Salcedo³, T. Cobo¹, M.E. Miranda¹, M.A. López-Nevot⁴, J.L. Vicario⁵, J. Martín¹ y E. Martín-Mola¹

¹Servicio de Reumatología e ³Inmunología. Hospital Universitario La Paz, Madrid. ²Centro de Transfusión de la CAM, ⁴Instituto de Parasitología "López-Neira", ⁵Hospital Virgen de las Nieves Granada.

Objetivo: Investigar la asociación entre la producción de anticuerpos anti péptidos cíclicos citrulinados (anti-CCP) y el factor reumatoide (FR) y los antígenos de histocompatibilidad de clase II (DR y DQ) en la artritis reumatoide (AR).

Pacientes y métodos: Se han estudiado 131 pacientes de una cohorte de AR de reciente comienzo. Se determinó la presencia de Ac anti-CCP por ELISA y el FR por nefelometría. Se identifica-

ron los alelos del HLA DR y DQ por PCR e hibridación con oligonucleótidos específicos.

Resultados: El FR y los anti-CCP aparecían en 88 (67%) y 85 (65%) pacientes respectivamente. El epítipo reumatoide (ER) (HLADRB1*0101, *0102, *0401, *0404, *0405, *0408 y *1001) en 73 (56%), el epítipo protector (EP) DERAA (HLADRB1*0103, *0402, *1102, *1103, *1301, *1302 y *1304) en 32 (24%) y el HLA DR3 en 24 (18%) pacientes. Existía asociación entre el FR y los anti-CCP ya que coincidían en 76 (86%) pacientes; OR 23,93, 95% CI (8,43-70,68). El FR y los anti-CCP se asociaron con el HLA DR con el EC; OR 4,95 (2,10-11,82) y 4,44 (1,93-10,32) respectivamente. No se pudo demostrar una independencia de la asociación entre el HLA DR con el EC y los anti-CCP independientemente del FR. La presencia del HLA DR con el EP (DERAA) y el HLA DR3 se asociaron con una menor frecuencia de Ac anti-CCP; OR 0,37 (0,15-0,89) y OR 0,3 (0,11-0,83) respectivamente pero no tuvieron ningún efecto en la presencia del FR; OR 1,10 (0,43-2,83) y OR 0,78 (0,28-2,15). No se observó un efecto independiente del HLA DR del HLA DQ.

Conclusiones: El HLA-DRB1 con el EC se asocia de manera significativa con la producción del FR y los Ac anti-CCP. En contraste, los alelos HLA DR3 y el HLA DR con el EP DERAA se asocian con una AR con anti-CCP negativo pero no influyen en la presencia del FR. Estos datos subrayan la complejidad de la carga genética sobre el fenotipo de la AR.

47

CONSUMO DE CALCITONINAS EN LA COMUNIDAD VALENCIANA (2000-2004)

M. Colomer¹, R. Broseta², L. Monzón¹ y F. Fernández-Llimos³
¹Grupo de investigación en Farmacia Práctica de Valencia (GIFPV), ²Agencia Valenciana de la Salud, ³Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica. Universidad de Granada (GLAF-UGR).

Las actuales guías de práctica clínica han relegado las calcitoninas a un segundo plano en la terapéutica antiosteoporótica.

Objetivo: Evaluar la evolución del consumo de productos a base de calcitoninas (grupo ATC: H05BA) en la Comunidad valenciana entre los años 2000 y 2004.

Métodos: Se han obtenido del Sistema Gaia de la Consellería de Sanitat, los datos de prescripción de medicamentos del grupo terapéutico H05BA correspondientes a los años del 2000 al 2004, con detalle por áreas de salud. Se ha estudiado la evolución de los consumos en DDD y en DDD/1000Habitantes/Día (DHD), y se han realizado regresiones lineales para comparar las pendientes de las rectas de ajuste.

Resultados: En la Comunidad Valenciana, entre 2000 y 2004 se han prescrito calcitoninas por valor de 65.391.277,55 euros, correspondiéndose a 20.074.773,66 DDD. La evolución durante estos 5 años ha sido ligeramente decreciente, con una recta ajustada ($R^2 = 0,62$) que comienza en 3,5 DHD y finaliza en 2,2 DHD. El mayor consumo final (dic-2004) se realiza en las áreas 14 (4,14DHD), 7 (3,10DHD) y 13 (2,80DHD). Las menores reducciones de consumo durante los 5 años se han producido en las áreas 18 (pdte = +0,00004), 14 (pdte = -0,0009) y 19 (pdte = -0,0091).

Conclusiones: El consumo de Calcitoninas en la Comunidad Valenciana sigue siendo alto: más de 2 personas de cada 1000. La reducción de ese consumo no es todo lo rápida que cabría esperar, según las recomendaciones de las guías de práctica clínica, incluso en algunas áreas el consumo ha crecido o no ha disminuido prácticamente nada.

48

ARTRITIS REUMATOIDE Y AFECTACIÓN PULMONAR

L. de Prado¹, M. Rodríguez-Carballeira, F. Moyá, L. Esteban, E. Buxó y J. Granados

¹Reumatología, Medicina Interna, Neumología. Hospital Mútua de Terrassa (Barcelona).

Objetivos: La afectación pulmonar en la Artritis Reumatoide (AR) puede relacionarse con la enfermedad de base o los tratamientos realizados, especialmente Metotrexate (MTX). El objetivo del trabajo fue estudiar la prevalencia de la afectación pulmonar en la AR, sus características clínicas, radiológicas y de funcionalismo respiratorio, su evolución y tratamiento y su asociación con las características y tratamientos de la AR.

Material y métodos: Se incluyeron prospectivamente las AR visitadas en un periodo de 9 meses. Se valoraron: datos demográficos (edad y sexo), características de la AR (tiempo de evolución, tratamientos, presencia de erosiones, prótesis, factor reumatoide (FR), reactantes de fase aguda (RFA), remisión, complicaciones extraarticulares), datos relativos a posible afectación respiratoria, Rx de tórax y TAC tórax en casos de duda, funcionalismo respiratorio (espirometría, volúmenes pulmonares y difusión) y evolución clínica de la neumopatía.

Resultados: Se incluyeron 70 pacientes con AR, 64% mujeres, edad media 58 +/- 15 años. La mediana de evolución de la AR fue de 9 años (1-33), estaban en tratamiento con MTX el 57% y lo habían estado en algún momento el 75%, el 47% presentaba erosiones y el 14% era portador de prótesis. La VSG media fue de 22mm, la PCR de 11mg/L, el 70% tenían FR positivo y estaban en remisión el 40% de los pacientes. Un 20% eran fumadores, el 13% tenía algún síntoma respiratorio y en el 7% existía factor de riesgo epidemiológico para neumopatía intersticial. La RX simple fue patológica en el 19% (1 fibrosis, 1 con nódulos, 1 patrón intersticial y 10 cambios inespecíficos). La TAC demostró nódulos en otros 2 casos, por lo que la alteración radiológica estuvo presente en el 21% (15) de los pacientes. En el estudio funcional respiratorio se halló: espirometría obstructiva en 7 (3 fumadores) y restrictiva en 7 (0 fumadores), y el patrón de difusión estaba alterado en el 30%. De los 7 con alteración restrictiva el 86% tenía alteración radiológica. La presencia de alteración radiológica no se asoció con el tiempo de evolución de la AR (10+/-3 vs. 11+/-8; p = 0,6), el tratamiento con MTX (73% vs. 76%; p = 1), presencia de erosiones (40% vs. 49%; p = 0,5), prótesis (0% vs. 18%; p = 0,1), FR positivo (80% vs. 67%; p = 0,5), RFA ni complicaciones extraarticulares (13% vs. 24%; p = 0,4). Sí se halló asociación con la presencia de síntomas respiratorios (53% vs. 2%; p < 0,001; OR 62; IC 95%: 7-570), la restricción espirométrica (31% vs. 6%; p < 0,001; OR 6,3; IC 95%: 1-39), la disminución en la DLCO (67% vs. 24%; p = 0,01; OR 6,3; IC 95%: 1-39) y la edad (65+/-13 vs. 55+/-14; p < 0,01), de forma que los pacientes con alteración radiológica eran mayores. En cuanto a su evolución, ninguno de los pacientes recibió tratamiento específico para la afectación pulmonar, sólo seguimiento clínico y funcional; el afecto de fibrosis falleció y el paciente con neumopatía intersticial ha permanecido clínica y funcionalmente estable, tras un cambio de tratamiento para la artritis (MTX por Etanercept).

Conclusiones: Uno de cada cinco pacientes con AR presenta afectación radiológica pulmonar. Ésta suele cursar con síntomas respiratorios, alteración espirométrica restrictiva, disminución de la DLCO y es más frecuente en pacientes de mayor edad. No se asocia al tratamiento con MTX, el tiempo de evolución, la agresividad ni las manifestaciones extraarticulares de la AR. No suele requerir tratamiento específico.

FIBROMIALGIA EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

X. Juanola, I. Castellví, C. Masuet*, L. Sánchez-Riera, B. Bernad, J. Rodríguez-Moreno y J.M. Nolla

*Hospital Universitari de Bellvitge. Servicio de Reumatología, *Servicio de Medicina Preventiva. L' Hospitalet de Llobregat (Barcelona).*

Introducción: La prevalencia de la fibromialgia (FM) en la población general es del 4,8% en mujeres y del 0,2% en hombres y diversos estudios han indicado una mayor prevalencia en pacientes afectados de enfermedades articulares de naturaleza inflamatoria como la artritis reumatoide o el lupus eritematoso sistémico. En la espondilitis anquilosante (EA) apenas existen estudios que valoren presencia de FM y su relación con variables de la enfermedad.

Objetivos: Conocer la prevalencia de FM en pacientes afectados de EA y determinar las variables demográficas, clínicas, analíticas, metrológicas y radiológicas que pueden condicionar su presencia.

Pacientes y métodos: Estudio transversal realizado en 160 pacientes (122 hombres y 38 mujeres) afectados de EA según los criterios modificados de Nueva York y controlados de forma protocolizada. Se recogieron las siguientes variables: edad, género, estado civil, nivel de estudios, situación laboral, tiempo de evolución, edad de inicio, presencia de artritis periférica, escala visual analógica (EVA) del dolor, dolor nocturno, actividad de la enfermedad valorada por el paciente (EVA), presencia de uveítis, cirugía previa del aparato locomotor, comorbilidad, hábito tabáquico, BASFI, HAQEA, BASDAI, presencia de HLA B27, VSG, PCR, prueba de Schober modificada, expansión torácica, distancia occipucio pared, grado radiológico de sacroileítis, BASRI de columna cervical, lumbar y caderas, presencia de depresión valorada mediante el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y la presencia de ansiedad valorada mediante el State Trait Anxiety Inventory (STAI). El diagnóstico de FM se estableció mediante los criterios de la ACR de 1990. El análisis estadístico se realizó mediante la prueba de Chi cuadrado para variables cualitativas y la T de Student o la U Mann-Whitney para variables cuantitativas.

Resultados: Sólo uno de los 122 hombres presentó criterios de FM (0,8%) mientras que 11 de las 38 mujeres (28,9%) cumplían criterios ($p < 0,001$). En las mujeres la presencia de FM se relacionó de forma estadísticamente significativa con la EAV de la enfermedad valorada por el paciente ($p < 0,001$), EAV del dolor ($p = 0,001$), HAQEA ($p = 0,003$), BASDAI ($p < 0,001$), BASFI ($p < 0,001$), STAI y BDI ($p = 0,008$). No se observaron relaciones estadísticamente significativas con el resto de variables.

Conclusiones: La FM es una comorbilidad asociada frecuentemente en mujeres afectas de EA con una prevalencia superior a la descrita en la población general. Los varones con EA no suelen presentar FM. La presencia de FM en mujeres se asocia con variables clínicas, funcionales y presencia de trastornos psicológicos.

EFFECTIVIDAD DE UNA CONSULTA REUMATOLÓGICA EN REDUCIR LA LISTA DE ESPERA DE PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA

L. Sánchez-Riera, C. Gómez-Vaquero, X. Juanola, J. Rodríguez-Moreno, I. Castellví y J.M. Nolla

Servicio de Reumatología. Hospital Universitari de Bellvitge. L' Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

Introducción: La prótesis total de rodilla (PTR) genera una de las listas de espera más largas para intervenciones quirúrgicas pro-

gramadas. Recientemente un organismo oficial (AATM) ha diseñado un cuestionario para la priorización de los pacientes afectados de artrosis de rodilla en lista de espera. Se establece una puntuación de 0 a 100, dónde se pondera la gravedad estructural, el dolor, la probabilidad de recuperación funcional, la funcionalidad para las actividades de la vida diaria, la funcionalidad laboral, la presencia de cuidadores y tener otros individuos a cargo.

Objetivo: Evaluar la efectividad de una consulta de reumatología sobre la lista de espera de pacientes con indicación de PTR realizada por Traumatología de área.

Pacientes y métodos: Desde julio del 2003 hasta julio del 2004 se visitaron en la consulta externa de Reumatología de un hospital universitario terciario 135 pacientes (90 mujeres y 45 hombres) derivados de traumatólogo de área por indicación de PTR. Se les aplicó el cuestionario de la AATM para PTR; según la puntuación obtenida y el criterio del reumatólogo, se remitía el paciente a consultas de Traumatología del hospital. Se determinó el porcentaje de pacientes remitidos a Traumatología, el porcentaje de entradas en lista de espera y las puntuaciones medias en el cuestionario de la AATM. También se revisó el número de pacientes que entraron en lista de espera de PTR en los últimos 6 años. Los resultados se analizaron mediante el programa estadístico SPSS para Windows 12.0.

Resultados: La edad media fue de $68,6 \pm 9,3$ años. Sesenta y cuatro (47%) pacientes fueron derivados a Traumatología, de los que 46 (72%) entraron en lista de espera (34% del total). De los pacientes no remitidos a Traumatología, 27 fueron revalorados en el período de seguimiento (24 meses) y 9 de ellos (7% del total) entraron en lista de espera. Los pacientes derivados a Traumatología tenían mayor edad ($70,4 \pm 8,7$ vs. $67,1 \pm 9,6$, $p < 0,05$), mayor puntuación media en el cuestionario de la AATM ($54,5 \pm 16,3$ vs. $38,7 \pm 20,2$, $p < 0,01$), mayor gravedad estructural ($p < 0,05$), mayor dolor ($p < 0,01$) y más limitación para las actividades de la vida diaria ($p < 0,01$). Los pacientes que entraron en lista de espera tenían mayor edad ($71,2 \pm 6,7$ vs. $66,9 \pm 10,4$, $p < 0,05$), mayor puntuación media en el cuestionario de la AATM ($59,8 \pm 13,5$ vs. $36,8 \pm 18,3$, $p < 0,01$), mayor gravedad estructural ($p < 0,01$), mayor dolor ($p < 0,01$) y más limitación para las actividades de la vida diaria ($p < 0,01$). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas para las variables de probabilidad de recuperación, funcionalidad laboral, presencia de cuidadores ni individuos a cargo. El punto de corte del cuestionario de la AATM para la entrada en lista de espera (sugerido en 60) no se correlacionó con la decisión de remitir el paciente a Traumatología. La tendencia ascendente de pacientes que entraron en lista de espera del 2000 al 2004 (252, 312, 380, 407 y 466, respectivamente) se invirtió en el año 2005 (365).

Conclusiones: La consulta reumatológica previa a la valoración de Traumatología hospitalaria es efectiva en reducir las entradas en lista de espera de PTR. El punto de corte para su indicación en el cuestionario de la AATM de 60 no se correlaciona con el criterio de los clínicos. Es probable que este cuestionario deba ser utilizado como sistema de priorización y no como método de cribaje.

POSITIVIDAD DE LA PRUEBA DE LA TUBERCULINA EN PACIENTES TRIBUTARIOS DE TERAPIA BIOLÓGICA

X. Juanola, D. Reina, C. Gómez-Vaquero, E. Sirvent, N. Busquets, I. Castellví y J.M. Nolla

Hospital Universitari Bellvitge. Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

Introducción: La utilización de terapia anti-TNF se ha relacionado con el desarrollo clínico de tuberculosis, por lo que se reco-

mienda realizar un cribaje protocolizado de infección de tuberculosis latente mediante la prueba de tuberculina (PPD). Los pacientes con artritis reumatoide (AR) pertenecen a una población potencialmente inmunodeprimida y en un estudio reciente se ha observado una respuesta atenuada del PPD respecto a la población normal. En nuestro medio no disponemos de datos acerca de la prevalencia de PPD positivo en pacientes afectados de enfermedades articulares inflamatorias.

Objetivo: Estudiar la respuesta a la prueba de la tuberculina inicial y repetida a los 7-15 días (booster) en pacientes tributarios de tratamiento con anti TNF afectados de AR, espondilitis anquilosante (EA) y artropatía psoriásica (APs) y comparar la positividad de dichas pruebas entre estas enfermedades.

Pacientes y métodos: Se han incluido 177 pacientes con criterios para la utilización de terapia anti TNF según el consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre terapia biológica. Previo al inicio del tratamiento a todos los pacientes se les ha realizado un PPD con 2 UT RT23, considerándose positivo una induración mayor a 5 mm a las 48-72 horas. Aquellos pacientes con PPD negativo se les ha realizado una nueva prueba de tuberculina entre 1 y 2 semanas después considerándose también positivo una induración superior a 5 mm. Se han recogido las características de los pacientes incluyendo las variables siguientes: diagnóstico, edad, género, edad de inicio y tiempo de evolución de la enfermedad. Se ha realizado un análisis descriptivo y un estudio analítico para determinar la posible asociación entre las variables incluidas con el resultado del PPD y booster.

Resultados: Los pacientes incluidos fueron 130 AR (21 hombres y 109 mujeres), 25 EA (18 hombres y 7 mujeres) y 22 APs (13 hombres y 8 mujeres) con una edad media de 56+/-12, 47+/-12 y 51+/-12 años respectivamente. En la AR 19 de los 130 pacientes (15%) presentaron PPD positivo y otros 5 (4%) fueron positivos en el booster. En la EA 2 de los 25 pacientes (8%) presentaron PPD positivo y otro (4%) fue positivo en el booster. En la APs 3 de los 22 pacientes (13%) presentaron PPD positivo y otros 2 (10%) fueron positivos en el booster. No se han encontrado relaciones significativas entre la positividad del PPD o booster y el diagnóstico, la edad ni el resto de variables estudiadas.

Conclusiones: No hay diferencias en la positividad de la prueba de la tuberculina y booster entre la AR y el resto de enfermedades articulares inflamatorias.

52

ARTRITIS REACTIVA Y OTRAS MANIFESTACIONES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS TRAS UNA TOXIINFECCIÓN ALIMENTARIA COMUNITARIA POR SALMONELLA HADAR

J. Beltrán Fabregat, A. Arnedo, J.B. Bellido, C. Herrero, M.A. Romeu, M. Tirado, B. Vila, R. Escoms y M.R. Pac
Sección Reumatología y Laboratorio Microbiología Hospital General. Castellón, Sección Epidemiología. Centro Salud Pública. Castellón, Laboratorios Microbiología. Hospital La Plana (Vila-Real) y Hospital Sagunto, Oficina Plan del Cáncer. Dirección General Salud Pública. Valencia.

Objetivo: Estimar la incidencia de artritis reactiva (ARe) y manifestaciones músculo-esqueléticas entre las personas afectadas por una toxiinfección alimentaria comunitaria por S. Hadar.

Material y métodos: Se llevo a cabo un estudio de cohorte prospectivo de una toxiinfección alimentaria comunitaria por consumo de pollo asado envasado de procedencia industrial, contaminado con S. Hadar en el Área 2 de la provincia de Castellón en Julio de 2005. La población del estudio se compuso de una cohorte de 162 casos de gastroenteritis y 100 personas no afectadas

familiares de los casos. Se utilizó un cuestionario sobre síntomas basado en Buxton et al (J Rheumatol 2002), cumplimentado por teléfono a los tres meses de la toxiinfección. Posteriormente, un reumatólogo (JBF) valoró mediante anamnesis, examen clínico y analítico en su caso, a los pacientes con sintomatología músculo-esquelética según el cuestionario telefónico, para determinar la ARe y otros síntomas como entesitis, artralgias, y dactilitis. Se definió como ARe la presencia de oligoartritis y/o dolor lumbar inflamatorio entre una semana a dos meses después de la toxiinfección. Se estimaron riesgos relativos (RR), y los intervalos de confianza del 95%.

Resultados: Sobre las 262 personas de la población de estudio, se entrevistó por teléfono a 248 (participación 94,7%), 158 casos y 90 no afectados. De los casos, sufrieron síntomas músculo-esqueléticos 69 pacientes (43,7%), y de los no afectados, 7 personas (7,8%), con un RR de 5,61 (2,70-11,69). En el momento actual, 38 personas con dichos síntomas (50%) han sido examinadas por el reumatólogo y se han detectado 12 ARe, y 4 entesopatías y 2 artralgias aisladas. todas ellas entre los casos de gastroenteritis. La incidencia estimada de ARe ha sido del 7,6% entre los 158 casos y 0 entre los no afectados (p = 0,005). Sobre los pacientes con coprocultivo positivo a S.Hadar, la incidencia de ARe ha sido del 6,3 (4/64).

Conclusiones: La incidencia de ARe y otras manifestaciones músculo-esqueléticas fueron elevadas. Se evidencia la importancia de la patología reactiva del aparato locomotor posterior a la infección por S. Hadar.

53

UVEITIS ANTERIOR AGUDA COMO SÍNTOMA GUÍA DE ESPONDILOARTROPATIAS SERONEGATIVAS

M. Picazo Talavera*, S. Durán** y J. de la Mata*

**Servicio de Reumatología, **Servicio de Oftalmología. Hospital de la Zarzuela. Madrid.*

Objetivo: Determinar la importancia de la Uveítis Aguda Anterior (UAA) como síntoma guía en el diagnóstico de espondiloartropatías seronegativas (ESN) previamente desconocidas.

Métodos: Estudio descriptivo de 122 pacientes con UAA vistos por primera vez en el servicio de oftalmología y remitidos a nuestra unidad para estudio. Se excluyeron a los pacientes con otros tipos de uveítis distintas de UAA o con ESN ya diagnosticadas. Todos los pacientes fueron sometidos a una anamnesis y exploración reumatológica completa y a todos se les pidió RX tórax, serología lúes y HLA B27. A los HLA B27 (+) y a los pacientes con lumbalgia crónica se les pidió además RX sacroilíacas. A los pacientes con diarrea o dolor abdominal crónico se les pidió colonoscopia.

Resultados: El 27,4% de las UAA estudiadas fueron HLA B27 (+). De éstas, el 35,2% tenía datos radiológicos de sacroileítis, siendo bilateral en el 83,3% y unilateral el 16,6%. Todos los casos de UAA con HLA B27 (+) y sacroileítis (uni o bilateral) presentaban además criterios clínicos suficientes para el diagnóstico de algún tipo de ESN previamente desconocida. En los pacientes con HLA B27 (-) y lumbalgia crónica, se detectó sacroileítis en el 3,3% pero no fue posible el diagnóstico de ESN por ausencia de clínica acompañante. En esta serie la UAA unilateral recidivante no presentó mayor incidencia de ESN.

Conclusiones: Este estudio corrobora que existe un apreciable porcentaje de pacientes con ESN que no son diagnosticados hasta que un UAA motiva una consulta especializada. En consecuencia, la UAA debe ser considerada como un síntoma guía para al diagnóstico de muchas ESN que, debido a una sintomatología articular indolente, no han requerido estudio reumatológico previo.

SEGURIDAD Y SUPERVIVENCIA A LARGO PLAZO DE BOSENTÁN EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA

J.J. Alegre-Sancho, J.A. Román-Ivorra, C. Chalmeta-Verdejo, L. Abad-Franch, C. Alcañiz-Escandell, N. Fernández-Llanio Comella, R. Hortal-Alonso, J. Ivorra-Cortés, S. Muñoz-Gil, M.A. Pareja-Lázaro y J.M. Senabre-Gallego
Sección de Reumatología. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia.

Introducción: Bosentán es un fármaco eficaz y con un buen perfil de seguridad en el tratamiento de complicaciones de la Esclerosis Sistémica (ES). Se ha descrito una supervivencia terapéutica de bosentán del 77% a los 24 meses en pacientes con hipertensión arterial pulmonar idiopática (McLaughlin W, et al. Eur Respir J 2005; 25: 244-9); sin embargo, no se han comunicado datos de supervivencia en pacientes con ES o con otras indicaciones del fármaco.

Objetivo: Describir la seguridad a largo plazo del tratamiento con bosentán en pacientes con ES en la práctica clínica diaria, describiendo y analizando la supervivencia del fármaco y los motivos de abandono.

Pacientes y métodos: Pacientes con ES tratados con bosentán, según la pauta habitual. Los pacientes se monitorizan de forma protocolizada, registrando basalmente el sexo y edad, diagnóstico, tiempo de evolución de la ES y la indicación del tratamiento con bosentán. Se han recogido los acontecimientos adversos (AA) y los motivos de retirada. Las diferencias entre los pacientes se han analizado con la prueba de chi-cuadrado, y se han utilizado curvas de Kaplan Meier para el análisis de supervivencia.

Resultados: Desde feb-03 hasta ene-06, 19 pacientes con ES (18 mujeres y 1 varón; edad media: 53 + 18 años) han iniciado tratamiento con bosentán (13 ESL, 6 ESD; tiempo medio de evolución de la ES: 13 + 10 años): 6 pacientes (32%) por hipertensión arterial pulmonar (HAP), y 13 pacientes (68%) por úlceras digitales isquémicas (UDI) refractarias (uso compasivo). Seguridad: Se ha observado la aparición de "flushing" (42%), cefalea (10%), náuseas (5%), y leve hipotensión (5%) al inicio y/o al aumentar dosis. Un 79% (15) han presentado descensos ligeros de Hb, y hasta un 37% (7) alteración de la función hepática (AFH). Esta AFH ha sido el AA más importante y responsable del único AA grave: una hepatitis aguda colostásica. Otros AA más tardíos reflejan vasodilatación: eritromelalgia (16%), hipertricosis (21%), hiperhidrosis (16%), y aumento de telangiectasias (16%). 1 paciente (5%) reflejó un aumento de su reflujo gastroesofágico (RGE). 7 pacientes (37%) han presentado infecciones repetidas de las UDI, 1 complicada con osteitis. Se ha observado que la hipertricosis es más frecuente en pacientes con ESD (p: 0,004), no encontrando diferencias para el resto de AA. Supervivencia: La supervivencia terapéutica de bosentán a los 34 meses en nuestra serie es del 74%, con una supervivencia media de 852 días (IC 95%: 683-1022). El 16% (3) mantienen dosis de 62,5 mg/12 h por AFH persistente. 1 paciente ha asociado sildenafil por respuesta insuficiente. El 26% (5) han suspendido bosentán, el 80% entre los 6 y los 10 meses del inicio. La principal causa de retirada han sido los AA: 2 por AFH (1 hepatitis aguda colostásica) y 1 por aumento del RGE. Estos AA se resolvieron tras suspender bosentán. 1 paciente se retiró por ineficacia (HAP) y otra por deseo de embarazo.

Conclusiones: Bosentán es un fármaco seguro a largo plazo en pacientes con ES, pero debemos monitorizar estrechamente la función hepática (ALT, AST, GGT, FFAA) durante el primer año de tratamiento. La principal causa de retirada son los AA. A

pesar de ello, la supervivencia del tratamiento en nuestros pacientes es elevada y no difiere de las previamente comunicadas en otras poblaciones de pacientes.

LA POLY (ADP-RIBOSA) POLYMERASA REGULA LA PRODUCCIÓN DE MEDIADORES INFLAMATORIOS EN LA ARTRITIS REUMATOIDE

S. García¹, J.L. Pablos², J.J. Gómez-Reino¹ y C. Conde¹

¹Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela,

²Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Introducción y objetivos: La poly (ADP-ribose) polymerase 1 (PARP-1) es una proteína nuclear implicada en el mantenimiento de la integridad del genoma y en la patogénia de diferentes patologías inflamatorias. En un estudio reciente en nuestro laboratorio, observamos que en un modelo murino de artritis, la ausencia de PARP-1 redujo significativamente la severidad de la artritis en los ratones como consecuencia de la disminución de la expresión de IL-1 β y MCP-1 en las articulaciones afectas. El objetivo de este trabajo ha sido estudiar el papel de PARP-1 en la artritis reumatoide, mediante el análisis del efecto de varios inhibidores farmacológicos de PARP, sobre la producción inducida por TNF- α , de interleuquinas y quemoquinas, en sinoviocitos tipo fibroblasto (FLS) de pacientes diagnosticados de AR y sobre su actividad proliferativa.

