

2ª Sesión

Jueves 25 de mayo

116

METABOLISMO Y BIOLÓGICOS

C. Vázquez, R. Roselló, M.D. Fabregas y M.V. Arguis
Reumatología. Hospital San Jorge, Huesca.

Se discute si el tratamiento con fármacos biológicos modifica el metabolismo lipídico. Hemos recogido los datos de pacientes que han seguido tratamiento con algún fármaco biológico durante al menos 6 meses consecutivos, desde junio 2000 hasta diciembre 2005. Hemos recuperado los datos de edad, sexo, enfermedad de base, peso, IBM, coexistencia de enfermedad metabólica (diabetes, dislipemia HTA obesidad) o tiroidea previa y los resultados de las determinaciones de glucemia, colesterol, triglicéridos, peso, TA y episodios vasculares ocurridos durante el tratamiento o hasta 6 meses después de abandonado éste. Las extracciones de sangre se realizan en ayunas, en el Hospital de Día y previo a la infusión de INF o RIT. Los pacientes con ETN o ADA se hacen los análisis, también en ayunas, unos 10 días antes de la consulta, generalmente en su centro de salud. Todas las determinaciones analíticas están centralizadas en el laboratorio de Bioquímica del Hospital San Jorge.

Edad	55,8 ± 14 años					
Sexo	46 varones 54 mujeres					
Enfermedad de base	A reumatoide 68%	A psoriásica 14%	Esp anquilosante 18%			
Peso/IBM	Delgado (IBM menor 21) 6%	Normal (IBM 21 a 26) 29%	Obeso (IBM mayor 26) 65%			
Enfermedades metabólicas previas Biol	Diabetes 11,9%	Dislipemia Colesterol 49,4% Triglicéridos 18,9%	HTA (mayor 150/90) 17,4%	Obesidad 65% Hipotiroidismo 4,8%	Tiroides	Gota 1%
Variaciones tras Biol respecto valores previos	No	Hipercolesterolemia ha aumentado hasta 69,7% Hipertrigliceridemia ha disminuido al 6,1%	HTA ha aumentado al 20,2%	Peso estable (± 5%) excepto un paciente con aumento 27 kg en 6 meses	No nueva patología tiroidea	No aumento gota
Necesidad tratamiento metabopatía	5% en S-0 5% en seguimiento	9,2% en S-0 27,8% en seguimiento	10% en S-0 18,5% en seguimiento	Se recomienda dieta hipocalórica a los obesos	4,8% en S-0 4,8% en seguimiento	1 pac en S-0 1 pac en seguimiento
Episodios vasculares Seguimiento	0 en S-0 2 IAM en sd. metabólico 1 ACV en HTA					

Resultados: En nuestra serie, retrospectiva y que se ha podido obtener por la exhaustiva recogida de datos en todas las visitas, encontramos un aumento de la hipercolesterolemia y TA. Revisando literatura (la mayoría proveniente de Abstracts del Congreso EULAR de Berlín 2004) hallamos datos contradictorios, tanto en las cifras de colesterol (en unos suben, en otros bajan tanto el HDL como el LDL), como de los triglicéridos, las cifras de TA y el peso. En ninguna publicación se encuentra aumento de las cifras de glicemia o del número de diabéticos, ni cambios en las hormonas tiroideas, ni en la incidencia de episodios vasculares. Nuestros resultados señalan un aumento significativo de las cifras de colesterol y TA, pero no de los triglicéridos, que bajan discretamente, o de la glicemia y peso, que se mantienen. Solo hay un paciente con A Pso y gota y ésta se mantiene estacionaria con alopurinol, las cifras de ácido úrico no se han modificado, ni el enfermo ha presentado episodios gotosos intercurrentes. Los tres pacientes que han presentado episodios vasculares (dos IAM y una ACV) tenían factores de riesgo (HTA, dislipemia, obesidad) y la paciente con ACV HTA y edad avanzada. La estadística es semejante a la de los pacientes con AR sin tratamiento biológico. **Conclusiones:** Señalar la alta incidencia de obesidad entre nuestros pacientes, y que no se ha modificado tras el tratamiento bio-

lógico. En todos los casos se dan recomendaciones dietéticas y si se cree necesario fármacos hipotensores y/o hipolipemiantes. En el seguimiento hemos visto aumentar las cifras de colesterol y TA y bajar algo los triglicéridos. Quizás los biológicos no tengan relación con ello dados los resultados contradictorios que encontramos en la literatura.

117

VARIABILIDAD EN EL INICIO DEL TRATAMIENTO MODIFICADOR DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE A LO LARGO DE DOS DÉCADAS

D. Clemente, C. Hernández-García, L. Abásolo, E. Loza, R. López, L. Rodríguez, B. Fernández-Gutiérrez, I. Morado, P. Macarrón, J.A. Jover y Grupo emAR
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Antecedentes: El pronóstico de los pacientes con Artritis Reumatoide (AR) ha mejorado significativamente con la utilización de los llamados Fármacos Modificadores de la Enfermedad (FME). La disponibilidad de nuevos fármacos, así como el perfil de eficacia y toxicidad de las opciones existentes, puede haber determinado un cambio en el perfil de FME elegido como primera opción en el tratamiento de la AR a lo largo del tiempo.

Objetivo: Analizar las preferencias de los médicos en la elección del primer FME en pacientes con AR a lo largo del periodo 1980-1999.

Métodos: Estudio de corte transversal de las historias clínicas de 1.379 sujetos seleccionados aleatoriamente de un "pool" de pacientes diagnosticados de AR mayores de 16 años y atendidos en 46 hospitales de 16 comunidades autónomas en España durante 1998-1999. Los pacientes con inicio de la AR posterior a 1980 y en cuya historia quedara recogido el FME escogido para iniciar el tratamiento fueron seleccionados (muestra final de 871 pacientes) y divididos en 4 grupos de acuerdo con la fecha de inicio de sus síntomas: 1980-1984, 1985-89, 1990-1994, 1995-99. Se analizó el tipo FME empleado en primer lugar, tanto globalmente como en cada uno de los grupos.

Resultados: El aurotiomalato sódico (32,9%), el metotrexato (31,5%) y los antipalúdicos (18,7%) fueron los FME más utilizados en la población estudiada. El uso de aurotiomalato sódico ha disminuido progresivamente con el tiempo hasta convertirse en una tercera opción, por detrás de metotrexato (el más comúnmente empleado en la actualidad) y antipalúdicos. La auranofina fue empleada inicialmente en un elevado número de casos en los grupos 1980-1984 (18,4%) y 1985-1989 (20,1%), pero en los últimos años menos del 2% pacientes con AR comienzan su tratamiento con este FME. El uso de otros FME como primera elección fue muy limitado.

Conclusión: El metotrexato y los antipalúdicos se han convertido en los FME preferidos para iniciar el tratamiento de los pacientes con AR, mientras que otros FME se emplean escasamente como primera opción.

118

VALIDACIÓN DE LA VERSIÓN CATALANA (FIQ-C) DEL FIBROMIALGIA IMPACT QUESTIONNAIRE

V. Poca-Dias, M. Almirall-Bernabé, A. Cuscó-Segarra y F.J. García-Fructuoso
Servicio de Reumatología. Clínica CLIMA. Barcelona.

Objetivo: Evaluar la fiabilidad y validez de la versión más actualizada del Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) traducida y

adaptada al idioma catalán (FIQ-C) para poder ser utilizada en la población que utiliza dicho idioma.

Material y métodos: El FIQ es un instrumento diseñado para cuantificar el impacto global de la FM en varias dimensiones (funcionalidad, percepción de dolor, rigidez y fatiga, trastorno del sueño, depresión, ansiedad y capacidad de trabajo remunerado y doméstico). El FIQ es considerado el "patrón de oro" en la medida del estado funcional de la FM y en la medida de la respuesta terapéutica y ha sido traducido y validado en 11 idiomas hasta el momento. El FIQ original en inglés (1991) con sus últimas modificaciones (1997 y 2002), fue traducido al catalán (FIQ-C) por un traductor oficial certificado de nivel K y retraducido al inglés para mayor fiabilidad por otro traductor independiente. Se adaptaron algunas frases que se correspondían mejor al entorno socio cultural de la sociedad catalana. Dicho cuestionario fue administrado a 100 mujeres diagnosticadas de Fibromialgia bajo criterios ACR de 1990 y para analizar la fiabilidad de los resultados se pidió a las enfermas que repitiesen el test a los siete días. Ante la falta de otros tests comparativos validados en catalán, se prestó especial atención al conteo de puntos sensibles aplicando la fuerza establecida y determinado el umbral de dolor mediante un dolorímetro-palpómetro electrónico (Electronic Engineering Corporation[®]). La consistencia interna se midió con el coeficiente alfa de Cronbach (ítem válido para impacto superior o igual a 25% de afectación), la prueba test-retest mediante la interpretación del coeficiente r de Spearman, la validez se midió mediante el coeficiente de correlación con medida de la severidad de los síntomas, conteo de puntos sensibles y umbrales por dolorimetría.

Resultados: La fiabilidad del test-retest fue $r = 0,85$ para la funcionalidad física y se mantuvo entre 0,52 y 0,97 para el resto de ítems. La consistencia interna fue alfa = 0,85 en el primer test y 0,82 en el segundo. 16 de los 20 ítems del FIQ-C se ajustaron al criterio de impacto del 25%. Las correlaciones entre los ítems del FIQ-C, la severidad de los síntomas, el conteo de puntos sensibles y el umbral de dolor fueron de moderadas a altas.

Conclusiones: El FIQ-C es un instrumento válido y fiable para medir la capacidad funcional y la percepción de salud en mujeres catalanas con fibromialgia.

119

POLIMORFISMO VAL158MET EN EL LOCUS COMT Y SU CORRELACIÓN CON LA EXPRESIÓN DE IL-6 E IL-10 EN LA FIBROMIALGIA

J.I. Lao-Villadóniga, F.J. García-Fructuoso y K. Beyer

Departamento de Genética Molecular. Laboratorios Dr. Echevarne, Barcelona. Servicio de Reumatología, Clínica CIMA, Barcelona. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Universitat Autònoma de Barcelona, Departamento de Patología, Barcelona.

Fundamento y objetivo: El enzima Catecol-O-metiltransferasa (COMT) cataliza la transferencia de un grupo metilo de la S-adenosilmetionina a las catecolaminas, incluyendo los neurotransmisores dopamina, noradrenalina y adrenalina. Esta O-Metilación constituye una de las vías más importantes de degradación de dichos neurotransmisores. Adicionalmente, COMT juega un importante papel en la metabolización de fármacos utilizados en el tratamiento de varias enfermedades y en la degradación de catecolestrógenos. Los polimorfismos del gen COMT han sido involucrados en la patogenia de dolor crónico y de la fibromialgia a través de una hipótesis adrenérgica. Recientes investigaciones en el ámbito del dolor neurogénico y neuropático arrojan evidencia sobre la implicación del sistema inmunológico en el inicio y mantenimiento del dolor crónico, esencialmente a través de las inter-

lequinas. La Interleuquina-6 (IL-6) ha sido relacionada con estados persistentes de dolor y fatiga y la Interleuquina-10 (IL-10) con actividad antiinflamatoria e inmunomoduladora. La relación entre ambas citoquinas y los polimorfismos del gen COMT en enfermos con fibromialgia constituyen el objetivo de este trabajo.

Métodos: En el presente trabajo hemos determinado los polimorfismos del gen COMT (HH o Valina-Valina, HL o Valina-Metionina y LL o Metionina-Metionina) en 46 enfermos correlativos y 40 controles sanos (hombres y mujeres) de la misma franja de edad y hemos determinado los niveles de expresión de IL-6 e IL-10 mediante PCR-RT. Estadísticamente se aplicó ANOVA y las variables significativas se sometieron al ajuste post-hoc de Tukey B. La hipótesis nula se estableció en un nivel de significación de 0,05. La relación entre genotipos COMT, IL-6 e IL-10 se hizo a través de regresión logística y distribución Chi-cuadrado para modelo de Hardy-Weinberg.

Resultados: La acumulación de genotipos con alelos Met observados en pacientes con fibromialgia revela un riesgo cuatro veces superior que en la población general para desarrollar fibromialgia. De forma paradójica se observa un incremento en la expresión de IL-6 en el grupo "no-Met." de pacientes con fibromialgia respecto a los otros subgrupos. La expresión de IL-10 está disminuida en pacientes con FM que portan alelos Met. (homocigotos o heterocigotos) respecto a los otros subgrupos.

Conclusiones: Nuestro trabajo corrobora la previamente documentada observación de la implicación de los polimorfismos COMT LL y COMT LH en la etiopatogenia molecular de algunos casos de fibromialgia y sugiere que la presencia de dichos alelos puede ser, efectivamente, un factor de riesgo en el desarrollo de la fibromialgia. Así como la expresión de IL-10 en enfermos con fibromialgia y genotipos Met. Es coherente con hallazgos previos e impresión clínica, no lo es la expresión de IL-6, que resulta paradójica con lo esperado, confirmando que nos encontramos ante un síndrome complejo y en el que la participación genética es necesariamente compleja también, siendo de interés abordar estudios más amplios al respecto.

120

DETECCIÓN DE FACTORES ETIOLÓGICOS EN PACIENTES CON ARTROPATÍA POR PIROFOSFATO CÁLCICO (APCA)

F. Perez Ruiz, J. Atxotegi, I. Hernando, E. Garmendia, M. Calabozo y A. Alonso Ruiz

Sección de Reumatología. Hospital de Cruces. Vizcaya.

Antecedentes: Diversos factores etiológicos se han asociado a artropatía por cristales de pirofosfato cálcico dihidratado (PFCaDH), aunque su frecuencia es discordante en la literatura.

Objetivo: Valorar la prevalencia de factores etiológicos en pacientes APCa.

Método: Estudio prospectivo, de pacientes consecutivos con APCa que no mostraban hipercalcemia o hipofosfatemia o antecedentes de patología hepática personal o familiar. El diagnóstico de APCa debía realizarse sobre la base de: 1) presencia en muestra de líquido sinovial de cristales con morfología, refringencia y elongación típicas de PFCaDH, y 2) condrocalcinosis radiológica en al menos dos articulaciones. Se realizaron análisis para determinar la presencia de hipomagnesemia ($Mg < 1,7$ mg/dL), hiperparatiroidismo (iPTH > 65 pg/mL, o mutaciones del gen C282Y de hemocromatosis hereditaria).

Resultados: En 71 pacientes estudiados, 36 mujeres (51%), edad media 72 años. El 41% mostró hipomagnesemia, hiperparatiroidi-

dismo o mutaciones del gen C282Y. La presencia de hipomagnesemia (15%) se asociaba significativamente al empleo de diuréticos (9/11), en 7/9 eran derivados tiazídicos. Los niveles altos de iPTH (39%) se asociaron a hipovitaminosis D (definida como 25-OH-vitD en plasma < 20 ng/mL), que se observó en el 66% de los pacientes y en 3/4 pacientes con iPTH > 100 pg/mL se diagnosticó un adenoma paratiroideo (3/71, 4,5%) con normocalcemia, asociado a deficiencia severa de vitamina D. Diez (14%) pacientes mostraron alguna mutación del gen C282Y, asociada a niveles más elevados de ferritina en plasma (310 vs. 180 ng/mL, p = 0,04). Excluyendo la hipovitaminosis D, a 18/71 (25%) de los pacientes/familias hubo que realizar alguna maniobra diagnóstica o terapéutica derivada de los hallazgos del estudio.

Conclusiones: En pacientes con APCa definida por microscopía y radiología, la presencia de factores etiológicos es suficientemente frecuente para recomendar su despistaje rutinario.

121

ALTA PREVALENCIA DE MUTACIONES DE GENES DE HEMOCROMATOSIS HEREDITARIA (HFE) EN PACIENTES CON ENFERMEDAD POR DEPÓSITO DE PIROFOSFATO CÁLCICO (EDPF): ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

F. Pérez Ruiz, J. Atxotegi, I. Hernando, E. Garmendia, M. Calabozo y A. Alonso Ruiz

Sección de Reumatología, Hospital de Cruces. Vizcaya.

Antecedentes: Se ha descrito una mayor frecuencia de mutaciones de genes HFE en pacientes con condrocalcinosis radiológica que en la observada en la población general. La presencia de mutaciones HFE se ha relacionado con mayores niveles de ferritinemia y el hierro es un inhibidor de la actividad de las pirofosfatasas.

Objetivo: Valorar la prevalencia de mutaciones de genes de HFE en pacientes con EDPF comparada con controles y la relación de dichas mutaciones con los niveles de ferritinemia.

Método: *Estudio de casos y controles:* pacientes consecutivos con EDPF sin antecedentes de hemocromatosis o patología hepática crónica personal o familiar. Todos los pacientes con EDPF debían cumplir criterios diagnósticos de presencia de cristales de PF en muestras de líquido sinovial y condrocalcinosis radiológica en radiografía simples. Los controles fueron pacientes pareados por edad y género con otras enfermedades, sin condrocalcinosis radiológica y que no habían mostrado cristales de pirofosfato en al menos una muestra de líquido sinovial. Se estudiaron las mutaciones C282Y, H63D y S65C de HFE (HLA H) en todos los pacientes y todos los controles. Se analizaron los resultados tanto por presencia de alguna mutación y número de genes mutados.

Resultados: Se estudiaron mutaciones en genes HFE en 81 pacientes (edad media 72 años, 53% mujeres) y 51 controles (edad media 71 años, 50% mujeres). El 52% de los pacientes (42/81) y el 23% (12/51) controles mostraron alguna mutación (razón de exceso 3,50, IC95% 1,5-8,3, p < 0,01) y 49/486 alelos testados en pacientes y 14/306 en controles mostraban alguna mutación (razón de exceso 2,34, IC95% 1,2-4,5). La ferritinemia era significativamente mayor en 14 pacientes con mutaciones CY/YY/DD (322 mg/dl) que en pacientes con mutaciones HD/SC o sin ellas (183 mg/dl), pero los pacientes con mutaciones presentaron menor frecuencia de artropatía crónica (razón de exceso 5,14, IC95% 1,6-17,4). El hecho de que la ferritinemia se comporte como un reactante de fase aguda y que el empleo habitual de AINEs en pacientes con formas crónicas pudiera inducir pérdidas de hierro podrían ser una limitación en los resultados.

Conclusiones: La prevalencia de mutaciones HFE es francamente más elevada en pacientes con EDPF que en controles, asociándose a mayores concentraciones de ferritina y de evolución a artropatía crónica.

122

VARIABLES CLÍNICAS ASOCIADAS A LA PROCEDENCIA DE LAS DERIVACIONES DE PACIENTES CON GOTA

F. Pérez Ruiz, J. Atxotegi, I. Hernando, E. Garmendia, M. Calabozo y A. Alonso Ruiz

Sección de Reumatología, Hospital de Cruces. Vizcaya.

Objetivo: Valorar las variables clínicas asociadas a la procedencia de la derivación de pacientes con gota.

Método: Estudio de una cohorte de pacientes diagnosticados de gota (80% mediante visualización de cristales de urato en synovial fluid o material aspirado de tofos) en una Unidad de Artropatías Microcristalinas; se recogió la procedencia de los pacientes evaluados en consulta entre Sep 2005 y Dic 2005. Se recogieron datos referentes a la procedencia de la derivación, edad en el momento de la primera visita, el tiempo de evolución, número de ataques de artritis aguda en el año previo, la presencia de tofos y distribución de la clínica articular.

Resultados: En 202 pacientes, la distribución por procedencia y de mayor a menor fue: Urgencias (U) 33%, Atención Primaria (AP) 25%, Otras Especialidades (OE) 14,5%, Petición del paciente (PP) 12,5%, Traumatología (T) 8,5%, Medicina Interna (MI) 5,5% y otros especialistas de Reumatología (R) 1%. La frecuencia de tofos fue del 34,7%, la mediana del tiempo de evolución 6 años y la frecuencia de evolución clínica era monoarticular en el 11,5%, oligoarticular 45,5% y poliarticular 43%. El análisis comparativo (exceptuando R, N = 2) mostró que los pacientes procedentes de OE mostraron una frecuencia significativamente mayor de tofos (69%) tiempo de evolución (10,2 años) y evolución clínica poliarticular (69%). Los procedentes de AP primaria mostraron un mayor tiempo de evolución (9,9 años). En conjunto, los casos más leves procedían de U, PP, T y MI.

Conclusiones: Los pacientes con gota derivados por el conocimiento previo (U, PP, T y MI) de la existencia de una Unidad de Artritis Microcristalinas llegan con menor tiempo de evolución y menor severidad clínica, al contrario que los pacientes procedentes de AP o que son controlados por otros especialistas.

123

ELABORACIÓN DE UNA VERSIÓN DE CONSENSO DEL FIBROMYALGIA IMPACT QUESTIONNAIRE (FIQ) PARA LA POBLACIÓN ESPAÑOLA, EL CUESTIONARIO DE IMPACTO DE LA FIBROMYALGIA (CIF)

J. Esteve-Vives, J. Rivera Redondo*, I. Salvat**, M. de Gracia*** y C. Alegre de Miquel****

Hospital General Universitari d'Alacant, Instituto Provincial de Rehabilitación de Madrid, Universitat Rovira i Virgili**, Universitat de Girona*** y Hospital Vall d'Hebron de Barcelona*****

Introducción: Existen 4 versiones del Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) validadas para su uso en la población española. Un estudio comparativo de estas 4 versiones mostró que la de Rivera et al (FIQ3) era la que presentaba un mayor grado de desarrollo y una publicación de mayor impacto.

Objetivo: Lograr una versión actualizada y de consenso del FIQ, el Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (CIF), que reúna las principales aportaciones de las 4 versiones españolas.

Material y métodos: a) *Confeción del Cif:* Participaron el coordinador de este estudio y un autor de cada una de las 4 versiones españolas del FIQ. A partir del FIQ3, el coordinador introdujo una serie de modificaciones basadas en la experiencia con las otras 3 versiones y con el FIQ original, se tuvo también en cuenta una reciente actualización del mismo y otros estudios. Esta nueva versión se pasó a los cuatro autores, cada uno de los cuales introdujo las modificaciones que consideró oportunas. Estas modificaciones fueron recogidas por el coordinador que las pasó a los cuatro autores y, así, sucesivamente hasta que se llegó a una versión, el CIF, que fue aceptada por todos. Las principales aportaciones del CIF respecto a las versiones previas, son: 1) Se incluyó la consideración del trabajo doméstico como "trabajo" lo cual permite la cumplimentación de todos los ítems por todos los pacientes, incluidos las amas de casa. 2) A las Escalas Visuales Analógicas de los ítems 4 al 10 se añadieron descriptores numéricos para facilitar las respuestas de los pacientes y su corrección. 3) Se incluyó el subítem "subir escaleras", utilizado en la última versión del FIQ original. El resto es bastante similar al FIQ3. b) *Validación Inicial:* 25 pacientes con fibromialgia autocumplimentaron el CIF. Se revisaron las respuestas a los distintos ítems y subítems. Se compararon los resultados del CIF con el recuento de puntos dolorosos del ACR, una evaluación semiobjetiva del grado de movilidad de los pacientes (EMP), el cuestionario de capacidad funcional Fibromyalgia Health Assessment Questionnaire (FHAQ), las escalas de ansiedad y depresión del Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) y otras variables clínicas y socio-demográficas. Se calcularon los coeficientes de correlación de Pearson (r) y de Spearman (r_s) entre los ítems del CIF y las variables mencionadas.

Resultados: La muestra estuvo formada por 24 mujeres y un varón, la mediana de edad fue de 44 años y la del tiempo de evolución de 4 años. La puntuación media del CIF fue de 72,5 puntos (DE = 10,7). Todos los pacientes contestaron todos los ítems del cuestionario. El 28% de los pacientes confundió la respuesta al subítem "j" (usar transporte público), los restantes subítems de la escala de función física no plantearon problemas relevantes. Los ítems 1 y 3 correlacionaron entre sí ($r_s = 0,486$) pero no con el FHAQ ni la EMP. El ítem 4 mostró una muy baja correlación con los ítems 1 y 3, algo mayor, con el FHAQ y alta ($r_s = 0,642$) con la EMP. Los puntos dolorosos de la ACR, como en otros estudios, correlacionaron muy mal con los ítems del CIF.