Métodos: Se aislaron los sinoviocitos tipo fibroblasto (FLS) a partir de tejido sinovial de 8 pacientes con AR (diagnosticados según los criterios revisados de clasificación de la ACR) y 6 pacientes con artrosis, sometidos a cirugía de reemplazamiento articular. El tejido sinovial fue troceado, digerido con colagenasa a 1mg/ml y filtrado a través de una malla de nylon. Posteriormente, los sinoviocitos obtenidos se cultivaron en DMEM suplementado con 10% de FCS y se utilizaron entre los pases 3 y 8 en los experimentos. La producción de IL-6, IL-8, MCP-1 y RANTES en los sobrenadantes de cultivo se analizó mediante ELISA (BD Pharmingen) y los niveles de RNA mensajero se analizaron mediante PCR cuantitativa. El efecto de los inhibidores sobre la proliferación de los sinoviocitos se analizó mediante el ensayo de luminiscencia CellTiter-Glo (Promega).

Resultados: Se analizaron los niveles de IL-6, IL-8, MCP-1 y RANTES en el sobrenadante de cultivo de los FLS de pacientes con AR y artrosis tras estimulación con 10 ng/ml de TNF- α durante 18 horas, en presencia o ausencia de 3 inhibidores de PARP estructuralmente diferentes: ANI, DPQ y PJ-34. La incubación con TNF- α indujo significativamente la producción de todos los mediadores analizados en los sinoviocitos de AR y de artrosis. El tratamiento con el inhibidor ANI redujo significativamente los niveles inducidos por TNF- α de IL-6, MCP-1, IL-8 y RANTES en sinoviocitos de AR; sin embargo, aunque se observó una tendencia a la reducción, ésta no alcanzó la significación estadística en el caso de los sinoviocitos de artrosis. En los sinoviocitos de AR, el tratamiento con DPQ redujo significativamente los niveles de IL-6 y MCP-1 y se observó una tendencia clara a la disminución de la producción de IL-8 y RANTES. En la artrosis, el tratamiento sólo redujo significativamente la producción de IL-6. El inhibidor PJ-34 fue el menos efectivo, ya que sólo inhibió de forma significativa la producción de IL-6 en los sinoviocitos de AR tratados con TNF- α . Con el fin de valorar el efecto de la inhibición de PARP sobre la actividad proliferativa de los sinoviocitos de AR, analizamos la actividad metabólica de ambos tipos celulares a 1, 3 y 6 días después del tratamiento con 10 ng/ml de TNF- α y los distintos inhibidores. Los resultados indicaron una clara tendencia a la supresión de la actividad proliferativa tras la inhibición, aunque no se alcanzó la significación estadística.

Conclusiones: Nuestros resultados confirman el papel de PARP en la patogenia de la artritis reumatoide y plantean el interés de estudiar la utilidad de los inhibidores de PARP en el tratamiento de la AR.

56

PREVALENCIA DE HIPOVITAMINOSIS D EN MUJERES CON OSTEOPOROSIS POSMENOPÁUSICA

R. Gómez-Gil*, E. Toledano*, I. González-Álvarez*, E. Patiño*, A. Díaz** y J.A. García Vadillo*

*Servicio de Reumatología, **Servicio de Análisis Clínicos. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid.

Objetivo: Conocer la prevalencia de hipovitaminosis D, en las mujeres con Osteoporosis Posmenopáusica (OP), estudiadas en una consulta hospitalaria de Reumatología.

Material y métodos: De forma retrospectiva, hemos seleccionado en la base de datos de nuestro laboratorio, los niveles séricos de 25-OH vitamina D, solicitados desde el 1 de Enero hasta el 31 de Diciembre de 2004, por nuestra consulta hospitalaria. Se excluyeron los varones y las pacientes con enfermedades asociadas sistémicas y/o metabólicas diferentes a la osteoporosis. En todas las enfermas incluidas, se analizaron datos demográficos, clínicos, analíticos, radiológicos y densitométricos. La densidad mineral ósea (DMO) se determinó mediante DXA con un HOLOGIC QDR 4500 ELITE. Los datos analíticos incluyeron balance metabólico, con niveles séricos de calcio, fósforo, índice de excreción de calcio, reabsorción tubular de fosfatos, fosfatasa alcalina, función renal y 25-OH vitamina D. En el 30% de las pacientes se determinó PTH sérica. La determinación de 25-OH vitamina D se realizó por Quimioluminiscencia. Se consideraron adecuados los niveles superiores a 30 ng/ml e inadecuados los niveles inferiores a 30 ng/ml. Así mismo se consideraron los siguientes grados de hipovitaminosis: Grupo I Hipovitaminosis severa: 25-OH vit.D < 10 ng/ml. Grupo II Niveles deficientes: 10-15 ng/ml. Grupo III Niveles insuficientes: 15-20 ng/ml. Grupo IV Niveles inadecuados: 20-30 ng/ml. Grupo V Niveles adecuados u óptimos: >30 ng/ml. **Análisis estadístico:** Las variables analizadas se relacionaron mediante el coeficiente de correlación de Pearson. La comparación de medias se realizó con el test de Mann-Whitney (Stata 9).

Resultados: Del total de 666 determinaciones, fueron excluidos 123 varones y 370 mujeres por otros procesos. Se incluyeron 173 mujeres con una edad media de 67 ± 9 años. El 75% de las enfermas estudiadas estaban diagnosticadas y en seguimiento en nuestras consultas hospitalarias, siendo el 25% restante pacientes remitidos por primera vez. Un 43% presentaban fracturas osteoporóticas. Tras analizar la DMO se obtuvieron las siguientes medias para T y Z en columna lumbar T: -3 ± 0,8, Z: -1,5 ± 0,8 y en cadera T: -2,1 ± 0,9 y Z: -0,7 ± 0,9. El 93% recibían suplementos de calcio (media: 461 ± 316 mg/día), 94% de vitamina D (media: 497 ± 404 UI/día) y 90% estaban en tratamiento con antirresortivos. Únicamente 61 (35,3%) pacientes presentaban niveles adecuados de vitamina D (Tabla 1).

Grupos	I	II	III	IV	V	Total
25-OH vit.D (ng/ml)	<10	10-15	15-20	20-30	>30	
nº (%)	5 (2,9)	21 (12,1)	26 (15)	60 (34,7)	61 (35,3)	173 (100)

Encontramos una débil correlación positiva entre los niveles séricos de vitamina D y el índice de excreción de calcio ($r = 0,187$; $p = 0,02$) y calcio sérico ($r = 0,171$; $p = 0,03$). Así mismo existe una débil correlación negativa entre los niveles de calcio y DMO en columna lumbar ($r = -0,242$; $p = 0,02$).

Conclusión: 1. El 15% de las pacientes incluidas en el estudio presentaron unos niveles deficientes o muy deficientes de vitami-

na D (<15 ng/ml) a pesar de estar recibiendo suplementos de vitamina D el 94% de las enfermas. 2. Sólo el 35% de las mujeres con osteoporosis posmenopáusica presentaron niveles adecuados de vitamina D por encima de 30 ng/ml. 3. No hemos encontrado correlación significativa entre los niveles de vitamina D y el resto de variables analizadas.

57

RELACIÓN DENSITOMETRÍA PERIFÉRICA (PIXI) CON CENTRAL (DEXA) EN NUESTRA SERIE DE PACIENTES

I. Torre Salaberri, R. Expósito Molinero, J.F. García LLorente, M.L. García Vivar, E. Galíndez Agirregoikoa, E. Ucar Angulo y J.M. Aranburu Albizuri

Unidad de Osteoporosis. Servicio de Reumatología. Hospital de Basurto. Bilbao.

Objetivo: Valorar la relación entre el valor de densitometría periférica PIXI y central DEXA y su utilidad en el diagnóstico de osteoporosis.

Material y métodos: Se dispone de un densitómetro periférico de Rx PIXI y un densitometro central con Rx de doble energía DEXA. El valor de PIXI que establecemos como punto de corte es ≥ -1 DS de T-Store en calcáneo. Se realiza un estudio prospectivo de 232 pacientes con PIXI "patológico" (18 hombres y 214 mujeres). La edad media es de 63 años (entre 44 y 92). A todos ellos se realiza una densitometría de columna y caderas (DEXA) valorando dichos resultados. Se utilizan los criterios de la Organización Mundial de la Salud del año 1994, en los que se consideraba el diagnóstico de normalidad (T-Score >-1), osteopenia (entre -1,1 y -2,5) y osteoporosis ($\leq -2,5$).

Resultados: Al valorar de forma conjunta columna y caderas, el valor de la densitometría central DEXA es normal en 9 pacientes (lo que representa un 3% de Falsos Positivos si nos basamos en el valor del PIXI) y es patológico, (osteopenia y/o osteoporosis) en 223 pacientes (97% de Verdaderos Positivos). *Si valoramos columna lumbar:* El valor del DEXA es normal en 16 pacientes (7% de Falsos positivos), osteopenia en 66 (28,4%) y osteoporosis en 150 (64,6%). *Si valoramos caderas:* DEXA normal en 33 pacientes (14,2% Falsos Positivos), osteopenia en 136 (58,6%) y osteoporosis en 63 (27,1%). En 62 pacientes con DEXA de cadera por debajo de -2,5 DS de T-Score (Osteoporosis de cadera) solo en 4 el PIXI era normal lo que representa un 6% de Falsos Negativos.

Conclusiones: Un 97% de los pacientes con valor de PIXI < -1 presentan osteopenia u osteoporosis en columna y/o caderas al realizar DEXA, lo que implica una elevada sensibilidad. En estos pacientes consideramos necesario realizar un estudio completo (analítica, Rx columna dorso-lumbar y DEXA) con vistas a un diagnóstico definitivo de osteoporosis y a su tratamiento.

58

ANÁLISIS DE LAS FRACTURAS OSTEOPORÓTICAS DE CADERA EN 2004 EN EL ÁREA V DE MADRID: ESTUDIO DESCRIPTIVO DEFINITIVO

C. Bohórquez Heras, A. Torrijos Eslava*, O. Macho Pérez**, C. Ojeda Thies***, D. Peiteado López* y E. Martín Mola*

*Servicio de Reumatología y ***Traumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid, **Servicio de Geriátrica. Hospital de la Cruz Roja, Madrid.

Introducción: La Osteoporosis es una enfermedad metabólica ósea que predispone al aumento del riesgo de fractura. Las más importantes son las de cadera, debido tanto a su elevada incidencia y mortalidad como al elevado gasto sanitario que producen.

Objetivos: El objetivo es estudiar la incidencia de las fracturas de cadera osteoporóticas ocurridas en el área sanitaria V de Madrid, correspondiente al Hospital Universitario La Paz, durante el año 2004, y analizar sus principales características clínicas y su morbimortalidad.

Pacientes y métodos: Se incluyeron todos los pacientes mayores de 50 años con fractura de cadera (exceptuando aquellas que fueron secundarias a traumatismo intenso y las fracturas patológicas) que acudieron a nuestro hospital durante 2004. Se recogieron sus características clínicas, factores de riesgo, tipo de fractura, días de hospitalización, tratamiento quirúrgico, complicaciones posteriores y número de fallecimientos.

Resultados: El estudio recogió un total de 560 fracturas de cadera en 2004, de las que se analizaron 505. De ellas, se excluyeron 28 casos en los que no se firmó el consentimiento informado. La media de edad fue de 77 años. No se observaron diferencias en el número de fracturas distribuidas por meses del año. El lugar de caída más frecuente fue el domicilio (48,6%). Existía una causa favorecedora de la caída en 208 casos (43,5%), siendo las más frecuentes los factores ambientales (30%) y los trastornos de la marcha (13,8%). No hubo diferencias en cuanto al lado fracturado. El 12,3% tenían antecedentes personales de fractura de cadera, y el 37% había presentado previamente alguna fractura osteoporótica, siendo la más frecuente la vertebral asintomática (39%), seguida de la de radio distal (32%). Las enfermedades previas más frecuentes fueron la hipertensión arterial y la depresión. El 83,3% de los pacientes no habían recibido tratamiento previo para la osteoporosis. El 85% recibió tratamiento quirúrgico de la fractura, siendo la prótesis parcial de cadera la más frecuente en las fracturas subcapitales, y el clavo-placa en las pertrocantéreas. Las complicaciones posquirúrgicas más habituales fueron la anemización (42,2%), el síndrome confusional (39,4%) y el síndrome poscaída (32,1%). La media de días de hospitalización fue de 16,33 días. Fallecieron 30 de los 477 pacientes durante el ingreso hospitalario (6,3%).

Conclusiones: La incidencia de fractura de cadera en nuestro estudio para la población mayor o igual de 50 años del área sanitaria V de Madrid es de 260/100.000 habitantes. La ratio de sexo fue de 2,9, similar a la encontrada en otros estudios. Se destaca la alta frecuencia que se ha encontrado de fractura vertebral asintomática, diagnosticada mediante radiología.

59

CONCLUSIONES DEL ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE LAS FRACTURAS DE CADERA EN EL ÁREA V DE MADRID EN LOS AÑOS 1992 Y 2004

C. Bohórquez Heras*, A. Torrijos Eslava*, O. Macho Pérez**, C. Ojeda Thies***, R. Ghigliano Novoa*, L. Norvaiza Grau* y E. Martín Mola*

*Servicio de Reumatología, ***Traumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid, **Servicio de Geriátria. Hospital de la Cruz Roja. Madrid.

Objetivos: Analizar las características epidemiológicas de las fracturas osteoporóticas de cadera ocurridas durante 1992, publicadas en la Revista Española de Reumatología, y las ocurridas durante 2004, y ver los cambios que se han producido en estos doce años en el número de fracturas, edad, incidencia, fracturas previas y fallecimientos.

Material y métodos: En ambos estudios se incluyeron pacientes de edad mayor o igual a 50 años que presentaron fractura de cadera osteoporótica, (exceptuando aquellas que fueron secundarias a traumatismo intenso y las fracturas patológicas) recogiéndose sus características clínicas, tipo de fractura, días de hospitalización, tratamiento quirúrgico, complicaciones posteriores y número de fallecimientos.

Resultados:

	1992	2004
Fracturas totales	311	505
Media de edad	81,61	77
Ratio del sexo	3,7	2,9
Lugar traumatismo	Domicilio	Domicilio
Fractura de cadera previa	7,1%	12,3%
Tratamiento quirúrgico	76,2%	85%
Media de días de ingreso	23,73	16,33
Fallecimientos	8,3%	6,3%

Se recogieron 505 pacientes con fractura de cadera durante 2004, de los que se analizaron 477, ya que 28 pacientes fueron excluidos por no presentar consentimiento informado, mientras que en 1992 se recogieron 311. La incidencia total fue de 260/100.000 habitantes en 2004 y de 200/100.000 habitantes en 1992. La incidencia de fracturas de cadera en 2004 en las mujeres fue de 355/100.000 habitantes y en los hombres de 155/100.000 habitantes, mientras que en 1992 se recogió una incidencia de 282/100.000 habitantes y de 96/100.000 habitantes en mujeres y hombres respectivamente.

Conclusiones: Se observa que existe un aumento en el número de fracturas de cadera osteoporóticas en 2004, con mayor porcentaje de pacientes con fractura previa y con un aumento del tratamiento quirúrgico. Por el contrario, disminuyen tanto la media de días de ingreso como la mortalidad.

60

EL SÍNDROME DE SAPHO: ACRÓNIMO CONTROVERTIDO

M. Sallés, E. Riera, E. García-Casares, E. García-Melchor, A. Olivé, S. Holgado, L. Mateo, R. Pérez* y X. Tena

Sección de Reumatología y Servicio de Radiodiagnóstico*. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.

Objetivo: Describir los síndromes SAPHO que se diagnosticaron en la sección de reumatología entre 1984 y 2005.

Método: *Diseño:* Estudio retrospectivo. *Ámbito:* Hospital universitario de referencia de un área de 700.000 habitantes. Se identificaron los pacientes diagnosticados como síndrome SAPHO. Se utilizaron los criterios propuestos por Benhamou y cols: manifestación osteoarticular con acné severo y/o manifestación osteoarticular con pustulosis palmo-plantar y/o hiperostosis con o sin afectación cutánea y/o osteomielitis crónica multifocal recurrente; con posible asociación con psoriasis cutánea y enfermedad inflamatoria intestinal. Se recogieron las manifestaciones clínicas, pruebas de imagen (gammagrafía ósea y tomografía computarizada), velocidad de sedimentación globular (VSG), proteína C reactiva (PCR), recuento del líquido sinovial, antígeno de histocompatibilidad B27 (HLA-B27), evolución y tratamientos recibidos.

Resultados: Se analizaron 52 pacientes (26 hombres y 26 mujeres); edad media 42 ± 12 años (límites 15-73). La edad al primer síntoma fue de 37 ± 13 años (límites 10-71), con una demora diagnóstica de 4,5 ± 5,6 años (límites 0-26). Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron dolor torácico anterior en 38 casos (73%), artritis periférica en 17 (32,7%), síndrome sacroiliaco en 14 (26,9%), dolor en cintura escapular en 12 (23,1%), lumbalgia en 7 (13,5%) y otras en 7 (13,5%). La afectación cutánea estuvo presente en 33 casos (63,5%), siendo la forma predominante la pustulosis palmoplantar en 17 casos (51,5%), acné en 13 (39,4%) y psoriasis en 11 (33,3%). El HLA-B27 fue determinado en 45 pacientes, de los que sólo fue positivo en 8 casos (17,7%). La media de la VSG fue de 30 ± 30 mm/h (límites 2-99) y la PCR de 12,6 ± 26,7 mg/dl (límites 0-161). La gammagrafía ósea se prac-

ticó a 45 pacientes (86,5%), mostrando actividad inflamatoria en 42 casos (93,3%). La captación del trazador fue en: articulación esternoclavicular 30 (71,4%), articulación manubrioesternal 15 (35,7%), articulaciones sacroilíacas 7 (16,6%), esternocostal 3 (7,1%) y otras en 4 (9,5%). La tomografía computarizada se practicó en 44 pacientes: 32 (72,7%) tenían afectación de la articulación esterno-clavicular, 15 (34,1%) de la manubrio-esternal, 9 (20,5%) de las sacroilíacas, 7 (15,9%) de una condro-esternal, 1 (2,3%) vertebral, 1 (2,3%) mandibular y 1 (2,3%) osteomielitis multifocal crónica recurrente. El tratamiento consistió en: antiinflamatorios no esteroideos en 50 pacientes (96,1%), pamidronato endovenoso en 10 (19,2%), metotrexato en 7 (13,5%) y sulfasalacina en 4 (7,7%). La evolución clínica fue en forma de brotes autolimitados mayoritariamente (71%).

Conclusión: El síndrome de SAPHO presenta manifestaciones clínicas bien definidas. A diferencia de otros trabajos, el antígeno de histocompatibilidad B27 es negativo mayoritariamente. La gammagrafía ósea y la tomografía computarizada son de gran ayuda diagnóstica.

61

UTILIDAD DEL BATH ANKYLOSING SPONDYLITIS DISEASE ACTIVITY INDEX (BASDAI) PARA VALORAR LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON ESPONDILOARTROPATÍAS INDIFERENCIADAS

M.C. Muñoz-Villanueva, M.D. Miranda, M.C. Castro, V. Pérez, J.A. Carrasco, A. Ruiz y E. Collantes
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Objetivo: Determinar la utilidad del BASDAI para valorar la actividad de la enfermedad en pacientes con espondiloartropatías indiferenciadas.

Material y métodos: Se incluyeron en el estudio 114 pacientes ambulatorios: 58 pacientes diagnosticados de espondilitis anquilosante (EAnq), según criterios de Nueva York modificados, y 56 pacientes con espondiloartropatías indiferenciadas (EInd). Se recogieron variables clínicas como BASDAI, EVAs de dolor espinal nocturno, dolor total, valoración global del paciente y valoración de la actividad por el médico. La actividad biológica fue medida con la VSG y PCR. Este trabajo es parte del estudio de fiabilidad y validez de las versiones españolas de BASDAI, BASFI y ASQoL en pacientes con espondiloartropatías indiferenciadas.

Resultados: Hasta el momento se han analizado 89 pacientes: 45 EAnq (edad media de 48 ± 10 años, edad de comienzo de 27 ± 10 años, tiempo de evolución de la enfermedad de 21 ± 11 años, 87% hombres, 67% tienen formas axiales puras, 60% con sacroilitis grado II-III y 89% son B27+) y 44 EInd (edad media de 38 ± 9 años, edad de comienzo de 27 ± 9 años, tiempo de evolución de la enfermedad de 11 ± 10 años, 57% son hombres, 81% formas axiales puras, 76% sacroilitis grado II-III y 81% son B27+). En el grupo de pacientes con EAnq, el BASDAI correlaciona con la valoración de la actividad por el médico ($r = 0,456$; $p = 0,001$), con el dolor espinal nocturno ($r = 0,760$; $p = 0,000$), con el dolor total ($r = 0,778$; $p = 0,000$) y con la valoración global del paciente ($r = 0,756$; $p = 0,000$). En el grupo de pacientes con EInd, el BASDAI correlaciona con la valoración de la actividad por el médico ($r = 0,568$; $p = 0,000$), con el dolor espinal nocturno ($r = 0,805$; $p = 0,000$), con el dolor total ($r = 0,773$; $p = 0,000$) y con la valoración global del paciente ($r = 0,794$; $p = 0,000$).

Conclusión: El BASDAI puede ser un indicador válido de actividad de la enfermedad en pacientes con espondiloartropatías indiferenciadas.

62

LA IMAGEN TOMOGRÁFICA DEL SÍNDROME SAPHO

M. Sallés, R. Pérez*, E. Riera, E. García-Casares, E. García-Melchor, A. Olivé, S. Holgado, L. Mateo y X. Tena
Sección de Reumatología y Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.*

Objetivo: Describir las características radiográficas de la tomografía computarizada (TC) del síndrome SAPHO.

Método: *Diseño:* Estudio retrospectivo. *Centro:* Hospital Universitario de una área de referencia de 700.000 habitantes. Se identificaron los pacientes diagnosticados como síndrome SAPHO (1984 – 2005). Se utilizaron los criterios propuestos por Benhamou y cols: manifestación osteoarticular con acné severo y/o manifestación osteoarticular con pustulosis palmo-plantar y/o hiperostosis con o sin afectación cutánea y/o osteomielitis crónica multifocal recurrente; con posible asociación con psoriasis cutánea y enfermedad inflamatoria intestinal. Se practicó gammagrafía ósea con tecnecio-99m y posteriormente exploración TC mediante tomógrafo Picker PQ 5000 según protocolo estándar de tórax con cortes de 2 mm de grosor e índice 1mm-FOV 90mm, con ventana de partes blandas y ventana ósea, de las localizaciones que presentaban captación del radiotrazador.

Resultados: Se analizaron 52 pacientes con síndrome SAPHO, de los cuales 44 (84,6%) tenían realizada la TC. De los 44 pacientes, 32 (72,7%) tenían afectación de la articulación esternoclavicular, 15 (34,1%) de la manubrio-esternal, 9 (20,5%) de las sacroilíacas, 7 (15,9%) de una condro-esternal, 1 (2,3%) vertebral, 1 (2,3%) mandibular y 1 (2,3%) osteomielitis multifocal crónica recurrente. Valorando todas las localizaciones (66), las características de la TC fueron en 51 (77,27%) esclerosis, en 29 (43,9%) erosiones, en 27 (40,9%) hiperostosis, en 9 (13,6%) afectación de partes blandas, en 6 (9,1%) disminución del espacio articular, en 5 (7,57%) anquilosis y en 1 (1,51%) osteólisis.

Conclusión: Las manifestaciones músculo-esqueléticas del síndrome SAPHO incluyen la sinovitis, la hiperostosis y la osteitis, estas dos últimas de forma manifiesta. La imagen en TC es característica combinando esclerosis, erosiones y hiperostosis.

63

PREVALENCIA DE FIBROMIALGIA EN LA ARTROPATÍA PSORIÁSICA Y FACTORES ASOCIADOS

I. Castellví, M. Díez-García, L. Sánchez-Riera, B. Bernad, C. Díaz-Torné, X. Juanola y J. Rodríguez-Moreno
Hospital Universitari de Bellvitge. Servicio de Reumatología. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

Introducción: La prevalencia de fibromialgia (FM) ha demostrado ser mayor en patología articular de naturaleza inflamatoria como la artritis reumatoide o el lupus eritematoso sistémico respecto a la prevalencia en la población general. En la actualidad no existen estudios que valoren presencia de FM en artropatía psoriásica (AP) y su relación con la enfermedad.

Objetivos: Estudiar la prevalencia y factores asociados a la FM en pacientes afectados de AP.

Pacientes y métodos: Estudio prospectivo transversal realizado con 133 pacientes (61 hombres y 72 mujeres) afectados de AP y controlados de forma protocolarizada en el servicio de Reumatología de nuestro centro. Se han recogido las siguientes variables:

edad, género, edad de inicio de la psoriasis, edad de inicio de la artropatía, duración de la psoriasis, duración de la artropatía, patrón de afectación articular, presencia de dactilitis, afectación de articulaciones interfalángicas distales, afectación axial, presencia de osteolisis, presencia de onicopatía, presencia de HLA B27, uso de corticoides a dosis bajas, estadio funcional de la AP según la escala ACR, capacidad funcional valorada mediante la versión reducida del cuestionario HAQ (mHAQAP) por el paciente y por el médico, número de articulaciones dolorosas, número de articulaciones tumefactas, VSG, PCR, número de leucocitos, plaquetas y hemoglobina. El diagnóstico de FM se estableció mediante los criterios de ACR de 1990. El análisis estadístico se realizó mediante las pruebas de Chi cuadrado para variables cualitativas y la T de Student o U Mann-Whitney para variables cuantitativas.

Resultados: La prevalencia de FM fue de 22 de los 133 pacientes (16,54%). El único factor demográfico de la AP asociado con la presencia de FM ha sido el género ($p < 0,005$). El 30,55% de las mujeres y ningún varón cumplían criterios de FM. De las variables relacionadas con la actividad de la enfermedad sólo la capacidad funcional autopercebida pro las pacientes (mHAQAP) muestra una asociación estadísticamente significativa.

Conclusiones: La prevalencia de FM en nuestra serie es muy superior a la de la población general, siendo también superior a la prevalencia en otras enfermedades articulares inflamatorias como la artritis reumatoide o el lupus eritematoso sistémico. La prevalencia estuvo aumentada exclusivamente en mujeres. En las mujeres con AP y FM se encontraron discrepancias en cuanto a capacidad funcional valorada por el médico respecto a la autopercebida por el paciente.

64

IMPACTO DE LA PRESENCIA DE FATIGA EN LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO

R. Belenguer¹, J. Plaza², M. Ramos-Casals², J. del Pino³, P. Brito-Zerón², N. Nardi², A. Vargas² y J. Font²

¹Unidad de Reumatología. Hospital 9 de Octubre. Valencia, ²Servicio de Enfermedades Autoinmunes. Hospital Clínic. Barcelona, ³Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca.

Objetivo: Evaluar la presencia de fatiga, sus características y la relación con las manifestaciones autoinmunes en una amplia serie de pacientes diagnosticados de síndrome de Sjögren (SS) primario.

Metodología: Se incluyeron en el estudio 110 pacientes con SS primario (105 mujeres y 4 hombres, con una edad media de 56 años) visitados consecutivamente en consultas externas de nuestro Servicio. La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud se realizó mediante la aplicación del cuestionario SF-36. La evaluación de la intensidad de la fatiga se realizó mediante una E.V.A. graduada de 0 a 10, donde 0 correspondía a la inexistencia de fatiga y 10 a la máxima sensación de fatiga.

Resultados: Ciento siete (97%) pacientes refirieron algún grado de fatiga (puntuación > 1). El valor medio para la intensidad de la fatiga fue de $5,63 \pm 3,57$ en la escala de 0 a 10. En 68 (62%) pacientes, la intensidad de dicha fatiga fue considerada como moderada/grave (E.V.A. > 5). La fatiga fue diaria en 63 (59%) pacientes, semanal en 25 (23%) y mensual en 19 (18%), de predominio nocturno en 35 (33%), matutino en 34 (32%), todo el día en 23 (21%) y durante las tardes en 15 (14%) pacientes. Cuando se comparó la intensidad de la fatiga en los pacientes con y sin afectación extraglandular, encontramos una mayor puntuación media

en aquellos que presentaban manifestaciones extraglandulares (6,40 vs. 4,67, $p = 0,011$). No encontramos diferencias significativas respecto a la intensidad de la fatiga y los valores de VSG, ANA, FR o anticuerpos anti-Ro/La. La presencia de fatiga moderada/grave (E.V.A. > 5) se asoció de forma estadísticamente significativa a una menor puntuación en 6 de las 8 subescalas que conforman el cuestionario SF-36.

Conclusión: La gran mayoría de nuestros pacientes con SS primario refirieron algún grado de fatiga, que se asoció con una mayor frecuencia de afectación extraglandular y con una peor calidad de vida percibida por el paciente, objetivada por puntuaciones significativamente inferiores en la mayoría de subescalas del cuestionario SF-36.

65

LINFOMA DE CÉLULAS B EN PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN ASOCIADO A INFECCIÓN CRÓNICA POR VIRUS DE LA HEPATITIS C

M. Ramos-Casals¹, R. Belenguer¹, L. la Civita³, S. de Vita⁴, R. Solans⁵, M. Luppi⁶, F. Medina⁷, P. Caramaschi⁸, P. Fadda³, G. de Marchi⁴, A. López-Guillermo², J. Font¹ en representación del SS-HCV Study Group

¹Servicio de Enfermedades Autoinmunes, ²Servicio de Hematología. Hospital Clínic. Barcelona, ³Internal Medicine Unit. S. Martino Hospital. Oristano. Italy, ⁴Clinic of Rheumatology. University of Udine. Italy, ⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona, ⁶Department of Oncology and Hematology (ML). University of Modena. Italy, ⁷Department of Rheumatology. Hospital de Especialidades. Centro Médico Nacional Siglo XXI. Mexico, ⁸Department of Clinical and Experimental Medicine (PC). University of Verona. Italy.

Objetivo: Analizar las características clínicas, inmunológicas e histológicas de pacientes con síndrome de Sjögren (SS) asociado a infección crónica por virus de hepatitis C (VHC) que desarrollaron linfomas de células B.

Métodos: Estudio multicéntrico internacional integrado por 15 centros hospitalarios diseñado con el fin de crear un registro de pacientes con SS, VHC y linfoma.

Resultados: El registro incluyó 25 pacientes con SS, VHC y linfoma de células B, 22 mujeres (88%) y 3 varones (12%), con una edad media de 55 años en el momento del diagnóstico de SS, de 58 años en el momento del diagnóstico de la infección VHC y de 61 años en el diagnóstico de linfoma. Las principales manifestaciones extraglandulares asociadas al SS fueron vasculitis cutánea en el 60% ($n = 15$) y neuropatía periférica en 48% ($n = 12$). La analítica inmunológica mostró factor reumatoide positivo en 24 pacientes (96%) y crioglobulinas tipo II en 20 casos (80%). La histopatología del linfoma más frecuente fue el linfoma MALT con 11 casos (44%), seguida del linfoma difuso de células grandes en 6 (24%) y del linfoma centro folicular en 6 (24%). Quince pacientes (60%) presentaron una localización primaria extranodal del linfoma especialmente en glándula parótida ($n = 5$), hígado ($n = 4$) y estómago ($n = 4$). Se realizó tratamiento específico del linfoma en 23 pacientes, de los cuales 12 (52%) fallecieron dentro de los primeros 4 años, principalmente por progresión de la enfermedad. La supervivencia se relacionó con el tipo histológico de linfoma (log-rank, $p = 0,0008$).

Conclusión: Los pacientes con SS-VHC y linfoma de células B presentaron una elevada frecuencia de manifestaciones asociadas a crioglobulinemia (vasculitis, factor reumatoide positivo, crioglobulinas tipo II) y de linfomas de tipo MALT originados en órganos en los que el VHC se replica activamente (glándulas exócrinas, estómago e hígado).

EXPERIENCIA A DOS AÑOS DEL TRATAMIENTO DE LA HAP ASOCIADA A ESCLEROSIS SISTÉMICA

P. García de la Peña Lefebvre¹, S. Rodríguez Rubio¹, M. Valero Expósito¹, F.J. Gaudó Navarro² y F.J. Orte Martínez¹

¹Servicios de Reumatología, ²Neumología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: La Hipertensión arterial pulmonar (HAP) es una de las complicaciones más graves de la Esclerosis Sistémica (ES), siendo una de las causas más frecuentes de morbi-mortalidad. Se ha observado que su presencia ensombrece el pronóstico disminuyendo notablemente la supervivencia de los pacientes con ES. El bosentan es un antagonista del receptor de la endotelina cuyo uso ha sido aprobado recientemente para el tratamiento de la HAP asociada a la ES.

Objetivos: Evaluar la eficacia del tratamiento con bosentan a largo plazo en los pacientes con HAP asociada a ES no asociada a Enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID).

Pacientes y método: Estudio prospectivo observacional de 3 pacientes con HAP asociada a ES no asociada a EPID tratados con bosentan. Se incluyeron 3 mujeres con EScl cuya edad media al inicio del tratamiento era de 65,7 años, 2 presentaban AAC y una ni AAT1 ni AAC. Años de evolución: 30,7. Skin score modificado de Rodnan: 14,7. A las 3 pacientes les fueron realizados ecocardiograma, pruebas de función respiratoria y test de los 6 minutos (T6M) a los 0, 12, 18 y 24 meses y cateterismo cardiaco derecho basalmente. Se recogieron NYHA, Índice de disnea de Borg (IDB), EVA respiratoria y SHAQ.

Resultados: Las características basales, a los 6, 12, 18 y 24 meses de las tres pacientes (Pac. 1, Pac. 2 y Pac. 3) quedan recogidas en la tabla 1. El tratamiento con bosentan se inició en noviembre y diciembre de 2003 y febrero de 2004 cuando contaban con 71, 77 y 50 años de edad respectivamente. Los valores de la Presión arterial pulmonar media medida por cateterismo cardiaco derecho previos al tratamiento fueron de 45, 33 y 65 mmHg. Las tres pacientes fueron anticoaguladas. Las pacientes 1 y 2 actualmente se encuentran en tratamiento con oxigenoterapia crónica domiciliar mientras que la paciente nº2 ha precisado pero se encuentra suspendida actualmente. La Pac. 1 presentó una úlcera de evolución tórpida en el pie derecho que interfirió durante un año en la valoración del T6M. La Pac. 3, a pesar de haber experimentado mejoría en su clase funcional, debido a la persistencia de HAP severa, en septiembre de 2004, se asoció al tratamiento iloprost inhalado. Pese a la terapia combinada ha permanecido la HAP severa y se ha asociado al tratamiento sildenafil en septiembre del 2005. Actualmente se encuentra pendiente de nueva evaluación habiéndose realizado el protocolo pretrasplante pulmonar. Tolerancia y efectos secundarios: La tolerancia al bosentan ha sido buena, ninguna de las tres pacientes ha presentado elevación de la GOT ni la GPT pero sí de la GGT en los 3 casos y disminución de la hemoglobina basal mayor a dos puntos en dos pacientes. La triple terapia administrada a la Pac. 3 ha sido bien tolerada hasta el momento actual.

	Paciente 1				Paciente 2				Paciente 3						
	0m	6m	12m	18m	24m	0m	6m	12m	18m	24m	0m	6m	12m	18m	24m
PSP	41	40	37	53	40	42	43	43	45	-	106	94	95	100	-
DLCO	71	68	NM*	58	71	NM*	NM*	NM*	NM*	-	53	38	44	NM*	29
FVC	110	114	88,5	102	109	90	NM*	87,9	73,9	-	79	68	78	73	66,5
T6M	337	360	302	398	401	411	443	453	414	-	401	437	503	552	402
NYHA	3	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2
IDB	4	6	1	3	6	6	6	5	2	8	5	2	2	6	-
EVA R.	60	17	0	50	60	145	55	100	NR**	-	120	74	70	70	-
ST.G	41	17	18	35	35	NR**	40	33	NR**	34	28	22	24	NR**	-
SHAQ	1,625	1,375	1,5	1,125	1,625	1,5	1,5	0,88	2	2	1,1	0,6	0,25	0,63	-

*No moviliza volúmenes necesarios para realizar difusión **No realizado - Pendiente

Conclusiones: A la hora de valorar los resultados hay que tener en cuenta la presencia de múltiples factores que interfieren en la correcta evaluación de los distintos parámetros, así como los años de evolución de la enfermedad. A pesar de todo, en nuestras pacientes se ha objetivado estabilización o mejoría de las cifras de PSP, de la clase funcional y del T6M a los dos años. Destacamos la necesidad de establecer un diagnóstico y tratamiento precoz de esta grave complicación.

¿DA IGUAL CALCULAR EL DAS28 CON LA VSG O CON LA PCR?

I. Castrejón, M. Ibáñez, E. Toledano Martínez, A.M. Ortiz García, I. Carvajal Méndez e I. González-Álvaro

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

Introducción: El DAS28 es un índice que evalúa la actividad de la artritis reumatoide (AR) y se calcula con las siguientes variables: el número de articulaciones dolorosas y tumefactas, la valoración de la actividad global de la enfermedad por el paciente y la velocidad de sedimentación globular (VSG) como reactante de fase aguda. Recientemente el grupo que describió el DAS28 ha propuesto una fórmula para calcular el DAS28 utilizando la proteína C reactiva (PCR) en lugar de la VSG. Este cambio parece razonable ya que la PCR parece ser más sensible al cambio y tener mayor especificidad.

Objetivo: Evaluar el comportamiento del índice DAS28, calculado tanto con VSG como con PCR, en una población de artritis de reciente comienzo (ARC) y caracterizar los factores que contribuyen a las diferencias en sus valores.

Pacientes y métodos: Se analizaron un total de 587 visitas en 220 pacientes con ARC. El 76,3% de los pacientes eran mujeres y la edad al inicio de la enfermedad era 51 ± 16 años, el 57,3% cumplían criterios de artritis reumatoide y el resto eran artritis indiferenciadas que no cumplían criterios de ninguna otra enfermedad. El tiempo de evolución de la enfermedad en la primera visita fue de 5,7 meses (rango intercuartílico [3,6-9]) y el tiempo máximo de seguimiento fue de 33 meses [30-38] desde el inicio de la enfermedad. En cada visita se recogieron las variables necesarias para calcular el DAS28 con VSG (DAS28VSG) y con PCR (DAS28PCR), la valoración de la enfermedad por el médico, así como otras variables de laboratorio (incluyendo factor reumatoide y anticuerpos anti-péptido cíclico citrulinados), sociales, tratamientos administrados, etc. Para comparar cómo evalúan la actividad de la enfermedad en cada visita ambos índices se creó la variable DIFDAS = DAS28VSG-DAS28PCR. El análisis estadístico del comportamiento de la variable DIFDAS se realizó con el programa Stata 9, mediante un modelo de regresión lineal en el que se incluyeron todas aquellas variables con una significación estadística $p < 0,05$ en el análisis bivariado.

Resultados: El valor del índice DAS28VSG fue mayor que el del DAS28PCR en cerca del 90% de las visitas. Las diferencias entre ambos índices fueron mayores de 0,6 (variación mínima que se considera relevante como respuesta a tratamientos según los criterios de la EULAR) en un 44% de las visitas. En relación con la valoración de la enfermedad por el médico, la correlación fue algo mejor para el DAS28PCR ($r = 0,81$ $p < 0,0001$) que para el DAS28VSG ($r = 0,79$ $p < 0,0001$). Las variables que se asociaron de forma significativa a la variable DIFDAS, además de la VSG y la PCR, fueron el sexo (mujer, coef. 0,20; $p = 0,001$), el tiempo de evolución de la enfermedad (en meses, coef. 0,024; $p < 0,001$)

y el uso de fármacos modificadores de la enfermedad (FAME), siendo la variable DIFDAS significativamente mayor en pacientes que no recibieron FAME (coef. 0,11; $p = 0,011$) o que recibieron terapia combinada (coef. 0,14; $p = 0,017$) respecto a los que recibieron monoterapia.

Conclusión: Nuestros datos sugieren que el DASVSG y el DASPCR no son completamente equivalentes. En concreto en pacientes de sexo femenino, con larga evolución de la enfermedad y en relación con ciertas pautas de tratamiento los valores de DAS28VSG son más elevados que los de DAS28PCR.

68

LA HIDROBALNEOTERAPIA EN LA PRENSA MÉDICA GRANADINA DE LA SEGUNDA MITAD DEL SIGLO XIX

M. Tenorio Martín¹, N. Vázquez Fuentes², G. Pérez Lidón² y J. Cabrera Afonso³

¹*Dirección del Área de Sanidad de la Delegación del Gobierno en Ceuta,*

²*Hospital del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria de Ceuta,*

³*Cátedra de Historia de la Medicina. Facultad de Medicina de Cádiz.*

Introducción: Durante el siglo XIX la Hidrobalneoterapia experimentó tal desarrollo, que desbordó su margen curativo para transformarse en una práctica de distinción social. Esto pudo deberse a la escasez de otros recursos terapéuticos eficaces, a la idea de la cura natural -Filosofía de la Naturaleza-, a los presuntos fundamentos científicos de los análisis químicos de las aguas y al confort y a la clientela selecta de los balnearios, que eran frecuentados por la alta burguesía, la aristocracia y la clase política. La Prensa Médica de Granada de la segunda mitad del siglo XIX (POSITIVISMO DECIMONÓNICO) se hizo eco de tal recurso terapéutico, por medio de los escritos de los componentes de la Escuela Médica Granadina, que se forjó alrededor de la facultad y la Real Academia de Medicina.

Objetivo: Averiguar los conocimientos que las publicaciones médicas granadinas de la segunda mitad del siglo XIX contenían acerca de la utilización de la hidrobalneoterapia para las enfermedades del aparato locomotor.

Material y método: Hemos revisado las cinco revistas médicas que se editaron en Granada en la segunda mitad del siglo XIX: 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 una veintena de artículos sobre el empleo de la hidrobalneoterapia en las enfermedades reumáticas. Para su análisis comparamos con la bibliografía de referencia, especialmente revistas (Siglo Médico, Anuario de Aguas Minerales), textos médicos coetáneos (Santero, Sanchez Herrero, L. Martínez) y críticas de expertos (Granjel, Copeman, F. Galdo).

Resultados: Los veinte artículos hacen referencia a legislación (Ley de Médicos de Baños de 1816), fundamentos químicos (aguas sulfurosas, alcalinas, cloruradas), instalaciones (siete establecimientos en la provincia de Granada en 1887: Alhama, Alicum, Graena, Lanjarón, Malá, Sierra Elvira y Zújar), indicaciones (casi todos los reumatismos conocidos: poliarticular, agudo, subagudo, crónico, primitivo, secundario, osteofibroso, nodoso, de Heberdem, abarticular, muscular, visceral, neurálgico, gota, artritis, escrofulismo osteoarticular) y técnicas (ducha, baño, ingestión). Entre los autores, casi todos ellos miembros de la Escuela

Médica Granadina, destacan García Solá, Sagastume, Palomares y Granizo.

Conclusión: Veinte artículos de la Prensa Médica Granadina del Positivismo Decimonónico detallan el uso de la balneoterapia en esa época, lo que era posible disponiendo en las cercanías de Granada de siete establecimientos. Los fundamentos, indicaciones, técnicas e instalaciones se hallan en consonancia con el entorno español y europeo. Entre los autores de estos artículos el más conocido fue el patólogo clínico García Solá. Finalmente hacemos constar que nuestro trabajo contribuye a la Historiografía española de la Reumatología.

69

EVALUACIÓN DE LA FATIGA EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE. ESTUDIO DE 764 PACIENTES DEL REGISTRO NACIONAL DE ESPONDILOARTROPATÍAS (REGISPONSER)

T. Clavaguera¹, X. Juanola², E. Collantes³, E. Muñoz-Gomáriz³, C.M. González⁴, J. Gratacós⁵, J.L. Fernández-Sueiro⁶, P. Zarco⁷, J. Mulero⁸, J.C. Torre-Alonso⁹ y E. Batlle¹⁰

¹*Hospital Comarcal de Palamós,* ²*Hospital Universitari Bellvitge, Barcelona,*

³*Hospital Reina Sofía, Córdoba,* ⁴*Hospital Gregorio Marañón, Madrid;*

⁵*Hospital Parc Taulí, Sabadell;* ⁶*Hospital Juan Canalejo. A Coruña,*

⁷*Fundación Hospital de Alcorcón, Madrid;* ⁸*Clínica Puerta de Hierro;*

⁹*Hospital Monte-Naranco, Oviedo;* ¹⁰*Hospital General, Alicante.*

Introducción: La fatiga constituye un síntoma frecuente en la espondilitis anquilosante (EA) aunque hasta hace poco tiempo no se había destacado su importancia. La primera variable del cuestionario de actividad BASDAI constituye un buen instrumento de medida y recientemente se ha establecido que el punto de corte en > 70 mm tiene una sensibilidad y especificidad aceptable.

Objetivo: Estudiar la prevalencia de fatiga en pacientes afectados de EA y analizar su relación con variables de la enfermedad.

Pacientes y métodos: Se analizaron los 764 pacientes (584 varones y 180 mujeres) afectados de EA no asociada, según los criterios modificados de Nueva York, recogidos en la base de datos del Registro Nacional de Espondiloartropatías (REGISPONSER). Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, incapacidad laboral, ejercicio físico, variables metrológicas, analíticas (VSG, PCR, HLA-B27), presencia de artritis, valoración mediante escala visual numérica (EVN) de dolor, dolor nocturno, evaluación de la enfermedad por el médico y por el paciente, actividad de la enfermedad (BASDAI), capacidad funcional (BASFI), el índice radiológico (BASRI) de columna cervical, dorsal y lumbar y la calidad de vida genérico (SF-12) y específico (ASQoL). Se estableció la presencia de fatiga en aquellos en los que el primer ítem del BASDAI fue > 70 mm. En el estudio estadístico se utilizó el test de Chi-cuadrado para analizar las variables categóricas y la t de Student para las continuas. El nivel de significación se estableció en $p < 0,05$.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 48,4 años ($DS \pm 12,7$) y el tiempo medio de evolución de la enfermedad fue de 22,8 años ($DS \pm 13$). La prevalencia global de la fatiga fue del 30,6%. Fue más frecuente en las mujeres, en los que no trabajaban y en los que hacían menos ejercicio. La VSG, la PCR ($p = 0,003$), la distancia dedo-suelo, todas las variables analizadas mediante EVN, el BASFI, el BASDAI, el ASQoL y el componente físico del SF-12 también se asociaron significativamente a su presencia ($p = 0,0001$). Por el contrario, ni la puntuación radiológica ni la presencia del HLA-B27 presentaron una asociación significativa.

Conclusiones: En un tercio de los pacientes con EA la fatiga constituye un síntoma importante. Su presencia es más frecuente en mujeres y está asociada al dolor, a variables de actividad clínicas y analíticas, a la capacidad funcional y a la calidad de vida relacionada con la salud. Las variables psicológicas valoradas mediante el componente mental del SF-12 no parecen estar relacionadas con la fatiga.

70

FACTORES PREDICTORES DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA REFRACTARIA A METOTREXATO

J. Gratacòs, E. Casado, J.C. Torre-Alonso, J. Real y Grupo de Estudio MIPRA

Unidad de Reumatología. Hospital de Sabadell. Institut Universitari Parc Taulí (UAB). Sabadell. Servicio de Reumatología. Hospital Monte Naranco. Oviedo. Servicio de Epidemiología. Institut Universitari Parc Taulí (UAB). Sabadell.

Infliximab es una terapia eficaz y segura para pacientes con artritis psoriásica (APs), sin embargo no existen datos publicados respecto a los posibles factores predictivos de respuesta a este tratamiento.

Objetivo: Investigar cuales son los factores predictivos de respuesta clínica en pacientes con poliartritis psoriásica refractaria.

Material y métodos: Los datos se han obtenido de un estudio abierto multicéntrico, en el que se incluyeron 70 pacientes con poliartritis psoriásica refractaria a metotrexato (15 mg/semana al menos durante 8 semanas). Los pacientes incluidos recibieron tratamiento con infliximab 5 mg/kg en las semanas 0, 2, 6 y posteriormente cada 8 semanas, asociado a metotrexato en dosis estables. Se definió como respuesta clínica alcanzar un ACR50 (mejoría de al menos un 50% del índice ACR) en la semana 38 del tratamiento con infliximab. Se realizó un análisis de regresión logística (uni y multivariante) para analizar cuál de los siguientes parámetros al inicio del tratamiento se asociaban a una respuesta de ACR50: características demográficas y clínicas, duración de la enfermedad, número de articulaciones dolorosas y tumefactas, afectación de grandes articulaciones (rodillas y/o caderas), VSG, PCR, HAQ, afectación axial (sacroileítis radiológica) y presencia de erosiones.

Resultados: En un análisis por intención de tratar 30/69 (44%) pacientes alcanzaron una respuesta ACR50. En el análisis univariante tanto la afectación de grandes articulaciones como la discapacidad (índice HAQ ≥ 2) se asociaron a una peor respuesta clínica. En el análisis multivariante los valores elevados de PCR (= 10mg/L) se asoció de forma independiente a una buena respuesta terapéutica (OR = 18,7; 95% CI = 1,8-181,6; p = 0,011). Sin embargo, la afectación de grandes articulaciones y la mayor discapacidad se asociaron a peor respuesta, aunque sólo la afectación de grandes articulaciones presentó una significación estadística (OR = 29,3; 95% CI = 3,2-266,3; p = 0,003). En nuestro estudio utilizar la respuesta ACR20 o ACR70 no aportaba ningún dato adicional a los obtenidos con la respuesta ACR50.

Conclusiones: El grado de discapacidad y sobretodo la afectación de grandes articulaciones parecen asociarse a una mala respuesta clínica al tratamiento con infliximab en pacientes con artritis psoriásica, mientras que una PCR elevada se asocia con una mejor respuesta en estos pacientes.

Estudio esponsorizado por Schering-Plough SA.

71

UVEÍTIS TRAS LA INTRODUCCIÓN DE ANTAGONISTAS DEL TNF α EN PACIENTES CON ESPONDILOARTROPATÍAS Y EPISODIOS PREVIOS DE UVEÍTIS

T. Cobo Ibáñez*, S. Muñoz Fernández*, C. Bohórquez Heras*, D. Peiteado López*, R. Madero** y E. Martín Mola*
Servicio de Reumatología y Bioestadística**. H.U. La Paz. Madrid. España.*

Introducción: La uveítis anterior aguda es una manifestación extra-articular de las espondiloartropatías con gran relevancia por la severidad y la discapacidad que pueden producir sus secuelas. Se han descrito casos de aparición de uveítis tras el tratamiento con etanercept. En un estudio previo se ha estimado la incidencia de uveítis anterior en pacientes con Espondilitis Anquilosante (EA) tratados con antagonistas del TNF α , utilizando datos de ensayos clínicos en los que el fármaco se empleó para el tratamiento de la EA (1).

Objetivos: Conocer el impacto de infliximab (INF), y etanercept (ETAN) sobre la aparición de nuevas uveítis en los pacientes de nuestro hospital con espondiloartropatías tratados con estos fármacos, determinando la incidencia de uveítis anterior aguda desde el inicio de INF o ETAN.

Material y métodos: Se realizó una encuesta telefónica a todos los pacientes con espondiloartropatías que están en tratamiento con INF o ETAN para conocer cuántos de ellos habían tenido algún episodio de uveítis anterior antes y/o durante el tratamiento con antagonistas del TNF α . Cuando existía algún episodio se recogía el nº de brotes, la fecha de los mismos y el tratamiento concomitante. Además se completó la recogida de datos con la revisión de las historias clínicas de Oftalmología y Reumatología. Se determinó el número de uveítis por paciente y grupo en el tiempo de exposición previo al tratamiento (fecha de inicio del antagonista del TNF α - fecha 1ª uveítis) y postratamiento (fecha de la última uveítis recogida a 31/12/2005 - fecha de inicio del fármaco) mediante un ANOVA de medidas repetidas. Se compararon las variables cuantitativas y el sexo entre grupos con la U de Mann Whitney, y el Test exacto de Fisher respectivamente.

Resultados: 15 de 93 pacientes con espondiloartropatías habían presentado uveítis previa al inicio del tratamiento con antagonistas del TNF α , 9 (3 mujeres) con INF y 6 (5 mujeres) con ETAN. No hubo diferencias entre los grupos ni en la edad de diagnóstico de la espondiloartropatía, ni en la del primer episodio de uveítis, ni en la de inicio del biológico, o la duración de la enfermedad hasta iniciar el tratamiento biológico. De los 15 pacientes, 6/9 y 5/9 en el grupo de INF y 5/6 y 2/6 en el de ETAN habían estado con Salazopirina y Metotrexate respectivamente antes de iniciar el antagonista del TNF α . Todos los pacientes que presentaron un nuevo episodio de uveítis tras tratamiento con antagonistas del TNF α habían tenido algún episodio previo. El número de uveítis por paciente en el tiempo de exposición pre / postratamiento está expresado en la tabla, el cambio en el número de uveítis del grupo de INF fue superior al de ETAN (p = 0,11). 1/9 pacientes con INF y 2/6 con ETAN tuvieron algún nuevo episodio de uveítis, siendo la incidencia de uveítis tras iniciar INF de 5,02 por 100 pacientes /año y tras ETAN de 20,87 por 100 pacientes /año (tabla).

	Uveítis por paciente pretratamiento	Uveítis por paciente postratamiento
Infliximab	0,638 \pm 0,307	0,115 \pm 0,347
Etanercept	0,417 \pm 0,186	0,495 \pm 0,845
	Incidencia pretratamiento	Incidencia postratamiento
Infliximab	9,61 por 100 pacientes /año	5,02 por 100 pacientes /año
Etanercept	9,63 por 100 pacientes / año	20,87 por 100 pacientes /año

Conclusiones: Existe una tendencia a que la mejoría en la frecuencia de brotes de uveítis en los pacientes con espondiloartritis tratadas con INFLIXIMAB es mayor a la de los pacientes tratados con ETANERCEPT. Es necesario ampliar el tamaño del estudio y mayor tiempo de exposición postratamiento para confirmar estos resultados.

1. J. Braun J, X. Baraliakos X, Listing J, and J. Sieper J. Decreased Incidence of Anterior Uveitis in Patients With Ankylosing Spondylitis Treated With the Anti-Tumor Necrosis Factor Agents Infliximab and Etanercept. *Arthritis Rheum* 2005; 52: 2447-51.

72

ASOCIACIÓN DE LOS NIVELES SÉRICOS DE INFLIXIMAB CON LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD Y LA DISCAPACIDAD EN LA ARTRITIS REUMÁTICA

T. Cobo Ibáñez*, A. Balsa*, D. Pascual-Salcedo Pascual**, S. Ramiro Latienda**, G. Bonilla Hernán*, D. Peiteado López*, C. Bohórquez Heras* y E. Martín Mola*

Servicio de Reumatología* y Unidad de Inmunología**. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

Introducción: Se ha descrito asociación entre los niveles séricos de infliximab (IFX) libre y el grado de mejoría en pacientes con artritis reumatoide (AR). Estos niveles son dependientes de la dosis y la pauta de IFX utilizada.

Objetivos: Determinar la relación entre los niveles séricos de IFX libre, la actividad de la enfermedad y la discapacidad, en enfermos con AR en tratamiento con IFX.

Material y métodos: Se llevó a cabo un trabajo prospectivo en pacientes con AR que iniciaban tratamiento con IFX, según pauta habitual (3mg/kg a las 0, 2, 6 y cada 8 semanas). Todos los pacientes tomaban metotrexato semanal. Se recogieron durante 5 infusiones consecutivas (0, 2, 6, 14, y 22s), el DAS28, la PCR, y el HAQ. Previo a cada infusión se extrajo muestra de sangre para determinar infliximab sérico libre mediante ELISA1. El nivel mínimo de IFX detectable es mayor o igual a 160 ng/ml. Se utilizó el análisis de la varianza con medidas repetidas para comparar la variación de cada variable en las distintas infusiones, y el test de Spearman para establecer correlaciones.

Resultados: Incluimos 53 pacientes con edad de $57,6 \pm 14,5$ años y duración de la enfermedad al comienzo de infliximab de $9,8 \pm 7,0$ años. Los valores basales y de las 5 infusiones se muestran en la tabla.

	1º (basal)	2ª (2 sem)	3ª (6 sem)	4ª (14 sem)	5ª (22 sem)
IFX (ng/ml)	194,5 ± 201,7	22.557,6 ± 10.095,3	12.820,0 ± 12.773,3	2.502,2 ± 2.871,4	1.759,7 ± 2.132,5
DAS28	5,43 ± 1,41	4,33 ± 1,52	3,92 ± 1,46	4,36 ± 1,67	3,96 ± 1,38
PCR (mg/l)	22,8 ± 18,13	8,44 ± 7,74	10,56 ± 11,29	11,25 ± 10,53	16,07 ± 22,64
HAQ	1,50 ± 0,79	1,25 ± 0,71	1,18 ± 0,70	1,17 ± 0,77	1,10 ± 0,74

Los niveles de IFX libre fueron descendiendo a medida que se retrasaba el tiempo de la infusión, siendo significativo ese descenso tanto entre la 1ª y la última infusión como entre el resto de infusiones ($p < 0,05$; $\rho = 0,05$). La mejoría del DAS28, la PCR y el HAQ a lo largo de las infusiones es significativa ($p > 0,001$), los valores basales difieren de los valores en el resto de las infusiones ($\rho = 0,05$), excepto con la PCR en la 5ª infusión. Encontramos correlación entre los niveles de IFX libre y la PCR en la 4ª y 5ª infusión ($r_4 = -0,61$; $r_5 = -0,43$; $p < 0,05$), y entre IFX libre y el DAS28 en la 5ª infusión ($r_5 = -0,43$; $p = 0,05$). La PCR también

se correlacionó con el DAS 28 en la 3ª, 4ª, y 5ª infusión ($r_3 = 0,39$; $r_4 = 0,46$; $r_5 = 0,60$; $p < 0,01$). El HAQ se correlacionó con el DAS28 en todas las infusiones menos en la 5ª ($r_1 = 0,63$; $r_2 = 0,53$; $r_3 = 0,56$; $r_4 = 0,48$; $p < 0,01$). El DAS 28 se incrementa en aquellos pacientes con niveles indetectables de INF libre en la 5ª infusión ($p = 0,063$).