Conclusiones: a) Consideramos el CIF como la versión española de consenso del FIQ. b) Una aportación específica de esta versión es que permite evaluar dos dimensiones de la capacidad funcional de los pacientes con fibromialgia, la frecuencia de realización de actividades de la vida diaria (ítems 1 y 3) y la dificultad para realizar esas actividades (ítem 4).

124

ALFA1-ANTITRIPSINA (AAT) EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA (FM)

C. Alegre, B. Rodríguez, M. Barceló, S. Farietta, C. Santos y P. Barceló

Hospital Universitario Vall d'Hebrón.

El tratamiento sustitutivo con AAT controló de forma progresiva los síntomas de la FM en dos casos clínicos de déficit de AAT (d-AAT) y FM cominantes. La hipótesis antiinflamatoria se podría confirmar, por lo menos en un subgrupo de pacientes con FM; hay ciertas teorías acerca de cómo la AAT puede interferir

en el dolor de la FM: 1) un proceso inflamatorio anormal debido a un desequilibrio posible entre las sustancias biológicas inflamatorias i antiinflamatorias (AAT). Pacientes con FM tienen niveles elevados de Sustancia P en el líquido cefalo raquídeo (LCR), y la AAT puede bloquear la producción de la SP. 2) La reducción del tono dopaminérgico en el núcleo acumbens, junto con la disregulación de los ejes claves del estrés, que serían el hipotálamo-(pituita) hipófisis adrenal (HPA) y la simpática adrenal medular (SAM) y sus consecuencias neuro endocrino inmunes, contribuyen a la hiperalgesia y actúan perpetuando la sintomatología de la FM. El AAT-d más que una enfermedad, es una predisposición a padecer enfermedades a lo largo de la vida (pulmonares y hepáticas las más estudiadas). El AAT-d debe considerarse un desorden sistémico. El gen AAT-d es un gen pleomórfico, cuyas variantes confieren aumento del riesgo de desarrollar enfermedades asociado al alelo Z. En la práctica clínica el 95% de los pacientes tienen el fenotipo ZZ mientras que el 5% restante pertenece a los fenotipos SZ, MZ y otros.

Objetivo: En primer lugar, determinar los niveles de AAT y el fenotipo de un conjunto de pacientes afectados de FM primaria y, subsiguientemente, comparar la relación entre AAT y marcadores inflamatorios, umbral del dolor percibido, junto con el estrés psicológico y la presencia o no del tratamiento antidepressivo.

Método: Se estudió una muestra correlativa de 31 mujeres diagnosticadas de FM según los criterios de la ACR del 1990, en la unidad de reumatología que aceptaron a participar. Se descartaron a los hombres y a aquellas que presentaban FM asociadas a otras enfermedades. Las variables fueron: para el dolor la Escala Visual Analógica (EVA), Número de puntos dolorosos (NPD), Escala de Ansiedad y Depresión del Hospital (HADS); estudio analítico para AAT y su fenotipo, así como, la velocidad de sedimentación globular (VSG) y el status ventilatorio.

Resultados: 31 pacientes mujeres. EVA 64,71 (r : 18-100; cuartiles: 0-25 = 1,26-50 = 7, 51-75 = 12, 76-100 = 11), NPD 15,97 (rango 12-18). HADS los valores fueron 11,83 (r : 3-19) para ansiedad y 9,55 para depresión (r : 3-19); 13 (44,78%) fueron en terapia antidepressiva. VSG 24,78 (r : 6-52). AAT 122,67 (r : 104-148). Fenotipos: 26MM, 5MS. FEV1% 92,83 (r : 76-107). Análisis multivariante: no se observan relaciones significativas entre los niveles de AAT en sangre y la VSG, NPD, EVA, HADS ni en la terapia antidepressiva.

Conclusiones De acuerdo con nuestras observaciones no hay asociación entre AAT y FM: niveles de AAT en plasma y marcadores inflamatorios, número de puntos dolorosos, intensidad del dolor, estrés psicológico ni terapia antidepressiva. Se debe remarcar que la VSG fue moderadamente elevada en la mayoría de pacientes y que los síntomas de ansiedad y depresión eran muy prevalentes en nuestra muestra.

125

GRADO DE DISCAPACIDAD LABORAL EN AMAS DE CASA CON FIBROMIALGIA (FM)

C. Alegre de Miquel, C. Vidal-Coll, M. Barceló, B. Rodríguez, S. Farietta, C. Santos y P. Barceló

Hospital Universitario Vall d'Hebrón.

Objetivo: Una de las controversias con referencia a la FM es su discapacidad sociolaboral. Se han reportado porcentajes de invalidez muy elevados en la FM, equiparables a los de la artritis reumatoide. Nos proponemos estudiar el impacto de la enfermedad sobre la funcionalidad laboral, en un grupo homogéneo de pacientes de profesión amas de casa, percibido por ellas mismas y por un familiar con quien convivieran, como parámetro de objetivización.

Material y método: Muestra de pacientes mujeres afectas de FM atendidas en la consulta de Reumatología y que aceptaron participar, descartando los varones y los que tenían una FM secundaria a otra enfermedad. Se seleccionaron 13 mujeres, de profesión amas de casa, diagnosticadas de FM, que convivían con un familiar que pudiera responder a los tests. **Procedimiento:** visita médica por el reumatólogo, que realiza el diagnóstico de de FM y verifica los criterios de inclusión y de exclusión, seguida por visita por psicólogo, que administra, por separado, tests al paciente y al familiar. **Variables: Sociodemográficas:** Edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, clase social, ingresos familiares anuales brutos, meses sin trabajar más que en tareas del hogar. **Escalas pacientes:** Escalas Visuales Analógicas (EVA), Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ), Health Assessment Questionnaire (HAQ), Hospital Anxiety and Depression (HAD), Cuestionario de Calidad de vida SF36, Cuestionario Oviedo de Sueño (COS). **Escalas familiares:** EVAs y FIQ. **Resultados:** 13 mujeres, edad de 44,64 años, rango 25-59 años, 12 casadas/1 soltera; 38% estudios primarios, 38% formación profesional. Clase social percibida: 9 media/4 baja. EVAs: dificultad importante para las tareas de la casa. Las más afectadas: limpiar ventanas seguidas por ir a comprar, planchar, barrer y hacer la cama, y las que menos, cocinar y tender la ropa. No se aprecian diferencias significativas entre la percepción de la dificultad del paciente y la del familiar (elevada concordancia). FIQ pacientes (n = 13) media 7,91 (6,2-9); familiares (n = 11) media de 8,12 (6,5-9,4). HAQ pacientes 1,60 (0,87 - 2,5) HAD 14,31 (7-21) para ansiedad y 11,23 (5-19,5) para depresión; SF36: las dimensiones más afectadas fueron las físicas (vitalidad (19,61), dolor corporal (19,61) y rol físico (3,85). La salud mental y el funcionamiento social fueron aparentemente las dimensiones más preservadas; sin embargo, cabe remarcar que todas las dimensiones puntuaron por debajo del 50%. 41,7% de los pacientes sufrían insomnio, de primera y segunda fase, y se quejaban de sueño poco reparativo y asntenia diurna. Todos sufrían despertares nocturnos, el 69,4% por lo menos dos veces, el 54% tres o más veces; en el 54% de los casos la causa del despertar fue el dolor. Parasomnias: la más frecuente fue el movimiento periódico de piernas a razón de 4-5 noches semanales en el 23,1%, los ronquidos (4-5 noches semanales en el 15,4%), las pesadillas y las apneas del sueño. La mitad de las pacientes tomaban medicamentos para dormir 6 a 7 días a la semana. **Conclusiones:** Se verifica que la discapacidad percibida es superior a la objetivada por los medios clínicos al uso, y que la concordancia entre la percepción del paciente y la del familiar que convive con él es muy estrecha. Consideramos necesarios estudios con mayor número de casos y métodos más objetivos para poder cuantificar la discapacidad en las FM.

126

EVALUACIÓN ANUAL DE LA PROGRESIÓN RADIOLÓGICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN TRATAMIENTO CON ANTI-TNF ALFA EN HOSPITALES DEL I.M.A.S.

M. Almirall Bernabé, J. Maymó Guarch, A. Solano López, C. Pérez García, M.P. Lisbona Pérez y J. Carbonell Abelló
Hospitales del I.M.A.S., Mar y Esperanza.

Introducción: El objetivo de este estudio es describir la progresión radiológica anual de los pacientes con Artritis Reumatoide (AR) de centros del I.M.A.S. en tratamiento biológico con anti-TNFa, Infliximab (INF) y Etanercept (ETN).

Materiales y métodos: Estudio observacional retrospectivo sobre 42 pacientes que cumplen criterios ACR de AR y siguen tratamiento anti-TNFa con ETN (15) e INF (27). Dos lectores en-

trenados leen las radiografías simples de manos y pies de cada paciente, basales y anuales, a pares y conociendo la secuencia cronológica, y calculan el índice total de Sharp/Van der Heijde (IT) y sus dos componentes, el índice de erosión (IE) y el de disminución del espacio articular (IDEA). Tras obtener un alto grado de fiabilidad entre las lecturas, con coeficientes de correlación intraclassa inter e intraobservador mayores a 96%, se calculan: 1) los índices de progresión anual observados (del IT, IE e IDEA), comparándolos numéricamente con los índices estimados (que se obtienen de dividir el índice medio basal del grupo de pacientes por la duración media de la enfermedad), presentando también los resultados de los índices observados mediante los diagramas de probabilidad acumulada, y 2) el porcentaje de pacientes que muestran una progresión radiológica significativa, definida según un valor de corte, la diferencia mínima detectable (DMD) o error de medida de la progresión de la enfermedad.

Resultados: Los dos subgrupos de tratamiento, ETN e INF, presentan características basales diferentes y no pueden ser comparados directamente. Al presentar los resultados de los grupos de tratamiento observamos que los índices de progresión anual observados son menores que los estimados, excepto en el subgrupo ETN (tabla 1), en el que no hay diferencias importantes porque los índices estimados son menores y por la alta variabilidad de los pacientes individuales. Al analizar los resultados mediante los diagramas de probabilidad acumulada se aprecia la progresión de todos los pacientes, observando, que en el grupo total de pacientes hay una probabilidad acumulada del 69% de tener un índice total de progresión igual o menor a 5. Al evaluar el porcentaje de pacientes que muestran una progresión radiológica significativa se objetivan resultados siempre inferiores al 27% en todos los grupos. Del grupo total de pacientes un 21,4% mostraron una progresión significativa del IT, un 23,8% del IE y un 21,4% del IDEA.

	Grupo total de pacientes	Subgrupo Etanercept	Subgrupo Infliximab
IPA observado (IT)	5,45	5,5	5,43
IPA estimado (IT)	8,15	5,55	8,96
IPA observado (IE)	2,25	1,4	2,72
IPA estimado (IE)	2,92	1,04	3,51
IPA observado (IDEA)	3,2	4,1	2,7
IPA estimado (IDEA)	5,23	4,51	5,45

Conclusiones: Los índices de progresión anual observados son menores que los estimados en el grupo total de pacientes. Si se analizan los diagramas de probabilidad acumulada y el porcentaje de pacientes que muestran progresión se evidencia que más del 73% de los pacientes con AR en tratamiento con anti-TNFa no muestran una progresión radiológica significativa al año de tratamiento. Estos resultados evidencian un retraso en la progresión del daño estructural mayor al hallado con FAMES en estudios anteriores.

127

REFLEXIONES SOBRE LA FIBROMIALGIA

M. Paulino Huertas
Servicio de Reumatología. Hospital General de Ciudad Real. SESCAM.

Objetivo: Conocer la opinión de un grupo significativo de médicos que tratan habitualmente la fibromialgia.

Material y métodos: Encuesta anónima de opinión, realizada a 73 médicos de especialidades que habitualmente tratan la fibromialgia (reumatólogos, médicos de familia, rehabilitadores, internistas, psiquiatras). La encuesta fue entregada personalmente, por mensajero o vía e-mail y se recibían de la misma manera. Se realizaban 13 afirmaciones respecto a la enfermedad, pidiendo a los

encuestados su grado de acuerdo o desacuerdo, total o parcial con las mismas incluyendo un apartado de no sabe/no contesta. Finalmente se les pedía su especialidad.

Resultados: Ante los 14 enunciados, los resultados que obtuvimos fueron los siguientes (indicamos la respuesta más frecuente y marcamos entre paréntesis con un + el porcentaje total o parcial a favor y con un - el porcentaje total o parcial en contra respecto a la afirmación): 1. La fibromialgia es una enfermedad como otra cualquiera. Parcialmente de acuerdo 46% (+ 71% - 27%). 2. La fibromialgia es una enfermedad orgánica Parcialmente de acuerdo 44% (+ 52% - 38%). 3. La fibromialgia es una enfermedad psiquiátrica Parcialmente de acuerdo 62,5% (+ 64,5% - 29%). 4. La fibromialgia debe ser seguida, fundamentalmente, por el médico de familia Parcialmente de acuerdo 44% (+ 54% - 45%). 5. La fibromialgia debe ser seguida, fundamentalmente, por especialistas distintos al médico de familia Parcialmente de acuerdo 54 % (+ 68,5% - 23%). 6. ¿Con qué frecuencia debe ser revisada, por término medio, una fibromialgia? < 3 meses 4% / 3-6 meses 38,5% / 6-12 meses 40,5% / > 12 meses 2% / No revisar 4%. 7. Todos los médicos tenemos enfermedades que nos gusta tratar más que a otras. En el caso de la fibromialgia, puntúe del 1 (no me gusta nada tratarla) al 10 (me encanta), su opinión al respecto "1" 9% / "2" 17% / "3" 17% / "4" 21% / "5" 17% / "6" 9% / "7" 6% / "8" 4% / "9" 0% / "10" 0%. Nota media "4". 8. Considero el tratamiento (farmacológico, fisioterápico, psicoterápico) eficaz Parcialmente de acuerdo 44% (+ 50% - 48%). 9. La fibromialgia debería ser atendida por médicos que crean en la enfermedad Totalmente de acuerdo 64,5% (+ 75% - 18,5%). 10. Creo que la creación de Unidades de fibromialgia (formadas por diversos especialistas y profesionales sanitarios coordinados) puede ser eficaz Totalmente de acuerdo 69% (+ 93% - 6%). 11. La fibromialgia puede ser causa de baja laboral y, en formas más severas, de incapacidad permanente Totalmente de acuerdo 44 % (+ 80% - 17,5%). 12. Considero que las asociaciones de pacientes son aconsejables y útiles en este tipo de enfermedad Totalmente de acuerdo 53% (+ 79,5% - 8,5%). 13. Creo que se le está dando demasiada publicidad a la fibromialgia Parcialmente de acuerdo 44% (+ 80% - 11%). 14. Por favor, indique su especialidad Reumatólogo 48%, Médico de familia 31%, Rehabilitador 8%, Internista 8%, Psiquiatra 5%.

Conclusión: Para este grupo de médicos, en su mayoría reumatólogos y médicos de familia, la fibromialgia es una enfermedad, parcialmente, como otra cualquiera. Es en parte orgánica y en parte psiquiátrica, debe ser seguida tanto por el médico de familia como por otros especialistas siempre que "crean en la enfermedad". El tiempo medio de revisión se sitúa en 6-7 meses. No es una enfermedad que nos guste tratar (nota media 4 sobre 10), en parte porque el tratamiento solo es parcialmente eficaz. Es aconsejable la formación de unidades de fibromialgia y de asociaciones de enfermos. Finalmente decir que puede ser causa de baja laboral y, en casos graves, de incapacidad permanente y quizás, se le está dando demasiada publicidad en los medios de comunicación.

128

TRATAMIENTO DE LA GOTA PREVIO A LA CONSULTA EN REUMATOLOGÍA

F. Pérez Ruiz, J. Atxotegi, I. Hernando, E. Garmendia, M. Calabozo y A. Alonso Ruiz
Sección de Reumatología. Hospital de Cruces.

Objetivo: Evaluar el tratamiento de la gota previo a la valoración en Reumatología. Aún con posturas conservadoras, la presencia de más de 4 ataques al año o tofos son indicaciones de tratamiento (Fam AG, J Rheumatol 1994, Mikuls TR 2004) y se reco-

mienda corregir las dosis por función renal (Mikuls TR Arthritis Rheum 2004).

Método: Estudio de una cohorte, en los que se analiza los tratamientos previos, sus dosis, corrección por función renal (aclaramiento de creatinina - AclCr - menor o mayor de 60 ml/min/1,73m²) de las dosis de alopurinol y la frecuencia de tratamiento previo en relación con variables de severidad clínica de la gota.

Resultados: En la cohorte en la que se dispone información sobre el tratamiento previo en 563 pacientes: 212 (37%) habían recibido algún tratamiento. Entre los hipouricemiantes, el alopurinol, 201/212 (94,5%) fue el más utilizado, frente a la benzobromarona, 1/212 (0,5%). Un 5%, 11/212 pacientes habían recibido algún FARAL (7 metotrexato, 3 leflunomida y 1 metotrexato y azatioprina). Solo 17/212 pacientes (8%) había recibido tratamiento > 1 año. La dosis más frecuente de alopurinol (60% de los pacientes) fue 300 mg/día, y un 30% recibió 100 mg, sin que hubiese diferencia en la dosis prescrita a pacientes con o sin insuficiencia renal (215 vs. 226 mg/día). Ningún paciente había recibido dosis superiores a 300 mg/día, aún en pacientes con CICr > 100 ml/min. Los pacientes con más de 4 ataques de gota en el año previo a la consulta habían recibido tratamiento hipouricemiante con mayor frecuencia (41/79, 52%) que aquellos con 4 o menos ataques al año (160/484, 33%), y los pacientes con tofos (78/178, 44%), frente a los pacientes sin tofos (123/395, 31%).

Conclusiones: El tratamiento de la gota dista de ser óptimo. Sólo un tercio de los pacientes con gota han recibido tratamiento previo, y un 5% de ellos han sido tratados con FARAL. Aún en pacientes con indicación absoluta de tratamiento hipouricemiante, sólo al 50% se les ha prescrito, y sólo en un 10% durante al menos un año.

129

RELACIÓN ENTRE GENOTIPOS DEL GEN COMT Y LA GRAVEDAD DE LA FIBROMIALGIA

F.J. García-Fructuoso, J.I. Lao-Villadóniga, K. Beyer y C. Santos
¹Servicio de Reumatología. Clínica CIMA. Barcelona, ²Departamento de Genética Molecular. Laboratorios Dr. Echevarne. Barcelona, ³Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Universitat Autònoma de Barcelona Department de Patologia. Barcelona, ⁴CIRN / Departamento de Biología, Universidade dos Açores, S. Miguel (Açores), Portugal.

Fundamento y objetivo: Este artículo analiza la posible relación entre los genotipos Val158Met del gen COMT y la gravedad del síndrome de fibromialgia (FM).

Pacientes y método: El estudio incluyó 110 pacientes de entre 45 y 55 diagnosticados de FM (ACR 1990) y 110 muestras de controles sanos sin dolor ni fatiga anormal (Banco Nacional de ADN). Como medida de gravedad de la fibromialgia se utilizó el Cuestionario de Impacto de Fibromialgia (FIQ), estableciéndose el valor FIQ = 70 para determinar FM severa, criterio que cumplieron el 35,5% de pacientes. Los polimorfismos se analizaron mediante técnicas de PCR estándar. Todos los grupos cumplían el equilibrio de Hardy-Weinberg.

Resultados: La frecuencia del genotipo Met/Met es más baja en controles (20,9%) que en casos (34,5%) mientras que la de Val/Val es más alta en controles (30,9%) que en casos (20,0%), siendo las diferencias observadas significativas (p = 0,048). Los valores medios de FIQ son más altos en los genotipos Met/Met (71,67) y Val/Met (68,27) y más bajos en el genotipo Val/Val (58,93). El test de Tukey de comparaciones múltiples indica que los valores de FIQ presentan diferencias significativas cuando se compara Met/Met / Val/Val (Tukey, p < 0,001) y Val/Val / Val/Met (Tukey, p = 0,003).

Conclusiones: Nuestros resultados parecen indicar que el genotipo Met/Met está asociado a cuadros clínicos de FM más graves.

130

LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON ALOPURINOL DEPENDE DE LAS DOSIS CORREGIDAS POR FILTRADO GLOMERULAR, NO DE LAS DOSIS NETAS PRESCRITAS: ESTUDIO DE UNA COHORTE Y DE SERIES HISTÓRICAS

F. Pérez Ruiz

Sección de Reumatología. Hospital de Cruces. Vizcaya.

Antecedentes: Se recomienda corregir las dosis de alopurinol dependiendo de la función renal, ya que la toxicidad podría relacionarse con la dosis corregidas por filtrado glomerular (Perez-Ruiz F, J Clin Rheumatol 2005). No existen estudios que evalúen la eficacia dependiendo de las dosis corregidas recibidas.

Objetivo: Valorar la reducción de la uricemia durante el tratamiento con alopurinol y su relación con las dosis corregidas por filtrado glomerular y la presencia de insuficiencia renal.

Método: Se analizaron los datos de una cohorte de paciente tratados con alopurinol, a los que se le había corregido la dosis máxima a prescribir según la función renal estimada por aclaramiento de creatinina (AcICr) y la prescripción se realizó sobre la base de la dosis eficaz dentro del rango calculado. Se calcularon las dosis prescritas netas, dosis corregidas por cada dL de filtrado glomerular, la reducción de urato, reducción de urato por 100 mg de dosis neta y la reducción de urato por cada 100 mg/dl de AcICr. Se analizaron asimismo los resultados del tratamiento hipouricémico con alopurinol en dos series históricas (Rundles RW, Ann Intern Med 1966 y Yü TF, Am J Med 1964) en las que se detallaban los niveles de uricemia inicial, final, dosis administrada de alopurinol y presencia de datos de insuficiencia renal (IR).

Resultados: En la cohorte, 255 pacientes habían recibido tratamiento con alopurinol entre 50 y 600 mg/día, 212 de ellos con dosis netas iguales o superiores a 300 mg/día (media 311 mg/día) y 43 con dosis < 300 mg/día (media 152 mg/dl). La reducción de la uricemia neta fue mayor con las dosis más elevadas, pero la diferencia por cada 100 mg de dosis era mayor en los pacientes que recibieron dosis netas menores, observándose que no existían diferencias significativas entre los dos estratos de dosis netas cuando se calculaba la reducción de uricemia por cada 100/dL de AcICr (Tabla 1). En las series históricas, se analizaron 136 dosis prescritas, entre 100 y 1.000 mg/día, a 80 pacientes en los que la prescripción se realizó sólo sobre la base de eficacia: los pacientes con IR recibieron dosis menores – 326 vs. 395 mg/dl – mostrando una mayor eficacia con dosis mayores, pero mayor en los pacientes con insuficiencia renal (Tabla).

	Dosis neta <300/día//IRC	Dosis neta = >300mg/día// No IRC	p medias independientes
Reducción de uricemia (mg/dl)	3,08 // 5,82	3,52 // 4,19	0,039 // 0,000
Reducción de uricemia por 100 mg dosis neta	2,31 // 2,00	1,14 // 1,24	0,000 // 0,00
Reducción de uricemia por 100 mg/dl AcICr	1,18	1,08	0,320

Conclusiones: La reducción de la uricemia con el tratamiento con alopurinol depende más de la dosis corregida por filtrado glomerular que de la dosis neta administrada. En los pacientes con insuficiencia renal se observa una tendencia a prescribir dosis menores, ya que la eficacia es mayor. Los resultados de la cohorte son concordantes con las series históricas.

131

ANÁLISIS DEL EFECTO DEL ALENDRONATO EN EL SISTEMA OPG/RANKL. ESTUDIO EN CULTIVOS DE OSTEÓBLASTOS HUMANOS PRIMARIOS

A. Enjuanes¹, D. Ozalla¹, M.V. Hernández¹, L. Álvarez¹, J. Riba², M.J. Martínez de Osaba¹, P. Peris¹, A. Monegal¹ y N. Guañabens¹

¹Unidad de Patología Metabólica Ósea, ²Servicio de Traumatología. Hospital Clínico-IDIBAPS. Universidad de Barcelona.