Conclusiones: En pacientes con AR en tratamiento con Infliximab, la PCR y el DAS 28 se correlacionaron con los niveles de INF libre a partir de la cuarta y quinta infusión respectivamente, cuando se llega a la dosificación de mantenimiento. Los niveles de INF libre podrían ser un factor predictor de la respuesta al tratamiento con IFX, y ser útiles para modificar actitudes terapéuticas en los pacientes con niveles indetectables en la quinta infusión.

1. GJWolbink, AEVoskuyl, WF Lems, E de Groot, MT Nurmohamed, PP Tak, BAC Dijkmans, L Aarden. Relationship between serum through infliximab levels, pretreatment C reactive protein levels, and clinical response to infliximab treatment in patients with rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2005;64:704-707.

73

SITUACIÓN ACTUAL DE LA ASISTENCIA SANITARIA PÚBLICA EN ANDALUCÍA

Y. Grandal, M. Mendoza*, J.J. Salaberri, J.L. de la Iglesia, M. Páez, M.M. Ruiz y R. Menor

Servicio de Reumatología. *Medicina Interna. Hospital de Jerez.

Objetivo: Analizar la prevalencia de reumatólogos en Andalucía realizando una función asistencial sanitaria pública. Comparar las diferencias entre las distintas provincias evaluando los resultados en Andalucía Occidental y Andalucía Oriental. Valorar los resultados por si cumplen las conclusiones aconsejadas por el Proyecto de Calidad Asistencial en Reumatología realizado por un grupo de trabajo formado por investigadores del TAISS y un Comité Directivo constituido por reumatólogos designados por la SER.

Método: Se realizó un registro de todos los reumatólogos que trabajan actualmente en Andalucía con función asistencial sanitaria pública. Para ello realizamos una encuesta telefónica donde se preguntaba el lugar de trabajo, el tipo de trabajo y el contrato laboral.

Resultados: 87 reumatólogos trabajan actualmente en el sector público de Andalucía. 77 en situación laboral estable (fijos e interinos) y 19 (21%) en situación laboral con contratos renovables por meses. 57 (65%) trabajan en Andalucía Occidental (13 Cádiz, 3 Huelva, 30 Sevilla y 11 Córdoba) y 30 (35%) en Andalucía Oriental (12 Granada, 5 Jaén, 9 Málaga y 4 Almería). El Instituto Estadístico de Andalucía establece una población de 7.833.551 habitantes, lo que supone 90.040 habitantes/reumatólogo. Este dato se aleja bastante de lo aconsejado por el Proyecto de Calidad Asistencial en Reumatología (40.000-50.000 habitantes/reumatólogo). Ajustándolo por provincias supondría: Andalucía Occidental 74.683 habitantes/reumatólogo (Cádiz 90.674 habitantes/reumatólogo; Huelva 160.988 habitantes/reumatólogo; Sevilla 60.372 habitantes/reumatólogo; Córdoba 71.277 habitantes/reumatólogo); Andalucía Oriental 119.219 habitantes/reumatólogo (Granada 71.201 habitantes/reumatólogo; Jaén 131.542 habitantes/reumatólogo; Málaga 161.489 habitantes/reumatólogo; Almería 152.759 habitantes/reumatólogo).

Conclusiones: Existe actualmente un déficit importante de reumatólogos en Andalucía principalmente en Andalucía Oriental. La provincia con menor número de reumatólogos ajustándolo por población es Málaga, seguida de Huelva, Almería y Jaén. La provincia más beneficiada sería Sevilla, seguida de Granada y Córdoba.

VALORACIÓN DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON CICLOFOSFAMIDA I.V. EN EL TRATAMIENTO DE LA EPID EN LA ESCLEROSIS SISTÉMICA

P. García de la Peña Lefebvre¹, S. Rodríguez Rubio¹, M. Valero Expósito¹, I. Gallego Rivera², F.J. Gaudó Navarro³ y A.C. Zea Mendoza¹

¹Servicios de Reumatología, ²Radiología, ³Neumología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) es una de las principales manifestaciones de la Esclerosis Sistémica (ES).

Objetivos: Evaluar la eficacia del tratamiento con CFiv. en pacientes diagnosticados de ES con EPID mediante los criterios modificados de la SEPAR (Sociedad española de Neumología y Cirugía Torácica).

Pacientes y método: Estudio prospectivo observacional con fecha de inicio en abril de 2003. La pauta establecida ha sido de 1 ciclo mensual durante 6 meses consecutivos y cuatro ciclos trimestrales durante 1 año asociados a dosis de corticoides (CE) < a 0,5 mg/kg/día. A todas las pacientes les fueron realizados TAC de alta resolución (TACAR) pulmonar y pruebas de función respiratoria (PFR) basalmente, tras 6, 8 y 10 ciclos trimestrales. Seis pacientes habían sido tratadas previamente con CE a dosis > a 0,5 mg/kg/día. Para valorar la respuesta al tratamiento establecimos unos criterios modificados de los de la SEPAR. Para ser incluido en una categoría debían reunir dos ó más criterios de los que a continuación se describen: -*Mejoría:* 1. Disminución del grado de disnea, establecida por mejoría de la clase funcional de la New York Heart Association (NYHA); 2. Disminución de las alteraciones en el TACAR pulmonar definido por una disminución del score total de Warrick (STW) > 3 puntos con respecto al valor basal; 3. Mejoría de las PFR, definida por uno de estos criterios: aumento CVF > = 10%, aumento DLco > = 15%, disminución (A-a) O₂ > = 10 mmHg. -*Estabilización:* 1. Estabilización de la NYHA; 2. Cambios en el STW 1-3 puntos con respecto al valor basal; 3. Cambios de las PFR, definida por uno de estos criterios: CVF < 10%, DLco < 10%, (A-a) O₂ < 10 mm Hg. -*Empeoramiento:* 1. Empeoramiento de la NYHA; 2. Aumento del STW > 3 puntos con respecto al valor basal. 3. Deterioro de las PFR, definida por uno de estos criterios: disminución > = 10% CVF, disminución > = 15% DLco, aumento (A-a) O₂ > = 10 mmHg.

Resultados: Hasta diciembre de 2005 habían iniciado tratamiento con ciclofosfamida por EPID 7 pacientes, todas ellas mujeres, 4 con ES_{cd}, 2 con ES_{cl} y una con un síndrome overlap. La edad media al inicio del tratamiento era de 55,7 con un tiempo medio de evolución de la enfermedad de 7 años, 4 presentaban Anticuerpos Antitopoisomerasa (AAT1), 1 Anticuerpos Anticentrómero (AAC) y una de ellas ninguno de los dos. Las características basales: CVF media 75,3%, DLco media 76,9%, STW medio 23,6/30, NYHA media 2,3 y Skin score modificado de Rodnan medio 11,6. Evaluación tras: - 6 ciclos: de las 6 pacientes que los han recibido 3 mostraron criterios de estabilización y 3 de mejoría. - 8 ciclos: de las 5 pacientes que los han recibido, 2 mostraron criterios de mejoría, 2 de estabilización y una de ellas no pudo ser clasificada en ninguno de los tres grupos según los criterios de definición preestablecidos (hubo una mejoría de la clase funcional, estabilización del daño radiológico y empeoramiento de las pruebas de función respiratoria) - 10 ciclos: sólo ha sido realizada por la paciente que no reunió criterios para ser clasificada, mante-

niéndose la misma situación (pese a haber experimentado un empeoramiento funcional respecto a sus valores basales, posteriormente se ha mantenido estable desde los 6 ciclos).

Conclusión: 1. En nuestra experiencia el empleo de la CF iv. en el tratamiento de la EPID en la ES estabiliza el curso de la enfermedad. Por ello su empleo debería establecerse en fases tempranas de su aparición. 2. Creemos que la valoración de la respuesta al tratamiento debe hacerse en base a unos criterios que incluyan tanto la clase funcional, la función respiratoria y los hallazgos radiológicos cuantificados.

EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO INICIAL DE ARTRITIS REACTIVA

A. Mera Varela, E. Pérez Pampín, B. Arca Barca y J. Gómez-Reino Carnota

Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Facultad de Medicina de la USC. Santiago de Compostela.

Objetivos: Establecer qué ocurre a largo plazo con aquellos pacientes diagnosticados inicialmente de Artritis Reactiva (ARe) y tratar de establecer factores pronósticos

Material y métodos: Hemos estudiado el desenlace de 36 pacientes diagnosticados con anterioridad de Artritis Reactiva en un Servicio de Reumatología y que cumplirían los criterios para diagnóstico propuestos por Pacheco-Tena et al. (J Rheumatol 1999.26:1338). La edad media en el momento inicial del diagnóstico fue de 35,9 años (ds: 12,21), 20 varones y 16 mujeres. El tiempo de seguimiento medio ha sido de 10,5 años (entre 18 y 3 años). El análisis estadístico fue realizado con el Analysis Toolpak de Excel.

Resultados: Todos los pacientes presentaron de forma inicial artritis axial y/o periférica. En el 61% se acompañó de diarrea, 27% de fiebre, 19% de de conjuntivitis y de uretritis en el 16%. La entesopatía se presentó en un tercio, fundamentalmente en localización aquilea. Las serologías fueron positivas para Salmonella (típhi o paratyphi) o Clamydia en 12 pacientes, no realizándose en 5 pacientes. Característicamente la VSG estuvo muy elevada al inicio con valor medio de 66,4 mm/1ª hora (ds: 38,8), con una diferencia significativa importante respecto a la actual. Sin embargo, la cifra leucocitaria no se modificó de forma significativa. El HLA-B27 estuvo presente en el 53,9% de los sujetos y las articulaciones más frecuentemente involucradas fueron las rodillas, seguido de tobillos, carpos y pequeñas articulaciones de pies y manos. La sacroilitis estuvo presente desde el inicio de la enfermedad en 3 pacientes. El tratamiento recibido consistió en AINEs (100%), esteroides a dosis bajas (16%) y antibióticos (16%), empleándose tetraciclinas, eritromicina, sulfas y rifampicina. Actualmente el 30,5% de todos los casos están asintomáticos, precisando algún tratamiento, básicamente AINEs otros 22 pacientes (11 AINE/ 7 esteroides/ 2 MTX, 2 SZP). El diagnóstico actual es: 2 casos, Espondilitis anquilosante clásica, 2 oligoartritis seronegativa, 1 poliartritis seronegativa, 2 artralgiás sin filiar y 1 caso de síndrome antifosfolípido, enfermedad de Still, gota y enfermedad inflamatoria intestinal crónica. En resto no ha precisado consulta de nuevo. Hemos encontrado una correlación entre la posibilidad de enfermedad crónica y presencia de HLA-B27, una mayor elevación de la VSG inicial y serología positiva para Salmonella. No hemos encontrado correlación entre el tratamiento antibiótico recibido, la presencia de serologías positiva para Clamydia o la presencia inicial de entesitis.

Conclusiones: El diagnóstico de Are es de evolución benigna en un tercio de los pacientes. Aquellos con presencia de HLA-B27 positivo y mayores marcadores de actividad inflamatoria tendrán más posibilidades de desarrollar un cuadro autoinmune crónico.

76

RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE LOS ANTICUERPOS ANTI-PÉPTIDO CÍCLICO CITRULINADO VERSUS RESONANCIA MAGNÉTICA ANTE LA SOSPECHA DE ARTRITIS REUMATOIDE CLÍNICA Y RADIOLÓGICAMENTE DUDOSA

J. Narváez, E. Sirvent, J.A. Narváez*, D. Reina, J.M. Nolla y J. Valverde

*Servicios de Reumatología (Consulta de artritis de reciente comienzo) y *Radiología. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona.*

Objetivos: Analizar la rentabilidad diagnóstica de los anticuerpos anti-péptido cíclico citrulinado (PCC) y de la resonancia magnética (RM) en pacientes con sospecha de artritis reumatoide de reciente comienzo (ARC) clínica y radiológicamente dudosa.

Material y métodos: Estudio prospectivo en 25 pacientes en los que se planteó la sospecha clínica de ARC, pero ni la exploración física ni las pruebas complementarias (factor reumatoide negativo y ausencia de cambios radiológicos típicos de la enfermedad) permitían establecer de forma incuestionable este diagnóstico. En cada paciente se determinaron los anticuerpos anti-PCC (ELISA; valores positivos > 3,99 U/ml) y se realizó una RM de la mano más afectada siguiendo las recomendaciones de los grupos OMERACT y RAMRIS para su realización e interpretación. Se consideraron criterios diagnósticos de la enfermedad el hallazgo en la RM de sinovitis grado II-III junto con la presencia de erosiones y/o cambios de edema óseo, que en la actualidad se considera que es un marcador de destrucción ósea activa y un precursor de la aparición de erosiones

Resultados: De los 25 pacientes incluidos, 18 eran mujeres y 7 varones, con una edad media en el momento del diagnóstico de 58 ± 14 años (rango: 31-79) y una duración media de la enfermedad en el momento de la primera visita de $3 \pm 2,4$ meses. Los anticuerpos anti-PCC fueron positivos en el 16% de los pacientes (4/25) mientras que la RM confirmó el diagnóstico de ARC en el 76% (19/25) de los casos. En 2 casos la RM descartó la sospecha de sinovitis, en 3 el estudio confirmó la presencia de artritis pero no objetivó erosiones, y en un paciente descubrió la presencia concomitante de entesitis orientando el caso hacia una espondilartropatía (que se confirmó meses después al aparecer lesiones de psoriasis).

Conclusiones: Aunque no son pruebas mutuamente excluyentes, en nuestra experiencia la RM ofrece un mayor rendimiento para el diagnóstico precoz de la AR que los anticuerpos anti-PCC.

77

EFICACIA A LARGO PLAZO DE ANTAGONISTAS DEL TNF EN PACIENTES CON ARTROPATÍA INFLAMATORIA CRÓNICA Y AMILOIDOSIS SECUNDARIA

A. Herranz, E. Tomero*, E. Vicente, I. Castrejón, I. González, A. Laffón y R. García de Vicuña

*H. Universitario de La Princesa. Madrid. *H. General de Segovia. Segovia.*

La amiloidosis secundaria (AS) es una complicación frecuente (5-10%) en pacientes con artropatías inflamatorias crónicas refracta-

rias y de evolución prolongada. Su diagnóstico ensombrece el pronóstico de estos pacientes cuando existe afectación visceral, principalmente renal. La proteína amiloide A sérica (SAA), es una apolipoproteína de fase aguda, sintetizada en el hígado en respuesta a estímulos inflamatorios como TNF o IL-6. El control de la enfermedad por agentes antagonistas del TNF (a-TNF) podría ser eficaz para evitar la progresión de la AS.

Objetivo: Descripción de la evolución y supervivencia de una cohorte de pacientes con AS a artropatías inflamatorias crónicas en tratamiento con agentes a-TNF.

Pacientes y método: Desde enero de 2001 a diciembre de 2005, se siguieron prospectivamente 17 pacientes con AS y artropatía inflamatoria crónica refractaria, en los que se inició tratamiento con a-TNF. Infliximab (INF), etanercept (ETN), adalimumab (ADM) se administraron según las pautas establecidas para cada enfermedad. Basalmente y en cada visita se recogieron: variables demográficas, actividad de la enfermedad (DAS 28, BASDAI), capacidad funcional (HAQ, BASFI) y analíticas (VSG, PCR, bioquímica función hepática y renal, proteinuria de 24 horas). Se evaluó la respuesta clínica a 0, 12, 24, 36 y 48 meses y se estimó la supervivencia al tratamiento. Para el estudio estadístico se utilizó el t. de Wilcoxon para datos apareados y las curvas de Kaplan Meier para estimar la supervivencia al tratamiento.

Resultados: El estudio incluyó 9 pacientes con A. Reumatoide, 3 A. Psoriásica, 5 E. Anquilosante, seguidos una mediana de 46 meses (P25-75 32-51). El 70,59% fueron mujeres con una edad media de 57,76 años (rango: 42-75) y una mediana de evolución desde el diagnóstico de la enfermedad de base de 181 meses (P25-75 87-264). La mediana de evolución de AS fue de 34 meses (P25-75 15-60) con afectación visceral clínica en 15: 1 nervio periférico, 2 hígado, 1 vesical/intestinal y 13 riñón (76,47%). Todos los pacientes iniciaron tratamiento con INF, en 4 pacientes se precisó cambio, por pérdida de eficacia, a un segundo fármaco (1 ADM, 3 ETN) y a un tercero (2 ADM). La mediana de supervivencia del tratamiento fue de 46 meses (P25-75 32,4-50,7) y la supervivencia de la cohorte desde el diagnóstico de AS fue de 84 meses (p25-75 59-107,6). Los parámetros clínicos y analíticos mejoraron significativamente, con descenso de la proteinuria y sin deterioro de la función renal, como muestra la siguiente tabla.

	Basal	Final	P
VSG (mm1*H)	66 (57-85)	52 (33-85)	0,0381
PCR (mg /dl)	4,2 (1,4-5,9)	0,8 (0,3-2,3)	0,0023
Proteinuria (mg/24 h)	461 (200- 747)	168 (93-760)	0,0321

Mediana (percentiles 25-75)

Se registraron 13 acontecimientos adversos (AA), 8 graves (2 pielonefritis, 1 fractura vertebral C6-C7, 1 insuficiencia cardíaca congestiva, 1 hemorragia cerebral, 1 aspergilosis pulmonar, 1 endocarditis sobre válvula nativa, 1 muerte súbita). Se registraron 4 fallecimientos: 2 en el periodo de tratamiento (endocarditis, muerte súbita de origen no filiado) y 2 tras suspender el a-TNF: 1 desarrolló aspergilosis pulmonar a los 4 meses de la retirada y otro presentó hemoptisis masiva, tras 13 meses de suspensión (motivo: remisión prolongada).

Conclusiones: El tratamiento a largo plazo con agentes a-TNF en artropatías inflamatorias crónicas detiene la progresión de la AS mediante el control sostenido de la enfermedad de base. La tasa de AA, superior a otras series sin AS, podría ser debida a la presencia de esta complicación ya que el diseño del estudio no permite discriminar si puede atribuirse al tratamiento.

78

IMPACTO EN LA CAPACIDAD LABORAL Y EN LA ASISTENCIA MÉDICA EN LOS PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

J.L. Fernández Sueiro¹, J.A. Pinto¹, S. Pertéga², C. Fernández¹, A. Sanmartín Álvarez¹, M. Freire¹, G. Graña¹, F.J. de Toro¹, F. Galdo¹ y F.J. Blanco¹

¹Servicio de Reumatología, ²Unidad de Epidemiología, Hospital Universitario Juan Canalejo, La Coruña.

Introducción y objetivos: La espondilitis anquilosante (EA) es una enfermedad reumática inflamatoria crónica, la afectación del esqueleto axial supone para los pacientes a lo largo de la evolución de la enfermedad un alto grado de deterioro y por lo tanto una incapacidad para desarrollar los trabajos habituales. El objetivo del presente trabajo ha sido evaluar el grado de incapacidad laboral causado en estos pacientes como consecuencia de la enfermedad.

Pacientes y métodos: A) Los pacientes de la cohorte de seguimiento de la consulta monográfica de EA de nuestro servicio fueron el objeto del presente estudio. La cohorte se inició en el año 2004 y los datos que se presentan corresponden al inicio de la cohorte y solo corresponden a los datos obtenidos en la primera visita. B) A todos los pacientes se les entregó un cuestionario para evaluar su situación laboral presente y su situación médica en el último año así como el número de visitas realizadas tanto en reumatología como en la atención primaria directamente relacionadas con la enfermedad. Para evaluar el grado de incapacidad laboral se utilizó la clasificación del Sistema Nacional de Salud; incapacidad laboral parcial (ILP), IL total (ILT), IL absoluta (ILA) y gran invalidez (GI). En todos los pacientes se realizó una exploración de acuerdo a los estándares actuales, considerándose discapacitados aquellos con ILT, ILA o GI, así como un paciente jubilado con ILP. Para el estudio estadístico se compararon las características de los pacientes discapacitados frente a los no discapacitados mediante el test chi-cuadrado para variables cualitativas y los tests t de Student o U de Mann-Whitney para el caso de variables numéricas.

Resultados: un total de 107 pacientes fueron estudiados (EA primaria 94, EA psoriásica 4, EA asociada a enfermedad inflamatoria intestinal 9). 64 (59,8%) eran trabajadores, jubilados 41 (38,3%) y estudiantes 2 (1,9%). 51 pacientes (47,7%) presentaban algún tipo de discapacidad; 13 ILP (12 trabajadores, 1 jubilado), 5 ILT, 32 ILA, y uno GI. En conjunto 39 (36,4%) presentaban algún tipo de incapacidad permanente por la enfermedad, todos ellos jubilados. El número de visitas anuales en reumatología fue 2,3 (DT 1,1), y en la atención primaria (AP) fue 5,9 (DT 4,6). El número de pacientes con alguna baja laboral debido a la enfermedad en el último año fue de 18 (24,3%), siendo la duración media de la baja de 143,2 ($\pm 170,8$) días (mediana 82,5). Los pacientes con algún tipo de incapacidad por la enfermedad presentaron las siguientes diferencias frente a los que no la tenían; edad actual (58,1 vs. 43,9 años, $p < 0,001$), edad al diagnóstico (39,5/33,5, $p = 0,006$), tiempo desde los síntomas al diagnóstico (10,9/6,5 años, $p = 0,006$), tiempo de evolución (30,1/17,5 años, $p < 0,001$), nº de visitas AP (7,11/5,4, $p = 0,017$) y uveítis (51,3%/22,1%, $p = 0,002$). No se observaron diferencias significativas en los siguientes análisis; número de visitas a reumatología en el último año (2,2/2,3, $p = 0,731$), BASDAI (2,0/2,7, $p = 0,334$), % de pacientes con BASDAI ≥ 4 (30,8%/26,5%, $p = 0,634$). Sí se ob-

jetivaron diferencias significativas en; BASRI total (10/6,5, $p < 0,001$), ASQoL (9,1/5,4, $p < 0,001$) y componente físico del SF12 (41,6/35,9, $p = 0,004$).

Conclusiones: La espondilitis anquilosante presenta un impacto severo sobre la capacidad laboral, el 47,7% de los pacientes presentaba algún tipo de incapacidad laboral. De los trabajadores activos el 24,3% tuvo una baja laboral por la enfermedad en el último año. El 95% de los pacientes jubilados lo fueron debido a la enfermedad, estos pacientes presentaron un mayor retraso al diagnóstico 10,9 años. Esto sugiere la necesidad de un diagnóstico precoz de la enfermedad, estos pacientes además consumen más recursos de la atención primaria. La uveítis en esta serie es un factor de gravedad de la enfermedad, mientras que la actividad de la enfermedad persiste independientemente del tiempo de evolución.

79

CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA EN PACIENTES CON INCAPACIDAD TEMPORAL DE ORIGEN MÚSCULO-ESQUELÉTICO (IT-ME): INFLUENCIA DE FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

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

Servicio de Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivo: Analizar la calidad de vida percibida en pacientes que se encuentran en situación de incapacidad temporal de origen músculo-esquelético (IT-ME) y determinar la influencia de los factores sociodemográficos (edad, sexo y profesión) en dicha percepción.

Materiales y métodos: La muestra está compuesta por 109 pacientes de 4 semanas de IT del Área 7 de la Comunidad de Madrid, remitidos al programa de atención reumatológica temprana. A todos se les administró en dicho momento el cuestionario Self Reported 12-item Health Survey (SF-12) para medir calidad de vida percibida en pacientes con discapacidad. Se realizaron pruebas T-test para comparar las medias según edad (mayores de 50 años versus menores), profesión (manual versus no manual) y sexo de los pacientes en cada uno de los ítems del cuestionario. Posteriormente se realizaron análisis de regresión para los ítems con aquellas variables que resultaron significativas.

Resultados: Atendiendo a la profesión, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la limitación de las actividades sociales a causa de problemas físicos y emocionales, siendo más importante en los trabajadores manuales ($P = 0,03$). No se encontraron diferencias significativas en ninguno de los otros ítems. Según edad, se observó que las personas mayores de 50 años tenían de forma significativa peor salud percibida ($P = 0,00$) y más dificultades para realizar las actividades sociales a causa de problemas físicos y emocionales ($P = 0,02$). En cuanto al sexo, se observó que significativamente las mujeres manifestaban descuidar las actividades cotidianas y laborales por problemas emocionales ($P = 0,00$) y un mayor nivel de ansiedad ($P = 0,03$), apatía ($P = 0,01$) y tristeza ($P = 0,04$) en las 4 semanas previas.

Conclusiones: 1) En pacientes con IT-ME de 4 semanas de duración se encontraron limitaciones en las actividades sociales, a causa de problemas físicos y emocionales, en trabajadores manuales y en personas mayores de 50 años. 2) Las mujeres manifestaron más estrés emocional como consecuencia principal de esta situación de incapacidad.

80

LOS FACTORES EMOCIONALES EN LA PERCEPCIÓN DE DISCAPACIDAD Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INCAPACIDAD TEMPORAL DE ORIGEN MÚSCULO-ESQUELÉTICO (IT-ME)

L. León, G. Candelas, E. Loza, M. Blanco y J.A. Jover
Servicio de Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción: En las enfermedades músculo-esqueléticas parece existir una clara retroalimentación entre depresión y discapacidad, y así como un alto grado de discapacidad puede convertirse en un factor de riesgo para la depresión por la imposibilidad de realizar actividades placenteras y de utilidad, los síntomas depresivos agudizan la percepción de la situación de discapacidad del propio paciente. En pacientes con dolor músculo-esquelético, una de las manifestaciones más frecuentes de la ansiedad es el miedo a que la actividad o movimiento lo incremente, produciéndose así el desarrollo del llamado "miedo al dolor" que conduciría a la característica limitación de actividad observada en estos pacientes, repercutiendo en un deterioro del estado funcional. Además la calidad de vida percibida por el propio paciente puede verse muy afectada por estas dos emociones, aumentando el estrés que tanto influye en el cumplimiento y resultados de cualquier tratamiento.

Objetivos: El objetivo de este estudio es analizar la influencia de estas emociones en la percepción de discapacidad y calidad de vida de estos pacientes.

Métodos: Se seleccionó una muestra de 123 pacientes que alcanzaban las 4 semanas de IT, pertenecientes al programa de atención reumatológica temprana IT-ME del Área 7 de la Comunidad de Madrid. Para la evaluación de la sintomatología ansiosa se utilizó el Inventario de Situaciones y Respuesta de Ansiedad Breve-ISRA.B, y para la sintomatología depresiva el Cuestionario de Tristeza y Depresión-CTD. El nivel de discapacidad percibida se midió con el Health Assessment Questionnaire (HAQ). La calidad de vida percibida se midió con el Short Form 12-item Health Survey (SF-12). Con los resultados de los pacientes en ambos cuestionarios se estableció un punto de corte con la puntuación media, resultando finalmente dos grupos: pacientes con ansiedad alta versus normal (para este tipo de pacientes) y pacientes con depresión alta versus normal (para este tipo de pacientes).

Resultados: Se realizaron pruebas T de diferencia de medias para la variable ansiedad y los factores sociodemográficos y para la variable depresión y los mismos factores, resultando significativo para ambos el sexo, con un mayor porcentaje de mujeres en las dos medidas. Las pruebas T se realizaron también para ambas variables y los ítems del cuestionario SF-12 y la puntuación de los pacientes en el HAQ. Las variables que resultaron significativamente distintas en los grupos se incluyeron en los análisis de regresión. Después de controlar el sexo, los análisis mostraron que la depresión es variable predictora para la discapacidad ($P = 0,00$), la salud percibida ($P = 0,00$), deterioro actividades ($P = 0,00$), sentimientos de intranquilidad y tristeza ($P = 0,00$, $P = 0,05$) y dificultad para actividades sociales ($P = 0,00$). La ansiedad resultó variable predictora para la salud percibida ($P = 0,00$), deterioro actividades ($P = 0,01$), sentimientos de intranquilidad ($P = 0,00$) y dificultad para actividades sociales ($P = 0,01$).

Conclusiones: Parece que, aunque estas emociones están aumentadas en el total de pacientes frente a sujetos sanos, el estar por encima de la media de los pacientes en alguna de ellas influye claramente en la percepción de discapacidad y calidad de vida del propio paciente, por lo que es importante considerarlas como factores que pueden estar afectando negativamente al curso y la recuperación de la enfermedad músculo-esquelética.