Introducción: Los aminobisfosfonatos, entre los que se encuentra el alendronato (ALD), inhiben la resorción ósea, actuando principalmente sobre los osteoclastos. Hay evidencias de que estos fármacos pueden actuar indirectamente a través de los osteoblastos, aunque se desconoce su mecanismo de acción. Hipótesis de trabajo: El efecto antirresortivo del ALD en el tejido óseo es debido, en parte, a una estimulación de la secreción de osteoprotegerina (OPG) y/o a la inhibición de la síntesis del ligando de RANK (RANKL) en los osteoblastos.

Objetivo: Estudiar el efecto del ALD, a distintas dosis y tiempos de exposición, sobre la expresión génica de OPG y RANKL en osteoblastos humanos primarios bajo distintas condiciones de cultivo.

Metodología: Los osteoblastos humanos (hOB) fueron obtenidos a partir de hueso trabecular de 4 pacientes (49-64 años), sometidos a intervención quirúrgica por coxartrosis para colocación de una prótesis de cadera. Los osteoblastos fueron cultivados en DMEM/HAM F-12 con 10 µg/ml de ácido ascórbico (Asb) y un 10% de FBS. Los cultivos confluentes se sincronizaron en DMEM/HAM F-12 con 100 µg/ml de Asb durante 24 h. Posteriormente, se trataron las células durante 24, 48 y 72 h con distintas concentraciones de ALD (10-5, 10-7 y 10-9 M) y en condiciones basales, en presencia de FBS (10%) o con vitamina D (100nM). Utilizando el cDNA obtenido a partir de 1 µg de RNA total, se cuantificó la expresión génica de OPG, RANKL y β-actina mediante Real-time PCR. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS 11.0.

Resultados: En los hOB no se observó ningún efecto del ALD sobre la expresión génica de OPG o RANKL a las 24, 48 y 72 h. Sin embargo, en los cultivos con vitamina D, el ALD estimuló la expresión de RANKL en los tres tiempos de exposición. Los valores de expresión de OPG a las 24 h de cultivo fueron más altos que los observados a las 48 y 72 h (p = 0,000). La presencia de FBS en el medio de cultivo no alteró la respuesta al ALD ni los niveles de expresión de OPG y RANKL. Finalmente se observó que la adición de vitamina D estimulaba la expresión de RANKL a las 24, 48 y 72 h (p = 0,000), sin modificar la de OPG.

Conclusiones: El alendronato no afecta la expresión génica de OPG en hOB primarios en cultivo. En cambio, nuestros resultados sugieren que el ALD estimula la expresión de RANKL en presencia de vitamina D. La vitamina D sola estimula la expresión de RANKL, mientras que no afecta la expresión de OPG.

132

VASCULITIS DEL ADULTO: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA SERIE DE PACIENTES

M. Valero Expósito, P. García de la Peña Lefebvre, S. Rodríguez Rubio, M. Laiño Piñeiro y A.C. Zea Mendoza

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

Objetivos: Describir las características clínicas analíticas y evolutivas de una serie de pacientes diagnosticados de vasculitis.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de una serie de 33 pacientes diagnosticados de vasculitis en el servicio de reumatología de nuestro hospital en los últimos diez años de acuerdo con las reco-

mendaciones de la Conferencia de Consenso de Chapel Hill. Se excluyeron los pacientes diagnosticados de Vasculitis de grandes vasos y los casos con insuficiente documentación clínica o histológica.

Resultados: Se diagnosticó vasculitis en 33 pacientes: 11 Poliarteritis Nodosa (PAN), 5 Vasculitis Crioglobulinémica (VC), 5 Granulomatosis de Wegener (GW), 5 Vasculitis Cutáneas Leucocitoclásticas (VCL), 2 Poliangeitis microscópicas (PAM), 1 enf. de Churg-Strauss (CS), 1 enf. de Behçet (EB), 1 Vasculitis Retiniana (VR), 1 V. Necrotizante secundaria a AR (VAR) y 1 enf. de Schönlein-Henoch (SH). *A) Datos Generales:* En las VC el 100% fueron mujeres, mientras que en la GW todos fueron varones. En el resto de enfermedades la distribución por sexos fue al 50%. La edad media al diagnóstico fue de 53 años. El 81,8% precisó ingreso en algún momento debido a la vasculitis. La estancia media fue de 57 días, correspondiendo las más prolongadas a los enfermos con GW (195) y PAN (54,9). *B) Datos Clínicos:* Se detectó infección previa por el VHC en 7 pacientes (4 VC, 1 PAM y 2 PAN). Dos enfermos con PAN tenían infección por VIH (uno de ellos presentaba coinfección por VHC) y 4 una conectivopatía de base. Los síntomas iniciales más frecuentes en todos los grupos fueron los mucocutáneos. *Encontramos:* Manifestaciones cutáneas en el 72,7% (en el 100% de las VC, VCL, VAR, SH, CS y EB, en el 60% de GW y en el 63,6% de las PAN). La más frecuente fue la púrpura aunque 3 pacientes desarrollaron necrosis cutánea con gangrena. Músculo-esqueléticas en el 75,7% (60% de las VC, 80% de GW, 81,1% de PAN, y en el 100% de PAM, VCL, en el SH y la EB). Lo más frecuente fueron artralgias y artritis.-Oftalmológicas en el 18,1% (panuveitis en la EB, exoftalmos o escleritis en dos pacientes con GW, uveitis en una PAN, queratitis en la VAR y vasculitis como único síntoma en la VR). ORL en el 24,2% (80% de GW, 18,2% de PAN y en la VAR y CS). *Síntomas generales:* el 63,6% presentó fiebre y/o astenia. Pulmonares en un 18,1%: fundamentalmente en el CS, GW y PAM, con aparición de nódulos, infiltrados o asma. Digestivas en un 15,1% (graves en PAN: pancreatitis necrótico-hemorrágica, trombosis mesentérica o apendicitis gangrenada). Urogenitales un 9% (orquitis en una PAN y metrorragia). Cardiovascular en 33,3% (2 GW, 2 PAM y 7 PAN). Renal en el 42,4% (en la mitad alteraciones leves del sedimento urinario y en la otra mitad deterioro de la función renal). Neurológicas en el 42,4% (polineuropatía, mononeuritis o cefalea). *C) Laboratorio:* El 76,6% presentaba elevación de reactantes de fase aguda y 17 pacientes presentaron ANCA's positivos: GW (5/5); PAM (2/2); PAN (7/11); VCL (2/5) y VC (1/5). *D) Tratamiento:* El inmunosupresor más utilizado fue la CF (36,3%). Otros tratamientos menos usados fueron MTX, plasmaféresis y antivirales. El 81,8% recibió corticoides en algún momento. *E) Evolución:* fue buena en la mayoría de los pacientes, salvo en 2 con GW (en uno persiste la clínica y otro desarrolló necrosis digital y neuropatía severa) y en dos casos de PAN que fallecieron (uno por vasculitis y otro a causa de infección por VIH).

Conclusiones: En nuestra serie destaca la baja mortalidad en comparación con otras series, aunque las manifestaciones clínicas son similares a las de otros autores.

133

¿ES IGUAL LA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE EN LOS HOMBRES Y LAS MUJERES?

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

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

La espondilitis anquilosante (EA) es más frecuente en varones aunque algunos estudios señalan una prevalencia similar en am-

bos sexos. En cuanto a la expresión clínica de la enfermedad existe controversia y se ha señalado que la enfermedad parece ser más grave en los varones. El objetivo del presente estudio es analizar esta cuestión controvertida.

Pacientes y métodos: Se incluyeron un total de 76 pacientes diagnosticados de EA (se excluyeron los pacientes con psoriasis o enf. Inflamatoria intestinal) de los que se recogieron datos demográficos; relacionados con la enfermedad de base (edad de diagnóstico, edad de inicio, retraso diagnóstico, HLAB27; VSG, PCR, síntomas, hallazgos radiológicos y de la exploración física). Los datos se expresan como la media \pm desviación estándar. Las variables numéricas se compararon mediante la t de Student y las cualitativas mediante la Chi2.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de $45,72 \pm 13,48$ años y un 37% fueron mujeres. La edad de comienzo de la enfermedad fue mayor en las mujeres (mujer 31,83 vs. varón 24,04; $p = 0,0039$). El retraso diagnóstico fue muy superior en los varones (14,18 vs. 6,35 años; $p = 0,003$) por lo que la edad al diagnóstico era similar (varones 37,52; mujer 39,48). En cuanto a la expresión biológica el HLA B27 fue positivo en mayor porcentaje en los varones (88,64% vs. 62,5%; $p = 0,017$). Los reactantes de fase aguda mostraron datos discrepantes pues mientras la VSG fue superior en las mujeres en el momento del diagnóstico (varón 24,52; mujer 41,85; $p = 0,005$), sin embargo la PCR mostró cifras mayores en los varones (varón 2,16; mujer 1,63; p NS). No hubo diferencias entre ambos sexos en las principales manifestaciones clínicas no axiales (artritis periférica y uveitis). La maniobra de Schöber mostró peores cifras en los varones (varón: 2,14; mujer 4,25; $p = 0,0013$) lo que podría estar en relación con la presencia de cambios radiológicos más manifiestos en los varones en el área lumbar (sindesmofitos: $p = 0,0032$; cuadratura vertebral: $p = 0,057$) aunque no hubo diferencias en el área dorsal y cervical.

Conclusiones: Las mujeres con EA tienen una edad de comienzo mayor que los varones. Los marcadores de la reacción de fase aguda muestran datos discrepantes en ambos sexos. A nivel lumbar se aprecia un mayor deterioro radiológico en los varones aunque no así en las zonas dorsal y cervical.

134

DISTRIBUCIÓN TOPOGRÁFICA DE LOS TOFOS GOTOSOS EN RODILLA Y TOBILLO

I. Hernando Rubio, F. Pérez Ruiz, I. Martín, J. Atxótegui, M. Calabozo y A. Alonso Ruiz

Sección de Reumatología y Servicio de Radiología. Hospital de Cruces, Baracaldo. Vizcaya.

Antecedentes: El cambio en el tamaño de los tofos podría ser útil como medida de desenlace en ensayos clínicos (Becker MA, N Engl J Med 2005).

Objetivo: Evaluar la topografía de los tofos periarticulares, con el fin de establecer patrones de exploración ecográfica más rápidos para detectar tofos diana.

Método: Valorar la distribución topográfica de los tofos hallados mediante estudio ecografía. Todos los pacientes habían sido diagnosticados mediante la visualización de cristales -en muestras de líquido sinovial o material aspirado de tofos subcutáneos- con morfología, refringencia y elongación compatibles con urato monosódico. El estudio ecográfico fue llevado a cabo de forma sistemática un mismo explorador.

Resultados: En 21 ecografías realizadas (9 tobillos y 12 rodillas) se visualizaron 48 tofos, 22 en tobillo y 26 en rodilla, con una mediana de 2 tofos por articulación estudiada. *La distribución topográfica fue la siguiente:* Tobillo: ligamento colateral interno

(LCIT) 3 (14%), tendón del músculo tibial anterior (TA) 8 (36%), tendón del músculo extensor común de los dedos (EC) 3 (14%), tendón aquileo (Aqu) 2 (9%), tendón del músculo peroneo largo (PL) 2 (9%), tendón músculo extensor del 1º dedo 2 (9%), tendón del músculo tibial posterior (TP) 2 (9%). En la región medial del tobillo (LCIT+TA+TP) se hallaron 13 tofos (59%). En la región anterior 5 tofos (23%). Ambas regiones sumaron 18 tofos, el 82% del total. **Rodilla:** ligamento colateral interno (LCIR) 10 (38%), ligamento colateral externo (LCER) 12 (46%), tendón rotuliano 3 (12%), tendón del músculo bíceps femoral (BF) 1 (4%). La suma de los tofos hallados bajo ambos ligamentos colaterales externos (LCIR+LCER) fue 22, 85% del total.

Conclusiones: La distribución topográfica de los tofos muestra una tendencia a la localización en las regiones anterior y lateral interna del tobillo y en los ligamentos colaterales de la rodilla, suponiendo más del 75% de los tofos en cada articulación. Estos hallazgos pueden facilitar la exploración ecográfica encaminada a detectar tofos diana para su seguimiento evolutivo.

135

ANÁLISIS DE LA DENSITOMETRÍA ÓSEA CON ULTRASONIDOS DE CALCÁNEO EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA OSTEOPORÓTICA

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

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

Objetivos: Analizar los valores densitométricos obtenidos mediante ultrasonidos de calcáneo en pacientes con fractura de cadera osteoporótica.

Material y métodos: Se incluyeron 477 pacientes con fractura de cadera osteoporótica ingresados en nuestro hospital de los 505 recogidos, previa firma de consentimiento informado. Se utilizó un ultrasonógrafo Hologic® Sahara® de calcáneo, y se midieron los siguientes parámetros: densidad mineral ósea estimada (est DMO), la velocidad del sonido (SOS), el coeficiente de atenuación de banda ancha (BUA) y el QUI/Stifness. La causa de no realización de esta prueba fue por encamamiento del paciente, úlceras en los talones y otras causas.

Resultados: Se realizó la densitometría en 222 de los 477 pacientes, de los que 176 (79,2%) eran mujeres y 46 (20,7%) eran varones. Se analizaron los resultados según el sexo. Para las mujeres, la media de DMO obtenida fue de 0,314 g/cm², para el BUA 50,17 dB/MgHz, para el Stifness 61,79 y para la SOS 1483 m/sg. En hombres, la DMO media fue de 0,443 g/cm², el BUA 69,56 dB/MgHz, el Stifness 82,27 y la SOS 1522m/sg. Una DMO de 0,508 para mujeres y de 0,619 para hombres (lo que supone valores normales) incluiría el 90% de las fracturas de cadera en nuestro estudio. No existen diferencias estadísticamente significativas entre realizar los ultrasonidos en el lado ipsi o contralateral al de la fractura en ambos sexos. Respecto a los valores de DMO clasificados según los parámetros de normalidad en la población española, se obtienen los resultados que aparecen en esta tabla:

T	>0	0 a -1,5	-1,5 a -1,8	-1,8 a -2	-2 a -2,5	< -2,5
Mujeres (%)	4	18,2	6,8	4,5	17	49,5
Hombres (%)	13,1	47,9	4,3	6,5	13	15,2

Conclusiones: Existe un alto porcentaje de varones con masa ósea por encima de -1,5 (61%). No existen diferencias entre realizar los ultrasonidos en el talón del lado de la fractura o realizarlo en

el contralateral. Es preciso realizar estudios más amplios para clarificar el papel de los ultrasonidos en el diagnóstico de osteoporosis de cadera, ya que la elevación de la DMO por encima de la normalidad en pacientes con fractura de cadera nos sugiere que existen otros factores que determinan el riesgo de fractura, como la calidad ósea.

136

HIPOFOSFOREMIA FAMILAR CON HIPERCALCIURIA

J.A. Medina Luezas¹, C. Montilla Morales² y B. Romero Garcés³

¹Complejo Hospitalario de Palencia, ²Complejo Hospitalario de Salamanca,

³Hospital Santa Bárbara de Soria.

Introducción: Las formas hereditarias de hipofosforemia incluyen el raquitismo hipofosforémico ligado a X (RHLX) el más común producido por mutaciones en el gen PHEX, la forma autonómica dominante (RHAD) mucho más rara y el raquitismo hipofosforémico con hipercalciuria (RHH) del que se han descrito unas pocas familias.

Personas y métodos: Se describen los hallazgos bioquímicos y de imagen de tres hermanos con hipofosforemia. *Paciente nº 1:* varón de 47 años, historia de dolor raquídeo no inflamatorio, fenotipo pícnico sin alteraciones del desarrollo. Hipofosforemia variable: mínimo 1,6 mg%, RTP 69%. Hipercalciuria: 400-600 mg/24 horas. PTHi: 13 pg/ml (disminuida), 1-25 dihidroxivitamina D: 41 pg/ml (zona alta de la normalidad), Beta cross-laps y osteocalcina en zona alta de normalidad. El resto de determinaciones no mostraron alteraciones. En la columna lumbar se evidenciaron puentes óseos y refuerzo de platillos vertebrales. No litiasis renal ni nefrocalcinosis. La densitometría mostró osteoporosis de columna y osteopenia femoral. *Paciente nº 2:* varón de 45 años, antecedentes de artritis psoriásica, fenotipo pícnico sin alteraciones del desarrollo. Hipofosforemia variable: mínimo 1,6 mg%, RTP 59%. Hipercalciuria 400-700 mg/24 horas. PTHi: 16 pg/ml (límite bajo de normalidad), 1-25 dihidroxivitamina D 9 pg/ml (disminuida), beta cross-laps límite alto de normalidad. El resto de determinaciones fueron normales. En la columna vertebral se observaron puentes óseos o sindesmofitos con sacroiliacas normales y refuerzo de platillos vertebrales, no litiasis renal ni nefrocalcinosis. *Paciente nº 3:* varón de 38 años, asintomático, fenotipo normal. Hipofosforemia 2,1 mg%, RTP 78%. Hipercalciuria 680 mg%. PTHi 24 pg/ml (normal), 1-25 dihidroxivitamina D 37 pg/ml (normal), beta cross laps aumentados. Resto de determinaciones sin alteraciones. En la columna vertebral se apreciaron cambios sugestivos de osteomalacia: estriación vertical de vértebras con trabéculas engrosadas y refuerzo de platillos vertebrales, no litiasis renal ni nefrocalcinosis. En la historia clínica de un tío paterno ya fallecido se pudo constatar la existencia de hipofosforemia leve, los niveles séricos de calcio y fósforo de los únicos antecesores vivos: madre y otro tío paterno fueron normales, al igual que los de los 2 únicos descendientes (mujer y varón) hijos de uno de los pacientes.

Discusión: La alteración responsable del RHH es desconocida, la enfermedad fue descrita en 1987 en una familia con transmisión AD caracterizada por retraso del crecimiento, debilidad muscular y enfermedad ósea: osteomalacia o raquitismo. A diferencia de la forma clásica de hipofosforemia ligada a X, los enfermos presentan hipercalciuria, niveles elevados de 1-25 dihidroxivitamina D y supresión en la secreción de PTH. Posteriormente se han descrito nuevos casos con transmisión dominante o recesiva en un pequeño nº de familias procedentes de Turquía, Bélgica, Holanda, Es-

cocia y Australia. Del análisis de todos ellos se desprende que el RHH es una enfermedad con expresión fenotípica muy variable. Muchas personas son asintomáticas y las alteraciones típicas de la enfermedad: raquitismo-osteomalacia, hipofosforemia, hipercalcemia o elevación de los niveles de 1-25 dihidroxivitamina D, pueden presentarse en diferentes miembros de una misma familia de forma aislada o en cualquier combinación. El diagnóstico diferencial debe realizarse con la hipercalcemia idiopática familiar (HF) enfermedad autosómica dominante mucho más frecuente. Cabe pensar, sin embargo, que la anomalía básica subyacente en algunos pacientes diagnosticados de una u otra enfermedad sea la misma: existen familiares de enfermos con RHH típico cuya única anomalía detectable es la hipercalcemia y asimismo en un pequeño porcentaje de pacientes con HF se ha detectado una resorción renal de fosfatos inadecuada aunque los niveles séricos de fósforo suelen ser normales o ligeramente disminuidos.

137

IDENTIFICACIÓN DE PROCESOS ASOCIADOS A OSTEOPOROSIS EN LA MUJER POSMENOPÁUSICA

D. Cerdá¹, P. Peris², A. Monégel², C. Albaladejo³, M.A. Martínez², F. Pons², M.J. Martínez de Osaba², X. Surís¹ y N. Guañabens²

¹Hospital General de Granollers, ²Hospital Clínic, Barcelona, ³CAP Manso.

El desarrollo de osteoporosis en la mujer posmenopáusica se atribuye en líneas generales a esta situación hormonal. Sin embargo, pueden coexistir otros procesos asociados que contribuyan a la pérdida de masa ósea y que pasan desapercibidos si no se realiza un estudio completo del metabolismo mineral.

Objetivo: Analizar la prevalencia de alteraciones subyacentes del metabolismo óseo en mujeres posmenopáusicas con osteoporosis, las características clínicas de estas pacientes y el impacto de estos procesos en la gravedad de la enfermedad.

Pacientes y métodos: Estudio prospectivo transversal realizado en una consulta externa de Reumatología en el que se analizan 86 mujeres posmenopáusicas con osteoporosis, con una edad media de 64,6 ± 9,4 años (rango 44-85), sin causa secundaria evidente de osteoporosis ni enfermedad inflamatoria articular asociada. A todas las pacientes se les realizó una anamnesis completa con especial referencia a factores de riesgo de osteoporosis, densitometría ósea de columna lumbar y fémur proximal (DXA), radiografía de columna dorsal y lumbar para valorar la presencia de fracturas vertebrales, analítica básica, estudio hormonal que incluía determinación de PTH, 25-OH vitamina D (25-OHD), hormonas tiroideas y cortisol, así como NTx en orina, y calcemia en orina de 24 h.

Resultados: La edad media de menopausia fue de 47,6 ± 5,4 años (rango 29-59), 22% refería una menopausia precoz (edad media 39,9 ± 4,5 años); el IMC medio fue de 22,2 ± 3,5 Kg/m² (sólo 1 paciente con IMC <19 Kg/m²); 53,7% tenían antecedentes de fracturas por fragilidad; 34,2% fracturas vertebrales; 40,3% tenían antecedentes familiares de fracturas; 48,8% presentaron valores bajos de vitamina D (< 20 mg/dl); 37,8% tenían un aumento de los valores de PTH (>65 pg/ml) (en una paciente se diagnosticó un hiperparatiroidismo primario); 28,7% tenían una hipercalcemia (calcemia > 250 mg/24h) y 36,6% tenían un aumento de los valores de NTx en orina (>65 nM/mM). Ninguna paciente presentó un aumento del cortisol en orina ni hipertiroidismo. Los valores de PTH no se relacionaron con ninguna de las variables analizadas (25-OH vitamina D, creat, edad, DMO). Los valores de DMO fueron similares en las pacientes con y sin procesos me-

tabólicos asociados. Cuando se analizaron las pacientes con alteraciones del metabolismo mineral y del recambio óseo de forma aislada (pacientes con aumento de PTH, disminución de 25-OHD, hipercalcemia o aumento de NTX) no se observaron diferencias significativas en ninguna de las variables analizadas, a excepción de las pacientes con valores bajos de 25-OHD que tenían una mayor prevalencia de fracturas por fragilidad (63,4% vsm 38,7%, p = 0,038).

Conclusión: Las alteraciones metabólicas asociadas, como el déficit de vitamina D, el aumento de PTH y la hipercalcemia, son muy frecuentes en las mujeres posmenopáusicas con osteoporosis. Las pacientes con déficit de vitamina D presentan una mayor prevalencia de fracturas. Se desconoce el efecto de estos trastornos en la eficacia del tratamiento específico en estas pacientes.

138

CÓMO INFLUYE EL TRATAMIENTO PREVIO CON GLUCOCORTICOIDES EN EL RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE LA BIOPSIA DE ARTERIA TEMPORAL

J. Narváez, B. Bernad, N. Busquets, C. Díaz-Torné, C. García, D. Roig-Vilaseca, J.M. Nolla y J. Valverde

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona.

Objetivo: Analizar la influencia del tratamiento previo con glucocorticoides (GLC) en el rendimiento de la biopsia de arteria temporal superficial (BAT) para el diagnóstico de la arteritis de células gigantes (ACG).

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 121 pacientes afectados de ACG diagnosticados en nuestro servicio durante 21 años (1985-2005). El diagnóstico de ACG se estableció en base a una BAT positiva; en aquellos casos en que ésta fue negativa, se utilizaron los criterios del ACR (Arthritis Rheum 1990;33:1122-8). Se revisaron las historias clínicas identificándose 78 (64%) pacientes en los que el tratamiento esteroideo se instauró antes de la BAT. Para la comparación entre grupos de variables continuas se utilizó la prueba de la t de Student o la prueba de la U de Mann-Whitney (cuando las variables no presentaban una distribución normal). El nivel de significación se estableció para valores de p inferiores a 0,05.

Resultados: De los 78 pacientes incluidos, la BAT fue positiva en 57 (73%) y negativa en 21 (27%); se realizó BAT contralateral en 7 casos. La edad media fue de 74,6 ± 7,8 años (56-89) y la relación por sexos fue de 28 varones/50 mujeres. La causas por las cuales el tratamiento con GLC se instauró antes de la BAT fueron la presencia de complicaciones visuales (22 casos), retraso en la realización de la BAT por lista de espera quirúrgica (25 casos), e instauración del tratamiento desde asistencia primaria o desde urgencias con posterior derivación a nuestro servicio (31 casos). Todas las biopsias fueron examinadas siguiendo un mismo protocolo, no observándose diferencias significativas en la longitud de la muestra entre biopsias positivas y negativas (1,61 ± 0,69 versus 1,55 ± 0,43 cm). En 45 pacientes la duración del tratamiento fue inferior o igual a 2 semanas. En ellos, la BAT fue positiva en el 78% de los casos (35/45). Cinco recibieron bolos endovenosos de metilprednisolona; en los 40 restantes la dosis total aproximada de prednisona (PDN) recibida fue de 349 ± 196 mg y la dosis media diaria de 45,5 ± 16,9 mg/día. En 20 pacientes la duración del tratamiento osciló entre las 2 y las 4 semanas (>14 - <28 días); en éstos la BAT fue positiva en el 65% (13/20) de los casos, tras una dosis total aproximada de PDN de 881 ± 352 mg y una dosis media diaria de 40,4 ± 13,4 mg/día. En 13 pacientes la duración

del tratamiento fue superior a las 4 semanas. En estos casos, nos encontramos con 2 escenarios clínicos diferentes: 1) cinco pacientes con ACG de debut, en los cuales la BAT fue positiva sólo en el 40% (2/5) de los casos tras recibir una dosis total aproximada de PDN de 1673 ± 1089 mg (dosis media diaria de $43,8 \pm 23,4$ mg/día), y 2) ocho pacientes inicialmente diagnosticados de PMR y que meses después presentaron una recidiva arterítica. Eran pacientes que en el momento del diagnóstico no presentaban ninguna manifestación craneal sugestiva de ACG y que, tras instaurar un tratamiento con PDN a dosis bajas, tuvieron una respuesta clínica inicial favorable. En estos pacientes la BAT fue positiva en el 87,5% de los casos (7/8) tras una duración media del tratamiento de 399 ± 363 días y una dosis total aproximada de PDN de 2346 ± 1439 mg (dosis media diaria de $6,9 \pm 2$ mg/día). En todos los grupos la dosis total de PDN recibida fue mayor en los pacientes con BAT negativa, si bien las diferencias no alcanzaron significación estadística.

Conclusiones: Nuestros resultados confirman la rentabilidad de realizar BAT en pacientes con sospecha inicial de ACG que hayan recibido hasta 4 semanas de tratamiento esteroideo; por encima de 4 semanas, el rendimiento diagnóstico es bajo. En cambio, en los pacientes inicialmente diagnosticados de PMR que sufren una recidiva arterítica tras varios meses de tratamiento, el rendimiento de la BAT sigue siendo alto (superior al 85%).

139

ESTUDIO COMPARATIVO DEL DAS28 CALCULADO CON LA VSG Y CON LA PCR EN UNA SERIE DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

J. Fiter, L. Espadaler y J. Fernández Melón

Hospital Universitari Son Dureta. Palma de Mallorca. Balears.

El DAS28 (Disease Activity Score sobre 28 articulaciones) es uno de índices más utilizado en la práctica clínica para medir la actividad de la artritis reumatoide (AR). Uno de los componentes del DAS28 es la VSG. Algunos autores sugieren que sería más útil y fiable utilizar la PCR y se ha propuesto una fórmula para calcular el DAS28 utilizando los valores de la PCR.

Objetivo: Comparar los resultados del DAS28 calculado con la VSG y con la PCR en una cohorte de pacientes con AR controlados en una consulta de Reumatología.

Material y método: Se ha calculado de forma simultánea el DAS28 según el método habitual -DAS28 (VSG)- y con la PCR -DAS28 (PCR)- según la fórmula propuesta: $\text{DAS28 (PCR)} = 0,56 \text{ raíz (NAD28)} + 0,28 \text{ raíz (NAT28)} + 0,36 \ln(\text{PCR}+1) + 0,014 \text{ (S. Global)} + 0,96$. (Los valores de la PCR se expresan en mg/L).

Resultados: Se han incluido 149 pacientes con AR (124 mujeres/25 varones), con una edad media de 51 ± 13 años. El tiempo medio de evolución de la AR fue de $7,8 \pm 6,4$ años. El 84% presentaban un factor reumatoide positivo. Todos los pacientes recibían tratamiento con FAME. La VSG media fue de 23 ± 15 mm y la PCR media de $13,3 \pm 16,9$ mg/L. El DAS28 (VSG) medio fue de $3,45 \pm 1,30$ y el DAS28 (PCR) medio de $3,20 \pm 1,22$; las diferencias entre ambos índices fueron significativas ($p < 0,001$). Al aplicar los criterios EULAR con DAS28 (VSG) 47% de pacientes presentaban baja actividad, 42% moderada actividad y el 11% alta. Con el DAS28 (PCR) los porcentajes fueron del 57%, 34% y 9% respectivamente. La concordancia fue buena con un índice kappa del 0,775. La correlación entre el DAS28 (VSG) y el DAS28 (PCR) fue alta con una $r: 0,936$ ($p < 0,001$). El coeficiente de correlación entre VSG y PCR fue $0,447$ ($p < 0,001$).

Conclusiones: Existen diferencias significativas en el resultado del DAS28 al sustituir la VSG por la PCR según la fórmula propuesta. Aunque la correlación entre ambos índices es alta, los valores calculados del DAS28 (PCR) suelen ser inferiores a los del DAS28 (VSG).

140

EVALUACIÓN DEL EJE HIPOTÁLAMO-HIPOFISARIO-ADRENAL EN PACIENTES CON ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES Y/O POLIMIALGIA REUMÁTICA NO TRATADA

J. Narváez, B. Bernad, N. Busquets, C. Díaz-Torné, N. Montalà, I. Castellví, J.M. Nolla y J. Valverde

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona.

Objetivo: Estudiar los niveles basales plasmáticos de ACTH, cortisol y deshidroepiandrosterona sulfato (DHEA-S) en una cohorte de pacientes con arteritis de células gigantes (ACG) y/o polimialgia reumática (PMR) de reciente comienzo antes del tratamiento con glucocorticoides.

Material y métodos: Estudio de casos y controles en el que se incluyó de forma prospectiva 25 pacientes con ACG y/o PMR de reciente comienzo sin tratamiento esteroideo. El diagnóstico de ACG se estableció mediante biopsia positiva de la arteria temporal. Para el diagnóstico de PMR se utilizaron los criterios de Healey et al (Semin Arthritis Rheum 1984; 13: 322-8). Como grupo control se escogieron 25 pacientes con artrosis, apareados por edad y sexo, visitados también en nuestras consultas en el mismo tiempo que se habían diagnosticado los casos. En todos los controles se descartó infección, neoplasia o enfermedad autoinmune (activa o pasada). Ninguno de los sujetos incluidos en el estudio llevaba tratamiento hormonal.

Se determinaron los niveles plasmáticos en ayunas de estas hormonas (ACTH y DHEA-S mediante RIA y cortisol mediante quimioluminiscencia) y se realizó un estudio comparativo entre grupos. Para la comparación entre grupos de variables continuas se utilizó la prueba de la t de Student o la prueba de la U de Mann-Whitney (cuando las variables no presentaban una distribución normal). Para la comparación de variables cualitativas se utilizó la prueba de Chi-cuadrado o el test de Fisher cuando la frecuencia esperada fue inferior a 5. Por último, para analizar el grado de asociación lineal entre variables continuas se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson o el de Spearman cuando se incumplía el supuesto de normalidad. El nivel de significación se estableció para valores de p inferiores a 0,05.

Resultados: Diecinueve pacientes estaban afectados de PMR pura y 6 de ACG+PMR. Los niveles basales plasmáticos de ACTH, cortisol y DHEA-S en casos y controles se resumen en la siguiente tabla (las variables se expresan como media y desviación típica):

Datos de laboratorio	Pacientes con PMR/ACG	Grupo control	p
ACTH (pmol/L)*	4,4 ± 2,3	3,9 ± 0,5	NS
Cortisol (nmol/L)*	379 ± 21	402 ± 22	NS
DHEA-S (umol/L)*			
Total de la muestra	0,99 ± 0,44	2,77 ± 0,77	< 0,05
Pacientes con niveles bajos de DHEA-S	21 (84%)	0 (0%)	< 0,05
Hombres, n = 12	1,31 ± 0,34	3,24 ± 0,74	< 0,05
Mujeres, n = 13	0,63 ± 0,17	2,35 ± 0,51	< 0,05
Ratio ACTH (pmol/L) / Proteína C reactiva (mg/L)	0,4	4,1	< 0,05
Ratio cortisol (nmol/L) / Proteína C reactiva (mg/L)	16	433	< 0,05

* Valores de referencia.

ACTH: 2 - 12 pmol/L; Cortisol: 138 - 690 nmol/L; DHEA-S: Hombres: 2,5 - 14,3 umol/L; mujeres posmenopáusicas: 1,5 - 6,4 umol/L.

Como se puede apreciar los niveles plasmáticos de ACTH y cortisol en el grupo de pacientes con ACG/PMR no difirieron del de los controles; considerando el grado de actividad inflamatoria existente en estos enfermos, la secreción de cortisol fue muy inferior a la esperada (tal y como reflejan los ratios ACTH/PCR y cortisol/PCR). En cambio, el 84% de los enfermos con ACG/PMR presentaron niveles de DHEA-S por debajo de los valores de referencia y claramente inferiores a los del grupo control. Este descenso se observó en ambos sexos, si bien el porcentaje de reducción de los valores de DHEA-S fue mayor en mujeres que en varones (57,5% vs. 47,2%; p = NS). En el estudio de correlación, el descenso de los valores de DHEA-S guardó relación con la intensidad de la respuesta inflamatoria (VSG: r = -0,461, p = 0,041; hemoglobina: r = 0,519, p = 0,016; plaquetas: r = -0,442, p = 0,045; PCR: p = 0,084).

Conclusiones: Los pacientes con ACG y/o PMR de reciente comienzo no tratada presentan niveles basales plasmáticos de cortisol inapropiadamente normales considerando el grado de actividad inflamatoria existente en estas enfermedades y niveles de DHEA-S significativamente inferiores a los del grupo control. Estos datos sugieren la existencia de un cierto grado de hipofunción suprarrenal en ambas entidades cuyo significado patogénico está aún por aclarar.

141

ENFERMEDAD FUNCIONAL TIROIDEA EN LA ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES

B. Bernad, J. Narváez, C. Díaz-Torné, N. Busquets, N. Montalà, L. Sánchez-Riera, J.M. Nolla y J. Valverde
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona.

Fundamento: Existe controversia sobre si la arteritis de células gigantes (ACG) se asocia o no a una mayor prevalencia de enfermedad funcional tiroidea (EFT). Aunque inicialmente se había descrito una mayor frecuencia de disfunción tiroidea en esta enfermedad, tanto de hipertiroidismo como de hipotiroidismo, estudios recientes ponen en duda esta asociación.

Objetivo: Evaluar la prevalencia de EFT en una cohorte de pacientes con ACG comparándola con la prevalencia en la población general de edad avanzada.

Material y métodos: Se estudiaron 45 pacientes con ACG. El diagnóstico de ACG se estableció mediante biopsia positiva de la arteria temporal (BAT); en aquellos casos en que ésta fue negativa, se utilizaron los criterios del ACR (Arthritis Rheum 1990;33:1122-8). En todos los pacientes se realizó una determinación de tiroxina (TSH) y tiroxina (T4) libre en el momento del diagnóstico. Se definió como EFT toda alteración de la TSH en el momento del estudio como consecuencia de un nuevo diagnóstico. Las tasas de prevalencia de EFT en la población general de edad avanzada (= 60 años) se obtuvieron de un estudio realizado recientemente en Barcelona (Sender Palacios et al. Aten Primaria 2004;34:192-7). La comparación entre prevalencias se realizó mediante el test de Chi-cuadrado y el "binomial proportion test". El nivel de significación se estableció para valores de p inferiores a 0,05.

Resultados: Diecinueve pacientes estaban afectados de ACG pura y 26 de ACG+PMR. Sus principales características clínicas y de laboratorio se resumen en la siguiente tabla (las variables cualitativas se expresan como porcentajes y las continuas como media y desviación típica):

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Edad media al diagnóstico (años)	74,8 ± 8,3
Sexo (mujeres/varones)	11/34
Tiempo medio de evolución (meses)	2,8 ± 2,3
BAT positiva	34 (75,5%)
Manifestaciones sistémicas	32 (71%)
Febrícula	8 (18%)
Fiebre	5 (11%)
Cefalea	42 (93%)
Anomalías en la exploración de las AT	27 (60%)
Claudicación mandibular	15 (33%)
Alteraciones visuales	9 (20%)
Diplopia	1
Amaurosis fugax	7
Ceguera	1

DATOS DE LABORATORIO

VSG (mm/ 1 h)	92,8 ± 25,8
PCR (mg/L; V. Ref <5)	58,2 ± 12
Hemoglobina (g/dL)	11,2 ± 1,1
Plaquetas (x 10 ³ /mm ³)	363 ± 132
Aumento de la ALT/AST	5 (11%)
Aumento de la FA/GGT	8 (18%)

En los 45 pacientes incluidos se diagnosticaron 5 casos de EFT, todos ellos correspondientes a hipotiroidismo subclínico. Sólo en 1 de ellos se detectaron anticuerpos antitiroideos circulantes. Dos de estos 5 enfermos acabaron precisando tratamiento sustitutivo. La prevalencia de hipotiroidismo en nuestra cohorte de pacientes con ACG no difirió de la de población general de edad avanzada (11,1% versus 10,41%; p > 0,005).

Conclusiones: La prevalencia de enfermedad funcional tiroidea en los pacientes con ACG analizados es similar a la de la población general de la misma edad. No está justificado el despistaje sistemático de enfermedad tiroidea en estos enfermos.

142

EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON ÁCIDO ACETILSALICÍLICO Y OTROS ANTIAGREGANTES EN LA ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES

J. Narváez, B. Bernad, M. Díez-García, D. Roig-Valaseca, C. García, C. Díaz-Torné, J.M. Nolla y J. Valverde
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona.

Fundamento: Trabajos experimentales en modelos animales han aportado datos que demuestran que el ácido acetilsalicílico (AAS) a dosis altas (20 mg/kg) es capaz de inhibir la producción de interferón-gamma cuando se administra conjuntamente con los glucocorticoides en la arteritis de células gigantes (ACG). Un estudio retrospectivo reciente ha señalado que incluso a dosis bajas (100 mg/día) podría ser útil para disminuir la incidencia de complicaciones isquémicas en esta enfermedad. En base a esta evidencia, algunos autores recomiendan el uso de AAS en pacientes con ACG y afectación ocular.

Objetivo: Analizar si el tratamiento concomitante con AAS a dosis antiagregante ofrece algún beneficio adicional a la corticoterapia en la ACG.

Material y métodos: Estudio retrospectivo longitudinal de seguimiento en el que se incluyó a 121 pacientes con ACG: 30 pacientes que durante el curso clínico de la enfermedad llevaron tratamiento con AAS a dosis antiagregante (100-300 mg/día) y

91 pacientes con ACG que no recibieron nunca este tratamiento y que se utilizaron como grupo control. El diagnóstico de ACG se estableció en base a una BAT positiva; en aquellos casos en que ésta fue negativa, se utilizaron los criterios del ACR (Arthritis Rheum 1990;33:1122-8). El seguimiento de los pacientes se realizó hasta su curación, muerte o hasta la fecha de la última visita. Todos los pacientes incluidos en el estudio tenían un tiempo de seguimiento superior a 1 año. Para la comparación entre grupos de variables continuas se utilizó la prueba de la t de Student o la prueba de la U de Mann-Whitney (cuando las variables no presentaban una distribución normal). Para la comparación de variables cualitativas se utilizó la prueba de Chi-cuadrado o el test de Fisher cuando la frecuencia esperada fue inferior a 5. El nivel de significación se estableció para valores de p inferiores a 0,05.

Resultados: En el grupo de tratamiento, todos los pacientes estaban tomando AAS meses antes del diagnóstico de la ACG. Las indicaciones del tratamiento fueron cardiopatía isquémica (16 pacientes), taquiarritmia (5 pacientes) y AVC/AIT (9 pacientes). Ambos grupos presentaban unas características demográficas iguales, excepto por una mayor frecuencia de factores de riesgo cardiovascular (tabaquismo, HTA, DM, y/o hiperlipemia) en el grupo de pacientes que recibían AAS (60% versus 25,2%; p < 0,05). Al comparar las manifestaciones clínicas en el debut de la ACG, el estudio comparativo no objetivó diferencias entre grupos ni en la intensidad de la respuesta inflamatoria, ni en la incidencia de manifestaciones isquémicas (claudicación mandibular, trastornos visuales, AVC). Durante el seguimiento, tampoco se observaron diferencias en la incidencia de complicaciones tardías de la enfermedad (afección aórtica o de grandes vasos), ni en ninguno de los parámetros analizados del tratamiento (tasa de curaciones, duración de la corticoterapia, dosis total aproximada de prednisona recibida y recidivas). Se repitió el estudio incluyendo en el grupo de tratamiento pacientes que estaban tomando otros tratamientos antiagregantes diferentes del AAS (con un total de 37 enfermos, incluyendo los 30 pacientes con AAS y 7 en tratamiento con dipiridamol, ticlopidina o clopidogrel), pero tampoco objetivamos diferencias significativas.

Conclusiones: En nuestra serie, el tratamiento concomitante con AAS o con cualquier otro antiagregante no ofreció ningún beneficio adicional a la corticoterapia.

143

ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES: DURACIÓN DEL TRATAMIENTO Y EFECTOS ADVERSOS DE LA CORTICOTERAPIA

J. Narváez, B. Bernad, M. Díez-García, N. Busquets, I. Castellví, L. Sánchez-Riera, J.M. Nolla y J. Valverde
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona.

Objetivo: Analizar la duración de la corticoterapia en la arteritis de células gigantes (ACG), así como la frecuencia y tipos de efectos adversos relacionados con este tratamiento.

Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo longitudinal de seguimiento de los pacientes diagnosticados de ACG en nuestro servicio durante 20 años (1985-2004). El diagnóstico de ACG se estableció en base a una biopsia de arteria temporal (BAT) positiva; en aquellos casos en que ésta fue negativa, se utilizaron los criterios del ACR (Arthritis Rheum 1990;33:1122-8). El seguimiento de los pacientes continuó hasta su curación, muerte o hasta la fecha de la última visita. Se revisaron de forma pormenorizada las

historias clínicas incluyéndose en el análisis sólo a los pacientes con un tiempo de seguimiento superior a 1 año.

Resultados: De los 121 pacientes incluidos en el estudio, la BAT fue positiva en 88 (72,7%) de los casos. La edad media fue de $74,4 \pm 7,6$ años (rango: 56-89) y la relación por sexos fue de 84 mujeres/37 varones. Todos los pacientes recibieron una dosis inicial de prednisona (PDN) de entre 40 y 60 mg/día, con un descenso progresivo de la misma dependiendo de la valoración de la actividad clínica de la enfermedad. El 54,5% (66/121) de los pacientes sufrieron recidivas o recurrencias. Para el total de la muestra, la mediana de tiempo necesario para conseguir una dosis de mantenimiento inferior a 10 mg/día de PDN fue de 7,37 meses (rango: 4 - 24). Ochenta y cinco (70,2%) pacientes alcanzaron la curación con una mediana de tratamiento de $30,1 \pm 34,1$ meses (rango: 12,5 - 181), una dosis total aproximada de PDN recibida de $9,9 \pm 6,1$ gramos y una dosis diaria de $7,9 \pm 3,8$ mg/día. Del grupo de pacientes curados, sólo el 55,3% (47/85) se curó en los 2 primeros años de tratamiento; a los 3 años se habían curado el 65,8% de los casos, a los 4 el 71,7%, y a los 5 años el 80% (68/85). En los 36 pacientes que no se habían curado en la última visita, la mediana de tratamiento fue $33,8 \pm 29,1$ meses (rango: 13,51-145,20). De ellos, en el 72,2% (26/36) de los casos la duración del tratamiento en el momento de la última visita era superior a 2 años, en el 40,7% era superior a 3, y en el 22% superior a 4 años. Así, se puede inferir que de un total de 111 pacientes (incluyendo los 85 curados y los 26 no curados con un tiempo de seguimiento > 2 años), sólo el 42,3% se curó en 2 años. El 67,8% (82/121) de los pacientes presentaron al menos 1 efecto adverso atribuible a la corticoterapia (42 pacientes sufrieron 2 o más efectos adversos). Los más frecuentes fueron: 1) HTA (32,2%); 2) hiperlipemia (26,4%); 3) la aparición de cataratas -subcapsular posterior- (19,8%); 4) fracturas óseas osteoporóticas (16,5%), a pesar de que el 71,9% de los pacientes tomaba algún tipo de tratamiento para prevenir esta complicación; 5) infecciones (14,9%), excluyendo viriasis, infecciones respiratorias leves y las infecciones no complicadas del tracto urinario bajo, y 6) diabetes mellitus (14,9%). Se intentó identificar las variables relacionadas con la aparición de efectos adversos de la corticoterapia mediante un modelo de regresión logística; únicamente la dosis total aproximada de PDN recibida alcanzó significación estadística.

Conclusión: Aproximadamente, en la mitad de los pacientes afectados de ACG se puede suspender el tratamiento con glucocorticoides a los 2 años; en la otra mitad se requiere prolongar la terapéutica, en ocasiones indefinidamente, con dosis bajas de prednisona. Como mínimo, el 67,8% de los pacientes van a presentar al menos 1 efecto adverso de la corticoterapia.

144

EL TRATAMIENTO CON ESTATINAS NO OFRECE NINGÚN BENEFICIO ADICIONAL A LA CORTICOTERAPIA EN LA ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES

B. Bernad, J. Narváez, M. Díez-García, C. Díaz-Torné, L. Sánchez-Riera, I. Castellví, J.M. Nolla y J. Valverde
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona.

Fundamento: Las estatinas son fármacos hipolipemiantes que han demostrado su eficacia en la prevención primaria y secundaria de los acontecimientos cardiovasculares. En los últimos años, trabajos fundamentalmente experimentales han demostrado que las estatinas ejercen acciones adicionales a su efecto hipolipe-

mante. Estos efectos pleiotrópicos incluyen múltiples procesos biológicos: inflamación (descenso de los valores séricos de la proteína C reactiva), inmunomodulación, función endotelial, proliferación celular, angiogenia y coagulación, entre otros.

Objetivo: Analizar si el tratamiento concomitante con estatinas ofrece algún beneficio adicional a la corticoterapia en la arteritis de células gigantes (ACG).