81

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

M. Núñez¹, E. Núñez², J.L. del Val², A. Sánchez³, M. Bonet⁴, D. Roig⁵, M.D. Muñoz⁶ y ARQUALIS Research group
¹Servicio de Reumatología ICAL, Hospital Clínico; ²SAP Suport al Diagnòstic i al Tractament, Institut Català de la Salut; ³Departament d'Estadística, Universitat de Barcelona; ⁴Hospital de l'Alt Penedès; ⁵SAP Baix Llobregat Centre, Institut Català de la Salut; ⁶Institut d'Estudis de la Salut.

Objetivos: Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes con artritis reumatoide (AR) y compararla con los valores poblacionales de referencia (VPR). Identificar la influencia de variables sociodemográficas y clínicas sobre la CVRS.

Pacientes: 812 pacientes, 633 mujeres, edad $60,6 \pm 14,2$ años, tiempo de evolución $11,2 \pm 9,7$ años.

Métodos: Estudio observacional analítico y multicéntrico. Se determinaron las siguientes variables: sociodemográficas; tiempo de evolución; número de comorbilidades; rigidez matutina; estado funcional global; factor reumatoide; AR erosiva; manifestaciones extraarticulares; afección radiológica precoz e índice de la actividad de la enfermedad (DAS-28). La CVRS fue medida con el cuestionario SF-36 y comparada con los VPR. Las 4 dimensiones físicas y mentales del SF-36 proporcionaron puntuaciones resumen de los componentes de la salud física y mental (CSF y CSM respectivamente). Análisis estadístico: Descriptivo básico para las variables individuales y modelos de regresión múltiple para estudiar la relación entre las variables.

Resultados: Los pacientes con AR presentaron puntuaciones menores en todas las dimensiones del SF-36 que los VPR; las dimensiones de función física, rol físico y dolor corporal alcanzaron puntuaciones inferiores al 45%. El DAS-28, la rigidez matutina y el estado funcional global influyeron negativamente sobre el componente de salud física (puntuación CSF), mientras que la ayuda cotidiana para las actividades y la satisfacción con el tratamiento la influyeron positivamente ($p < 0,01$). La rigidez matutina influyó negativamente sobre el componente de salud mental (puntuación CSM) mientras que el nivel de estudios, la satisfacción con el tratamiento y la ayuda cotidiana para las actividades la influyeron positivamente ($p < 0,01$).

Conclusiones: Comparados con los valores de referencia de la población, los pacientes con AR presentaron una peor CVRS. La ayuda cotidiana y la satisfacción con el tratamiento influyeron positivamente en la HRQL, mientras que la actividad de la enfermedad y la incapacidad física lo hicieron de forma negativa.

Estudio becado por La Fundación La Marató TV3.

82

RELACIÓN ENTRE EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y EL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

M. Núñez¹, E. Núñez², J.L. del Val², A. Sánchez³, M. Bonet⁴, D. Roig⁵, M.D. Muñoz⁶ y ARQUALIS Research group
¹Servicio de Reumatología ICAL, Hospital Clínico; ²SAP Suport al Diagnòstic i al Tractament, Institut Català de la Salut; ³Departament d'Estadística, Universitat de Barcelona; ⁴Hospital de l'Alt Penedès; ⁵SAP Baix Llobregat Centre, Institut Català de la Salut; ⁶Institut d'Estudis de la Salut.

Fundamentos: El tratamiento de la artritis reumatoide está influido por el tiempo de evolución de la enfermedad. En los últimos años se han introducido las denominadas terapias biológicas aconsejándose la introducción precoz de las mismas para evitar la

aparición de lesiones irreversibles. Sería de interés conocer si en la práctica clínica se refleja la introducción precoz de dichas terapias.

Objetivos: Determinar si existen diferencias en las pautas de tratamiento prescritas, a pacientes con artritis reumatoide, en función del tiempo de evolución de la enfermedad.

Pacientes: 812 pacientes, 633 mujeres, edad media 60,6 años (DE 14,2), tiempo de evolución 11,2 años (DE: 9,7).

Métodos: Estudio observacional descriptivo y multicéntrico. Se determinaron las siguientes variables: sociodemográficas, tiempo de evolución de la enfermedad (< 3 años, 3-5 años y > 5 años) y pautas de tratamiento prescrito (I [corticoterapia y AINEs], II [fármacos modificadores de la enfermedad (FAME)] y III [biológicos]). *Análisis estadístico:* descriptivo básico para las variables individuales y tablas de contingencia y Chi2 para la relación entre las variables categóricas.

Resultados: El tiempo de evolución de la enfermedad en los pacientes del estudio fue en el 19,6% < 3 años, en el 13,3% entre 3-5 años y en el 67,1% > 5 años. La pauta I se prescribió al 87,3% de los pacientes, la pauta II al 64%, la pauta III al 10,7% y no tenía pauta el 5,2% de los pacientes. Se observaron pautas combinadas en un 63,2%: I y II en el 53,3%; I y III en el 1,2% de los pacientes; II y III en el 4,1%; y I, II y III en el 4,6%. La pauta III fue prescrita al 3, % de los pacientes con evolución de < 3 años, al 5,8% entre 3-5 años y al 13,6% de > de 5 años siendo la única que se vio asociada de forma estadísticamente significativa con el tiempo de evolución ($p < 0,001$). En el resto de pautas y/o sus combinaciones no se detectó asociación con el tiempo de evolución de la enfermedad.

Conclusiones: No existieron diferencias en las pautas de tratamiento en función del tiempo de evolución de la enfermedad excepto en la prescripción de fármacos biológicos (pauta III) que se prescribieron a pacientes con AR de larga evolución.

Estudio becado por La Fundación La Marató TV3.

83

CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE SEGÚN EL NIVEL ASISTENCIAL

M. Núñez¹, E. Núñez², J.L. del Val², A. Sánchez³, M. Bonet⁴, D. Roig⁵, M.D. Muñoz⁶ y ARQUALIS Research group

¹Servicio de Reumatología ICAL, Hospital Clínic; ²SAP Suport al Diagnòstic i al Tractament, Institut Català de la Salut; ³Departament d'Estadística, Universitat de Barcelona; ⁴Hospital de l'Alt Penedès; ⁵SAP Baix Llobregat Centre, Institut Català de la Salut; ⁶Institut d'Estudis de la Salut.

Objetivos: Conocer las características de pacientes con artritis reumatoide (AR) según el nivel asistencial al que acuden.

Pacientes: 812 pacientes, 633 mujeres, edad media 60,6 años (DE 14,2), tiempo de evolución 11,2 años (DE: 9,7).

Métodos: Estudio observacional analítico y multicéntrico. El estudio se realizó en 5 servicios de atención primaria (AP), 6 hospitales comarcales (HC) y 2 hospitales de tercer nivel (HTN) de Catalunya. Se determinaron: edad, sexo, estudios, régimen de convivencia, profesión, situación laboral, ingresos mensuales, independencia económica, ayuda cotidiana para las actividades, tiempo empleado en asistencia sanitaria, satisfacción con el tratamiento, tiempo de evolución, índice de masa corporal (IMC), comorbilidad, rigidez matutina, estado funcional global, factor reumatoide (FR), AR erosiva, manifestaciones extraarticulares, afectación radiológica precoz, índice de la actividad de la enfermedad [DAS-28] y tratamiento. Análisis estadístico: descriptivo básico para las variables individuales y análisis de correspondencias

múltiples para estudiar la relación entre las variables y establecer los perfiles característicos.

Resultados: En la tabla se muestran los rasgos diferenciales, estadísticamente significativos ($p < 0,001$) de cada uno de los grupos de pacientes según el nivel asistencial de procedencia:

	Edad	Sexo	Estudios	Profesión	Situación laboral	Ingresos mensuales	Independencia económica	Ayuda cotidiana
AP	>75 años	-	básicos	-	jubilado	-	-	-
HC	-	hombre	ninguno cualificado	obrero no	-	<500€	no	no
HTN	36-45 años	mujer	medios / superiores	profesional	trabaja / otras	>2000€	-	sí

	Satisfacción con el tratamiento	Tiempo de evolución	IMC	AR erosiva	Manifestaciones extraarticulares	Afectación radiológica precoz	Tratamiento corticoides y AINES	Tratamiento biológicos
AP	bastante	7,3	27,3	no	no	-	no	no
HC	-	-	-	sí	sí	-	sí	-
HTN	-	13,7	25,9	-	-	no	-	sí

Conclusiones: En los niveles asistenciales estudiados se pudieron distinguir tipologías de pacientes claramente diferenciadas. En los centros de AP predominaron los pacientes con edades más avanzadas, nivel de estudios básicos, menor tiempo de evolución de la AR y mayor satisfacción con el tratamiento. En los HC predominaron los hombres, con nivel socioeconómico bajo, AR erosiva y manifestaciones extraarticulares. En los HTN predominaron los pacientes de menor edad, mujeres, nivel socioeconómico alto, mayor tiempo de evolución y tratamiento biológico.

Estudio becado por La Fundación La Marató de TV3.

84

GRUPO ESPAÑOL MULTICÉNTRICO DE ESTUDIO DEL SÍNDROME DE SJÖGREN (GEMESS): CARACTERIZACIÓN CLÍNICA E INMUNOLÓGICA EN UNA COHORTE DE 846 PACIENTES

M. Ramos-Casals¹, R. Solans², J. Rosas³, A. Gil⁴, M.T. Camps⁵, J. del Pino⁶, L. Pallarés⁷, J. Calvo-Alen⁸, M.L. Micó⁹, J. Beltrán¹⁰, C. Hidalgo-Tenorio¹¹, R. Belenguer¹², J. Font¹, en representación del GEMESS Study Group

¹Servicio de Enfermedades Autoinmunes. Hospital Clínic. Barcelona,

²Servicio de Medicina Interna. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona,

³Sección de Reumatología. Hospital de Vilajoyosa. Alicante,

⁴Servicio de Medicina Interna. Hospital La Paz. Madrid,

⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital Carlos Haya. Málaga,

⁶Servicio de Reumatología y Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca,

⁷Servicio de Medicina Interna. Hospital de Son Dureta. Palma de Mallorca, ⁸Sección de Reumatología, Hospital de Sierrallana.

⁹Servicio de Medicina Interna. Hospital La Fe. Valencia,

¹⁰Sección de Reumatología. Hospital General de Castellón. Castellón,

¹¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de las Nieves. Granada,

¹²Unidad de Reumatología. Hospital 9 de Octubre. Valencia.

Objetivo: Determinar las características clínicas e inmunológicas de una cohorte multicéntrica de pacientes españoles con síndrome de Sjögren primario (SS).

Pacientes: El grupo GEMESS, formado en el año 2005, incluye un total de 12 centros hospitalarios españoles de referencia en el manejo de pacientes con SS primario, con el objetivo de crear un registro nacional multicéntrico de pacientes con SS primario. Todos los pacientes deben cumplir los criterios clasificatorios Europeos de 1993. Las principales características clínicas e inmunológicas se clasificaron de acuerdo a su prevalencia en la totalidad de la cohorte como predominantes (>50%), frecuentes (10-50%) e infrecuentes (<10%).

Resultados: Hasta diciembre del 2005, se han incluido en el registro un total de 846 pacientes. La edad media de los pacientes fue de 52 años (límites 14-87) en el momento del diagnóstico y de 59 años (límites 16-94) en el momento de inclusión en el registro, con un promedio de evolución de la enfermedad de 7 años (límites 1-20). Las manifestaciones clínicas predominantes fueron la xerostomía en 817 pacientes (97%), la xerofthalmia en 807 (95%) y las artralgiás en 419 (50%). Como manifestaciones frecuentes se observó parotidomegalia en 229 casos (27%), fenómeno de Raynaud en 159 (19%), tiroiditis autoinmune en 126 (15%), artritis en 108 (13%) y afección pulmonar en 89 (11%). Las manifestaciones clínicas más infrecuentes fueron la neuropatía periférica en 83 casos (10%), vasculitis cutánea en 73 (9%), afección renal en 45 (5%), linfoma en 16 (2%) y afección del SNC en 15 (2%). Las alteraciones inmunológicas predominantes fueron los ANA, detectados en 703 pacientes (84%) y los anticuerpos anti-Ro/SS-A en 432/833 (52%). Como datos inmunológicos frecuentes se observó FR positivo en 384/813 (47%) pacientes y anticuerpos anti-La/SS-B en 283/831 (34%). Las manifestaciones inmunológicas infrecuentes incluyeron crioglobulinas en 55/532 (10%) pacientes, C3 bajo en 59/610 (9%) y C4 bajo en 56/610 (9%).

Conclusión: Hemos identificado cinco manifestaciones predominantes en nuestro registro multicéntrico nacional de pacientes con SS primario: xerostomía, xerofthalmia, afección articular, ANA y anticuerpos anti-Ro/SS-A. Los bajos porcentajes observados para aquellas manifestaciones asociadas con un peor pronóstico (afección de órganos internos, vasculitis, linfoma, crioglobulinas e hipocomplementemia) confirman que el SS primario es, en cerca del 90% de casos, una enfermedad autoinmune con un bajo grado de afección sistémica extraglandular.

85

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DEL ÁCIDO HIALURÓNICO INTRAARTICULAR EN MONODOSIS

P. Morales, A. Rueda Cid, J. González Domínguez, C. Rodríguez Paiz, P. Ros Sánchez y E. Raya Álvarez
Servicio de Reumatología. Hospital Clínico San Cecilio.

Objetivos: El ácido hialurónico (A.H.) es un componente importante en la homeostasis intraarticular. En este estudio comparamos la eficacia y los posibles efectos adversos entre el A.H. administrado en monodosis y el administrado en 5 sesiones (una cada semana).

Material y métodos: Estudio prospectivo con 46 pacientes, diagnosticados de artrosis de rodilla siguiendo los criterios del Colegio Americano de Reumatología. De ellos, a 23 se le administra A.H. de alto peso molecular en monodosis y al resto cinco inyecciones intraarticulares separadas de una semana. Todos recibieron la misma medicación los últimos quince días antes del tratamiento (máximo Diclofenaco 150 mg/día). Se recogen los años de evolución de la enfermedad y el grado radiológico de gonartrosis. La intensidad del dolor se mide mediante la escala analógica visual EVA y la gravedad de la artrosis mediante el índice de Lequessne, 15 días antes y tres meses después de la infiltración, así como la necesidad de tomar tratamiento analgésico y/o antiinflamatorio tras la medicación intraarticular.

Resultados: De 46 pacientes, 32 mujeres y 14 varones, con una edad media de 61,2 años con un tiempo de evolución de su enfermedad medio de 6 años, presentaban gonartrosis grado III 32 pacientes (69,56%), gonartrosis grado II 8 pacientes (17,39%) y gonartrosis grado II-III 6 pacientes (13,04%). El EVA medio inicial de los pacientes que se iban a tratar con A.H. en cinco infiltraciones fue de 80,25 (EVA medio del médico: 50,90), siendo tras tratamiento de 40,20 (EVA médico 20). El índice de Lequessne medio inicial fue catalogado de severo (8,84, límite 8-10) y tras tratamiento de moderado (5,93, límite 5-7). Disminuyó la necesidad de medicación oral en el 83,20% de pacientes. No se registró ningún efecto adverso. El EVA medio inicial en pacientes en tratamiento con A.H. en monodosis fue de 86,8% (EVA medio del médico 50) y al final del tratamiento 30,40 (EVA medio del médico 20). El índice de Lequessne inicial fue de SEVERO (8,92) y al final de moderado (6,20). Disminuyó la necesidad de tratamiento oral en el 78,20% de los pacientes. No se registraron efectos adversos.

Conclusión: En nuestra experiencia, el A.H. en monodosis parece ser igual o más eficaz que la presentación de 5 inyecciones intraarticulares, sin disminuir la seguridad del fármaco. La mejoría de la función articular fue similar en ambos grupos de pacientes, sin embargo la disminución del dolor fue mayor tras A.H. en monodosis.

86

INCIDENCIA DE NEOPLASIAS DURANTE EL TRATAMIENTO CON ANTI-TNF ALFA

R.M. Hortal Alonso, C. Chalmeta Verdejo, N. Fernández-Llano Comella, J.J. Alegre Sancho, J. Ivorra Cortés, S. Muñoz Gil, J.A. Román Ivorra, L. Abad Franch, C. Alcañiz Escandell, M.A. Pareja Lázaro y J.M. Senabre Gallego
Sección de Reumatología. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

Objetivo: Analizar la incidencia de neoplasias en pacientes con artropatías inflamatorias crónicas durante el tratamiento con antiTNF α .

Material y métodos: Estudio retrospectivo-observacional de los pacientes con artropatías inflamatorias crónicas que han recibido tratamiento con antiTNF α en los últimos 5 años en nuestro servicio. Se revisaron las historias clínicas de 247 pacientes y recogieron datos demográficos (sexo, edad), epidemiológicos (hábito tabáquico, antecedentes familiares tumorales) y clínicos (diagnóstico, tiempo de evolución de la enfermedad hasta el inicio del tratamiento biológico, y bajo dicho tratamiento, tratamientos previos y concomitantes).

Resultados: De los 247 pacientes incluidos, 148 eran mujeres (60%) y 99 varones (40%). De ellos 115 (46%) recibieron infliximab, 76 (31%) etanercept y 56 (23%) adalimumab. Los diagnósticos fueron: 160 (65%) artritis reumatoide, 49 (20%) artropatía psoriásica, 22 (9%) espondilitis anquilosante, 9 (3%) espondiloartropatía asociadas a EII, 3 (1,2%) espondiloartropatía indiferenciada, 3 (1,2%) artritis idiopática juvenil, y un Beçhet con uveitis refractaria (0,4%). Se encontraron 8 neoplasias en 6 pacientes (3,2%), 3 mujeres y 3 varones, con una edad media de 65 + 8 años. Seis casos habían recibido infliximab y 2 adalimumab. En cuanto a la enfermedad basal, 2 pacientes tenían AR y 4 espondiloartropatía. El tiempo medio de evolución de la enfermedad fue de 12 años y hasta el inicio del tratamiento biológico 2,3 años. La duración media del tto antiTNF α fue de 12 (rango = 1-19) meses. Todos habían recibido DMARD

previo al tto biológico y 4 llevaban tto concomitante (3 MTX y 1 Leflunomida).

Tumor	Sexo	Edad	Enfermedad	Terapia biológica	Duración tto (meses)	Comentario
CA mama	mujer	72	EA indiferenciada	Infliximab	8	
CA epidermoide en frente y basocelular en punta nariz	mujer	61	EA asociada a colitis ulcerosa	Infliximab	6	
CA mama	mujer	62	EA asociada a colitis ulcerosa	Infliximab	19	
CA laringe	varón	68	EA	Infliximab	17	Fumador
Neurofibroma y léntigo en espalda	mujer	71	AR	Adalimumab	1	
CA basocelular en cara	mujer	72	AR	Adalimumab	15	
Tumor de Warthin multicéntrico en parótida	varón	64	EA psoriásica	Infliximab	10	Aparición del tumor 4 meses tras suspensión de infliximab por ineficacia. AF de CA vejiga
Adenocarcinoma de próstata	varón	48	AR	Infliximab	6	Antecedente de seminoma en remisión previo a biológico. Tto previo con anakinra

Conclusiones: Menos de un 4% de nuestros pacientes en tratamiento anti-TNFa desarrollaron tumores, ninguno de estirpe linfóide. La mayoría de las neoplasias aparecieron en el grupo de infliximab, si bien hay que considerar que es el grupo más numeroso y el de mayor tiempo de exposición al fármaco. Son necesarios estudios prospectivos con grupo control para poder establecer si esta incidencia es, como parece, igual a la esperada con independencia del tratamiento biológico.

87

POLICONDRITIS RECIDIVANTE. NUESTRA EXPERIENCIA

E. Aznar Villacampa, A. Urruticoechea Arana*, F.J. Monzón Muñoz y S. Magaña Osta
*Hospital Reina Sofía de Tudela. Navarra, *Hospital Can Misses de Ibiza.*

Introducción: La Policondritis Recidivante (PR) es una enfermedad rara, pero con incidencia en algunas series de hasta 3,5 por millón de habitantes año. El curso clínico de la enfermedad puede ser muy variable, desde relativamente benigna hasta tratarse de procesos fulminantes y el diagnóstico debe de ser precoz con la sospecha clínica y confirmación anatomopatológica. En aproximadamente un 33% de los casos se asocia a otros procesos fundamentalmente enfermedades autoinmunes y síndromes mielodisplásicos.

Objetivos: Describir la presentación clínica, estudio anatomopatológico, alteraciones analíticas y tratamiento aplicado a los pacientes diagnosticados de PR en nuestro hospital.

Métodos: Se realiza una revisión retrospectiva de los pacientes diagnosticados de PR en un Hospital Comarcal durante 20 años. El diagnóstico se ha realizado basándose en los criterios de Mc Adam's (*) y en todos ellos con confirmación histológica. Se han valorado exploraciones complementarias como analítica y radiología y se han excluido otras causas infecciosas, traumáticas o neoplásicas.

Resultados: Se han diagnosticado 3 pacientes con PR, todos ellos eran mujeres, con una edad media de 61 años, la presentación clínica más frecuente fueron las manifestaciones otorrinolaringológicas con condritis auricular en 2 de ellas (66%) con un total de 5 episodios, 3 bilaterales y 2 unilaterales, pérdida de audición en 2 pacientes (66%) acompañado de disfunción vestibular en una ocasión. Una paciente presentó condritis nasal (33%) que llegó a producir perforación del tabique nasal y la misma paciente presentó afectación de la vía respiratoria que requirió cricotiroidectomía. La

afectación ocular ocurrió en 2 de las 3 pacientes (66%) en forma de epiescleritis en una de las pacientes y en forma de conjuntivitis en otra. Solo en una de las 3 pacientes con PR (33%) se asociaba otra enfermedad (A.R.), que había sido diagnosticada 3 años antes. Los hallazgos histopatológicos de las 4 muestras estudiadas (2 de una misma paciente) fueron concluyentes de PR con hallazgos típicos como la pérdida de la basofilia de la matriz cartilaginosa y presencia de abundante infiltrado inflamatorio. En las determinaciones analíticas únicamente cabe destacar la elevación de velocidad de sedimentación en todas las pacientes y en la paciente con A.R. la positividad del factor reumatoide y HLA-DR4. Los tratamientos empleados han sido fundamentalmente prednisona: de hasta 60 mg, cuando presentaba proceso inflamatorio agudo, y posteriormente dosis medias-bajas asociados a Azatioprina (3 mg/ Kg/día), Metotrexato (20 mg/ semana) y en otra paciente que presentaba de forma asociada A.R. Infliximab (3 mg/ Kg iv cada 8 semanas) así como Metotrexato (10mg/ semana). En una paciente fue necesario realizar cricotiroidectomía (previamente al diagnóstico de PR) y observando que se había administrando prednisona a dosis de 1 mg/Kg/ día como tratamiento de edema laringeo.

Conclusiones: PR es una enfermedad inflamatoria de base inmunológica infrecuente, que se asocia con frecuencia a otros procesos autoinmunes, no se acompaña de alteraciones analíticas específicas pero sí de hallazgos histopatológicos característicos por lo que se deberá hacer biopsia de las zonas afectas lo antes posible ante la sospecha clínica. Puesto tratamiento precozmente, mejora la morbilidad y la mortalidad atribuibles a la enfermedad y reduce el número de deformidades.

88

RAYNAUD, ESCLERODERMIA Y ENFERMEDAD MACROVASCULAR PERIFÉRICA

F.J. Olmedo Garzón, R. Rial Horcajo, M. Fuentes Ferrer, C. Morata Barrado, D. Clementa Garulo, R. López González, J. Serrano Hernando y J.A. Jover Jover
Servicios de Reumatología y Cirugía Vascul. H. Clínico de San Carlos. Madrid.

Introducción: Se ha encontrado recientemente una frecuencia mayor de la esperada de enfermedad macrovascular en varias series de pacientes con esclerodermia (ESC). Nos planteamos una posible arteriopatía aditiva y clínicamente significativa entre el fenómeno de Raynaud (FR), y las angiopatías de la ESC y de la aterosclerosis.

Objetivos: estudiamos el FR y la ESC en una serie de pacientes con aterosclerosis relevante clínicamente.

Métodos: 221 pacientes aleatorios con enfermedad arterial sintomática de miembros inferiores, 93% con claudicación vascular, que acudieron a una consulta de Cirugía de Vascular de Diciembre 2003 a Abril 2004. Un procedimiento normalizado diagnóstico de FR se aplicó a la totalidad de la muestra. Éste procedimiento consiste en la realización de dos preguntas acerca de la sensibilidad de los dedos al frío y de cambios de color de los mismos, seguido de identificación de esos cambios de color con una "carta" de colores y con fotografías de manos con FR. Los pacientes con FR confirmado se estudiaron en consulta para estudio de posible ESC, aplicando los criterios del Colegio Americano de Reumatología. Las variables (sociodemográficas, de factores de riesgo de aterosclerosis y de otras enfermedades arteriales), fueron obtenidas de las historias clínicas y de los informes de alta (HP-HIS) y de la Unidad de Hemodinámica.

Resultados: La edad media de la muestra fue 70,45 a. (\pm 9,85), 88,3% varones, 69,5% con Hipertensión arterial Sistémica, 37,4% con enf coronaria sintomática, 19,7% con procedimientos inter-

vencionistas en coronarias, 22,9% con accidentes cerebrovasculares agudos, 44% fumadores activos, 41,7% diabéticos, 88,3% con dislipemia, 40,8% con cirugía vascular. Ocho de los doscientos veintinueve pacientes (3,6 %) tuvieron FR, tres de los ocho FR presentaron ESC (3/221, 1,36%), dos de las tres ESC fueron varones. En el análisis univariable entre los subgrupos con y sin FR, las únicas diferencias significativas fueron que el subgrupo con FR tuvo más enfermedad coronaria [6/8 (75%) versus 64/179 (35,8%), $p = 0,054$] y más procedimientos intervencionistas en las coronarias [4/8 (50%) versus 26/144 (18,1%), $p = 0,049$]. La enfermedad coronaria fue la única variable aceptada en la regresión logística; OR 5,391, IC 95% 1,057 - 27,49, $p = 0,043$.

Conclusiones: respecto a los pacientes sin FR, los pacientes con FR tuvieron cinco veces más posibilidades de presentar enfermedad coronaria en esta serie de pacientes de morbi-mortalidad elevada con enfermedad aterosclerótica, lo que pudiera explicarse por FR cardíaco. El hecho de que la ESC fue una enfermedad frecuente ($> 1\%$) y con predominio del sexo masculino (dos de tres casos) en la serie, puede sugerir la suma del FR, y de las angiotipatías de la ESC y de la enfermedad aterosclerótica.

89

INTERACCIÓN EPISTÁTICA ENTRE LOS GENES FCRL3 Y NFKB1 EN PACIENTES ESPAÑOLES CON ARTRITIS REUMATOIDE

M. Sánchez-López¹, J. Varadé², J.R. Lamas¹, A. Valdivia², L. Rodríguez¹, A. Martínez-Doncel², E. Urcelay² y B. Fernández-Gutiérrez¹

Servicios de ¹Reumatología e ²Inmunología. H. Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: La artritis reumatoide (AR) es una de las enfermedades autoinmunes más frecuentes en las poblaciones occidentales, con una prevalencia de aproximadamente un 1%. La causa de la enfermedad es desconocida, pero se postula la interacción de elementos genéticos y ambientales. El factor genético más importante conocido es la presencia del epítipo compartido situado en el gen HLA-DRB1, pero con seguridad existen genes adicionales, aunque probablemente de menor efecto. Recientemente, se ha descrito, en un estudio japonés, una fuerte asociación entre la artritis reumatoide y varios polimorfismos localizados en el gen FCRL3, un miembro de una familia de genes relacionados con los receptores de la región constante de las inmunoglobulinas (Fc) localizados en el cromosoma 1q21-23. Hemos decidido evaluar esta asociación por primera vez en la población europea en una gran cohorte de pacientes diagnosticados de AR y en controles sanos de origen español. Debido a la relación funcional descrita entre los polimorfismos en el gen FCRL3 y el factor transcripcional NF- κ B, decidimos analizar en este estudio un polimorfismo funcional localizado en el promotor del gen NFKB1.

Métodos: En el presente estudio se han incluido 734 pacientes con AR procedentes de Madrid y Granada y 736 controles sanos de las mismas regiones. Los polimorfismos presentes en el gen FCRL3, que se han estudiado mediante la tecnología TaqMan, son los siguientes: C_1741825_10 (FCRL3-169, rs7528684), C_1741826-10 (FCRL3 -110, rs11264799) y C_2741972_10 (FCRL3 intrón 3, rs1537947). El polimorfismo -94ins/de-lATTG del promotor del gen NFKB1 se ha estudiado mediante electroforesis capilar en un secuenciador automático Abi-Prism3100 (Applied Biosystems) tras realizar una PCR con cebadores marcados en 5' con fluorocromos. Se efectuaron comparaciones genotípicas con tablas 3 x 2 y se calcularon los valores correspondientes Chi-cuadrado. Para valores esperados menores

de 5 se aplicó el test exacto de Fisher. En cada caso se aplicó la corrección de Bonferroni por el número de alelos o genotipos encontrados.