Material y métodos: Estudio retrospectivo longitudinal de seguimiento en el que se incluyó a 121 pacientes con ACG: 30 pacientes que durante el curso clínico de la enfermedad recibieron tratamiento con estatinas durante un mínimo de 9 meses (bien porque ya lo llevaban en el momento del diagnóstico o porque éste se añadió durante los primeros 3 meses) y 91 pacientes con ACG que no recibieron nunca este tratamiento y que se utilizaron como grupo control. El diagnóstico de ACG se estableció en base a una BAT positiva; en aquellos casos en que ésta fue negativa, se utilizaron los criterios del ACR (Arthritis Rheum 1990;33:1122-8). El seguimiento de los pacientes se realizó hasta su curación, muerte o hasta la fecha de la última visita. Todos los pacientes incluidos en el estudio tenían un tiempo de seguimiento superior a 1 año. Para la comparación entre grupos de variables continuas se utilizó la prueba de la t de Student o la prueba de la U de Mann-Whitney (cuando las variables no presentaban una distribución normal). Para la comparación de variables cualitativas se utilizó la prueba de Chi-cuadrado o el test de Fisher cuando la frecuencia esperada fue inferior a 5. El nivel de significación se estableció para valores de p inferiores a 0,05.

Resultados: Las principales características clínicas y de laboratorio de ambos grupos se resumen en la siguiente tabla (las variables cualitativas se expresan como porcentajes y las continuas como media o mediana y desviación típica):

Características clínicas y datos de laboratorio	Con estatinas N = 30	Sin estatinas N = 91	p
Edad media al diagnóstico (años)	73 ± 7,4	74,8 ± 7,6	NS
Sexo (mujeres/varones)	23/7	61/30	NS
BAT positiva	21 (70%)	67 (73,6%)	NS
Manifestaciones sistémicas	16 (53,3%)	53 (58,2%)	NS
Fiebre	2 (6,7%)	8 (8,8%)	NS
Cefalea	28 (93,3%)	84 (92,3%)	NS
Anomalías en la exploración de las AT	17 (56,7%)	57 (62,6%)	NS
Claudicación mandibular	15 (50%)	36 (39,6%)	NS
Alteraciones visuales	8 (26,7%)	14 (15,4%)	NS
AVC	2 (6,7%)	3 (3,3%)	NS
Polimialgia reumática	18 (60%)	45 (49,5%)	NS
VSG (mm/1 h)	84 ± 24	98 ± 26	NS
PCR (mg/L; V. Ref <5)	52 ± 20	58 ± 30	NS
Hemoglobina (g/dL)	11,4 ± 1,5	11,1 ± 1,2	NS
Plaquetas (x 10 ³ /mm ³)	347 ± 143	345 ± 132	
Datos del tratamiento			
Curaciones	22 (73,3%)	63 (69,2%)	NS
Duración del tratamiento (meses)	38,2 ± 24,8	33,5 ± 33,1	NS
Dosis total aproximada de PDN (g)	12,4 ± 5,7	11 ± 5,49	NS
Recidivas	20 (66,7%)	46 (50,5%)	NS

En el grupo de tratamiento, el tipo y dosis de estatinas empleadas fueron los siguientes: simvastatina (10-40 mg/día) 10 pacientes, atorvastatina (10-20 mg) 12 pacientes, lovastatina (10 mg) 5 pacientes, y pravastatina (10 mg) 3 pacientes. Como puede observarse no objetivamos diferencias significativas entre grupos ni en la intensidad de la respuesta inflamatoria, ni en la incidencia de complicaciones isquémicas. Tampoco objetivamos diferencias en ninguno de los parámetros analizados del tratamiento, por lo que las estatinas no parecen tener ningún efecto ahorrador de glucocorticoides.

Conclusiones: En nuestra serie, el tratamiento concomitante con estatinas no ofreció ningún beneficio adicional a la corticoterapia.

145

INTERVENCIÓN PARA LA PREVENCIÓN SECUNDARIA DE FRACTURAS OSTEOPORÓTICAS CON ALENDRONATO

A. Naranjo, S. Ojeda Bruno, F. Francisco Hernández, C. Erausquin y C. Rodríguez-Lozano

Sección de Reumatología. Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

Muchos pacientes que sufren una fractura por fragilidad no son estudiados ni tratados con el objetivo de prevenir nuevas fracturas, a pesar de ser un grupo de especial riesgo y donde los bisfosfonatos son coste-efectivos.

Objetivo: Presentamos una modalidad de intervención directa sobre el paciente para aumentar el porcentaje de diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis (OP) en los fracturados.

Pacientes y métodos: Durante el segundo semestre de 2004 y primero de 2005 se revisaron las altas del servicio de urgencias del hospital con el diagnóstico de fractura. Por medio de llamada telefónica, una secretaria informó a los pacientes de la conveniencia de ser estudiados desde el punto de vista metabólico óseo y de los riesgos que conlleva la OP grave. Si el paciente reunía criterios de fractura por fragilidad y la edad era mayor de 50 años, se citaba para densitometría de columna y cadera (DXA) y consulta médica de reumatología. En el caso de no aceptar el estudio, se realizaba una encuesta básica sobre osteoporosis y fracturas. Los pacientes firmaron un consentimiento informado. A los sujetos con osteopenia u OP se les pautó calcio, Vitamina D y alendronato semanal a la vez que los consejos habituales de realización de ejercicio y medidas para prevenir caídas.

Resultados: Se contactó con 488 pacientes, de los que acudieron a DXA 325 (66,66%). De 325 pacientes que aceptaron participar y acudieron a DXA, 306 (94%) finalmente acudieron a consulta de reumatología, si bien posteriormente 4 declinaron seguir estudiándose (3 de ellos aceptaron hacer tto). El motivo más frecuente de no acudir a estudio fue la no localización del paciente (59%). De la muestra estudiada finalmente, 267 eran mujeres (87%), con edad media de 71 años. La fractura más frecuente fue la de antebrazo (47%), seguida por la de húmero (20%), cuello de fémur (18%) y vértebra (7%). Los pacientes que no aceptaron el estudio se caracterizaron por tener mayor edad (edad media 78 versus 71 años) y estar más incapacitados (clase IV ACR 30% versus 3%) pero el tipo de fractura fue similar. La visita tuvo lugar una media de 6 meses (DE 2 meses) después de la fractura. Referían haber sido sometidos a DXA previa el 15% y estar tomando alendronato u otro bisfosfonato el 11% y raloxifeno el 5%. En 70 casos (22,8%) se recogió historia previa de fractura por fragilidad. Los resultados de densitometría fueron normales en 45 pacientes (14,7%), osteopenia en 137 (44,7%) y osteoporosis en 124 (40,5%). Se prescribió bisfosfonato al 73,5% de los pacientes que acudió a consulta.

Conclusiones: La intervención directa sobre los pacientes que han sufrido una fractura por fragilidad invitándoles al estudio y tratamiento de la OP en consulta de Reumatología mediante llamada telefónica, consiguió: 1) Un incremento en la realización de DXA desde el 15% al 66%; 2) El porcentaje de tratados con bisfosfonato pasó del 11% al 73,5% de los pacientes que acudieron a consulta. Por tanto, esta estrategia de búsqueda activa permite tratar con antirresortivos a más de dos tercios de los pacientes siguiendo las guías de manejo actuales de la OP.

PAMIDRONATO EN PACIENTES CON ARTROPATÍA DE CHARCOT

M. Moreno, M. Larrosa, E. Casado, A. Gómez, G. Giménez, S. García Más y J. Gratacòs

Servicio de Reumatología. Servicio de Endocrinología. Servicio de Traumatología. Hospital de Sabadell. Institut Universitari Parc Taulí (UAB). Sabadell.

La artropatía neuropática de Charcot es una enfermedad grave e invalidante en pacientes con neuropatía sensitiva severa. Existen datos previos que sugieren que el pamidronato puede ser beneficioso en el tratamiento de esta entidad.

Objetivos: Evaluar la respuesta a pamidronato en pacientes con artropatía de Charcot.

Material y métodos: Estudio prospectivo con inclusión sistemática de los pacientes con artropatía neuropática asociada a cualquier enfermedad y que se encuentren en fase de actividad (signos inflamatorios clínicos y/o signos radiológicos) visitados en la Unidad de Reumatología de nuestro hospital. A todos los pacientes se administraron 3 perfusiones de pamidronato en los meses 0, 2 y 4 (60mg si peso inferior a 70Kg y 90mg si era superior). Se practicó antes y al final del tratamiento una valoración clínica, parámetros de remodelado óseo (fosfatasa alcalina ósea, fosfatasa alcalinas, NTX, piridolina, desoxipiridolina), radiología simple y gammagrafía ósea.

Resultados: Se incluyeron 7 pacientes, 4 mujeres y 3 hombres. La edad media fue de 43,4 años. Las localizaciones fueron 4 en el pie (1 MTF, 3 en tarso), 1 tobillo, 1 MCF y 1 hombro. La enfermedad basal fué DM (4 casos), siringomielia (2) y polineuropatía sensitiva y autonómica (1). Dos pacientes presentaban simultáneamente una artritis séptica en el tarso. En todos los pacientes tratados se observó mejoría clínica con desaparición de los signos inflamatorios. En los pacientes con datos biológicos evaluables (5), los parámetros de remodelado óseo (tabla 1), normales o elevados al inicio del tratamiento, disminuyeron en la determinación final. En 6/7 pacientes la Rx final demostró reducción de la reabsorción, aumento de la esclerosis ósea y reconstrucción de los márgenes óseos. Únicamente la artropatía neuropática de hombro asociada a siringomielia no mostró mejoría radiológica. No se observaron cambios en la gammagrafía ósea. Dos pacientes presentaron efectos adversos leves a la infusión (nauseas y fiebre).

	FA (40-129 µl/l) antes/después	FA ósea (5,5-21,9 µg/l) antes/después	NTX-or (3-63 nmol/mmol) antes/después	Piridinolina-or (26-91 nmol/mmol) antes/después	Desoxipiridinolina-or (3-21 nmol/mmol) antes/después
Pac. 1	88/67	16/9,9	50,6/9,4	146/86	19/8,5
Pac. 2	94/81	ND	77,3/36,1	110,4/68	13,8/5,9
Pac. 3	91/95	10,1/9,5	36,5/48,5	74,5/50,8	7,7/6,3
Pac. 4	63/48	ND	64/26	37/37	6,3/7,9
Pac. 5	1034/238	106/38,8	136/81,9	186/126	331/10,9

Conclusión: El pamidronato parece ser un fármaco útil en el tratamiento de la artropatía de Charcot.

EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA HORMONA DE CRECIMIENTO COMO TRATAMIENTO COADYUVANTE EN LA FIBROMIALGIA CON NIVELES BAJOS DE IGF-1

A. Nadal*, G. Cuatrecasas**, C. Riudavets** y M.A. Güell***

*Servicio de Reumatología, **Servicio de Endocrinología, ***Psicóloga Clínica. Centro Médico Teknon. Barcelona.

Introducción: El déficit funcional de hormona de crecimiento (GH) documentado por niveles bajos de insulin-like growth fac-

tor-1 (Igf-1) está probablemente involucrado en los síntomas de algunos casos de fibromialgia (FBM). El tratamiento con GH ha mostrado una mejoría significativa comparada con placebo.

Objetivo: Valorar la eficacia y seguridad de la GH como tratamiento coadyuvante ante otro tratamiento activo en la fibromialgia.

Diseño: Estudio exploratorio, randomizado con grupo paralelo y comparativo.

Pacientes: Hemos incluido 24 mujeres premenopáusicas con fibromialgia y niveles de Igf-1 <250 ng/ml (< 2 DE), RM hipofisaria normal, 8/9 pares de puntos gatillo dolorosos (PGD), puntuación <75 en los test de impacto de FBM (FIQ), >1 año después del diagnóstico de FBM y con tratamiento durante al menos los 6 meses antes de la inclusión con amitriptilina + inhibidores de recaptación de serotonina + tramadol.

Método: Las pacientes fueron randomizadas en grupo control (tratamiento base) y grupo experimental (tratamiento base + 0,0125 ng/kg/día GH subcut) y seguidas durante un año. Los test EuroQoL (EQ-5D), escala analógica visual (EAV), PGD y FIQ se evaluaron en las visitas basales y en los meses 1, 3, 6 y 12. Las comparaciones se realizaron utilizando los test de Mann-Whitney, t-test y ANOVA multivariable.

Resultados: Ninguna paciente abandonó el estudio. El grupo experimental, comparado con el control mostró mejorías estadísticamente significativas desde la visita del primer mes en todos los parámetros evaluados (Tabla1) No se encontraron efectos adversos graves.

Variable	Grupo	Visita Basal	Mes 1	Mes 3	Mes 6	Mes 12
Puntos Gatillo (media ± DS)	Experimental	8,7 ± 0,4	7,0 ± 1,8	5,4 ± 3,0	4,7 ± 3,2	2,3 ± 2,7
	Control	8,7 ± 0,4	8,7 ± 0,4	8,7 ± 0,4	8,9 ± 0,3	8,2 ± 0,9
	valor p	1	0,008	0,003	0,001	0,0001
FIQ (media ± DE)	Experimental	77,7 ± 4,0	61,1 ± 20	45,4 ± 19	43,9 ± 21	43,5 ± 19
	Control	79,2 ± 5,1	69,6 ± 13	68,6 ± 10	77,9 ± 13	72,0 ± 9
	valor p	0,5	0,2	0,002	0,001	0,001
EQ-5D EAV (media ± DE)	Experimental	22,0 ± 12	58,7 ± 12	63,0 ± 15	65,2 ± 17	62,9 ± 18
	Control	34,5 ± 15	30,1 ± 18	31,5 ± 15	43,6 ± 18	38,5 ± 12
	valor p	0,04	0,001	0,001	0,007	0,001

Conclusión: La GH es un tratamiento concomitante eficaz para paliar los síntomas de un determinado grupo de pacientes con FBM que tienen niveles bajos de Igf-1. Estudios posteriores doble-ciego deben confirmar el uso terapéutico potencial en este subgrupo de FBM.

UVEÍTIS EN LA ENFERMEDAD DE BEHCET. FACTORES PRONÓSTICOS DE MALA EVOLUCIÓN

M. Sianes Fernández*, J.M. Sánchez Burson** y R. Belmonte Gómez***

*Hospital Universitario Virgen Macarena, **Hospital Virgen de Valme, ***Hospital General de Albacete.

Objetivos: Describir las características clínico-evolutivas de la uveítis por Enfermedad de Behcet y determinar los factores pronósticos de mala evolución.

Material y método: Estudio retrospectivo de pacientes con uveítis por E. Behcet atendidos en una Unidad de Uveítis en los últimos 18 años. Se recogieron variables sociodemográficas, duración del seguimiento, tipo anatómico de uveítis, bilateralidad, agudeza visual, tratamientos y complicaciones. Se objetivó la gravedad de las uveítis midiendo la pérdida visual de los pacientes, definiendo pérdida visual como aquella agudeza visual = 6/18. Posteriormente se subdividieron en dos grupos, pérdida visual moderada (entre 6/18 y 6/36) y pérdida visual severa (= 6/60). Se definió buena evolución como aquellos pacientes con agudeza visual final mayor

a la inicial, y recuperación de la pérdida visual como aquellos con agudeza visual inicial = 6/18 y final > 6/18. El análisis estadístico consistió en estadística descriptiva y análisis bivalente estableciéndose como variable resultado la pérdida visual. Se utilizó el programa SPSS 11.0.

Resultados: Se incluyeron 19 pacientes con uveítis por Enfermedad de Behcet, 11 mujeres (57,9%) y 8 hombres (42,1%), con una edad media de 46,89 años (DE 17,3) y un tiempo medio de evolución de 90,7 meses (DE 61,8). La media de agudeza visual en la visita inicial fue de $0,68 \pm 0,33$ (rango 0,13-1) y en la final de $0,72 \pm 0,34$ (rango 0,11-1). El tipo de uveítis en la visita inicial fue UP (31,6% en ojo derecho (OD) y 15,8% en ojo izquierdo (OI)), PAU (15,8% en OD y 10,5% en OI), UA (10,5% OD y 15,8% OI) y UI (10,5% en OD y 0% OI). En la visita final, PAU (21,2% en OD y 15,8% en OI), UP (31,6% en OD y 5,3% en OI) y UA (5,3% en OD y en OI). El 36,8% tuvieron afectación bilateral al inicio y el 31,6% al final. El 57,9% se mantuvieron unilaterales. Presentaron buena evolución el 73,7% y recuperación de pérdida visual el 21,1%. El 73,3% tuvo alguna complicación, siendo las más comunes cataratas (47,4%), edema macular (15,8%), neovascularización coroidea (15,8%), glaucoma (15,8%) y sinequias posteriores, queratopatía en banda, membrana epirretiniana y desprendimiento retiniano en el 5,8%. El 68,4% realizaron tratamiento local, 68,4% con corticoides sistémicos, 63,2% inmunosupresores y el 10,5% con anti-TNF α (Infliximab). Requiritieron cirugía el 36,8%. Presentaron pérdida visual, en al menos un ojo, el 36,8% de los pacientes y, de ellos, el 71,43% pérdida severa. En el análisis bivalente encontramos que los pacientes con pérdida visual tenían como lesión final uveítis posterior o panuveítis ($p = 0,007$), afectación bilateral al inicio ($p = 0,045$) y al final ($p < 0,001$), mayor tiempo de evolución ($p = 0,037$), todos recibieron tratamiento con corticoides ($p = 0,044$) e inmunosupresores ($p = 0,017$), el 85,7% necesitaron cirugía ($p = 0,002$) y presentaron complicaciones como cataratas ($p = 0,02$), glaucoma ($p = 0,036$) y edema macular ($p = 0,036$). Había correlación positiva entre agudeza visual inicial y final en cada ojo (dcha $p < 0,001$, izda $p < 0,001$), y correlación negativa entre agudeza visual final y tiempo de evolución ($p = 0,003$).

Conclusiones: El 36,8% de los pacientes con uveítis por enfermedad de Behcet presentan pérdida visual y, de ellos, el 71,43% tienen pérdida severa. La uveítis posterior o la panuveítis, la afectación bilateral, el mayor tiempo de evolución, la presentación de cataratas, glaucoma y edema macular están asociados de forma significativa con el desarrollo de pérdida visual. El tratamiento con corticoides e inmunosupresores sistémicos y el mayor porcentaje de cirugía también se asocian con pérdida visual, quizás por presentar estos pacientes una enfermedad más agresiva.

149

VALOR DEL RADAI PARA MEDIR LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

T. Cobo Ibáñez*, A. Balsa*, A. Hernández Sanz*, F. Gamero*, D. Peiteado*, C. Bohórquez*, B. San José Valiente** y E. Martín Mola*

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

Introducción: Actualmente es necesario medir la respuesta al tratamiento en los enfermos con artritis reumatoide (AR), pero en ocasiones es difícil debido a la falta de tiempo. Se ha demostrado que el RADAI (Rheumatoid Arthritis Disease Activity Index) es un cuestionario autoaplicado, sencillo y útil para valorar la actividad de la AR (1).

Objetivos: Demostrar que el RADAI puede ser utilizado para valorar actividad inflamatoria en pacientes con AR de inicio o en tratamiento con anti-TNF α . Estudiar la correlación entre el RADAI y las variables que constituyen el DAS 28 (Disease Activity Score) y el HAQ (Health Assessment Questionnaire) en ambos grupos.

Material y métodos: Se incluyó a los pacientes de nuestro Servicio con AR en tratamiento con anti-TNF α y a pacientes con AR de inicio (menos de 1 año de evolución). Se recogió, en dos visitas sucesivas con un intervalo de 6 meses, el DAS 28 a partir del número de articulaciones dolorosas (NAD), tumefactas (NAT), la VSG, y la valoración de la enfermedad por el paciente (VGP), la discapacidad por el HAQ y el RADAI. Se analizaron los datos con la t de student, la Chi2, el test de correlación de Pearson, el análisis transformado de Fisher para la comparación entre correlaciones, y un análisis de regresión lineal.

Resultados: Se estudiaron 124 pacientes (75% mujeres) en el grupo de AR-anti-TNF α con una edad de $59,51 \pm 13,22$ años y una duración de la enfermedad de $13,61 \pm 8,96$ años, y 42 pacientes (73,8% mujeres) en el grupo de AR de inicio con una edad de $58,41 \pm 14,39$ años y una duración de la enfermedad de $0,73 \pm 0,29$ años. En la primera visita tanto el DAS 28, como el NAD, NAT, VSG, VGP, HAQ y RADAI era superior en el grupo de AR de inicio ($p < 0,05$). En el grupo de AR-anti-TNF α el RADAI se correlacionó con el DAS 28 y el resto de variables en la 1ª visita, y en la 2ª visita con todas las variables excepto con la VSG. En el grupo de AR de inicio el RADAI se correlacionó con todas las variables excepto con la VSG en la 1ª y 2ª visita, y con el HAQ en la 2ª visita (datos en la tabla). Además, al comparar entre ambos grupos las variables que se correlacionan con el RADAI, se mantienen las correlaciones independientemente del grupo. Al realizar la regresión lineal encontramos que el NAD y la VGP son las variables del DAS 28 que más explican su correlación con el RADAI en ambas visitas (visita 1: NAD: $B = 0,110$ IC 95% [0,067; 0,153], y VGP, $B = 0,056$ con IC 95% [0,046; 0,065], Visita 2: NAD: $B = 0,229$ IC 95% [0,114; 0,071], y VGP, $B = 0,051$ con IC 95% [0,032; 0,071].

	DAS 28	NAD	NAT	VSG	VGP	HAQ
AR anti-TNF α						
RADAI 1	$r = 0,61^*$	$r = 0,56^*$	$r = 0,31^*$	$r = 0,28^*$	$r = 0,76^*$	$r = 0,54^*$
RADAI 2	$r = 0,48^*$	$r = 0,47^*$	$r = 0,23^{**}$	$r = 0,12$	$r = 0,52^*$	$r = 0,37^*$
AR inicio						
RADAI 1	$r = 0,63^*$	$r = 0,59^*$	$r = 0,44^{**}$	$r = 0,11$	$r = 0,79^*$	$r = 0,35^{**}$
RADAI 2	$r = 0,72^*$	$r = 0,77^*$	$r = 0,56^*$	$r = -0,29$	$r = 0,71^*$	$r = 0,25$

* $P < 0,01$, ** $P < 0,05$

Conclusiones: El RADAI puede ser utilizado para medir actividad inflamatoria tanto en pacientes con AR de inicio como en los que están con terapia biológica. La correlación entre el DAS 28 y el RADAI se explica fundamentalmente por las variables NAD y VGP.

1. Fransén J, Langenegger T, Michel BA, Stucki G. Feasibility and validity of the RADAI, a self-administered rheumatoid arthritis and disease activity index. *Rheumatology (Oxford)* 2000; 39: 321-327.

150

INFLUENCIA DEL INFLIXIMAB EN LOS NIVELES DEL COLESTEROL

D. Palma Sánchez, C. Marras Fernández-Cid, E. Soriano Navarro, P. Mesa del Castillo Bermejo y D. Beteta Fernández. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

Introducción: La artritis reumatoide es una enfermedad inflamatoria crónica que presenta un aumento de eventos cardiovasculares y de mortalidad que se puede deber a un aumento en la preva-

lencia de riesgo cardiovascular como la dislipemia. Los pacientes con artritis reumatoide frecuentemente presentan un perfil lipídico aterogénico que se ha relacionado con la inflamación. El factor de necrosis tumoral es una molécula proinflamatoria que puede estar involucrada en el metabolismo lipídico alterado. Se ha investigado si el infliximab puede por tanto modificar el perfil lipídico encontrándose aumento en los niveles de colesterol en todas sus formas a las seis semanas de inicio de tratamiento precisando estudios a largo plazo para confirmarlo.

Objetivo: Analizar las modificaciones en los niveles de colesterol en pacientes con artritis reumatoide al inicio del tratamiento con infliximab y una vez esté controlada la enfermedad.

Diseño: Cohorte prospectiva.

Sujetos: Se incluyen 31 pacientes del hospital universitario virgen de la Arrixaca diagnosticados de artritis reumatoide por los criterios de la acr de 1987 que están en tratamiento con infliximab un promedio de 27 meses y con control de la enfermedad (das 28 < 3). Se excluyeron pacientes que no presentaban niveles iniciales de colesterol. *Variable principal:* diferencia en los niveles de colesterol mg/dl al inicio del tratamiento con infliximab y cuando la enfermedad esté controlada. *Factores de confusión:* edad, sexo, das 28 previo, tiempo de evolución de la enfermedad, hábitos tóxicos, índice de masa corporal, tratamientos concomitantes, hipolipemiantes, eventos cardiovasculares previos.

Resultados: No se aprecian diferencias significativas en los niveles de colesterol al inicio del tratamiento con infliximab y una vez que la enfermedad esté controlada.

Conclusiones: No se puede concluir que el control de la inflamación a través del infliximab disminuya los niveles de colesterol en pacientes con artritis reumatoide. Por lo tanto, deben existir otros factores que influyan en el perfil lipídico de estos pacientes.

151

ESTUDIO DE LA RELACIÓN ENTRE LA INGESTA DE CALCIO, UTILIDAD DE FACTORES DE RIESGO DE SUFRIR OSTEOPOROSIS Y LA MEDICIÓN DE LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA MEDIANTE TÉCNICAS DENSITOMÉTRICAS PERIFÉRICAS Y CENTRALES EN MUJERES POSMENOPÁUSICAS

F.J. de Toro*, A. Puga**, F. Prieto**, B. Arnao**, M. Acasuso**, T.R. Vázquez Rodríguez, A. Sanmartín Álvarez, M.C. López Sánchez, G. Graña, A. Atanes, M. Freire, F. Blanco, J.L. Fernández-Sueiro, J.A. Pinto, C. Fernández, N. Orebro y F. Galdo

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Juan Canalejo, Departamento de Medicina, Universidade da Coruña, Xerencia de Atención Primaria A Coruña**.*

Objetivo: Determinar la ingesta de calcio que proviene de la alimentación en un grupo de mujeres posmenopáusicas mayores de 50 años. Estudiar la relación de los factores de riesgo asociados a la osteoporosis (OP). Estudiar la utilidad de la medición de la masa ósea mediante Absorción dual de rayos X (DXA) y periférica (PIXI).

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal de prevalencia en mujeres posmenopáusicas mayores de 50 años que voluntariamente quisieron participar entre mujeres atendidas en consultas de Atención Primaria del área de A Coruña durante el período comprendido entre Mayo-Agosto del 2005. Se realizaron una entrevista, exploración clínica, análisis sanguíneos, encuesta alimentaria para establecer en consumo de calcio diario, prueba de PIXI calcáneo y DXA. Los datos fueron recopilados en el paquete estadístico SPSS versión 12.0.

Resultados: Se incluyeron a 73 pacientes, de las que sólo 49 completaron el estudio. La edad media fue de 63,75 años. El 50% presentaban un IMC entre 25 a 30 (sobrepeso). El 22,4% menopausia precoz. El 10% era fumadora y el 16,3% presentaba hábito alcohólico. El 63,3% realizaba adecuada actividad física (más de 4 horas a la semana). El 24,5% presentaba como antecedente familiar fractura de cadera. Un 22,4% de nuestra muestra presenta osteoporosis diagnosticado mediante DXA (t-score menor de -2,5). La media de la ingesta total de calcio a través de la alimentación fue de 1078,251 mg/d. Destaca el bajo consumo de calcio diario en las mujeres con hábitos tóxicos, alcohol y tabaco. Las mujeres que toman suplementos de calcio presentan un consumo inferior del mismo en la alimentación. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la ingesta de calcio en ninguna de las variables estudiadas. Un alto porcentaje (66,7%) del grupo de mujeres con una ingesta de calcio inferior a la recomendada no toma suplementos con calcio y un 22,5% de ellas tenían en diagnóstico de osteoporosis.

Punto de corte entre PIXI calcáneo y DEXACL

Punto de Corte	Sensibilidad	Especificidad
T-SCORE = -2	27,3%	92,1%
T-SCORE = -1,5	27,3%	86,8%
T-SCORE = -1	36,4%	76,3%
T-SCORE = -0,5	45,5%	63,2%
T-SCORE = 0	72,7%	50%
T-SCORE = 0,5	90,9%	35,5%

Existen diferentes puntos de corte entre Dexa de columna lumbar y Pixi de calcáneo (tabla). Si elegimos el punto donde T-score = 0,5 comprobamos que la sensibilidad del PIXI de calcáneo en este nivel es del 90,9% y su especificidad es del 35,5%. Esto se traduce en que el diagnóstico de osteoporosis con PIXI de calcáneo en este punto presenta una elevada capacidad para detectar la enfermedad y evitaría la realización de la densitometría axial, abaratando los costes. Pero por el contrario si el resultado de la prueba lo diagnostica como sano, no descartaría la presencia de la enfermedad por su baja especificidad.

Conclusiones: La media de ingesta de calcio de las pacientes estudiadas es inferior a la aconsejada para mujeres posmenopáusicas mayores de 50 años. No se ha podido establecer una correlación entre los factores de riesgo planteados como predictores de osteoporosis. El PIXI de calcáneo no es un método de elección para el diagnóstico de osteoporosis según los datos obtenidos en nuestro estudio. Sí podemos señalar que se puede utilizar como prueba de cribado.

152

ARTRITIS REUMATOIDE DE RECIENTE COMIENZO: FACTORES PRONÓSTICOS

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

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

Fundamento: Uno de los mayores retos que se plantean en las consultas de artritis reumatoide de reciente comienzo (ARC), es identificar precozmente a aquellos pacientes que van a padecer una forma más agresiva de la enfermedad.

Objetivo: Investigar factores pronósticos en una cohorte de pacientes con ARC que nos permitan distinguir desde el inicio de los síntomas a los pacientes con enfermedad persistente y destructiva.

Material y métodos: Se estudiaron de forma prospectiva 30 pacientes con criterios del ACR para el diagnóstico de AR. De cada paciente se registraron variables demográficas (edad, sexo, nivel de estudios), variables clínicas (tiempo de evolución de la enfermedad en el momento de la primera visita, número de articulaciones tumefactas, DAS28, EVA del dolor y valoración global de la enfermedad por el paciente, presencia de nódulos reumatoides y de manifestaciones extraarticulares), valoración de la capacidad funcional mediante el cuestionario HAQ, datos de laboratorio (VSG, proteína C reactiva, hemoglobina, plaquetas, factor reumatoide, anticuerpos anti-péptido cíclico citrulinado, ANA y ENA), y datos sobre la evaluación del daño estructural (presencia de erosiones radiológicas en articulaciones periféricas y hallazgos en una resonancia magnética -RM- realizada en el momento del diagnóstico de la mano más afectada de acuerdo con un protocolo de estudio predefinido). Todos los pacientes fueron tratados de manera análoga de acuerdo con las normas de consenso establecidas por la SER, y el tiempo de seguimiento fue de 1 año. Se consideró como medida de desenlace la obtención al final del primer año de tratamiento de un bajo grado de actividad de la enfermedad definido como un DAS28 < 3,2 o la remisión de la misma definida como un DAS28 < 2,6. Se realizó un análisis multivariante mediante regresión logística por modelos lineales generalizados incluyendo aquellas variables que, en el análisis bivariable, alcanzaron un nivel de significación estadística $p < 0,2$. El nivel de significación en el análisis multivariante se estableció para valores de p inferiores a 0,05.

Resultados: De los 30 pacientes incluidos, 24 eran mujeres y 6 varones, con una edad media en el momento del diagnóstico de 45 ± 15 años (rango: 24-65) y una duración media de la enfermedad en el momento de la primera visita de $4 \pm 3,4$ meses (rango: 1-12). El factor reumatoide fue positivo en el 75% de los casos (PCC positivos en un 25,9%), un 6,6% de los pacientes presentaba nódulos reumatoides y se evidenciaron erosiones radiológicas en el 10% de los pacientes, porcentaje que ascendió al 81% en los estudios con RM. La puntuación media del DAS28 en el momento del diagnóstico fue de $5,35 \pm 1,34$. Al finalizar el primer año de tratamiento, el 50% de los pacientes tenía una puntuación en el DAS28 < 3,2; de ellos en 10 (33,3%) se había conseguido la remisión de la enfermedad (DAS28 < 2,6). De todos los factores analizados obtuvieron significación estadística la edad, el tiempo de evolución y la presencia de erosiones con edema óseo en la RM realizada en el momento del diagnóstico de la enfermedad.

Conclusión: La edad joven en el momento del diagnóstico, la duración de la artritis superior a los 3 meses y la presencia de erosiones con edema óseo en la RM son factores de mal pronóstico en la ARC.

153

ESTUDIO MEDIANTE RESONANCIA MAGNÉTICA DEL PATRÓN DE LESIÓN ARTICULAR EN LA ARTROPATÍA PSORIÁSICA CON COMPROMISO DE MANOS Y PIES: NO SÓLO ENTESITIS

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

*Servicios de Reumatología y *Radiología. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona.*

Fundamento: Diferentes estudios sostienen que la entesitis es la lesión básica en la artropatía psoriásica (APso) y que el resto de manifestaciones articulares serían secundarias a ésta (hipótesis de la "entesitis como órgano" anatómico funcional). Sin embargo, al-

gunos trabajos recientes han demostrado que en alguna de las manifestaciones de la enfermedad, como la dactilitis, la entesitis no parece tener ningún papel patogénico.

Objetivo: Estudiar mediante Resonancia Magnética (RM) el tipo de lesión articular en pacientes con APso afectando manos y/o pies.

Material y métodos: Estudio prospectivo de 20 pacientes con APso activa. Los estudios de RM se realizaron de acuerdo con las recomendaciones del grupo OMERACT. En cada articulación se valoró y cuantificó la presencia de sinovitis, erosiones, edema óseo, entesitis y tenosinovitis.

Resultados: De los 20 pacientes incluidos, 11 eran mujeres y 9 varones, con una edad media de 46 ± 9 años (rango: 23-82) y una duración media de la enfermedad en el momento del estudio de 21 ± 24 meses (rango 3-96). De los 20 pacientes, en 1 el compromiso articular se limitaba a las IFD, 9 presentaban una oligoartritis (con dactilitis en 6 de ellos) y 10 una poliartritis, en 1 caso grave y destructiva (forma "mutilante"). En los estudios con RM, los tipos de lesión objetivados en las articulaciones afectas fueron: sinovitis en el 90% de los casos, entesitis en el 65%, erosiones en el 60%, edema óseo en el 75%, tenosinovitis en el 85% y reacción perióstica en el 5%. Aunque la sinovitis fue más frecuente que la entesitis, la intensidad de los cambios entesíticos (grado 2 ó 3 en el 58% de los casos) fueron en general mayores que la severidad de la sinovitis (grado I en el 62% de los casos). En todas las dactilitis se objetivaron marcados cambios de tenosinovitis de los flexores, con o sin sinovitis leve de las articulaciones interfalángicas, pero sin evidencia de entesopatía. Otro dato remarcable fue la elevada frecuencia de edema óseo (75%), que en un 65% de los casos afectaba la diáfisis de al menos una falange, metacarpiano o metatarsiano, a distancia de la región subcondral o entesis.

Conclusión: Nuestros hallazgos demuestran que la entesitis no es el único mecanismo determinante de lesión en la APso cuando ésta afecta a las manos y pies. De forma similar a lo descrito en las sacroilitis, el edema óseo a distancia de las entesis es también un hallazgo frecuente cuyo significado patogénico está aún por aclarar.

154

ESTUDIO ECOGRÁFICO DE LA INFLAMACIÓN DE LOS TENDONES DE LA MUÑECA Y MANO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN TERAPIA ANTI-TNF

J. Usón¹, M. Morcillo¹, E. Naredo², P. Collado², M.J. Palop³, P. Muñoz³, S. Bustabad⁴, J.J. Bethencourt⁴, L. González⁵, M. Matías⁵, C. Acebes⁶, F. Romero⁶, A. Ortiz⁷, E. Vicente⁷, M. Fernández⁸, J. Vidal⁸ y J. Garrido⁹

Servicio Reumatología. ¹Hospital de Móstoles, Madrid, ²Hospital Severo Ochoa, Madrid, ³Hospital Puerta de Hierro, Madrid, ⁴Hospital de Canarias, Tenerife, ⁵Hospital 12 de Octubre, Madrid, ⁶Hospital Fundación Jiménez Díaz, Madrid, ⁷Hospital La Princesa, Madrid, ⁸Hospital Guadalajara, Guadalajara, ⁹Unidad de Investigación de la Sociedad Española de Reumatología.

Generalmente se asume que los agentes biológicos disminuyen la afectación tendinosa inflamatoria. La ecografía con doppler detecta de manera sensible y fiable inflamación con o sin una vascularización aumentada en la vaina sinovial o dentro del tendón.

Objetivo: Describir prospectivamente la afectación inflamatoria tendinosa de la muñeca y mano en pacientes con AR activa en tratamiento con terapia anti-TNF.

Métodos: Se incluyeron 41 pacientes (82 muñecas-manos) con AR que cumplieron 12 meses de terapia con anti-TNF de un estudio en marcha multicéntrico español (estudio ecográfico y clínico en pacientes con AR en terapia biológica). Un reumatólogo y

un reumatólogo-ecografista de cada centro realizó el estudio clínico y ecográfico en el mes 0 y 12. La técnica de exploración ecográfica (GE Medical systems: Logic 5 en 7 centros y Logic 7 en 1 centro) y el criterio diagnóstico ecográfico se estandarizó antes del estudio. Se puntuó de 0 a 3 la presencia de derrame, hipertrofia sinovial, señal doppler de los tendones extensores del carpo, flexores del carpo y mano (12 localizaciones en cada muñeca-mano). Se evaluó la fiabilidad interobservador puntuando las imágenes ecográficas en escala de grises y power doppler de 20 pacientes con AR seleccionados al azar.

Resultados: El 82% de los pacientes eran mujeres de $55,6 \pm 12,2$ años con una media de duración de AR de $110 \pm 73,9$ meses y DAS28 $5,9 \pm 0,94$. La manifestación extra-articular solo lo presentó un paciente en forma de nódulos reumatoides. Antes de la terapia anti-TNF, el 75,6% (31) de los pacientes tenían inflamación tendinosa. Los tendones extensores del carpo, flexor del tercer dedo a nivel de la MCF e IFP de la mano derecha fueron los más frecuentemente afectados. La inflamación tendinosa no se relacionó con el DAS28, la duración de la enfermedad ni con los niveles de factor reumatoide. A los 12 meses de terapia, el 58,5% (24) no tenían signos ecográficos de inflamación tendinosa. Además, el número de localizaciones de inflamación, el grado de tenosinovitis así como el grado de señal doppler disminuyó ($p = 0,001$). La fiabilidad interobservador fue 0,64 para derrame e hipertrofia sinovial y 0,85 para la señal de power doppler (W de Kendall).

Conclusión: En la mayoría de los pacientes con AR estudiados, la terapia anti-TNF disminuye la inflamación de los tendones en la muñeca y mano.

155

EVALUACIÓN ULTRASONOGRÁFICA LONGITUDINAL DEL EFECTO DE LAS TERAPIAS BIOLÓGICAS EN LA ACTIVIDAD INFLAMATORIA ARTICULAR DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

E. Naredo¹, I. Möller², C. Moragues³, J.L. Fernández-Sueiro⁴, R. Tuneu⁵, J.J. de Agustín⁶, E. de Miguel⁷, S. Bustabad⁸, A.M. García³, J.J. Alegre¹⁰, A.M. Ortiz¹¹, M.A. Ferrer¹², L. González¹³, J. Usón¹⁴, E. Brito¹⁵, A. Rodríguez¹⁵, E. Girona¹⁶, M.J. Palop¹⁷, E. Batlle¹⁸, J. Esteve¹⁸, M. Fernández¹⁹, R. Morlá²⁰, A. Ponce²¹, L. Mayordomo²², E. Rejón²², C. Acebes²³, J. Garrido²⁴, L. Carmona²⁴, J.A. Pinto⁴, J. Maymo²⁵, M. Almirall²⁵, F.J. Narváez³, E. Moreno⁶, C. Bohórquez⁷, J.J. Bethencourt⁸, J. Bachiller¹⁵, J. Rey⁹, P. Collado¹, J.A. Román-Ivorra¹⁰, J. de la Torre¹⁸, J. Salvatierra¹², M. Matías¹³, M. Morcillo¹⁴, P. Muñoz¹⁷, M. Ibáñez¹¹, E. Vicente¹¹, J. Vidal¹⁹, J. Pujol²⁰, V. Ortiz²¹, F. Romero²³ y R. Batista¹⁶

¹Hospital Severo Ochoa. Madrid, ²Instituto Pooal. Barcelona, ³Hospital de Bellvitge. Barcelona, ⁴Hospital Juan Canalejo. La Coruña, ⁵Hospital de Manresa. Barcelona, ⁶Hospital Vall d'Hebrón. Barcelona, ⁷Hospital La Paz. Madrid, ⁸Hospital Universitario de Canarias. Tenerife, ⁹Hospital Virgen de la Salud. Toledo, ¹⁰Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia, ¹¹Hospital de la Princesa. Madrid, ¹²Hospital Virgen de las Nieves. Granada, ¹³Hospital 12 de Octubre. Madrid, ¹⁴Hospital de Móstoles. Madrid, ¹⁵Hospital Ramón y Cajal. Madrid, ¹⁶Hospital Universitario de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria, ¹⁷Hospital Puerta de Hierro. Madrid, ¹⁸Hospital General de Alicante. Alicante, ¹⁹Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara, ²⁰Hospital de St Pau i Sta Tecla. Tarragona, ²¹Hospital de Granollers. Barcelona, ²²Hospital Universitario de Valme. Sevilla, ²³Fundación Jiménez Díaz. Madrid, ²⁴Unidad de Investigación de la Sociedad Española de Reumatología. Madrid, ²⁵Hospital del Mar. Barcelona.

Objetivo: Evaluar por ultrasonografía (US) con power Doppler (PD) los cambios en la inflamación articular producidos por las terapias biológicas (TB) en la artritis reumatoide (AR).

Material y métodos: Se incluyeron prospectivamente 238 pacientes, de 23 centros españoles (196 mujeres, 42 varones; edad media (DS) 53,7 (12,3) años; duración media (DS) de la AR 116,3 (96,2) meses) con AR activa a pesar del tratamiento con al menos 2 fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (incluyendo metotrexate) que iniciaban TB. El mismo reumatólogo en cada centro realizó evaluación clínica y analítica a cada paciente así como otro reumatólogo en cada centro, de forma ciega, exploración US con PD (Logiq 5 en 21 centros, Logiq 7 en 2 centros, General Electric Medical Systems) basal y al mes, 3 y 6 meses. Los investigadores US tenían una formación común y alta experiencia en esta técnica. El método de exploración y los criterios diagnósticos se estandarizaron y consensuaron entre los investigadores previamente al inicio del estudio. En cada visita de cada paciente se obtuvo el Disease Activity Score para 28 articulaciones (DAS 28). El derrame, la hipertrofia sinovial y la señal de PD se cuantificaron por US, de 0 a 3, en las 28 articulaciones. Se recogieron el número de articulaciones con derrame, hipertrofia sinovial y señal de PD, así como un índice global de derrame, hipertrofia sinovial y señal de PD en cada visita de cada paciente. La fiabilidad interobservador entre los investigadores US se obtuvo de la evaluación de imágenes US de 20 pacientes incluidos en el estudio, elegidos aleatoriamente.

Resultados: La fiabilidad interobservador US fue alta (W de Kendall: 0,64 para derrame e hipertrofia sinovial y 0,85 para señal de PD). El DAS 28 y los parámetros US mejoraron significativamente al ms, 3 y 6 meses ($p < 0,01$). Hubo correlación significativa entre los cambios en el DAS 28 y las variables US ($p < 0,01$). Los cambios en el recuento e índice de señal de PD fueron mayores que los cambios en el DAS 28, derrame e hipertrofia sinovial a lo largo del estudio.

Conclusión: La US con PD parece ser un método sensible y fiable en el seguimiento multicéntrico de la actividad inflamatoria articular de pacientes con AR tratados con TB.

156

METAANÁLISIS DE LA EFICACIA DE LA ADMINISTRACIÓN DE DIFERENTES DOSIS DE ANTI-TNF α EN LA ARTRITIS REUMATOIDE

A. Alonso*, J.I. Pijoan**, A. Urkaregi****, E. Ansuategui*****, F. Pérez*, E. Uriarte*, I. Hernando* y A. Quintana***

*Reumatología, **Epidemiología. H. Cruces, ***Farmacología Matemática Aplicada, ****U.P.V. Documentación, *****H. Donostia.

Objetivo: Estudiar la eficacia de diferentes dosis de anti-TNF α en la artritis reumatoide (AR).

Método: Se realizó un metanálisis con los ensayos publicados hasta diciembre de 2005 con pacientes con AR en tratamiento con infliximab, etanercept o adalimumab. Se seleccionó aquellos ensayos que realizaban comparaciones homogéneas: anti-TNF α más MTX vs MTX y anti-TNF α vs placebo en pacientes con respuesta previa insuficiente al MTX. Se estudió la eficacia con las distintas dosis de anti-TNF α . Para medir la eficacia se utilizó la respuesta ACR20, 50 y 70. Se estimó el efecto mediante la determinación del riesgo relativo (RR). La heterogeneidad se evaluó mediante el estadístico Q de Cochrane y el I².

Resultados: Se incluyeron 6 ensayos en el metanálisis: 1 de infliximab (Lipsky 2000), 2 de etanercept (Weinblatt 1999; Moreland 1999) y 3 de adalimumab (ARMADA 2003; Keystone 2004; van de Putte 2004). En los ensayos que comparan a los 6 meses un anti-TNF α más metotrexato vs. metotrexato con respuesta insuficiente previa al metotrexato no se observamos un gradiente dosis respuesta significativo ($Q = 0,23$; $p = 0,97$; $I^2 = 0$)

en el ensayo de Lipsky con infliximab. En los ensayos con adalimumab el efecto fue superior en el ARMADA respecto al de Keystone ($Q = 11,4$; $p = 0,02$; $I2 = 66,3\%$) si bien no se evidenció heterogeneidad entre los brazos con diferentes dosis en ninguno de los 2 ensayos. En los ensayos que comparan un anti-TNF α con placebo se observa a los 6 meses que con dosis de 20 mg/semana de etanercept se obtiene un efecto similar a 50 mg/semana ($Q = 0,08$; $p = 0,76$). En el ensayo de van de Putte aunque el efecto era superior con 40 mg/semana respecto a 20 mg/2 semanas, la heterogeneidad no era significativa ($Q = 1,8$; $p = 0,60$; $I2 = 0\%$).

Conclusiones: El análisis con ensayos de 6 meses de tratamiento, no demuestra una diferencia significativa en la eficacia entre las diferentes dosis administradas en las comparaciones anti-TNF α más metotrexato vs. metotrexato en pacientes con fracaso previo a metotrexato y anti-TNF α vs. placebo.

157

SUPERVIVENCIA EN EL TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

J. de la Torre¹, E. Battle¹ y P. Caballero²

¹Sección de Reumatología, Hospital General Universitario de Alicante, ²Dpto Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia, Universidad de Alicante.

Introducción: La aparición de terapias biológicas inhibitoras del TNF en el tratamiento de la AR (Artritis Reumatoide) ha producido una revolución en el manejo de estos enfermos. Debido al coste y los posibles efectos adversos, sería conveniente conocer en qué grupo de enfermos es más probable conseguir y mantener una respuesta satisfactoria. Ante esta situación proponemos el presente estudio.

Objetivo: El objetivo del estudio fue conocer el tiempo de permanencia en el tratamiento de una cohorte de enfermos con AR en tratamiento con el inhibidor TNF alfa (Infliximab) y su interacción con otras variables que a priori pudieran estar relacionadas.