Resultados: Al comparar pacientes de AR con controles sanos no se encontraron diferencias globales ni en los polimorfismos del gen FCRL3, ni en el polimorfismo del promotor del gen NFKB1. No obstante, al estratificar las muestras, tanto de enfermos como de controles, conforme a los genotipos de la inserción/delección del promotor del gen NFKB1, se observó un efecto de susceptibilidad del alelo menos frecuente (G) en FCRL3 exclusivamente en los individuos heterocigóticos NFKB1 ($p = 0,003$).

Conclusiones: Los polimorfismos del gen FCRL3 asociados con AR en la población japonesa no se asocian por sí mismos a la enfermedad en la población española. Sin embargo, sí hay una interacción genética entre NFKB1 y FCRL3 en los pacientes españoles con AR. Nuestros resultados pueden proporcionar una base racional general que explique los resultados genéticos de asociaciones aparentemente discordantes en las diferentes poblaciones. Es decir, la asociación a una enfermedad (o falta de ella) de un polimorfismo puede depender de la presencia o ausencia en cada población de otro alelo en un gen distinto.

90

PAPEL DE LOS GENES SLC22A4, SLC22A5 Y RUNX1 EN LA ARTRITIS REUMATOIDE

J. Varadé², M. Sánchez-López¹, E. Urcelay², J.R. Lamas¹, A. Valdivia², R. López¹, A. Martínez-Doncel² y B. Fernández-Gutiérrez¹

Servicios de ¹Reumatología e ²Inmunología. H. Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad multifactorial, que afecta al 1% de la población en países occidentales. Uno de los genes que se ha asociado a la AR es SLC22A4 (localizado en la región 5q31). Recientemente se ha descrito, que la supresión excesiva de la expresión del gen SLC22A4, por RUNX1, se asocia al mecanismo patogénico de la enfermedad. En este trabajo se definieron dos polimorfismos supuestamente etiológicos en población japonesa: uno en el gen SLC22A4, cuando se encuentra en homocigosis, y otro en el gen RUNX1. Analizamos estas dos variantes en la población española para intentar confirmar esos hallazgos. Profundizamos el estudio analizando polimorfismos adicionales en esta región para discernir si algún haplotipo SLC22A4/SLC22A5 es relevante en la predisposición a AR en nuestra población.

Métodos: El estudio caso-control se realizó con 416 pacientes de AR diagnosticados según los criterios de la ACR y 501 individuos sanos; todos ellos originarios del área de Madrid. El genotipado de los polimorfismos de un solo nucleótido (SNPs) de los genes SLC22A4, SLC22A5 y RUNX1, se realizó con ensayos TaqMan en las condiciones recomendadas por el fabricante (Applied Biosystems). Los números de identificación son: C_3170428 para slc2f2 (rs3792876), C_3170458_1 para slc2f11 (rs2306772), C_3170445_1 para el SNP del exón 5, T3061I (rs272893), todos ellos en el gen SLC22A4, C_1173605_1 para un SNP (rs274559) situado en un intrón de SLC22A5, y por último C_2444499_1 (rs2268277) para un SNP situado en el gen RUNX1. Para el promotor -207 SLC22A5 (rs2631367) fue diseñado específicamente un ensayo TaqMan adicional. El análisis estadístico empleado en el estudio caso-control fue χ^2 o el test exacto de Fisher, cuando fue necesario. La intensidad de las asociaciones se estimaron mediante la "odds ratio" (OR), con un intervalo de confianza del 95% (Epi Info v. 6,02, CDC. Atlanta. USA).

Resultados: Se encontró una frecuencia muy baja de homocigotos para la mutación slc2F2 en SLC22A4 en la población española analizada (0,72% pacientes vs. 0,40% controles, $p = ns$). Ninguno de los cuatro haplotipos presentes en la región SLC22A4/SLC22A5 en 5q31 muestra una asociación significativa con AR en nuestra cohorte española. La variante causal RUNX1 encontrada en el estudio japonés muestra una distribución genotípica similar en nuestra población. Sin embargo, en nuestro análisis, no se observaron diferencias cuando se compararon las frecuencias genotípicas o alélicas entre pacientes de AR y controles en la población española.

Conclusiones: Los polimorfismos en SLC22A4 y RUNX1 descritos como factores etiológicos en el estudio original en población japonesa, no muestran un papel significativo en la susceptibilidad frente a AR en nuestra población. La baja frecuencia del alelo slc2F2*T presente en España obstaculizó la detección de un efecto significativo para SLC22A4. Además, la baja frecuencia del mutante slc2F2*T SLC22A4 probablemente también explique la ausencia de asociación entre RUNX1 y AR en nuestra población. Hay que destacar que el efecto encontrado para el gen RUNX1 en la población japonesa está restringido a los individuos homocigotos para el mutante slc2F2*T SLC22A4, por lo que la ausencia de asociación de RUNX1 resulta lógica. Nuestros datos no suponen una contradicción a lo observado en el estudio japonés. Sin embargo, el mecanismo propuesto por ellos para la susceptibilidad a AR en su población parece no existir en la nuestra.

91

MORBILIDAD Y MORTALIDAD CARDIOVASCULAR EN ARTRITIS REUMATOIDE EN ESPAÑA

M.G. Bonilla Hernán, L. Carmona Ortells y grupo de estudio EMECAR

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Unidad de Investigación Sociedad Española de Reumatología.

Objetivos: Estimar la incidencia de los factores de riesgo cardiovascular (CV) clásicos, de enfermedad CV y mortalidad CV en pacientes diagnosticados de Artritis Reumatoide (AR) en España, en el curso evolutivo de la enfermedad a 5 años.

Pacientes y métodos: 788 pacientes diagnosticados de AR en España, según los criterios de ACR 1987 fueron seleccionados por muestreo probabilístico de 34 servicios clínicos de 12 comunidades autónomas en 1999 (cohorte EMECAR). *Se estimaron:* 1) la incidencia e IC 95% de cada uno de los factores de riesgo CV clásicos, entendiendo como tales la hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitas (DM), hipercolesterolemia y obesidad; 2) la incidencia de enfermedad CV en pacientes con AR, entendiendo como tales la cardiopatía isquémica, la insuficiencia cardiaca (IC) y los accidentes cerebrovasculares (ACV); y 3) la mortalidad cardiovascular comparada con la esperada en la población general de igual edad y sexo mediante estandarización indirecta (Fuente: INE, 2002).

Resultados: El 72% ($n = 568$) de los pacientes de EMECAR son mujeres, y al inicio del proyecto su edad media es de 61 ± 13 años y la duración de la artritis de 10 ± 7 años. La incidencia estimada de los factores de riesgo CV, por 100 pacientes con AR años es: HTA 4,5% (3,8-5,5), DM 0,9% (0,6-1,4); hipercolesterolemia 3,1% (2,5-3,8); y obesidad 4,2% (3,5-5,1). La incidencia de eventos CV es: cardiopatía isquémica 1,0% (0,7-1,4), ICC 1,2 (0,9-1,8), ACV 0,7% (0,5-1,2). Durante los 5 años de seguimiento, han fallecido 75 pacientes (1%), en 18 (24%) de los cuales ocurrió como consecuencia de una enfermedad CV: 15 (20%) por cardiopatía isquémica (incluyendo dos muertes súbitas) y 3 (4%) por

ACV. El SMR de mortalidad de causa circulatoria en EMECAR comparado con la población española de referencia es de 0,94 (IC 95%: 0,55-1,50), siendo en hombres de 1,23 (0,53-2,42) y en mujeres de 0,77 (0,35-1,47).

Conclusión: La incidencia de morbilidad y mortalidad cardiovascular en una cohorte de AR en España después del año 1999 es muy similar a la esperable para la población general de igual edad y sexo.

92

SÍNDROME DE SOLAPAMIENTO CON ANTÍGENO PM-SCL POSITIVO

M. LLanes, P. León, R. Gil y J. Pérez
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Introducción: Se define como síndrome de solapamiento la asociación en un mismo enfermo de dos ó más enfermedades del tejido conectivo. Aunque los anticuerpos anti PM-Scl se describen inicialmente en pacientes con miositis y hallazgos concomitantes de esclerodermia, se han descrito en PM/DM pura y en esclerodermia sin miositis. Analizamos las formas de presentación, tratamientos recibidos y evolución de cinco pacientes diagnosticados de síndrome de solapamiento PM-Scl positivo.

Casos clínicos: En el periodo 1995-2005 hemos atendido 5 pacientes con positividad para antígeno PM-Scl; cuatro mujeres y un varón con edad media de 46,2 años. Cuatro de ellos debutaron con artromialgias y fenómeno de Raynaud, dos con disnea y dos con disfgia. Cuatro pacientes recibieron esteroides a lo largo del seguimiento; de los pacientes con afectación pulmonar una se trató además con bolus de ciclofosfamida. La otra paciente recibió bolus de ciclofosfamida, Ciclosporina, AZA y metrotexate. El fármaco más comúnmente usado para el fenómeno de Raynaud fueron los calcioantagonistas. Todos los pacientes respondieron al tratamiento inicial y presentaron una buena evolución a excepción de uno de ellos que desarrolló fibrosis pulmonar con desenlace fatal por EPOC concomitante.

Conclusión: El antígeno PM-Scl es un complejo de 11 a 16 proteínas de entre 20-110 Kd. Parece que su función está relacionada con la formación de preribosomas tiñendo los nucleolos en IFI. El 75% de los pacientes con Pm-Scl+ se asocian a HLA DR3-DR2. Diferentes series han demostrado asociación de Pm-Scl con Raynaud, esclerodermia, miositis y enfermedad pulmonar intersticial. La positividad Pm-Scl se estima en 25% en Sd Overlap, 5% en PM-DM y 2% en esclerodermia. La sintomatología predominante en nuestros enfermos fue fenómeno de Raynaud y artromialgias. La afectación pulmonar condiciona el pronóstico de los enfermos con PM-Scl, pero la respuesta al tratamiento inmunosupresor parece ser buena.

93

TRATAMIENTO CON CICLOFOSFAMIDA EN LA AFECTACIÓN PULMONAR DE LA ESCLEROSIS SISTÉMICA

A. Movasat, B. Joven, R. Almodóvar, M.P. Martínez-Vidal y P.E. Carreira

Servicio de Reumatología, Hospital 12 de Octubre, Madrid.

Objetivo: Analizar la evolución de los pacientes con esclerosis sistémica (SSc) y afectación pulmonar tratados con ciclofosfamida (CF).

Pacientes y métodos: Estudio descriptivo transversal, de los pacientes con SSc tratados con CF oral o intravenosa (IV) por afectación intersticial pulmonar en nuestro hospital, entre 1991 y

2005. La afectación intersticial pulmonar se diagnosticó mediante TAC torácico de alta resolución, con evidencia de fibrosis y/o imágenes en vidrio deslustrado. A todos los pacientes se les realizaron pruebas de función respiratoria (FVC, FEV1, DLCO), RFA (VSG, PCR), C3 y C4 al inicio, mensualmente durante 12 meses, y posteriormente cada 6 meses. Los datos demográficos y clínicos se obtuvieron de las historias clínicas. Se realizó estadística descriptiva y prueba T para muestras relacionadas, para analizar la evolución de las diferentes variables.

Resultados: Se incluyeron 20 pacientes (16 M, 4 V), con edad de 42 ± 12 años al diagnóstico de la enfermedad, 47 ± 11 años al inicio del tratamiento y 5 ± 4 años de seguimiento al inicio de la CF. Quince tenían afectación dérmica difusa, 4 limitada, y 1 síndrome de superposición (EMTC). Todos tenían afectación pulmonar (12 fibrosis y 8 vidrio deslustrado), 8 afectación cardíaca, 6 algún grado de HTP secundaria y 1 afectación renal. La capilaroscopia era anormal en los 16 casos en que se realizó (15 pérdida de capilares, 9 hemorragias, 8 dilataciones). Todos los pacientes excepto uno presentaban ANA (13 anti-Scl 70, 1 ACA, 1 anti-RNP). Dos pacientes fueron tratados con CF oral y posteriormente IV, y 18 con CF IV mensual desde el inicio. Dos de ellos fueron posteriormente tratados con CF oral por falta de eficacia. El tiempo medio de tratamiento con CF fue de $2,4 \pm 1,3$ años en los 5 pacientes que completaron la terapia. Quince pacientes continúan en tratamiento (11 ± 6 meses). La dosis acumulada de CF fue de $12,7 \pm 8$ g. Durante la terapia con CF (desde el inicio a la última dosis administrada), la FVC mejoró de 60 ± 21 a $64 \pm 23\%$, la FEV1 de 65 ± 22 a $69 \pm 24\%$ y la DLCO de 63 ± 19 a $67 \pm 19\%$. El TSS disminuyó de 21 ± 19 a 18 ± 14 . La VSG disminuyó de 32 ± 19 a 25 ± 14 ($p = 0,04$) y la PCR de $1,9 \pm 2$ a $1,2 \pm 2$. El C3 aumentó de 118 ± 21 a 132 ± 22 y el C4 de 23 ± 7 a 27 ± 9 ($p = 0,005$). Tres pacientes presentaron neutropenia <1000 , pero ninguno presentó infección secundaria. Cuatro pacientes fallecieron, 2 por afectación pulmonar (1 tras 24 meses de CF, y otro tras empeoramiento de la afectación pulmonar 2 años después de la suspensión), 1 por muerte súbita 3 años después de la suspensión, y 1 por broncoaspiración 5 años después de la suspensión.

Conclusión: El tratamiento con CF puede ser útil en pacientes con SSc y afectación pulmonar, incluso en aquellos casos que presentan fibrosis establecida. La disminución de los RFA así como la elevación de los niveles de complemento durante el tratamiento, sugiere que la respuesta inmune inflamatoria juega un papel en el desarrollo de la afectación pulmonar en esta enfermedad.

94

ESTUDIO PROSPECTIVO CON ECOGRAFÍA DE ALTA FRECUENCIA EN PACIENTES CON GONARTROSIS SINTOMÁTICA TRATADOS CON CONDROITIN SULFATO

C. Moragues Pastor*, J.J. de Agustín**, I. Möller* y M. Martínez***

*Instituto Poal de Reumatología, **Hospital Universitari de la Vall d'Hebron, ***IMIM. Barcelona.

Introducción: En la artrosis el tratamiento con fármacos SYSDA-DOA o modificadores lentos de la enfermedad ha demostrado su eficacia en el control de los síntomas. En las exacerbaciones del dolor artrósico intervienen en muchas ocasiones fenómenos inflamatorios. La ecografía de alta frecuencia (US) permite identificar las alteraciones inflamatorias asociadas.

Objetivos: Evaluar mediante US la respuesta al tratamiento con condroitin sulfato (CS) durante 6 meses en enfermos con artrosis de rodilla.

Paciente y métodos: Se incluyeron en el estudio ecográfico de forma consecutiva 40 pacientes afectados de gonartrosis. Un clínico independiente al ecografista seleccionó 20 pacientes consecutivos que iniciasen tratamiento con CS (Condrosulf®) a dosis de 800 mg/día y 20 pacientes que no recibiesen dicho tratamiento (no CS). En el estudio ecográfico se evaluó: la presencia de derrame articular, sinovitis, señal Power Doppler (PD), tendinosis, quiste de Baker, grosor y ecogenicidad de cartilago articular de carga, presencia de proliferación ósea intraarticular. La recogida de datos también incluyó: edad, sexo, IMC, rodilla más sintomática, grado radiológico de artrosis (escala de Kellgren-Lawrence), EVA, índice algofuncional de Lequesne. Se realizó un seguimiento de los pacientes con estudio clínico y ecográfico a los 3 y a los 6 meses. El análisis estadístico incluyó para las variables cuantitativas el test de T de Student, U de Mann-Whitney, y test de Moses. Para las variables cualitativas se aplicó el test de Chi cuadrado.

Resultados: Ambos grupos eran comparables en la distribución por sexo, edad, IMC y EVA basal. El grupo de tratamiento con CS tenía una media del índice de Lequesne significativamente superior al grupo no CS ($p = 0,022$). Se estudiaron ecográficamente un total de 47 rodillas (26 derechas y 21 izquierdas), 25 rodillas en el grupo CS y 22 en el no CS. Se observó derrame en bursa suprapatelar en 16 pacientes del grupo CS y en 12 del grupo no CS, sinovitis 7 en CS y 2 en no CS, no se observó señal PD en ningún caso, tendinosis 25 en grupo CS y 22 en no CS, proliferaciones óseas (osteofitos) 22 en grupo CS y 16 en no CS, quiste de Baker 9 en grupo CS y 4 en no CS, extrusión meniscal medial 13 en CS y 8 en CS. No existían diferencias basales significativas en las mediciones del cartilago en ambos grupos. A los 3 meses y 6 meses el índice de Lequesne mejoró significativamente en el grupo CS respecto al grupo no CS ($p = 0,016$, $p = 0,000$). El EVA a los 3 meses no mejoró significativamente pero sí a los 6 meses ($p = 0,219$, $p = 0,000$). El grosor del cartilago no se modificó significativamente a los 6 meses en el cóndilo lateral, pero las mediciones intercondílea y en cóndilo medial disminuyeron más en el grupo no CS ($p = 0,037$, $p = 0,03$). La evolución del derrame articular mejoró significativamente en el grupo de CS ($p = 0,002$) así como el grado de severidad del quiste de Baker ($p < 0,018$) y la bursitis ($p < 0,020$). No se hallaron diferencias significativas en la evolución de ambos grupos respecto a la tendinosis y a la sinovitis ($p = 0,06$).

Conclusiones: La US es una técnica útil para valorar los signos inflamatorios de la artrosis de rodillas y permite evaluar la respuesta a tratamientos específicos de la artrosis. El tratamiento continuo con CS comporta una mejoría de la función articular y el dolor a los 6 meses. El CS parece que previene la pérdida de cartilago articular tras 6 meses de tratamiento y reduce los signos inflamatorios de la artrosis como el derrame articular, bursitis y el grado de severidad del quiste de Baker.

95

CALIDAD DE VIDA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON ETANERCEPT EN 773 PACIENTES ESPAÑOLES: DATOS PRELIMINARES

L. Carreño¹, A. García², M. Pérez Busquet³, E. Loza⁴, J. Maymó⁵, R. Sanmartí⁶, J. Sánchez Burson⁷ y N. Polo⁸

¹H. Gregorio Marañón. Madrid, ²H. Virgen de las Nieves. Granada, ³H. Carlos Haya. Málaga, ⁴H. Gal Navarra, ⁵H. del Mar. Barcelona, ⁶H. Clinic. Barcelona, ⁷H. de Valme. Sevilla, ⁸Wyeth Farma.

Fundamento: Etanercept (Enbrel®) fue lanzado en España en Abril 2003. Este estudio se inició siguiendo la formativa española para este tipo de estudios observacionales post- comercialización.

Objetivo: Evaluar la calidad de vida y la seguridad del tratamiento con etanercept en pacientes españoles afectados de artritis reumatoide activa (AR), artritis psoriásica (APs) y artritis idiopática juvenil (AIJ).

Método: Estudio abierto observacional multicéntrico. Para la inclusión de pacientes era necesario la aprobación de los CEICs y la firma por parte del paciente del consentimiento informado. Los principales criterios de inclusión fueron: RA, definida por los criterios ACR 1987, DAS > 3,2 y >18 años; PSA, >18 años, más de 5 articulaciones afectas; AIJ, > 4 -17 años y activa según criterios AIJ-ACR. Tratamiento con Etanercept 25mg bisemanal. Se valoró la eficacia por el DAS 28 < 3,2 a lo largo de un año. La calidad de vida se midió mediante el HAQ para AR y APs, y con cHAQ para AIJ. La mejora en AIJ se evalúa con el criterio de Pavia. La seguridad se evalúa periódicamente según el calendario de visitas durante un año.

Resultados: Se incluyeron 773 pacientes de 55 hospitales españoles. 570 AR (73,7%); 190 APs (24,6%) y 13 con AIJ (1,7%). En AR un 77,7% de pacientes son mujeres, con una edad media de 54,5 años y una evolución media de la enfermedad de 9,40 años. En la basal el DAS28 fue 5,64 (IC95 = (5,5-5,7)), La capacidad funcional medida por el HAQ 1,62 (IC95 = (1,6 - 1,7)). 72,2% and 70,5% de los pacientes recibían AINEs y corticosteroides respectivamente. La media de edad para la APs fue de 45 años, con una distribución similar entre ambos sexos y con una capacidad funcional de 1,32 (IC95 = (1,2-1,4)). El tiempo medio de evolución de la enfermedad fue de 7,9 años y un 56,3% de los pacientes presentaban además otras patologías como: Psoriasis (21,1%) o HTA (12,4%). Un 76,8% recibían además AINEs y un 42,6% corticosteroides en la basal. En el grupo de AIJ predomina el sexo femenino (76,9%). No hubo ningún paciente AIJ con PPD o Booster positivo. La media del cHAQ al inicio fue 1,31 (RIC = (0,8 - 1,7)). Un 76,9% recibían AINEs y un 38,5% corticoides como medicación concomitante.

Conclusiones: Con diferencia, este es el mayor estudio observacional con etanercept llevado a cabo en España. Los pacientes incluidos con AR y APs presentan una larga evolución de la enfermedad. Los resultados después de un año darán información acerca de la seguridad y eficacia.

96

RELACIÓN ENTRE LOS PATRONES CLÍNICOS DE PRESENTACIÓN DE UVEÍTIS Y SU DIAGNÓSTICO FINAL

E. Pato, E. Loza, D. Clemente, R. López-González, L. Rodríguez, C. Lajas, C. Vadillo y L. Abásolo
Servicio de Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción: Los patrones clínicos de la presentación de la uveítis se utilizan de forma rutinaria para la aproximación diagnóstica de la uveítis, en la unidad multidisciplinaria de uveítis del Hospital Clínico de San Carlos (Madrid). El uso de estos patrones clínicos en la práctica diaria, consigue reducir el número de pruebas complementarias solicitadas a estos pacientes para confirmar su diagnóstico final.

Objetivos: Examinar la relación entre los patrones clínicos de presentación de las uveítis con el diagnóstico final de las mismas.

Material y métodos: Estudio de cohortes prospectivo. Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de uveítis desde enero de 1992 hasta enero de 2006 en la unidad multidisciplinaria de uveítis del Hospital Clínico de San Carlos (Madrid). En todos los casos se recogió el diagnóstico inicial de sospecha, el patrón clínico de presentación de uveítis (12 patrones), así como el diagnóstico

final, que se estableció en base a los patrones, la historia clínica y los resultados de las pruebas. Se realizó estudio descriptivo y modelos de regresión logística.

Resultados: Se analizaron 1088 pacientes diagnosticados de uveítis, 584 (54%) mujeres, con una edad media al diagnóstico de la enfermedad de 44 años \pm 17,6. Los diagnósticos finales más frecuentes en cada uno de los patrones clínicos de presentación de la uveítis se muestran en la tabla 1. En el análisis bivariado, la enfermedad de Behçet se asoció a los patrones de panvasculitis [OR = 30,5 (IC 95% 13-71,8)], y vasculitis [OR = 18,4 (IC 95% 7,3-46,4)]. La Toxoplasmosis con el patrón de coriorretinitis unilateral [OR = 125,74 (56,3-280,86)]. El Vogt-Koyanagi-Harada con el patrón de panuveítis con desprendimiento exudativo de retina [OR = 1965,3 (298,3-12947,1)]. Las Espondiloartropatías con el patrón de uveítis anterior aguda unilateral [OR = 5,5 (3,9-7,7)]. La Sarcoidosis no se relacionó con ningún patrón de uveítis.

Tabla 1. Patrones y diagnóstico final

Patrones clínicos de presentación, número (%)	Diagnóstico final más frecuente (%)
Uveítis anterior aguda recidivante, n = 364 (33,5%)	Espondiloartropatías (32,7%)
Uveítis anterior aguda no recidivante, n = 261 (24%)	Uveítis idiopáticas (44,1%)
Uveítis anterior aguda bilateral, n = 69 (6,3%)	Uveítis idiopáticas (75,4%)
Uveítis anterior crónica, n = 53 (4,9%)	Uveítis oftálmicas (41,5%)
Coriorretinitis unilateral, n = 56 (5,1%)	Toxoplasmosis (85,7%)
Coriorretinitis bilateral, n = 23 (2,1%)	Coriorretinitis oftálmicas (69,6%)
Vasculitis retiniana, n = 33 (3%)	Behçet (24,2%)
Uveítis intermedia, n = 58 (5,3%)	Pars planitis puras (44,8%)
Panuveítis con coriorretinitis, n = 70 (6,4%)	Toxoplasmosis (58,6%)
Panuveítis con vitritis, n = 46 (4,2%)	Panuveítis idiopáticas (51,1%)
Panuveítis con vasculitis retiniana, n = 41 (3,8%)	Panuveítis idiopáticas (36,6%)
Panuveítis con desprendimiento exudativo de retina, n = 14 (1,3%)	Vogt-Koyanagi-Harada (78,6%)

Conclusiones: Nuestros datos ponen de manifiesto el valor de discriminación diagnóstica de los patrones clínicos de presentación de la uveítis. Su uso rutinario puede ayudar en la orientación del paciente desde la primera visita, para lograr así una rápida instauración del tratamiento y una óptima petición de pruebas complementarias.

97

LA SOBREENPRESIÓN EN CÉLULAS T DE A1, MOLÉCULA ANTIAPÓPTÓTICA DE LA FAMILIA BCL-2, DISMINUYE LA SEVERIDAD DE LA ARTRITIS POR COLÁGENO

J. Merino, I. Santiuste, J. González Rojas, E. Tamayo y R. Merino

Dpto Biología Molecular, Grupo Inmunopatología, Universidad de Cantabria, Santander.

Ratones deficientes en moléculas inductoras de apoptosis en linfocitos, como Fas (MRL/lpr), FasL (C3H/gld) o Bim, desarrollan enfermedades autoinmunes severas. Sin embargo, estudios previos han demostrado que la sobreexpresión en células T de las moléculas antiapoptóticas Bcl-X (Chen et al Arthritis Rheum 2002, 46: 514) o Bcl-2 (nuestros resultados), atenúa la severidad de la artritis inducida por colágeno (CIA). Dado que Bcl-2 y Bcl-X, aparte de su actividad antiapoptótica, inhiben la progresión del ciclo celular, hemos querido analizar si el efecto protector conferido por la sobreexpresión de estos genes, se asocia a alguna de las dos actividades mencionadas anteriormente. Para ello, hemos estudiado el efecto sobre

el desarrollo de CIA de la sobreexpresión en linfocitos T de A1, otro miembro antiapoptótico de la familia Bcl.2 que no interviene en la regulación del ciclo celular. Para ello, se han utilizado ratones transgénicos (Tg) C57BL/6.lck. A1.Tg que sobreexpresan A1 selectivamente en linfocitos T. Para la inducción de artritis, estos ratones Tg se cruzaron con la cepa susceptible B10. RIII (H-2r) y los F1 resultantes (Tg y no-Tg) se inmunizaron con colágeno-II emulsionado en CFA, evaluándose la inflamación de las extremidades y la presencia de lesiones radiológicas a las 6, 8 y 10 semanas de la inmunización. A las 10 semanas se realizó un estudio anatomopatológico de las pequeñas articulaciones de las patas.

Resultados: La sobreexpresión de A1 en células T protegió a estas células de la apoptosis, de forma similar a lo observado en linfocitos T de ratones Tg de Bcl-2. En los animales F1 Tg la artritis fue significativamente menos severa que en los F1 no-Tg. Esta diferencia fue aun más marcada en los estudios radiológicos y anatomopatológicos, poniendo de manifiesto que el edema de partes blandas magnifica la valoración clínica de la artritis.

Conclusiones: La sobreexpresión de moléculas antiapoptóticas de la familia Bcl-2 en linfocitos T tiene un efecto protector de la CIA, que no depende del papel de alguna de ellas en el control del ciclo celular.

98

DIFERENCIACIÓN CONDRÓGENICA DE CÉLULAS MESENQUIMALES PROCEDENTES DE MÚSCULO: EFECTO DEL IGF-1 Y EGF

M.J. Gimeno^{1,2}, I. Fuentes-Boquete¹, T. Hermida¹, M.J. Sánchez¹, C. Ruiz-Romero¹ y F.J. Blanco^{1,2}

¹Laboratorio de Investigación Osteoarticular y del Envejecimiento. Centro de Investigación Biomédica. C.H. Universitario Juan Canalejo. A Coruña,

²Cátedra Bioibérica de Terapia Celular: Universidade da Coruña.

Objetivo: Investigar la presencia de células multipotentes (CM) en músculo de pacientes con osteoartritis, y su potencial de diferenciación condrogénica.

Métodos: Músculo vasto lateral (n = 20) de pacientes con osteoartritis fue digerido con collagenasa. Las células aisladas se cultivaron únicamente en F-12, o suplementado con factores de crecimiento (FC), IGF-1 y EGF. Las células, seleccionadas por pre-siembra, procedentes del segundo subcultivo se utilizaron para todos los estudios de caracterización: capacidad de proliferación (número de subcultivos), fenotipaje celular por citometría de flujo (CD34/CD45/CD29/CD44/CD73/CD90/CD105/CD117/CD166) e inmunocitoquímica (Colágeno de tipo I y II, Desmina, Fibras musculares de tipo I), condrogénesis en micromasas, adipogénesis y osteogénesis. La diferenciación condrogénica se valoró estudiando la presencia de colágeno tipo II y proteoglicanos (Azul de Toluidina, Azul Alcían), la adipogénesis por la presencia lípidos (Oil Red) y, la osteogénesis, por depósitos de calcio (Rojo de alizarina).

Resultados: Las células musculares envejecen con mayor rapidez (máximo 4 subcultivos) en ausencia de FC (más de 8). Fenotípicamente son CD34-/CD45- y CD29+/CD44+/CD73+/CD90+/CD117, aumentando la población CD105/CD166 cuando el IGF-1 está presente. En cultivo expresan colágeno de tipo I, miosina y desmina. La adición de FC retrasa la expresión de fibras esqueléticas de tipo I en los cultivos e incrementa el porcentaje de diferenciación condrogénica, adipogénica y osteogénica.

Conclusión: En este trabajo, demostramos la presencia de una población con características de CM en el tejido muscular de los pacientes con artrosis, potenciada por la acción de IGF y EGF.

Debido a que estas CM participan en el proceso reparativo de los tejidos adultos, esta población celular puede ser de utilidad en terapia celular para tratar la artrosis.

99

ESTUDIO DE LA DISCAPACIDAD EN PACIENTES CON ESTENOSIS DE CANAL LUMBAR TRATADOS MÉDICAMENTE MEDIANTE THE WORLD HEALTH ORGANIZATION DISABILITY ASSESSMENT INSTRUMENTO (WHO-DAS-II)

R. García, E. Calvo, P. Brieve, S. Herrera, C. Peña, R. Blanco y J.L. Peña Sagredo

Unidad Multidisciplinar de Espalda. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Departamento de Medicina y Psiquiatría. Cantabria.

Introducción: Evaluar la salud individual así como la eficacia de programas de intervención, se han realizado de forma clásica estudiando los indicadores de morbilidad y mortalidad. Últimamente se están incorporando otros instrumentos de medida como son los niveles de función, discapacidad y calidad de vida. El objetivo del presente trabajo es comprobar la repercusión que provoca los síntomas clínicos en pacientes con estenosis de canal lumbar sobre su calidad de vida y discapacidad.

Métodos: Estudiamos 31 pacientes con estenosis de canal lumbar, tratados de forma conservadora, es decir, mediante tratamiento farmacológico y fisioterápico. Para estudiar los niveles de discapacidad todos los pacientes completaron los siguientes cuestionarios: Índice de discapacidad de OSWESTRY. Se considera el patrón oro en la lumbalgia y es una herramienta útil para medir el grado de discapacidad. The World Health Organization Disability Assessment Instrument (WHO-DAS-II) desarrollado por la Organización Mundial de la Salud para comprobar el grado de discapacidad provocado por diversas enfermedades. La calidad de vida y estado de salud se midió mediante SF-36: constituido por dos grandes complementos mental y físico estudiando 8 dominios relacionados con salud y función.

Resultados: Se comprueba cómo los pacientes presentan unos niveles de discapacidad bajos. Índice de OSWESTRY de 15,5 sobre 50 como máximo, también los comprobamos utilizando el WHO-DAS-II (19,77 sobre un máximo de 100). Para ambos instrumentos los mayores niveles de discapacidad fueron observados en áreas relacionadas con el movimiento, desarrollo de trabajo doméstico y cuidado personal. En relación con el SF-36 los resultados son similares comprobándose como los roles físicos y su función están alterados. Todos estos datos no se influyen por otras variables como la edad y el sexo. Existía una alta correlación entre estos tres instrumentos así en WHO-DAS-II presentaba una correlación general con el OSWESTRY del 0,66 y 0,64 y 0,77 sobre los componentes del SF-36 (p < 0,001).

Conclusión: El WHO-DAS-II es un instrumento útil para medir la discapacidad en la Estenosis de Canal Lumbar.

100

ESTUDIO DE 31 PACIENTES CON ESTENOSIS DE CANAL LUMBAR DESPUÉS DE TRATAMIENTO CONSERVADOR

P. Brieve, R. García, E. Calvo, C. Peña, R. Blanco y J.L. Peña Sagredo

Unidad Multidisciplinar de Espalda. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Departamento de Medicina y Psiquiatría. Cantabria.

Introducción: El objetivo de este estudio es analizar la calidad de vida, grado de discapacidad y manifestaciones clínicas de 31

pacientes en estenosis de canal lumbar que habían recibido tratamiento conservador entre 19 y 49 meses antes de este estudio.

Método: Los 31 pacientes presentaban una estenosis de canal lumbar confirmada por tomografía axial y/o resonancia magnética, 14 eran hombres y 17 mujeres con una media de edad de $61,07 \pm 11,5$ y $62,5 \pm 11,02$. El tratamiento conservador consistió en medicación analgésica durante 3 meses combinado con terapia física incluyendo ejercicios específicos de estiramiento y fortalecimiento de extremidades inferiores, ejercicios de reacondicionamiento general y educación en biomecánica y desarrollo postural (sesión de videos). El número de sesiones fue de $19,9 \pm 9,5$ en un periodo de 6 semanas. La evolución clínica consistió en el estudio del dolor lumbar, y de extremidad inferior mediante una escala analógica visual (VAS). La claudicación neurógena se graduó de 1-5 dependiendo de su capacidad de caminar. La discapacidad se estudió mediante Test de OSWESTRY. Calidad de vida mediante SF-36. El análisis estadístico se realizó mediante T Student.

Resultados: Existían cambios significativos en la percepción del dolor antes de iniciar el tratamiento conservador y en el momento del estudio (19-49 meses después de recibirlo). Existía una mejora en la percepción del dolor mediante escala analógica visual (VAS) a nivel lumbar y de extremidad inferior que era estadísticamente significativa (VAS lumbar $<0,01$, VAS extremidad inferior $<0,01$) así como en el grado de claudicación neurógena ($p < 0,01$). La calidad de vida autopercebida mediante SF-36 demostraba una reducción en su calidad de vida en sus aspectos físicos (Md. 48,2) percepción del dolor (Md. 47,8) y estado general de salud (Md. 46,2).

Conclusión: El tratamiento conservador se asocia con una mejora significativa en el VAS (tanto para el dolor lumbar y de extremidad inferior) y la claudicación neurógena. En la evaluación final los sujetos presentaban un grado moderado de discapacidad sobre todo en los aspectos físicos y de calidad de vida.

101

DETERMINAR LAS ASOCIACIONES CLÍNICAS Y DIAGNÓSTICAS DE LOS DIFERENTES PATRONES DE ANTICUERPOS FRENTE A SSA Y SSB

R. Menor Almagro*, J.J. Salaberri, A. Jurado Roger, M. Páez-Camino, M.M. Ruiz Tudela, R. Solís. J.L. de la Iglesia, Y. Grandal, D. Toledo y R. Virues

*Servicio de Reumatología Hospital de Jerez, **Servicio de Inmunología Hospital de Cabra (Córdoba).

Método: Sobre las muestras de suero consecutivas referidas al Laboratorio de Inmunología para la detección e identificación de Anticuerpos antinucleares, se seleccionaron en un primer paso aquellas positivas a título $\geq 1/160$ en el test de Inmunofluorescencia indirecta sobre HEp-2. En un segundo paso se realizó un inmunoensayo en línea multiparamétrico (INNO-LIA ANA UPDATE K-1090) y se seleccionaron las muestras positivas para una o más de las especificidades antigénicas SSA-Ro52, SSA-Ro60 y SSB. En los 117 casos positivos para una o más de estas especificidades, se estudió la relación con el patrón de Inmunofluorescencia indirecta (IFI), el diagnóstico y las asociaciones clínicas (test de Fisher).

Resultados: En los pacientes en los que se analizaron varias muestras durante ese periodo, el patrón de IFI y las reactividades antigénicas permanecieron constantes en la mayoría de los

casos. 117 muestras procedentes de 69 pacientes fueron positivas para anti-Ro52 y/o anti-Ro60 y/o anti-SSB. Con respecto al grupo global de pacientes, cuando se analizó la relación entre los patrones de IFI y las características clínicas se encontró significación estadística entre la presencia de patrón citoplásmico y la existencia de neumonitis intersticial ($p < 0,000$) y anemia ($p = 0,035$). El patrón moteado fino se asoció significativamente con la presencia de sequedad oral y oftálmica ($p = 0,038$; $0,024$). Con respecto a la relación entre las manifestaciones clínicas y la positividad para SSA/SSB, la presencia de fotosensibilidad se asoció de modo significativo con la positividad para SSB ($p = 0,012$). La sequedad ocular se asoció con Ro52 ($p = 0,047$) y Ro52+SSB ($p = 0,032$). La leucopenia se asoció significativamente a Ro52+SSB. La presencia de factor reumatoide positivo se asoció a SSB+ ($p = 0,014$) y Ro60+SSB ($p = 0,023$). Cuando se estratificaron los casos atendiendo al diagnóstico de base, en los pacientes con LES, la sequedad oral se relacionó con la presencia de Ro52 ($p = 0,039$), la sequedad oftálmica con la presencia de Ro52 ($0,039$), Ro52+60 ($0,023$) y Ro60+SSB ($0,033$), la anemia con la presencia de Ro60+SSB ($0,014$) y Ro60+Ro52+SSB ($0,022$), la linfopenia con la presencia de Ro52+Ro60+SSB ($0,037$). En los pacientes con Síndrome de Sjögren primario, la fotosensibilidad se asoció con la positividad para SSB ($0,032$) y Ro52+SSB ($0,009$), la presencia de factor reumatoide positivo con SSB+ ($0,042$). Con respecto al resto de signos y síntomas clínicos estudiados (aftas, vasculitis, glomerulonefritis, afectación del Sistema nervioso central y periférico, lesiones de lupus discoide, lesiones de lupus cutáneo subagudo, derrame pleural, derrame pericárdico, raynaud, alopecia, plaquetopenia, hipocomplementemia e hipergammaglobulinemia) no se encontraron diferencias significativas en relación a los diferentes patrones de anticuerpos.

Conclusión: En nuestra serie encontramos relación significativa entre fotosensibilidad, xerofthalmia, xerostomía, leuco-linfopenia y FR (+) y distintos patrones de anticuerpos frente a SS-A y SS-B. No encontramos relación con otras manifi

102

ALTERACIONES HEMATOLÓGICAS (CITOPENIAS) EN 143 PACIENTES EN TRATAMIENTO CON TERAPIA ANTI-TNF

M.L. García Vivar, E. Galíndez Agirregoikoa, I. Torre Salaberri, J.M. Aranburu Albizuri, J.F. García Llorente, E. Ucar Ángulo y J.M. Gorordo Olaizola

Servicio de Reumatología. Hospital de Basurto. Bilbao.

Objetivo: Valorar la frecuencia de las citopenias que se presentan como efecto adverso en nuestra serie de pacientes en tratamiento con terapias anti TNF (Infliximab, Etanercept y Adalimumab).

Material y métodos: Se realiza un estudio prospectivo de 143 pacientes en el periodo comprendido entre los años 2002 a 2006 con diagnóstico de: Artritis Reumatoide, Espondilitis Anquilosante y Artritis Psoriásica. Se realiza hemograma trimestral salvo en los pacientes en tratamiento con Infliximab (cada 8 semanas). Se analizan los resultados obtenidos en pacientes sin citopenia previa y sin modificación de dosis de FAME ni terapias asociadas, considerando leucopenia (cifra de leucocitos inferior a $4.000/\text{mm}^3$), anemia (menos de 12 grs/dL de hemoglobina) y trombopenia (menos de $100.000/\text{mm}^3$).

Resultados: Se observa citopenia en 16 pacientes (11,2%), 10 son mujeres y 6 varones, con edades que oscilan entre los 44 y 82

años. Presentaron leucopenia 10 pacientes (8 de ellas neutropenias), 8 anemia y 4 plaquetopenia; estas últimas aparecen siempre asociadas a otro déficit. De los 16 pacientes, 11 están diagnosticados de Artritis Reumatoide y 5 de Artropatía Psoriásica. No hemos encontrado alteraciones en pacientes con Espondilitis Anquilosante. La aparición de la citopenia se produce en plazo variable desde el inicio de la terapia (entre 6 y 30 meses). En la mayoría de los casos es un efecto leve y bien tolerado, pero en tres de ellos (todos con Artritis Reumatoide) obligó a la suspensión del tratamiento: un varón hizo una pancitopenia con febrícula al inicio de la terapia con Adalimumab, que precisó ingreso y tratamiento con factores estimuladores de colonias granulocíticas; otro hizo un cuadro lúpico tras tratamiento prolongado con Infliximab y una tercera leucopenia y neutropenia progresivas en tratamiento con Etanercept.

Conclusiones: La citopenia, en nuestra serie, aparece en el 11,2% de los pacientes en tratamiento con terapias anti-TNF. En la mayoría de los casos es un efecto leve y bien tolerado. Solamente en 3 casos (2%) fue preciso suspender el tratamiento.

103

ANTHROPOMETRIC AND BODY COMPOSITION CHARACTERIZATION AND ASSOCIATED CARDIOVASCULAR RISK IN PATIENTS WITH SJÖGREN SYNDROME AND BEHÇET DISEASE

J. Saraiva Ribeiro¹, L. Coelho¹, A. Abreu², A. Cardoso², R. Fernandes², F. Rosa², L. Miranda¹, M. Parente¹, M. Mediavilla¹, R. Leitão¹, P. Coelho¹, M. Silva¹, H. Santos¹, M. Micaelo¹, E. Simões¹, H. Madeira¹, C. Silva¹, L. Freire², D. Medeiros¹, F. Barcelos¹, M. Sousa¹, C. Miguel¹, S. Cortés¹, J. Ferreira¹, J. Figueirinhas¹, A. Neto¹, J. Vaz Patto¹, F. Mesquita² y A. Teixeira¹

¹Instituto Português de Reumatologia, ²Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz.

Introduction: Sjögren syndrome is an autoimmune inflammatory disease that affects primarily the exocrine glands. The main clinical manifestations are xerostomia and xerofthalmia. Behçet disease is a systemic vasculitis of unknown cause involving arteries and veins with recurrent mucocutaneous and frequent ocular involvement. Both diseases are characterized by a state of systemic inflammation, which can have a physiopathology role in the development of atherosclerosis and consequent increase in the cardiovascular risk.

Objectives: Characterize a population of patients with Sjögren Syndrome and Behçet Disease by means of anthropometric characteristics, body composition and associated cardiovascular risk factors.

Material and methods: This study was performed at the Portuguese Institute of Rheumatology and we include all patients that come to outpatient clinic in two months and in two different periods. The patients fulfilled a questionnaire and the rheumatic diagnosis were given by the rheumatologists. The Nutrition department evaluate the following parameters: weight, body mass index (BMI), waist perimeter, hip perimeter, waist/hip perimeter, Total body fat (% and Kg), Free fat mass (Kg), Total body water (Kg and %). This parameters were obtained with two bioimpedance machines: hand (OMRON®, HBF300) and feet (TANITA®, TBF350). We also evaluate the presence of diseases associated with an increased cardiovascular risk: high blood pressure, diabetes and hypercholesterolemia.

Results: Table.

Data	Sjögren syndrome	Behçet disease
Nº of patients	69	31
Females	63	26
Males	6	5
Average Age	57,98 ± 11,22	43,96 ± 15,4
Average BMI	28,4 ± 4,72	27,4 ± 5,08
Average Fat mass	38,23 ± 5,98	34,1 ± 8,3 (NS)
Patients with excess of fat mass	68	21
Males	6	3
Females	62	18
Body Water (%) inferior to normal	67	16
Males	6	2 (NS)
Females	61	14
Hypertension	22	4 (p = 0,013-t Student)
Diabetes	8	1 (NS)
Hypercholesterolemia	12	2 (NS)
Average waist perimeter	90,56 ± 11,37	88,7 ± 14,8 cm (NS)
Waist/ Hip ratio	0,86 ± 0,06	0,85 ± 0,07 cm

Discussion and Conclusion: Excess weight is common in most of the patients: 97% in Sjögren syndrome and 67,7% in Behçet disease, with most of them belonging to the excess weight category. On the other way, an important number of patients have an increased waist perimeter which signifies excess visceral fat that is an independent cardiovascular risk factor. The association and synergism with other cardiovascular risk factors like hypertension, diabetes and hypercholesterolemia allied with the state of systemic inflammation will certainly increase the global cardiovascular risk. We can conclude that nutritional intervention is an important strategy for the reduction of the cardiovascular risk, that will certainly be reflected in the prognosis of these rheumatic diseases.

104

EVALUACIÓN ECOGRÁFICA DE LA PRESENCIA DE DERRAME EN GONARTROSIS Y SU RELACIÓN CON EL DOLOR, LA INCAPACIDAD FUNCIONAL Y EL GRADO DE AFECTACIÓN RADIOLÓGICO

I. Möller¹, C. Moragues¹, J. de Agustín¹, J. Vergés², E. Montell², G. Martínez² y R. Sabata²

¹Instituto Poal de Reumatologia. Barcelona. ECOART, ²Unidad de Salud Articular. Departamento Médico y Científico. Bioibérica Farma. Barcelona.

Objetivos: Evaluar mediante ecografía la presencia de derrame en receso suprarotuliano de rodilla en una muestra de 50 pacientes con artrosis (A) que acuden a una consulta externa de reumatología y relacionarla con los valores obtenidos en la medición de la escala analógica visual de dolor y el índice funcional de Lequesne que presentan dichos pacientes.

Métodos: Se han estudiado 50 pacientes consecutivos que han acudido a una consulta externa de reumatología diagnosticados de gonartrosis uni o bilateral según criterios ACR. La recogida de datos incluyó: edad (media: 61 años), sexo (37 mujeres, 13 varones), IMC (media: 30), escala analógica visual (EVA) (media: 6), índice Lequesne (menor de 6: 25 pacientes / entre 6 y 11: 24 pacientes / mayor de 11: 1 paciente), grado de compromiso radiológico según escala de Kellgren y Lawrence (grado II: 20, grado III: 25, grado IV: 5) y presencia de derrame (mínimo: 10 pacientes / moderado: 4 pacientes / severo: 1 paciente). La exploración ecográfica ha sido realizada por un solo reumatólogo experto en ecografía y los enfermos han sido valorados siempre en la misma posición: decubito supino en 30° de flexión de la extremidad. Se ha evaluado como derrame la presencia de colección hipo o anecogénica en receso suprarotuliano desplazable y compresible con la presión de la sonda que medida en diámetro anteroposterior es

mayor de 4 mm. Se ha considerado una escala semicuantitativa para la presencia de derrame: mínimo, moderado, severo. En el caso de afectación bilateral, se ha evaluado la rodilla más sintomática.

Resultados:

Presencia derrame	EVA	Lequesne	A Grado II	A Grado III	A Grado IV
Derrame mínimo: 10 pacientes	4 ± 1	5 ± 1	5	5	-
Derrame moderado: 4 pacientes	6 ± 1	8 ± 1	2	2	-
Derrame severo: 1 paciente	8 ± 1	11 ± 1	-	-	1

Conclusiones: De los 50 pacientes con artrosis sintomática estudiados, 15 presentan derrame articular medido con ecografía. La severidad del derrame se relaciona con niveles más elevados de dolor (EVA) e incapacidad funcional (índice Lequesne) aunque no con grado radiológico de artrosis más avanzado.

105

PAIN AND BODY COMPOSITION CHARACTERIZATION IN 1051 RHEUMATIC PATIENTS

J. Saraiva¹, A. Abreu², A. Cardoso², R. Fernandes², F. Rosa², L. Coelho¹, L. Miranda¹, M. Parente¹, R. Leitão¹, P. Coelho¹, M. Silva¹, M. Mediavilla¹, H. Santos¹, M. Micaelo¹, E. Simões¹, H. Madeira¹, C. Silva¹, J. Ferreira¹, D. Medeiros¹, F. Barcelos¹, M. Sousa¹, C. Miguel¹, S. Cortés¹, L. Freire², F. Pimentel¹, V. Las¹, A. Neto¹, J. Figueirinhas¹, J. Vaz Pato¹, F. Mesquita² y A. Teixeira¹

¹Instituto Português de Reumatologia, ²Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz.

Introduction: Pain is a sensorial private complex and unpleasant experience that relates with several dimensions of the individual: physical, psychological, and social, among others. There are several intrinsic and extrinsic factors that can be related with pain. The biomechanics factors and articular stress can for itself aggravate or only unchain a pre-existing clinical situation. The Rheumatic diseases are situations that by their nature are associated with the presence of chronic pain.

Objective: Correlate the intensity of pain, evaluated for the visual analogue scale (VAS), with the anthropometrics and body composition characteristics, in a population of rheumatic patients.

Material and Methods: This study included all patients that come to outpatients in the rheumatology clinic, during two months in two different periods. A protocol of clinical evaluation with rheumatologic and non-rheumatologic diagnosis was applied, filled by the rheumatologist assistant. Other parameters were evaluated: weight, body mass index (BMI), waist perimeter (WP), hip perimeter (HP), waist/hip relation, fat mass (FM) (i% and kilograms), free fat mass (FFM) (kilograms) and total body water (TBW) (kilograms and %). These parameters had been measured by the bioimpedance of hands (OMRON®, HBF300) and of feet (TANITA®, TBF350).

Results: The rheumatic diseases with a high prevalence in the studied population were: RA in 16,9% patients, OA in 14,4%, OP in 16,2%, and Spondyloarthropathies in 13,3%. This study included 1051 patients, 82,7% females and 17,3% males, whose mean age was 57,3±14,4 years. The weight average was 70,2 ± 19,3 Kg and BMI average 27,8 ± 5,0 Kg/m². By the bioimpedance of hands, a % of average fat mass of 35 ± 7,1% was obtained. The measure-

ments obtain from bioimpedance of feet showed that the free FM average was 47±8 Kg and a mean % of TBW 45,2 ± 15,5%. It was observed a mean relation waist/hip of 0,88 ± 0,09 and the average WP was 91,3 ± 12,8 cm. In the total patients evaluated the median intensity of pain (0 to 100), corresponded to 50 (average = 42,32). A significant correlation exists between the intensity of pain and the percentage of FM (index of correlation of Pearson = 0,136), in which the % of FM varies directly with the intensity of pain. A correlation was obtained between the intensity of pain and the BMI over 25 Kg/m² (p < 0,05, second the t-Student test), admitting a non-linear correlation. We found in patients with hypertension that the intensity of pain was higher (p<0,005, second the t-Student test). We could not find any relation between intensity of pain and weight nor with ratio Waist/Hip. There was a negative trend between the intensity of pain and the FFM (p = 0,086, index of correlation of Pearson = -0,048).

Discussion conclusion: The pain in rheumatic patients seems to be directly related with changing of body composition. The overweight and excess of fat mass seems to contribute for the intensity of pain eventually by a phenomenon of mechanical overload. The FFM that is related especially with the muscular component looks to have a positive effect, although not significant, in the reduction of pain what it is in accordance with the studies that relate the exercise and the increase of the muscular mass with the reduction of pain.

106

ANTHROPOMETRIC EVALUATION AND HANDGRIP IN RHEUMATIC PATIENTS

L. Miranda¹, R. Fernandes², F. Rosa², L. Coelho¹, A. Abreu², A. Cardoso², R. Leitão¹, P. Coelho¹, M. Silva¹, H. Santos¹, M. Parente¹, M. Micaelo¹, M. Mediavilla¹, E. Simões¹, H. Madeira¹, C. Silva¹, J. Saraiva Ribeiro¹, D. Medeiros¹, F. Barcelos¹, M. Sousa¹, C. Miguel¹, S. Cortés¹, L. Freire², F. Pimentel¹, V. Las¹, J. Ferreira¹, A. Neto¹, J. Figueirinhas¹, J. Vaz Pato¹, F. Mesquita² y A. Teixeira¹

¹Instituto Português de Reumatologia, ²Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz.

Introduction: The handgrip is a simple and easy method to evaluate the nutritional state of a patient. It is used as measured of muscular force, being sufficiently useful in diverse rheumatic pathologies, as the Rheumatoid Arthritis (RA), the Osteoarthritis (OA) and the Fibromyalgia, giving a notion of the functional capacity of the patient.

Objective: To evaluate a population of Rheumatic patients comparing the anthropometrics measurements with the handgrip and compared between patients with Osteoarthritis, Fibromyalgia and Rheumatoid Arthritis.

Material and Methods: This study was done in the Portuguese Institute of Rheumatology, having been observed all of the outpatients in the rheumatology clinic, during one month. It was measured the handgrip using a sphygmomanometer. Three measurements had been carried out, being the final value the average. Other parameters were evaluated by the nutrition department: weight, body mass index (BMI), waist perimeter, hip perimeter, waist/hip relation, abdominal fat mass (in percentage), free fat mass (kilograms) and total body water (in percentage). The handgrip between OA, RA and Fibromyalgia patients has been compared.

Results: This study included 1051 patients, 868 (82,7%) females and 183 (17,3%) males, whose mean age was 57,3 ± 14,4 years.

The weight average was $70,2 \pm 19,3$ Kg and BMI average $27,8 \pm 5,0$ Kg/m². A percentage of average fat mass of $35 \pm 7,1\%$ was obtained. The free fat mass average was 47 ± 8 Kg and the total body water percentage mean $45,2 \pm 15,5\%$. It was observed a mean relation waist/hip of $0,88 \pm 0,09$ and the average perimeter of waist was $91,3 \pm 12,8$ cm. A significant correlation exists between the handgrip, the percentage of total body water ($p < 0,0005$) and the free fat mass [included the mass muscular ($p < 0,0005$ and index of correlation of Pearson = $0,397$)]. A negative correlation exists between the handgrip and the percentage of fat mass ($p < 0,0005$ and index of correlation of Pearson = $-0,209$). The patients with OA presents higher values of handgrip that the patients with RA ($p = 0,003$, test t-Student). The patients with Fibromyalgia presented higher values of handgrip that patients with RA ($p = 0,031$, test t-Student). There was not a significant difference between the OA and the Fibromyalgia

Conclusion: As it would be expected, there was a relation between handgrip and fat free mass and the percentage of total body water ($P < 0,0005$). An inverse relation with percentage of fat mass it was also found. This method can be a simple and initial screening test that allows us to evaluate the muscular strength and composition of our patients. In RA, the reduction of the handgrip values can be associated with joint deformation and destruction.

107

TRATAMIENTO CON ÁCIDO HIALURÓNICO (ADANT[®]) DE LOS PACIENTES CON ARTROSIS DE RODILLA EN LISTA DE ESPERA PARA RECAMBIO PROTÉSICO ARTICULAR: ESTUDIO DE LOS COSTES

C. Fernández-López, J.L. Fernández-Sueiro, J.A. Pinto, N. Oreiro, A. San Martín, T. Vázquez, J. Graña, M. Freire, A. Atanes, J. de Toro, F. Galdo y F.J. Blanco

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

Introducción: Para el tratamiento farmacológico de la artrosis de rodilla disponemos de los analgésicos, los AINEs, y los SYSA-DOAs. Entre estos últimos se incluye al ácido hialurónico (AH) que ha demostrado su eficacia en pacientes con artrosis de rodilla con grado II-III de Kellgren y Lawrence. Cuando estos tratamientos fracasan la alternativa terapéutica es la quirúrgica, con la implantación de una prótesis. Recientemente hemos demostrado que el AH mejora la situación clínica del paciente con OA grado IV en lista de espera de cirugía protésica.

Objetivo: Valorar de manera comparativa con placebo si el ácido (AH) de 900 kDa reduce el coste económico del tratamiento de los pacientes con OA de rodilla grado IV en lista de espera de cirugía protésica.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo, unicéntrico, simple ciego, randomizado, controlado, con tres grupos de tratamiento (Grupo I: Tratamiento placebo intraarticular, Grupo II: tratamiento AH 900 kDa-ADANT[®] (Teduc-Meiji Farma); Grupo III, sin tratamiento intra-articular bajo cirugía). La duración del tratamiento intra-articular (HA y placebo) fue de dos ciclos de 5 inyecciones con un intervalo de 6 meses entre cada uno. El grupo control para el estudio fármaco-económico se realizó con aquellos pacientes que recibieron su tratamiento normal de OA con cirugía protésica (Grupo III). El grupo III (sin tratamiento intra-articular) fue operado siguiendo el orden establecido en la lista de espera y su seguimiento se desarrolló durante los 12

meses después de la cirugía. Para la valoración económica, los costes fueron estudiados desde una perspectiva hospitalaria, incluyendo los gastos derivados de las pruebas complementarias, las visitas médicas, los tratamientos administrados, el transporte de los pacientes al hospital, la medicación concomitante y el costo de la cirugía de la rodilla. No se tomaron en cuenta los costes indirectos, como la pérdida de jornadas laborales.