Método: Se registró el seguimiento de 88 pacientes del Servicio de Reumatología del Hospital General de Alicante. De dichos pacientes se recogieron las siguientes variables: el tiempo de permanencia en el tratamiento durante el periodo de estudio (de Marzo 2000 a Octubre 2003), en el caso de finalizar el tratamiento durante dicho periodo se registró el motivo (incide). A partir de la edad y el sexo, se recogieron otras co-variables de interés como son: el grado de discapacidad medido por el cuestionario HAQ, el número de articulaciones dolorosas (NAD), el número de articulaciones tumefactas (NAT), la VSG, la PCR, el diagnóstico (DIAGNOST) codificada en factor reumatoide (FR) positivo o negativo y el inicio de la enfermedad (INIENF). El método para analizar la supervivencia fue la regresión de Cox y para la representación de la supervivencia inicial (máximoverosimil) se utilizó el programa informático SPSS 11.5. Para la introducción de variables en el modelo de Cox se aplicó un proceso con 4 bloques, el primer bloque recoge la fisonomía del paciente mediante las variables EDAD y SEXO, el segundo bloque aglutina la discapacidad funcional mediante las variables HAQ, NAD y NAT, el tercer bloque, los resultados analíticos de VSG y PCR, y en el cuarto bloque, denominado 'Punto base', recoge DIAGNOST y INIENF. Dentro de cada bloque la introducción de las variables se hizo mediante pasos hacia delante.

Resultados: Antes de introducir las co-variables en el modelo, la mediana del tiempo de permanencia en el tratamiento es de 476 días (56-896). En el proceso de introducción de las variables mediante bloques, el orden de estos viene dada por la importancia

que pensamos pueden tener las variables de los bloques de fisonomía, discapacidad funcional y resultados analíticos, aunque en este último bloque la variable PCR queda muy cerca de ser introducida (signif estadística: 0,089). Mientras que por parte del bloque de punto base la variable DIAGNOST entra a formar parte del modelo. Sobre este primer modelo, que consta solamente de dicha variable, intentamos introducir de nuevo las variables que no entraron previamente, generando como resultado un segundo modelo dependiente además, del diagnóstico (FR+ ó -), y de la PCR. El modelo final es significativo (0,008).

Discusión: No se observaron diferencias en el tiempo de permanencia en el tratamiento por fisonomía, discapacidad ni VSG. Tanto el diagnóstico (FR + ó -), como el valor de la PCR, sí mostraron diferencias significativas. En el caso del diagnóstico, el tener un factor reumatoide positivo favoreció la menor permanencia en el tratamiento ($p = 0,035$). Así mismo, cifras elevadas de PCR previo al inicio del tratamiento, también favoreció la menor permanencia del enfermo en el mismo ($p = 0,043$).

Proyecto financiado por el FIS (exp. 03/10030).

158

IMPORTANCIA DE LA RESPUESTA PREVIA AL METOTREXATO EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE CON FÁRMACOS ANTI-TNF α

A. Alonso*, J.I. Pijoan**, M. Calabozo*, A. Urkaregi****, E. Ansuategui****, J. Atxotegui*, E. Garmendia* y A. Quintana***
*Reumatología, **Epidemiología. H. Cruces, ***Farmacología, ****Matemática Aplicada. UPV, *****Documentación. H. Donostia.

Objetivo: Estudiar el efecto de la respuesta previa al metotrexato en la eficacia de los fármacos anti-TNF α en la artritis reumatoide (AR).

Método: Se realizó un metaanálisis de los ensayos publicados hasta diciembre de 2005 con al menos 6 meses de duración, sobre el tratamiento de la AR con infliximab, etanercept o adalimumab. Para medir la eficacia se utilizó la respuesta ACR20, 50 y 70. Se estimó el efecto mediante la determinación del riesgo relativo (RR). La heterogeneidad se evaluó mediante el estadístico Q de Cochrane y el I2. Se calculó el número de pacientes necesarios a tratar (NNT).

Resultados: Se incluyeron 11 ensayos: 3 de infliximab, 4 de etanercept y 4 de adalimumab. Se demostró, con las dosis recomendadas (infiximab 3 mg/Kg/8 semanas; etanercept 25 mg 2 veces a la semana; adalimumab 40 mg /2 semanas) mayor eficacia en los pacientes que recibían un anti-TNF α frente al control, con un RR combinado de 1,84 (IC 95% 1,46-2,32) y un NNT de 5 (5-6). La heterogeneidad fue muy elevada ($Q = 101,9$; $p < 0,001$; $I2 = 92\%$) por lo que se subgrupo los ensayos dependiendo de la respuesta previa al metotrexato. En los ensayos con pacientes con fracaso previo al MTX se evidenció una mayor eficacia en el brazo de pacientes con anti-TNF α más MTX frente a MTX con un RR combinado de 2,6 (1,9-3,5) y un NNT de 3 (3-4) sin apreciarse heterogeneidad significativa ($Q = 5,18$; $P = 0,158$; $I2 = 43,7\%$). En los ensayos con pacientes sin fracaso previo a metotrexato se observó un efecto bajo pero significativo con un RR combinado de 1,14 (1,06-1,23) con un NNT de 14 (8-48) sin observarse una heterogeneidad significativa ($Q = 0,3$; $P = 0,860$).

Conclusiones: La eficacia de infliximab, etanercept y adalimumab en combinación con metotrexato es similar. La eficacia es alta en pacientes con respuesta insuficiente al metotrexato. La eficacia de los fármacos anti-TNF α es inferior cuando se administran en pacientes en los que no se ha intentado previamente el tratamiento con metotrexato.

159

EVALUACIÓN LONGITUDINAL DE LA ACTIVIDAD INFLAMATORIA ARTICULAR POR ULTRASONOGRAFÍA CON POWER DOPPLER EN ARTRITIS REUMATOIDE DE RECIENTE COMIENZO

E. Naredo, P. Collado, A. Cruz, M.J. Palop, F. Cabero, P. Richi, L. Carmona* y M. Crespo

Sección de Reumatología, Hospital Severo Ochoa, Madrid, España y Unidad de Investigación de la Sociedad Española de Reumatología, Madrid, España*.

Objetivo: Evaluar la sensibilidad al cambio de la valoración ultrasonográfica (US) con power Doppler (PD) de la inflamación articular y el valor predictivo de los parámetros US en la actividad de la enfermedad y la progresión radiológica en pacientes con artritis reumatoide (AR) de reciente comienzo.

Material y métodos: 42 pacientes (31 mujeres, 11 varones; edad media (DS) 53,6 (14,1) años (24-77), duración media (DS) de la AR 6,8 (3,6) meses (1,5-12)) con AR de reciente comienzo que iniciaban tratamiento con fármacos anti-reumáticos modificadores de enfermedad (FAME) fueron evaluados secuencialmente y de forma ciega, clínica, analítica y por US (basal, 3, 6 y 12 meses), así como por radiografía simple (basal y 12 meses). En cada visita se obtuvo el índice Disease Activity Score 28 (DAS 28). La presencia de sinovitis articular por US en escala de grises y de señal de PD intraarticular se exploró en las 28 articulaciones. La señal de PD intraarticular se cuantificó en tres grados (0-3). Se definió sinovitis activa (SA) como la presencia de sinovitis con señal de PD. El conteo de articulaciones con SA y un índice articular global de señal de PD se calcularon en cada visita. La fiabilidad intraobservador de la exploración US se obtuvo de la evaluación de las imágenes de las 28 articulaciones de una visita de 20 pacientes, elegidos aleatoriamente, por el mismo reumatólogo, 3 meses después de la exploración inicial. La sensibilidad al cambio de los parámetros US se evaluó mediante la diferencia mínima detectable (DMD) de la variabilidad intraobservador. Las correlaciones entre parámetros clínicos, US, analíticos y radiológicos se analizaron mediante los tests de Pearson y Spearman. La evolución de las variables US, clínicas y analíticas a lo largo del estudio se analizó mediante el método del área bajo la curva.

Resultados: La DMD de los parámetros US fue menor que su cambio medio desde la visita basal a los 3, 6 y 12 meses. Los valores del área bajo la curva de los parámetros de PD mostraron una correlación altamente significativa con el DAS 28 a los 12 meses ($r = 0,63$, $p < 0,001$) y una correlación más alta con la progresión radiológica que las variables clínicas y analíticas.

Conclusión: La US con PD es un método sensible y fiable en la evaluación longitudinal de la actividad inflamatoria en la AR de reciente comienzo. Los hallazgos de PD pueden tener un valor predictivo en la actividad de la AR y su progresión radiológica.

160

ANÁLISIS DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE CON ADALIMUMAB

P. García de la Peña Lefebvre, S. Rodríguez Rubio, M. Valero Expósito, J.L. Morell Hita, J. Rubio García, P. Abreu Trigueros y A.C. Zea Mendoza

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

Introducción: El adalimumab ha sido el último tratamiento biológico incorporado al arsenal terapéutico de la Artritis Reumatoide

de (AR), y, dado que cada día disponemos de más alternativas de tratamiento con terapias biológicas, conviene conocer con exactitud las ventajas o problemas derivados del tratamiento con cada uno de ellos para ayudarnos en la elección.

Objetivos: Evaluar la eficacia, efectos secundarios y tratamientos concomitantes de pacientes en tratamiento con adalimumab.

Pacientes y método: Estudio prospectivo observacional de los pacientes mayores de 18 años tratados con adalimumab en nuestro servicio. El primer paciente inició tratamiento en abril de 2003 y el último incluido en junio del 2005. A todos los pacientes se les realizó valoración clínica y analítica previas al inicio del tratamiento y cada 6 meses: HAQ, EVA del estado general, EVA del dolor, DAS 28, nº de articulaciones dolorosas (NAD), nº de articulaciones tumefactas (NAT), PCR, FR y VSG. Para valorar la respuesta utilizamos los criterios europeos de no respuesta, respuesta moderada o buena y remisión.

Resultados: Hasta junio de 2005 habían iniciado tratamiento con adalimumab 41 pacientes: 35 mujeres (85,4%) y 6 varones (14,6%). 38 AR y 3 AIJ poliarticular de curso en la edad adulta. La media de FAMES previos al inicio del adalimumab fue de 3,48 por paciente y 8 pacientes (21,4%) habían recibido al menos otro anti-TNF previamente. Durante el tratamiento con adalimumab recibieron tratamiento concomitante con: MTX el 48,8%; MTX más otro FAME (LFN, HCQ o SSZ) un 19,5%; Leflunomida un 17%; MTX, HCQ y SSZ un 4,8%; LFN asociada a otro fármaco un 2,4% y, un 7,3% no recibieron ningún FAME concomitantemente. Los resultados en cuanto a efectividad y respuesta pueden verse en la siguiente tabla

	Basal	Mes 6	Mes 12	Mes 18	Mes 24	Mes 30
Numero pacientes total (relativo)	41 (100%)	36 (87,8%)	25 (61%)	22 (53,6%)	18 (44%)	9 (22%)
No respuesta	-	4/36 (11,1%)	4/25 (16%)	2/22 (9%)	3/18 (16,6%)	0/9 (0%)
Respuesta moderada	-	22/36 (61,1%)	13/25 (52%)	12/22 (54,5%)	9/18 (50%)	3/9 (33,3%)
Buena respuesta	-	10/36 (27,7%)	8/25 (32%)	8/22 (36,3%)	6/18 (33,3%)	6/9 (66,6%)
DAS 28 < 2,6	-	7/36 (19,44%)	5/25 (20%)	4/22 (18,1%)	4/18 (22,2%)	4/9 (44,4%)
DAS 28 (media)	5,97	3,94	3,73	3,64	3,76	2,86
NAD	10,16	4,27	3,08	2,85	3,22	1,33
NAT	11,56	3,96	3,45	2,47	2,72	0,55
EVA del estado general por el paciente	55,81	29,46	33,76	38,11	35,25	22,44
HAQ	1,63	0,99	0,93	0,93	1,21	1,12
VSG	42,77	29,13	27,9	29,8	23,27	24,12
PCR	24,64	10,35	10,41	11,10	6,74	10,78

Se observó una disminución marcada desde el inicio del tratamiento de todos los parámetros de actividad que se mantuvo en el tiempo. A los 30 meses de tratamiento se encontró una disminución mayor del 50% en la media de los valores de DAS28, NAD, NAT, EVA del estado general y PCR. En la última revisión realizada habían alcanzado un DAS < 2,6 un 22% de los pacientes. El 63,45% de los pacientes presentó algún efecto secundario. El más habitual fueron las infecciones respiratorias (48,4%). Otros fueron: infecciones urinarias en 4 pacientes, alteraciones del sueño o nerviosismo en 4, herpes zoster e infecciones del aparato locomotor en 3 casos (artritis séptica, infección protésica y osteomielitis), 2 toxicodermias, 2 infecciones dentales y 2 casos de eritema local en el sitio de inyección. Se produjeron 11 (26,9%) retiradas definitivas del fármaco, de las cuales la mitad tuvieron lugar en los primeros 6 meses. Las causas de la suspensión del fármaco fueron: 3 por ineficacia, 2 por reacciones alérgicas, 2 por infecciones, 1 por embarazo, 2 por abandono y 1 por inactividad de la enfermedad.

Conclusiones: El tratamiento con adalimumab consigue una buena respuesta en el tratamiento de la AR. En nuestra serie se consiguió una mejoría importante en todos los parámetros de actividad clínica y analítica medidos así como en la capacidad funcional. Destacamos además la ventaja de poder administrar el adalimumab de forma segura concomitantemente con cualquier tipo de FAME.

161

PATRONES DE AFECTACIÓN ARTICULAR EN LA ARTRITIS PSORIÁSICA: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA COHORTE DE 460 PACIENTES

J.L. Fernández Sueiro¹, A. Willisch Domínguez², J.A. Pinto¹, S. Pertéga³, M. Freire¹, A. Atanes¹, A. Sanmartín Álvarez¹, F. Galdo¹ y F.J. Blanco¹

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

²Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Cristal Piñor. Orense,

³Unidad de Epidemiología. Hospital Universitario Juan Canalejo. La Coruña.

Objetivos: La clasificación de la artritis psoriásica (APs) de acuerdo a sus patrones de afectación articular es compleja. De acuerdo a Moll y Wright existen 5 formas de afectación articular, habiéndose postulado por algunos autores que estas formas podrían simplificarse en tres; forma axial, periférica y mixta. El objeto del presente trabajo ha sido describir los patrones de afectación articular de la APs en una de las series más amplias de la literatura.

Pacientes y métodos: Revisión de las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de APs (criterios de Moll y Wright) en dos servicios de reumatología: Hospital Cristal Piñor de Orense y Hospital Universitario Juan Canalejo, La Coruña. Los datos epidemiológicos, clínicos y de laboratorio fueron recogidos de acuerdo a un protocolo preestablecido, se obtuvieron los datos en el momento del diagnóstico de la APs y en su situación actual. Se dividieron los pacientes de acuerdo al sexo. Para el estudio estadístico se utilizó un estudio descriptivo y con respecto al sexo se realizó el test Chi-cuadrado para la asociación entre dos variables categóricas, y el test t de Student o test de Mann-Whitney para la comparación de valores numéricos entre muestras independientes.

Resultados: De los 460 pacientes estudiados, 274 (59,5%) fueron varones y 186 (40,4%) mujeres. La edad media al diagnóstico de Psoriasis (Ps) fue de 36 (DT: 16,4) años y la edad al diagnóstico de APs fue de 47,27 (DT: 13,5) años. El tiempo desde la presentación de Ps hasta la aparición de artritis fue de 148, 8 (DT 144,6) meses. 81,5% de los pacientes presentaron Ps antes que artritis, 9,6% de forma concomitante y 8,9% artritis antes que Ps. Historia familiar de Ps se presentó en el 39% de los casos. Ps tipo I en el 64,3% y Ps tipo II en el 35,7%. El 18,2% de los pacientes tenían una edad mayor o igual a 60 años. Los patrones de afectación articular en el momento de la presentación fueron los siguientes: oligoartricular 45,4%, poliarticular 38%, Distal aislada 2,2%, espondilitis 14,3%. En el momento actual: oligoartricular 23,8%, poliarticular 13,1%, mutilante 1,8%, distal aislada 2,2%, espondilitis 10,5%, no artritis 48,6%. En el momento de la presentación la VSG fue de 28,6 mm 1ª hora, y la PCR fue de 4,49 mg/dl, factor reumatoide 11,20 UI/L. El 98,9% de los pacientes fue tratado al inicio con AINES, FAME o una combinación de ambos. Los patrones articulares de la presentación se "modificaron" e intercambiaron a lo largo de la evolución (datos no presentados). Con respecto al sexo, la edad media al diagnóstico de Ps fue V/M, 38,64/32,34 años (p < 0,001), edad al diagnóstico de APs 49,09/44,62 años (p = 0,001), PCR inicio 4,91/3,88 (p =

0,006), no se encontró ninguna diferencia con respecto a los patrones articulares en la presentación, ni con respecto a la presencia de artritis antes que psoriasis.

Conclusiones: La forma oligoartricular es la más frecuente en nuestra serie, tanto en la presentación como en la evolución (45,4%-23,8%). La forma distal aislada es poco frecuente pero está presente en la artritis psoriásica y se mantiene como tal en la evolución. La forma mutilante aparece en la evolución de la enfermedad, siendo posible que esta forma sea una complicación de la enfermedad y no una forma de presentación de la misma. La artritis del anciano se presenta en el 18,2% de los casos. La gran variabilidad y el intercambio que existe en la evolución de los patrones de afectación articular en la artritis psoriásica, implica la necesidad de instrumentos consensuados para realizar una evaluación adecuada de la inflamación articular, y en consecuencia utilizar las medidas terapéuticas más apropiadas en cada paciente.

162

EVALUACIÓN DE LA MASA ÓSEA COMO MARCADOR DE ACTIVIDAD EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

J.L. Fernández Sueiro¹, J.A. Pinto¹, S. Pertéga², M. Acasuso¹, C. Fernández¹, A. Sanmartín Álvarez¹, A. Atanes¹, G. Graña¹, F.J. de Toro¹, F. Galdo¹ y F.J. Blanco¹

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

Objetivos: La espondilitis anquilosante (EA) es una enfermedad inflamatoria crónica que se caracteriza por inflamación ósea/articular/entésica, aunque en la mayoría de estos procesos se provoca una destrucción ósea local, es probable que las sustancias inflamatorias tengan una actuación sistémica. El objetivo del presente trabajo es evaluar si la masa ósea puede ser un marcador indirecto del proceso inflamatorio en la EA.

Pacientes y métodos: A) *Pacientes:* los pacientes en seguimiento en la consulta monográfica de EA del Hospital Universitario Juan Canalejo fueron el objeto del presente estudio, estos pacientes son seguidos regularmente en la clínica en la que se realizan los siguientes estudios: datos epidemiológicos, metrología, recuento articular y de entesis, evaluación global del médico, paciente, dolor espinal nocturno y total, BASDAI, BASFI, BASRI, AsQoL, SF12, VSG y PCR. Los datos presentados corresponden a las densitometrías realizadas en los pacientes al inicio de la cohorte. B) *Métodos:* Del total de los 107 pacientes seguidos en la consulta, se dispusieron para su análisis 68 densitometrías óseas. La masa ósea fue medida por DEXA (Norland Excell 2001, Emsor, M) en la columna lumbar L2-L4 y en el cuello femoral, la evaluación se realizó de acuerdo a las guías recomendadas por la OMS para el T score, ajustado por el sexo y la edad. La osteopenia fue definida por un T score < -1 y la osteoporosis fue definida por un T score < -2,5. Para evaluar su utilidad como parámetro de actividad de la enfermedad se realizó una comparación entre los pacientes con un BASDAI < 4 y aquellos con un BASDAI > = 4. El análisis estadístico se realizó con el test chi-cuadrado para variables cualitativas y el test t de Student o el test de Mann-Whitney para datos cuantitativos.

Resultados: De los 68 pacientes estudiados 59 presentaban una EA primaria, 5 una EA asociada a enfermedad inflamatoria intestinal y 4 una EA asociada a psoriasis. El 89,7% fueron hombres. Osteopenia/osteoporosis (Os/Op) de la columna estuvo presente en el 30,9% de los pacientes y en la cadera en el 45,6%. En conjunto el 57,4% de los pacientes presentó Os/Op. Con respecto al sexo,

Os/Op de columna fue más frecuente en mujeres (71,4%/26,2%, $p = 0,025$). No hubo diferencias significativas en Os/Op vs. normales en cuanto a la edad, tiempo de evolución o duración de los síntomas hasta el diagnóstico ni en el total de pacientes ni por sexos, excepto uveítis en el total Os/Op cadera vs. normales (48,4%/24,3%, $p = 0,039$). Comparando Os/Op vs. normales en columna se observó: BASRI c (5,71/7,68, $p = 0,039$) BASRI t (6,48/8,68 $p = 0,074$), BASFI (3,4/3,48 $p = 0,221$) ASQoL (5,9/6,83 $p = 0,531$) SF12 físico (40,1/40,3 $p = 0,989$) y SF12 mental (53,6/50,2 $p = 0,200$). En cadera: BASRI c (8,29/6,05, $p = 0,007$), BASRI t (9,55/6,70 $p = 0,004$), BASFI (2,44/4,17 $p = 0,003$), ASQoL (5,84/7,39 $p = 0,308$), SF12 físico (42,7/37,3 $p = 0,026$) y SF12 mental (52,1/50,4 $p = 0,685$). El % de pacientes con Os/Op de columna teniendo en cuenta: actividad de la enfermedad según BASDAI <4 ó ≥ 4 fue: (31,4%/29,4%, $p = 0,880$), VSG normal o ? (26,4%/46,7%, $p = 0,204$), PCR normal o alterada (31,8%/29,5%, $p = 0,850$), El % con Os/Op de cadera: según BASDAI <4 ó ≥ 4 (39,2%/64,7%, $p = 0,068$), VSG normal o ? (41,5%/60%, $p = 0,204$), PCR normal o alterada (36,4%/50%, $p = 0,294$).

Conclusiones: Una masa ósea baja, osteoporosis/osteopenia, se presentó en el 57,4% de los pacientes, su presencia no depende de la duración de la enfermedad. La medición de esta masa ósea parece más fiable en la cadera, en la columna la relación inversa entre el BASRI y la presencia o ausencia de osteopenia, sugiere que los sindesmófitos pueden artefactar los resultados. La masa ósea baja en este estudio no parece tener relación con la actividad de la enfermedad tomando un BASDAI ≥ 4 como referencia, en la cadera existe una tendencia sin embargo no alcanzó significación estadística.

163

ALGORITMO DIAGNÓSTICO PARA AR DE RECIENTE COMIENZO. VALIDEZ DIAGNÓSTICA. RESULTADOS PRELIMINARES

M.P. Lisbona, J. Maymó, C. Pérez, M. Almirall, J. Calvet, A. Balsa* y J. Carbonell

*Servicio de Reumatología. Hospital del Mar y Esperanza. IMAS. Barcelona. *Hospital La Paz. Madrid.*

Introducción: Los criterios de clasificación para Artritis Reumatoide (AR) de la ACR de 1987 presentan, en pacientes con enfermedad establecida, una sensibilidad (S) del 91% y una especificidad (E) del 89% (1). La aplicación de estos criterios en AR de reciente comienzo ha demostrado una menor S y E, del 66% y del 82% respectivamente (2). Por ello son necesarios nuevos criterios más S y E para mejorar el pronóstico de los pacientes, facilitar un diagnóstico precoz y posibilitar una estrategia terapéutica adecuada y rápida. El proyecto SERAP, de investigación en gestión de patologías para evaluar un modelo de atención de la Artritis en España, es una iniciativa de la FER cuyo objetivo principal es demostrar que la correcta puesta en marcha de Unidades de Artritis Precoz (UAP's) mejora la atención y el pronóstico de la AR. Desde noviembre 2004 a noviembre 2005 se han remitido pacientes desde los CAP a la UAP's de 33 centros de toda España, que cumplían unos criterios definidos de derivación como "sospecha de artritis" (algoritmo de derivación, Tabla 1). Los pacientes que cumplían este algoritmo de derivación han sido incluidos en un protocolo y serán seguidos durante dos años. SERAP pretende también establecer la validez de un nuevo algoritmo diagnóstico aplicado en la visita inicial y compararlo con los criterios de clasificación de la ACR a los 6 meses, 1 y 2 años de seguimiento. Presentamos los resultados a los 6 meses.

Objetivo: Demostrar, la validez y seguridad, es decir, la S, la E y los valores predictivos positivos (VPP) y negativos (VPN) del algoritmo diagnóstico en pacientes con AR de reciente comienzo comparándolo con los criterios de clasificación de la ACR a los 6 meses de seguimiento.