Resultados: Un total de 77 pacientes (14H/63M) fueron incluidos en el estudio (Grupo I: 26; Grupo II: 26 y Grupo III: 25). La población por intención de tratar incluyó a 54 pacientes (Grupo I: 23; Grupo II: 25 y Grupo III: 20). El coste total de los 20 pacientes sometidos a cirugía del Grupo III fue 242.457,95 €. En el Grupo I, 20 pacientes (90%) recibieron tratamiento quirúrgico en el transcurso del año de seguimiento y el coste total del grupo fue de 242.581,18 €. En el Grupo II, de los 25 pacientes que recibieron AH, 16 (64%) recibieron tratamiento quirúrgico en el año de seguimiento. El coste total del Grupo II fue de 202.939,47 €. El coste medio por paciente en los tres grupos fue: Grupo I: 11.244,74 €, Grupo II: 10.043,34 € y Grupo III: 12.122,9 €. En los tres grupos más del 95% del gasto correspondió al coste de la intervención quirúrgica, que incluía cirugía, estudio de coagulación, hospitalización y programa de rehabilitación, mientras que el tratamiento intraarticular en el grupo II con HA supuso un 2,4% del gasto. Se calculó el NNT (número de pacientes que será necesario tratar) resultando que al cabo de un año, por cada cinco pacientes tratados con HA se evita una intervención quirúrgica.

Conclusiones: En el tratamiento de la artrosis de rodilla grado IV de K-L más del 95% del gasto corresponde al tratamiento quirúrgico. El Tratamiento de los pacientes en lista de espera con AH intra-articular retrasa la intervención en 1 de cada 5 casos en al menos un año con una reducción del coste por paciente.

Este estudio ha sido patrocinado por Teduc Meiji Farma, S.A. Alcalá de Henares, Madrid.

108

SUPERVIVENCIA DEL TRATAMIENTO BIOLÓGICO ANTI-TNF EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA CRÓNICA AUTOINMUNE

E.F. Vicente, S. Castañeda, F. Rodríguez-Salvanés¹, R. González¹, C. Martínez Nieto², J.M. Álvaro-Gracia, A. García-Vadillo, R. García de Vicuña, I. González-Álvaro, A. Herranz, A. Humbría, J.P. López-Bote, A.M. Ortíz, E. Patiño y A. Laffon

Servicio de Reumatología. ¹Fundación de Investigación, ²Servicio de Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

Introducción: La terapia biológica anti-TNF ha supuesto un avance considerable en el tratamiento de algunas enfermedades autoinmunes. Sin embargo, la supervivencia a medio o largo plazo de estas terapias no es bien conocida.

Objetivo: Estudiar la supervivencia de las terapias anti-TNF en los pacientes con enfermedades inflamatorias crónicas de origen autoinmune de nuestra casuística hospitalaria.

Pacientes y métodos: Se estudiaron 300 pacientes con terapia biológica anti-TNF registrados en la base de datos del Servicio de Farmacia de nuestro hospital. El 68% eran mujeres. La edad media fue de 51 ± 20 años (media \pm DE), con un tiempo de evolución de 11 [4,8-15,6] años (mediana [p25-p75]). La distribución de patologías fue: artritis reumatoide (55%), espondiloartropatías (27%), artritis psoriásica (7%), enfermedades sistémicas (7%) e indiferenciadas del tejido conectivo (4%). La distribución por te-

rapia biológica fue: 55% infliximab, 32% etanercept y 13% adalimumab. Se recogieron variables de actividad clínica según el protocolo de nuestro Servicio, con especial interés en la terapia concomitante con FAMEs (presentes en el 75%). Estudio estadístico: se calculó el tiempo de supervivencia de los distintos tratamientos biológicos mediante el método de Kaplan-Meier y la prueba de Log-Rank con el programa Stata 9^o.

Resultados: Se eligieron puntos de corte anuales para establecer las funciones de supervivencia de las distintas terapias biológicas, según tabla:

Tiempo de corte	Infliximab	Etanercept	Adalimumab
1 año	89%	87%	93%
2 años	77%	73%	64%
3 años	60%	56%	-
4 años	53%	56%	-
5 años	45%	56%	-
6 años	40%	56%	-

El resultado de la prueba de Log-Rank indicó que no existen diferencias significativas entre las funciones de supervivencia de los tres fármacos estudiados ($p = 0,5784$). Los motivos de abandono de la terapia fueron: falta de eficacia (49%), infecciones (16%), otros efectos adversos (16%), remisión (8%), incumplimiento (5%), neoplasias (3%) y varios (3%), sin diferencias significativas entre los 3 grupos ($p = 0,15$).

Conclusiones: No hemos encontrado diferencias significativas en la supervivencia del tratamiento antiTNF entre los tres fármacos disponibles en la actualidad, aunque el período de uso clínico de adalimumab es más limitado.

[No existe conflicto de intereses con la Industria Farmacéutica en la elaboración de este estudio].

109

ALTERACIONES EN LA CAPILAROSCOPIA EN LA ESCLEROSIS SISTÉMICA

B. Joven, R. Almodóvar, A. Movasat y P.E. Carreira
Servicio de Reumatología, Hospital 12 de Octubre, Madrid.

Objetivo: Analizar las alteraciones de la capilaroscopia en los pacientes con esclerosis sistémica (SSc) y su correlación con las características clínicas.

Pacientes y métodos: Se incluyeron 220 pacientes diagnosticados de SSc en nuestro servicio entre 1979 y 2005. Se seleccionaron aquellos a los que se les había realizado capilaroscopia durante la valoración clínica habitual, en su primera visita a nuestro centro. En todos los casos, la capilaroscopia fue realizada con un microscopio de 20-40x, con fuente de luz fría, por el mismo observador (PEC). Se consideraron patológicos los siguientes hallazgos: pérdida de capilares >20%; hemorragias (2 o más hemorragias en al menos 2 dedos diferentes); y dilataciones (más de dos capilares con calibre doble del normal, en al menos 2 dedos diferentes). En ningún caso se realizó recuento de capilares ni mediciones especiales. Se recogieron datos demográficos (edad, sexo, seguimiento, muerte), clínicos (extensión de la afectación cutánea, afectación pulmonar, cardíaca, renal, muscular, articular y gastrointestinal y VSG), serológicos (ANA, a-Scl70, a-centrómero, a-RNP, RF), tratamientos, mortalidad y causa de muerte de las historias clínicas. Se realizó estadística descriptiva, y análisis univariante y multivariante mediante regresión logística con OR e intervalo de confianza del 95%.

Resultados: De 220 pacientes con SSc, 149 tenían una capilaroscopia apta para el estudio, sin que se encontraran diferencias en

las características clínicas de los pacientes incluidos o no en el estudio. De los 149 pacientes (130 M, 19 V), 86 (58%) tenían SSc limitada, 47 (32%) SSc difusa y 16 (10%) SSc/overlap. La edad media de inicio y de diagnóstico de la enfermedad fue de 42 ± 19 años y 48 ± 18 años, respectivamente, y el tiempo medio de evolución entre el comienzo de los síntomas y la realización de la capilaroscopia fue de 7 ± 9 años. La capilaroscopia fue normal en 18% de los casos y presentaba alguna alteración evidente en 82% (pérdida 50%, hemorragias 32%, dilataciones 59%). En el análisis univariante, la presencia de anomalías en la capilaroscopia se asociaba con afectación dérmica difusa ($p = 0,005$), úlceras isquémicas ($p < 0,0001$), la HTP ($p = 0,037$), a-Scl70 ($p = 0,006$) y afectación pulmonar ($p = 0,02$). La P se asociaba con afectación dérmica difusa ($p < 0,0001$), úlceras isquémicas ($p < 0,0001$), fibrosis pulmonar ($p = 0,0001$), a-Scl70 ($p < 0,0001$) y ausencia de a-centrómero ($p = 0,002$). Las hemorragias se asociaban con género femenino ($p = 0,01$), afectación dérmica difusa ($p = 0,02$), artritis ($p = 0,01$) y a-Scl70 ($p = 0,003$). Las dilataciones se asociaban con género femenino ($p = 0,004$), HTP ($p = 0,004$) y a-centrómero ($p = 0,001$). En el análisis multivariante, la anomalía en la capilaroscopia se asociaba con úlceras isquémicas ($p = 0,004$) e HTP ($p = 0,05$), la pérdida con afectación dérmica difusa ($p = 0,003$), úlceras isquémicas ($p = 0,03$) y a-Scl70 ($p = 0,02$), las hemorragias con a-Scl70 ($p = 0,01$) y las dilataciones con género femenino ($p = 0,04$), a-centrómero ($p = 0,01$) y la HTP ($p = 0,009$). La presencia de los 3 tipos de lesiones en un mismo paciente, se asociaba con fibrosis pulmonar ($p = 0,02$).

Conclusión: La capilaroscopia realizada en el contexto clínico habitual, sin necesidad de mediciones especiales, es una técnica útil para la valoración de pacientes con sospecha de SSc, e identifica pacientes con riesgo de complicaciones viscerales graves.

110

DISPLASIA EPIFISARIA MÚLTIPLE TARDA: UNA FORMA DE ARTROSIS SEVERA

C. Fernández Delgado, D. Mendoza Mendoza, M.A. Doña Naranjo y M. Riesco Díaz
Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Introducción: La displasia epifisaria múltiple tarda (DEMT) se considera prototipo de las displasias epifisarias en cuyo grupo también encontramos la forma congénita o condrodiplosia calcificante y la displasia de Meyer ambas menos frecuentes. Tipo de displasia osteoconral, un trastorno de los núcleos de osificación, encuadrada dentro del heterogéneo grupo de las displasias. Se estima que afecta a 40 de cada 100.000 habitantes. Se describen tres subtipos: una forma severa, otra intermedia y una tercera localizada. Aunque se manifiesta desde la infancia, lo más frecuente es el diagnóstico en el adulto joven, siendo la clínica más habitual dolor articular, habitualmente en rodillas y caderas, de tipo mecánico. Radiológicamente se caracteriza por ensanchamiento epifisario, desarrollando secundariamente artrosis de las articulaciones afectadas. El tratamiento es quirúrgico, intentando corregir la deformidad epifisaria y, en casos evolucionados, con recambio protésico. A continuación presentamos tres casos de pacientes que consultan nuestros servicios tras años de peregrinaje por otras consultas sin establecerse diagnóstico.

Caso 1: Mujer de 57 años que consulta por artralgiás mecánicas en tobillos, carpos, hombros y rodilla derecha. Llama la atención en sus antecedentes personales: artroplastia total de ambas caderas desde los 40 años y prótesis total de rodilla izquierda desde los 50 años. En la exploración destaca flexo de 30° de ambos codos y

limitación del flexo extensión de carpos con acortamiento de las falanges. Las imágenes radiográficas, la historia clínica y la ausencia de alteraciones bioquímicas conducen al diagnóstico de DEMENT.

Caso 2: Varón de 68 años que desde hace 5 años realiza su vida en silla de ruedas. Refiere desde los 55 años dolor poliarticular mecánico con deformidad progresiva de hombros, codos, rodillas y caderas que imposibilitan la deambulación. En la exploración destaca movilidad de ambos hombros limitada más de un 80%, flexo de 20-30° de ambos codos, genuvaro bilateral, rotaciones y extensión de cadera nula, flexo de 20° de caderas irreductible. De nuevo la radiología, la historia clínica y el silencio bioquímico conducen al diagnóstico de DEMENT. Se propone al paciente sustitución protésica de caderas y rodillas que rechaza.

Caso 3: Mujer de 45 años que consulta por artralgias mecánicas de 6-7 años de evolución con episodios de gonalgia y omalgia bilateral intensa tras los cuales percibe limitación de la movilidad de dichas articulaciones. En la exploración encontramos flexo reducible de 10 grados en ambas rodillas y limitación flexión de las mismas con importante hipertrofia, el arco de movilidad de ambos hombros muy disminuido fundamentalmente las rotaciones. Bioquímica y hemograma normal. Radiografía de rodillas: gonartrosis severa tricompartmental y severa artrosis gleno-humeral bilateral con pinzamiento completo de espacio articular.

Conclusión: La DEMENT no es una patología habitual en las Consultas de Reumatología. Su consideración resulta útil para reconocerla como factor etiológico ante la presentación de una artrosis en el adulto joven.

111

INFLUENCIA DEL SEXO EN LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS, MORTALIDAD Y SUPERVIVENCIA EN LA ESCLEROSIS SISTÉMICA

B. Joven, R. Almodóvar y P.E. Carreira

Servicio de Reumatología. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Objetivo: Analizar la influencia del sexo en las características clínicas, causas de muerte y supervivencia en los pacientes con esclerosis sistémica (SSc), seguidos en un hospital universitario durante un periodo de 30 años (1976-2005).

Pacientes y métodos: Se incluyeron 220 pacientes (26 V, 194 M). Los datos demográficos (edad, sexo, años de seguimiento, muerte), clínicos (extensión de la afectación dérmica, VSG, afectación pulmonar, renal, cardíaca, muscular, articular, gastrointestinal), serológicos (ANA, ACA, a-Scl70, a-RNP, FR), tratamientos utilizados durante la evolución y causas de muerte se obtuvieron retrospectivamente de las historias clínicas. Se utilizó odds ratio bivariada con intervalo de confianza (CI) del 95% para medir la fuerza de asociación entre variables, análisis de Kaplan Meyer para estimar supervivencia y análisis de regresión de Cox univariante y multivariante para analizar las asociaciones clínicas de la mortalidad.

Resultados: Diez (40%) pacientes varones tenían SSc limitada, 9 (36%) SSc difusa y 6 (24%) SSc/overlap; 111 (60%) pacientes mujeres tenían SSc limitada, 50 (27%) SSc difusa y 24 (13%) SSc/overlap. Los pacientes varones tenían mayor incidencia de insuficiencia renal (OR 0,91; 95% CI 0,019-0,432; $p = 0,005$), miopatía inflamatoria (OR 0,25; 95% CI 0,094-0,703; $p = 0,07$), alteraciones de la conducción cardíaca (OR 0,2; 95% CI 0,08-0,63; $p = 0,008$) y tendían a presentar más hipertensión arterial ($p = 0,085$), síncope ($p = 0,064$), cardiopatía isquémica ($p = 0,06$) y disfunción ventricular ($p = 0,069$). Las pacientes mujeres tenían

con mayor frecuencia anticuerpos anti-centrómero (OR 7,9; 95% CI 1,8-34,6; $p = 0,001$). Los hombres recibieron más frecuentemente tratamiento con esteroides (OR 0,1; 95% CI 0,067-0,51; $p < 0,001$) e inhibidores de ECA (OR 0,25; 95% CI 0,10-0,64; $p = 0,006$). No había diferencias en la edad al diagnóstico (48 ± 15 años para varones y 49 ± 18 años para mujeres) ni en la edad al inicio de los síntomas (43 ± 17 años para varones y 43 ± 18 años para mujeres). Diecinueve pacientes se perdieron para el seguimiento, y 46 murieron (8 varones, 38 mujeres). Mediante análisis de regresión de Cox, la mortalidad se asociaba con HPT (HR = 2; 95%CI 1,1-3,9; $p = 0,04$), VSG elevada (HR = 2,9; 95%CI 1,5-5,6; $p = 0,002$) y afectación renal (HR = 3,7; 95%CI 1,5-8,9; $p = 0,003$) en mujeres, y solamente con el tabaquismo (HR 11; 95%CI 1,2-98; $p = 0,03$) en varones. Las principales causas de muerte fueron HTP y fibrosis pulmonar en mujeres, y muerte súbita en varones. La supervivencia acumulada fue similar para hombres (79% a 5 años, 67% a 10 años) y mujeres (86% a 5 años, 76% a 10 años) ($p = 0,3$, log rank test).

Conclusión: Los pacientes varones con esclerosis sistémica tienen mayor incidencia de insuficiencia renal, alteraciones de la conducción cardíaca y miopatía inflamatoria, y menos frecuencia de anticuerpos anti-centrómero que las pacientes mujeres. Aunque la supervivencia es similar en ambos grupos, las causas de muerte y la mortalidad son aparentemente diferentes en hombres y mujeres.

112

EFECTO DEL CONDROITIN SULFATO SOBRE LA ACTIVIDAD MITOCONDRIAL DE LOS CONDROCITOS ARTICULARES ARTRÓSICOS HUMANOS

M.J. López-Armada, B. Caramés, B. Cillero-Pastor, M. Lires-Deán, C. Ruiz-Romero, I. Fuentes, B. Lema, F. Galdo y F.J. Blanco

Laboratorio de Investigación Osteoarticular y del Envejecimiento. Centro de Investigación Biomédica. CH Universitario Juan Canalejo. Cátedra Biobérica de Terapia Celular. Universidade da Coruña. A Coruña.

Introducción: Los condrocitos articulares humanos procedentes de cartílagos artrosicos presentan una actividad mitocondrial alterada objetivada por una alteración en el potencial de membrana mitocondrial. Esta alteración mitocondria puede ocasionar un incremento de radicales libres los cuales originan un incremento en el numero de condrocitos muertos en el cartílago y un descenso en el contenido de proteoglicanos de la matriz extracelular. El Condroitin Sulfato es un fármaco que actualmente esta indicado para el tratamiento sintomático de la artrosis y existen datos experimentales que demuestran efectos beneficiosos sobre la estructura del cartílago.

Objetivo: Analizar el efecto del Condroitin Sulfato sobre la actividad mitocondrial de condrocitos artrósicos humanos.

Material y método: El cartílago articular humano fue obtenido de recambios protésicos articulares realizados por el Departamento de Traumatología del CHU Juan Canalejo. El tejido obtenido se introdujo en un vial estéril con DMEM 2% Penicilina 150 U/ml, Estreptomina 50 mg/ml y Anfotericina B (2 µg/ml) y se colocó en una nevera (temperatura 0-4°C) para su transporte hasta la zona de cultivos celulares. El cartílago fue cortado en trozos de aproximadamente 2x2x2 mm³. Se lavaron tres veces con medio de cultivo (DMEM 2% P/S/A). Posteriormente se incubaron en 20 ml de medio de cultivo con 10% de tripsina en baño de agua a 37°C durante 15 minutos. Posteriormente se digirió el cartílago incubándolo en 25 ml de solución de colagenasa [Colagenasa tipo

IV 2mg/ml; 5% FCS; 2% P/S/A; 1% L-glutamina]. El vial fue colocado en un agitador giratorio a 37°C (200 rpm) durante aproximadamente 16-18 horas. Recuento celular y cultivo de las mismas a una densidad de 5.000 a 10.000 células/cm² en botellas de cultivo de 25 o 75 cm² de superficie. El medio de cultivo fue DMEM suplementado con 10% FCS, 1%P/S y 1% L-glutamina. Para la medida del Potencial mitocondrial de membrana, utilizamos un fluoróforo, DePsipher (5, 5', 6,6'- tetracloro-1,1'tetraetilbenzimidazol carbocianina yodada). Las células estimuladas, se incubaron con el fluoróforo que nos permitió observar si se producía despolarización de la membrana mitocondrial, mediante la emisión de dos tipos de fluorescencia: Fluorescencia roja (indica que no hay modificación del potencial de membrana) y fluorescencia verde (indica que existe despolarización). El análisis de estos datos se realizará mediante citometría de flujo usando FACS-can y Cell-Quest software (Becton Dickinson). Como control positivo de despolarización mitocondrial usamos el TNF a dosis de 10 ng/ml durante 6, 12, 24 y 48 horas. Se valoró el efecto del CS a las concentraciones de 10, 50, 100, 200 y 500 microgr/ml durante 6, 12, 24 y 48 horas. El análisis estadístico se realizó con el test de la "t" de Student de dos colas para datos no apareados

Resultados: El 35% de los condrocitos artrósicos presentan despolarización de membrana mitocondrial. El CS a dosis superiores de 100 microgr/ml fue capaz de revertir significativamente el totalmente el porcentaje de condrocitos con despolarización mitocondrial a las 24 y 48 horas (Basal 35% vs. CS 100: 5%, p < 0,05). El TNF causó un incremento significativo en la despolarización mitocondrial de los condrocitos artrósicos (Basal: 35% vs. TNF: 69%; p < 0,05) a las 24 horas. El CS redujo de forma significativa el efecto del TNF sobre el potencial de membrana de forma dosis dependiente a las 24 horas (TNF: 69% vs. CS 100: 26%; p < 0,05).

Conclusiones: El Condroitin Sulfato mejora el potencial de membrana mitocondrial de los condrocitos artrósicos en situación basal e incluso tras estimular con TNF. Este efecto puede ser beneficioso para el funcionamiento normal del metabolismo de los condrocitos articulares.

Este estudio ha sido financiado por Laboratorios BIOIBÉRICA-FARMA-Barcelona. España.

113

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE INYECCIONES INTRAARTICULARES DE DIFERENTES ÁCIDOS HIALURÓNICOS EN LA ARTROSIS DE RODILLA. ESTUDIO PROSPECTIVO

G. Panadero Tendero, M. Mínguez Vega y A. Carbonell Jordà*
Sección de Reumatología y *Enfermería Reumatología. Hospital Clínico Universitario de San Juan de Alicante.

Objetivo: Evaluar la eficacia y tolerancia de inyecciones intraarticulares de diferentes tipos de ácido hialurónico (AH) en el tratamiento sintomático de la artrosis de rodilla.

Pacientes y método: Estudio prospectivo, comparativo, con 6 meses de seguimiento, en 38 pacientes de la consulta externa de reumatología diagnosticados de artrosis de rodilla según criterios clínicos y radiológicos (grados II o III en la escala de Kellgren). Los pacientes son divididos de forma aleatoria en tres grupos: a los dos primeros se les administraron 5 inyecciones intraarticulares de AH con cadencia semanal, Adant® (Tedec-Meji Farma S.A.) o Suplasyn® (Laboratorios Rubió S.A.), y un tercero recibió una única dosis de AH estabilizado, Durolane® (Zambon S.A.). A los tres grupos se les realiza el día de la primera infiltración un

cálculo del índice de masa corporal (IMC), una escala analógica de dolor (EVA) e índice algofuncional de Lequesne (IL), volviéndose a evaluar a las 4 y 24 semanas en los dos primeros grupos y sólo a las 24 semanas en el grupo del AH estabilizado.

Resultado: En el grupo tratado con Adant® se reclutaron 18 pacientes, 15 de ellos mujeres, con edad media de 65,3 años, IMC de 32,21 kg/m² y con EVA de 69,4mm e IL de 13,44 medios al inicio, 8 de ellos recibieron inyecciones bilaterales. A las 4 semanas presentan mejoría del dolor 15/18 pacientes (83,33%) con un descenso medio en EVA de 27,3, a las 24 semanas persiste en la misma proporción de pacientes con un descenso medio de 18,3mm. El IL a las 4 semanas desciende en 16/18 pacientes (88,89%) en una media de 4,65, y a las 24 semanas también en la misma proporción desciende un 3,25 de media. El IMC aumentó en 6 meses en dos tercios de los pacientes con una media de 0,33kg/m².

Nueve pacientes recibieron infiltraciones de Suplasyn®, 7 mujeres, 7 de ellos bilaterales. Con una edad media de 70,3 años, IMC medio de 30,11kg/m², EVA de 73,3mm y IL 14,5 de media al inicio. A las 4 semanas la EVA descendió en los 9 pacientes una media de 36,7mm, a las 24 semanas el descenso persiste en 6/9 pacientes con una media de 50mm. El IL a las 4 semanas mejora en el 100% de los pacientes con una media de 4,5, mientras que a las 24 semanas 6/9 mejoran de media 5,33. También en este grupo aumentaron su IMC 2/3 de los pacientes durante los 6 meses. El grupo que recibió inyecciones intraarticulares de Durolane® fueron 11 pacientes, 3 bilateral, con una media de edad de 58,9 años, 9 mujeres, un IMC de 30,69, EVA de 62,7mm e IL de 11,04 de media al inicio. A las 24 semanas su EVA descendió en 4/11 pacientes (36,3%) con una media de 40mm, mientras que el IL descendió en 7/11 pacientes (63,64%) con 3,21 puntos de media. Su IMC también aumento en más de la mitad de los pacientes. En este grupo se registraron en 4 pacientes dolor intenso durante la infiltración.

Conclusión: En los pacientes afectos de artrosis de rodilla sintomática la administración intraarticular de AH es una alternativa eficaz y bien tolerada. En este estudio los pacientes a los que se les administró Adant® y Suplasyn® presentaron, a los 6 meses, un mayor porcentaje de respuesta en el dolor y capacidad funcional que los tratados con Durolane®.

114

ESTUDIO DE FACTORES ASOCIADOS CON EL TIEMPO DE VISITA EN UNA CONSULTA PRIVADA DE REUMATOLOGÍA

M. Belmonte-Serrano
Institut Valencià de Reumatologia. Castellón.

Objetivo: Conocer las variables que determinan la duración de las visitas médicas realizadas en una consulta privada de reumatología.

Entorno: Pacientes visitados en una única consulta privada de reumatología, en la provincia de Castellón, durante 30 meses.

Métodos: Se anotó de forma automática el momento de inicio y final de la visita clínica mediante el programa informático de gestión de consultas Rheumatos 2,8. El médico, pero no los pacientes, era consciente de que el tiempo estaba siendo registrado. Para cada paciente se extrajeron los siguientes datos: edad, sexo, fecha de la primera visita en el consultorio, diagnósticos por CIE9, número de diagnósticos, número total de visitas. Para cada visita se determinó: fecha de visita, tiempo en segundos de duración de la visita, tipo de visita (inicial o revisión), procedimientos realizados (artrocentesis), compañía médica y entidad aseguradora. Se deter-

minó el número de visitas y tiempo total empleado por día trabajado. Se estudió la influencia de las distintas variables consideradas en la duración de la visita realizada a los pacientes.

Resultados: Del total de 1645 visitas disponibles, se analizaron 1453 que tenían registrada la duración de la visita. Se evaluaron 523 pacientes, de los que 386 (73,8%) eran mujeres. La media de edad fue de 52,0 años (rango 8-89) y el número total de visitas 2,77 (rango 1-20). El tiempo medio empleado por visita fue de 17:52 minutos (DS 9: 53 min). Se observaron diferencias significativas en el tiempo de visita entre pacientes privados o de asistencia por compañías de seguro libre (22: 26 vs. 16: 56 min. $P < 0,05$) Los pacientes de colectivos estatales (MUFACE, MUGEJU, ISFAS) fueron visitados con un tiempo medio 8% menor que los demás pacientes. Por tipo de visita, los pacientes visitados por primera vez requirieron más tiempo que las revisiones a menos de 30 días y éstas menos que las de 30 días (22: 58, 17: 19 y 15: 38 min respectivamente). En cuanto a tipo de patologías, los pacientes con artritis reumatoide, colagenosis, fibromialgia y espondiloartropatías tuvieron una media de 18: 53, 20: 46, 17: 48, y 20: 10 min. por visita, respectivamente.

Conclusión: El tiempo medio de asistencia en una consulta privada de especialista de reumatología es de casi 18 minutos por visita. Existen leves diferencias dependiendo de si los pacientes pertenecen a compañías de seguro libre o son de asistencia privada, pero no hay diferencias valorables entre los de asistencia por colectivos y el resto de pacientes. Los tipos de patología analizados, característicos de una consulta de reumatología, muestran pocas variaciones entre sí respecto al tiempo medio de consulta, siendo más largas las consultas de colagenosis y más breves las de fibromialgia. Estos datos pueden ser de utilidad a la hora de planificar la gestión de las consultas de reumatología y servir como referen-

cia para futuras negociaciones con la administración sanitaria, ya que la duración de estas visitas no ha venido condicionada por presiones asistenciales directas.

115

UTILIDAD DEL ESTUDIO DE LA MORFOLOGÍA VASCULAR SINOVIAL EN EL DIAGNÓSTICO DE ARTROPATÍAS INFLAMATORIAS

A. Chico Capote, M. Estévez del Toro, S. Lucero Rebollo y A. Gutiérrez Rojas

Servicio de Reumatología. Hospital Hermanos Ameijeiras. La Habana. Cuba.

Objetivo: Determinar la utilidad diagnóstica de los patrones vasculares de la sinovial visualizados por artroscopia para diagnosticar enfermedades articulares inflamatorias.

Método: Se estudiaron 141 pacientes a los que se les realizó artroscopia a los cuales se les clasificó la morfología vascular en tres patrones, rectos, tortuosos y mixtos.

Resultados: Se estudiaron 46 Artritis Reumatoide (AR), 50 osteoartritis (OA), 25 espondiloartropatías (EA) y 30 artropatías por cristales, la sensibilidad de los patrones rectos para el diagnóstico de AR fue de 90% y la especificidad de un 85%, el 85% de las AR con patrón recto tenían factor reumatoide positivo. Los pacientes con espondiloartropatías tenían con mayor frecuencia patrones tortuosos estando presentes en el 745% de ello, tanto los pacientes con artropatías por cristales y con OA tenían una mayor frecuencia de patrones tortuosos.

Conclusiones: Los cambios en los patrones vasculares sinoviales visualizados por artroscopia pueden ser de ayuda en el diagnóstico de diversos tipos de artritis.