Material y métodos: Se han seleccionado los pacientes remitidos a las UAP's que cumplían el algoritmo de derivación y que presentaban un seguimiento de por lo menos 6 meses. Se han excluido 19 pacientes (2 éxitos, 2 por rechazo a participar y 15 por pérdida de seguimiento).

A este subgrupo de 165 pacientes se les aplicó, en la primera visita, el algoritmo diagnóstico (Tabla 2) y a los 6 meses los criterios de clasificación de la ACR (Tabla 3). Se ha evaluado la validez (S y E) y la seguridad (VPP, VPN) del algoritmo diagnóstico, comparándolo a los 6 meses con el "patrón oro" (criterios de clasificación de la ACR). Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS para windows (v.9.0).

Resultados: Presentamos los resultados de los 165 pacientes que cumplían el algoritmo de derivación y presentaban seguimiento de 6 meses. 63,6% (105 pacientes) cumplían el algoritmo diagnóstico de AR en la primera visita. Los diagnósticos de los pacientes que no cumplían dicho algoritmo se presentan en la figura 1. La validez de este algoritmo diagnóstico para clasificar a los pacientes como AR al inicio, al compararlo con los criterios de la ACR a los 6 meses de seguimiento presenta una S del 96,23%, una E del 94,92% y un VPP y VPN del 97,14% y del 93,33% respectivamente.

Conclusiones: 1. El nuevo algoritmo diagnóstico propuesto es muy S y E al compararlo con los criterios de clasificación ACR. 2. Su aplicación al inicio de la enfermedad es útil y permite clasificar con seguridad a los pacientes. 3. El cálculo posterior al año y a los 2 años nos va a permitir obtener datos de su validez más exactos.

164

FACTORES ASOCIADOS CON LA PROGRESIÓN RADIOLÓGICA DE LA ARTRITIS REUMATOIDE DE RECIENTE COMIENZO

A. Balsa¹, D. Pascual-Salcedo², T. Cobo¹, M.E. Miranda¹, S. Ramiro², M.A. López-Nevot³, D. Peiteado¹, G. Orozco⁴, J. Martín⁴ y E. Martín-Mola¹

Servicio de ¹Reumatología, ²Inmunología. Hospital Universitario La Paz. Madrid, ³Hospital Virgen de las Nieves, ⁴Instituto de Parasitología López-Neira. Granada.

Objetivo: Estudiar las variables asociadas con la progresión radiológica de la artritis reumatoide (AR) de reciente comienzo.

Pacientes y métodos: Se han seguido prospectivamente 126 pacientes con AR de una consulta de artritis de reciente comienzo, de las que 93 completaron 3 años de seguimiento. En la primera visita y cada 6 meses se valoró la actividad clínica y se determinó la VSG, PCR, factor reumatoide (FR) y los AC anti péptidos cíclicos citrulinados (anti-CCP), que se repitió cada 6 meses y radiografías de manos y pies, que se repitieron cada año. Se determinaron los alelos HLA DRB1 con el epítipo compartido (EC) y el epítipo protector HLA-DRB1 con DERA (EP) por biología molecular. Se consideró tratamiento rápido si se subió a 15 mg/sem de metotrexate a las 3 semanas del inicio y lento si se subía progresivamente hasta esa dosis cada 2-3 meses. Las radiografías se valoraron por el método de Sharp-van der Heijde en orden cronológico y a pares. Los pacientes fueron tratados según su actividad a juicio del médico y no se utilizaron fármacos biológicos.

Resultados: Al inicio, había erosiones en 55 (44%) pacientes. El porcentaje de enfermedad erosiva aumentó al 72% en el primer año, 80% en el segundo y 87% en el tercero. Al inicio el score de erosiones fue de 0 (0-18) mediana (intervalo), 2 (0-26) en el primer año, 3 (0-39) en el segundo y 4 (0-45) en el tercero. A los 3 años el score total y de erosiones se correlacionaba positivamente con el área bajo la curva del DAS, DAS28, articulaciones dolorosas y tumefactas, VSG y PCR ($p < 0,01$ en todos los casos). Los pacientes con FR, anti-CCP e inicio del tratamiento lento tuvieron una progresión radiográfica significativamente mayor ($p < 0,05$ en todos los casos). No hubo diferencias según el HLA-DRB1 con el EC o EP. En un modelo de regresión logística la PCR, las articulaciones tumefactas, la rapidez del inicio del tratamiento y los anti-CCP fueron las variables que predecían el deterioro radiológico a los 3 años.

Conclusiones: La progresión radiológica en la AR depende directamente de factores ya conocidos como la actividad mantenida de la enfermedad y la presencia de anti-CCP. Este trabajo demuestra también que la intensidad del tratamiento en los primeros meses de la enfermedad es capaz de influir en el deterioro radiológico a los 3 años de manera significativa.

165

INHIBITION OF STRUCTURAL DAMAGE PROGRESSION BY THE SELECTIVE CO-STIMULATION MODULATOR ABATACEPT AS ASSESSED BY THE GENANT-MODIFIED SCORING SYSTEM IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS AND AN INADEQUATE RESPONSE TO METHOTREXATE

H. Genant¹, E. Martín², J.J. Gómez-Reino³, F. Navarro⁴, G. Herrero-Beaumont⁵, R. Aranda⁶, J.C. Becker⁶ y P. Emery⁷

¹University of California, Synarc Inc. San Francisco, Estado Unidos. ²Servicio Reumatología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, ³Servicio Reumatología, Hospital Clínico Universitario de Santiago, Santiago de Compostela, ⁴Servicio Reumatología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, ⁵Joint and Bone Research Lab, Fundación Jiménez Díaz, Madrid, ⁶Bristol-Myers Squibb, Princeton, NJ, United States, ⁷Department of Rheumatology and Rehabilitation, University of Leeds, Leeds, United Kingdom.

Objectives: Abatacept, a selective co-stimulation modulator, has been shown to reduce signs and symptoms in patients with rheumatoid arthritis (RA). Structural damage progression was assessed during the Phase III AIM (Abatacept in Inadequate responders to Methotrexate [MTX]) trial.

Methods: AIM was a 1-year, randomized, double-blind, placebo-controlled, multicenter Phase III trial where patients with active RA despite MTX treatment received abatacept (approximating 10 mg/kg) versus placebo. 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 disease-modifying antirheumatic drug (DMARD) (hydroxychloroquine, sulfasalazine, gold) was permitted between Months 6 and 12. Using the Genant-modified Sharp scoring method¹, radiographs of hands and feet were performed and scored at randomization, 1 year and upon early termination (where applicable).

Results: A total of 433 and 219 patients were randomized to abatacept and placebo treatment, respectively, with 385 (88,9%) and 162 (74,0%) patients completing 1 year of treatment. Baseline characteristics were similar between groups, with a mean disease duration of ~9 years. At 1 year, paired radiographs from 391

(92,0%) abatacept-treated patients and 195 (91,0%) placebo-treated patients demonstrated significant inhibition of structural damage progression with abatacept, shown by statistically significant reductions in erosion scores, joint-space narrowing scores and total radiographic scores versus placebo (Table). These effects were independent of baseline clinical, biochemical or radiographic characteristics (data not shown).

Change from baseline	Change from baseline (n = 424)	Placebo + MTX (n = 214)
Erosion score		
Mean (SD)	0,63 (1,77)*	1,14 (2,81)
Median (25th, 75th percentile)	0,00 (0,00, 1,02)	0,27 (0,00, 1,27)
Joint-space narrowing score		
Mean (SD)	0,58 (1,54)**	1,18 (2,58)
Median (25th, 75th percentile)	0,00 (0,00, 0,49)	0,00 (0,00, 0,97)
Total score		
Mean (SD)	1,21 (2,94)*	2,32 (5,04)
Median (25th, 75th percentile)	0,25 (0,00, 1,78)	0,53 (0,00, 2,54)

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, both versus placebo; SD = standard deviation

Conclusion: At 1 year, abatacept significantly slowed structural damage progression in patients with active RA and an inadequate response to MTX, expanding upon earlier results demonstrating the favorable safety and efficacy of abatacept² in this patient population.

166

ESCALADA DE DOSIS DE AGENTES ANTI-TNF EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

R. Ariza-Ariza, B. Hernández-Cruz, D. Mendoza, L. Rodríguez-Arbolea, M.V. Navarro, J. Toyos y F. Navarro-Sarabia

Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: Los agentes anti-TNF son eficaces en el tratamiento de la Artritis Reumatoide (AR) pero, a veces, resulta necesario incrementar la dosis o acortar el intervalo de administración. Esto puede tener consecuencias económicas importantes. Sin embargo, la frecuencia de la escalada de dosis y la efectividad de la misma no están bien establecidas.

Objetivos: Conocer la proporción de pacientes con AR tratados con anti-TNF que requieren una escalada de dosis (incremento de dosis o acortamiento de la frecuencia de administración). Conocer la efectividad de la escalada de dosis en los casos con datos disponibles.

Métodos: Se realizó una revisión sistemática de la literatura científica. Se consideraron todos los estudios con infliximab, etanercept y adalimumab para tratamiento de pacientes con AR. El desenlace primario fue la proporción de pacientes que necesitaron una escalada de dosis. Se aplicó la metodología estándar para revisiones sistemáticas incluyendo búsqueda electrónica y manual de la información sin limitación de lenguaje, selección de los estudios y extracción de datos de manera independiente por 2 revisores usando un formato estandarizado y medición de la calidad de los estudios basada en la descripción de las intervenciones y medidas de desenlace. La graduación de la evidencia se realizó de acuerdo a los niveles de evidencia (I-IV) propuestos por el Centro de Medicina Basada en la Evidencia. No se realizó metaanálisis cuantitativo debido a que todos los estudios incluidos fueron abiertos y no controlados.

Resultados: Se revisaron 1,801 referencias y, finalmente, se incluyeron 16 estudios con 8.510 pacientes (5.861 tratados con inflixi-

mab, 2.621 con etanercept y 27 con ambos). No se encontró ningún estudio con datos de escalada de dosis para adalimumab sc. Todos los estudios fueron no controlados y con nivel de evidencia IV. En pacientes tratados con infliximab hubo datos disponibles para estimar escalada de dosis (incremento de dosis y/o acortamiento de intervalos), solo incremento de dosis y solo acortamiento de la frecuencia de administración en 5.099, 4.445 y 2.106 pacientes, respectivamente. La frecuencia de la escalada de dosis fue del 53,76% ((2.716/5.099 pacientes), IC95% 51,88%-54,64%). El tiempo transcurrido hasta la escalada de dosis se informó solo en algunos estudios y fue de 22 semanas, 128 días, 254 días, y a la 8ª infusión (4ª-11ª). La frecuencia del incremento de dosis fue del 44,02% (1.957/4.445 pacientes), IC95% 42,56%-45,50%. La magnitud del incremento de dosis no fue comunicada de manera uniforme en los diferentes estudios y fue informada como 29%, 43%, 100 y 114 mgs, 1,36 mg/kg, y de 3 a 5-7 mg/kg. La frecuencia del acortamiento del intervalo de administración fue del 8,3% (175/2.106 pacientes), IC95% 7,16%-9,57%. Cinco estudios dieron datos acerca de la efectividad de la escalada de dosis pero usaron diferentes medidas de desenlace. La respuesta ACR20 post-escalada osciló entre el 27 y el 36% y las mejorías informadas en el DAS28 fueron de 5,2 a 4,54 y de $4,12 \pm 0,19$ a $3,66 \pm 0,17$. Un 17,45% (IC95% 15,97%-18,99%) de los pacientes tratados con etanercept (435/2.493) requirieron un incremento de dosis cuya magnitud no fue estadísticamente significativa.

Conclusiones: Los datos de esta revisión indican que la escalada de dosis, en particular el incremento de dosis, es frecuente en pacientes tratados con infliximab. En los tratados con etanercept la frecuencia es mucho menor y la magnitud del incremento de dosis no es clínicamente relevante. La escalada de dosis parece ser efectiva en los pacientes tratados con infliximab aunque el diseño y nivel de evidencia de los estudios limita la solidez de las conclusiones.

167

¿PUEDE ESPACIARSE LA INFUSIÓN DE INFLIXIMAB A 10 SEMANAS EN ESPONDILOARTROPATÍAS CON RESPUESTA ESTABLE A INFLIXIMAB 5 MG/KG/8 SEMANAS?

P. Muñoz, L. Silva, M. Fernández-Castro, J. Godó, J. Sanz y J.L. Andrés
Servicio de Reumatología. H.U. Puerta de Hierro. Madrid.

Objetivo: Evaluar la eficacia y seguridad de espaciar a 10 semanas la frecuencia de administración de infliximab, en pacientes con espondiloartropatías que mantienen una respuesta estable a 5 mg/kg/8 semanas de infliximab.

Material y métodos: Estudio prospectivo, no controlado, en pacientes con distintos tipos de espondiloartropatía, tratados con ciclos de infliximab cada 8 semanas, con respuesta satisfactoria y estable. Tras obtener el consentimiento informado, se espació la administración de infliximab a 10 semanas, valorando la respuesta clínica, mediante la utilización de los cuestionarios BASDAI y BASFI, el recuento de las articulaciones tumefactas (NAT) y las mediciones de la distancia occipucio-pared (OP), Schöber modificado (Sm) y la amplitud torácica (At).

Resultados: Se incluyeron 6 pacientes; 4 con espondilitis anquilosante, uno con artritis psoriásica y otro con artritis reactiva. Tras un periodo de seguimiento de 10 a 30 semanas, cuatro pacientes (66,6%) presentaron un brote sintomático, reflejado en los cuestionarios BASDAI y BASFI, y en el NAT (2 de los 4 pacientes), no produciéndose modificaciones relevantes en las mediciones de

OP, Sm y At. Dos pacientes (33,3%) han presentado una respuesta clínica estable y satisfactoria, manteniendo la periodicidad de los ciclos de infliximab cada 10 semanas (50 semanas de seguimiento en ambos pacientes).

Conclusiones: Nuestros datos sugieren que espaciar las infusiones de infliximab cada 10 semanas proporciona un adecuado control sintomático en un tercio de los pacientes con espondiloartropatías.

168

CAUSAS DE INTERRUPCIÓN DEL TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB

A. Rueda Cid, P. Morales Garrido, T. García Garrido, I. Tevar Sánchez, I. Jiménez Moleón y E. Raya Álvarez
Servicio de Reumatología. Hospital Clínico San Cecilio.

Objetivo: Describir los motivos por los que tuvo que suspenderse el tratamiento con infliximab en pacientes con enfermedades reumáticas tratados en el hospital de día de nuestro servicio.

Pacientes y métodos: Se revisan las historias clínicas de treinta y nueve pacientes que han estado o están en tratamiento con infliximab, desde Enero de 2001 hasta Diciembre de 2005, según pauta habitual de 3-5mg/Kg (0,2,6 y cada 6-8semanas), recogiendo de forma retrospectivo el motivo por el que tuvo que suspenderse el tratamiento. De estos 39 pacientes (23M, 16H): 20 artritis reumatoides, 8 espondilitis anquilosantes, 7 espondiloartropatías indiferenciadas y 4 artritis psoriásicas), con una edad media de 47,6 años (rango 29-74), una evolución media de la enfermedad de 9,34 años (2-24) y en tratamiento durante una media de 24,7 meses (1-44).

Resultados: Se han recogido 10 (20,5%) pacientes, en los que se ha retirado el fármaco. 3 (30%) por ineficacia y 7 (70%) por acontecimientos adversos (3 por reacción transfusional, 1 por TBC miliar, 1 por LES-like, 1 por agudización de insuficiencia renal y 1 por ECVA). Siete eran artritis reumatoides, 2 espondilitis anquilosante y 1 artritis psoriásica. En siete de estos pacientes se ha iniciado tratamiento con otra terapia biológica.

Conclusiones: Existe una buena adherencia al tratamiento con infliximab entre nuestros pacientes, no habiéndose producido ningún abandono voluntario. En nuestra experiencia la causa primordial de interrupción de la terapia ha sido los efectos adversos frente a la ineficacia. Quizás los casos de ineficacia estén infravalorados ya que antes de retirar el tratamiento, se aumenta dosis o se acorta periodo de infusión. Los acontecimientos adversos se presentaron sobre todo en pacientes con artritis reumatoide, probablemente en el caso de las infecciones, debido al mayor uso de corticoides y/o inmunosupresores en este tipo de patología.

169

HALLAZGOS ECOGRÁFICOS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE TENDINITIS DE MUÑECA

M. Castaño Sánchez
Unidad de Ecografía Músculo-esquelética. Servicio de Reumatología. Hospital Ibermutuamur. Murcia.

Objetivos: Intentamos averiguar los hallazgos ecográficos más frecuentes en aquellos pacientes que son remitidos a nuestra unidad con el diagnóstico genérico de Tendinitis de muñeca.

Material y métodos: Hemos revisado todas las solicitudes de ecografía de muñeca realizadas durante el año 2005 y recogido para este estudio aquellas en las que el diagnóstico clínico era tendini-

tis de muñeca. En 2005 hemos realizado 167 ecografías de muñeca, de las que hemos seleccionado en función de la solicitud y si existía o no traumatismo previo, un total de 109 casos, 67 varones (61,4%) y 42 mujeres (38,5%), con edades comprendidas entre los 18 y 67 años (media 42,5 años), remitidos desde los Servicios de Reumatología, Traumatología, Rehabilitación y Urgencias. Todas las exploraciones se han realizado con un Ecógrafo Siemens Sonoline G50, con sonda lineal multifrecuencia de 7 a 12 MHz con Power Doppler.

Resultados: Los diagnósticos más frecuentemente encontrados en nuestro grupo son:

- Tenosinovitis de D'Quervain 21
- Tenosinovitis de extensores 14
- Tenosinovitis deflexores 12
- Rotura tendinosa 3
- Ganglion dorsal 13
- Ganglion palmar 9
- Tendinitis cubital 6
- Sinovitis 11
- Derrame articular 12
- Rotura fibrocartilago triangular 1
- Estudio normal 7

Conclusiones: El diagnóstico que hemos encontrado más frecuentemente son las tenosinovitis de la cara dorsal de la muñeca y dentro de estas la Tenosinovitis de D'Quervain, seguido por los quistes sinoviales y el derrame-sinovitis. La ecografía nos permite realizar un diagnóstico definitivo en muchos casos de pacientes con dolor de muñeca de etiología no traumática, así como nos ayuda a realizar punciones e infiltraciones dirigidas en dicha articulación.

170

EL TABAQUISMO, LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD, EL DOLOR Y EL DAÑO ESTRUCTURAL COMO DETERMINANTES DE CALIDAD DE VIDA EN UNA COHORTE DE ENFERMOS CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

B. Hernández-Cruz, R. Ariza-Ariza, G. López-Antequera, J.L. Romo y F. Navarro-Sarabia

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: Los cambios en la calidad de vida de los enfermos con Espondilitis Anquilosante (EA) a lo largo del tiempo han sido pobremente explorados, sobre todo empleando instrumentos clinimétricos validados.

Objetivos: Conocer la calidad de vida y sus cambios a lo largo del tiempo e identificar variables asociadas con su deterioro.

Pacientes: Enfermos con EA, (según criterios de clasificación de Nueva York), seleccionados de modo consecutivo de la Asociación Sevillana de Enfermos con EA.

Diseño: Cohorte prospectiva.

Métodos: A cada enfermo se le realizaron tres evaluaciones, una inicial (Visita 0) a los 3 (Visita 1) y a los 6 años (Visita 2). En cada una un reumatólogo recabó diversas variables sociodemográficas y de la EA: BASFI, BASDAI, BASMI, valoraciones globales de la enfermedad por el médico y el paciente en escalas visuales análogas (EVA) y EVA de dolor. Para medir calidad de vida se empleó el SF36 y el EuroQol mediante tres técnicas, la tarifa social según Equivalencia Temporal (EuroQol-ET), según EVA (EuroQol-EVA) y la escala visual o termómetro de salud del EuroQol. *Análisis estadístico:* Estadística descriptiva, estadística bivariable con pruebas paramétricas y no paramétricas y regresión múltiple donde la variable dependiente fue el EuroQol.

Resultados: Se incluyeron 92 pacientes con EA, de los que 69 (75%) eran varones, la edad media fue de 40,7 ± 9,1 años y la escolaridad de 12 ± 5,9 años. La duración de la enfermedad desde el primer síntoma hasta la inclusión en la cohorte fue de 18,8 ± 9,8 años y desde que se estableció el diagnóstico, de 0,9 ± 7,6 años. La mitad de los enfermos realizaban ejercicio regular, 83% eran tratados con AINE de modo habitual; 18% recibían corticoides por vía oral; 18% algún fármaco anti-reumático (seis pacientes metotrexato, cinco sulfasalazina, cinco la combinación de ambos y tres algún tratamiento biológico). Las variables principales en cada visita se anotan en la tabla. Los resultados de la regresión lineal, mostraron buena correlación entre el EuroQol-ET final y el EuroQol-ET y EuroQol-EVA iniciales. También hubo correlación significativa con las puntuaciones basales del BASFI; los dominios del SF36 "Función física", "Salud mental", "Vitalidad", "Función social", "Dolor"; y con el BASDAI basal. La correlación fue moderada con los valores basales del Schober, la Valoración Global del médico, EVA-dolor y BASMI. En el modelo multivariado se mantuvo la dirección y la fuerza de estas asociaciones destacando el tabaquismo, la función física y la calidad de vida inicial como predictores de mala calidad de vida.

Valoraciones globales 0 = muy bien a 10 = muy mal. EVA de dolor 0 = sin dolor a 10 = dolor máximo.

Índice de Actividad (BASDAI) 0 = sin actividad a 10 = actividad máxima. Función física (BASFI) 0 = mejor función física a 10 = peor función física. EuroQol-ET: de -0,6533 (peor estado de salud) a +1 (Estado de salud excelente). EuroQol-EVA: de -0,1304 (inconsciencia) a 1 (Estado de salud excelente). Escala Visual del EuroQol 0 = peor estado de salud a 10 = Salud perfecta.

	Basal (Media ± DE)	3 años (Media ± DE)	6 años (Media ± DE)	P
Valoración global paciente	4,4 ± 2,7	4,5 ± 2,8	4,0 ± 2,6	0,09
Valoración global médico	4,1 ± 2,5	3,9 ± 3,0	3,9 ± 2,1	0,05
Dolor paciente	4,9 ± 2,8	4,3 ± 2,7	4,2 ± 2,8	0,09
BASDAI	4,5 ± 2,3	4,1 ± 2,4	3,9 ± 2,3	0,02
BASFI	4,3 ± 2,4	4,7 ± 2,7	4,2 ± 2,4	0,7
Exp Tor	3,5 ± 1,6	3,5 ± 1,6	4,5 ± 2	0,0002
EQ-ET	0,5618 ± 0,3364	0,5625 ± 0,3364	0,6946 ± 0,2662	0,001
EQ-EVA	0,5651 ± 0,2249	0,5627 ± 0,2286	0,6522 ± 0,1856	
EQ-EV	6,05 ± 2,1	5,6 ± 2,3	6,4 ± 2,0	

Conclusiones: Las variables que predicen deterioro en calidad de vida en pacientes con EA son: peor calidad de vida inicial, peor BASFI inicial, mayor Índice de tabaquismo, mayor BASDAI, más dolor y mayor daño estructural. En un caso individual, es necesario identificar variables asociadas con pobre calidad de vida, hacer énfasis en la suspensión del tabaquismo y emplear fármacos específicos según el caso.

171

DIFERENCIAS EN LAS CARACTERÍSTICAS INICIALES DE LA ARTRITIS REUMATOIDE GRAVE Y NO GRAVE

A. Balsa¹, D. Pascual-Salcedo², T. Cobo¹, M.E. Miranda¹, M.J. Arribas², C. Bohorquez¹, G. Orozco⁴, M.A. López-Nevot³, J. Martín⁴ y E. Martín-Mola¹

Servicio de ¹Reumatología, ²Inmunología. Hospital Universitario La Paz. Madrid, ³Hospital Virgen de las Nieves, ⁴Instituto de Parasitología López-Neira. Granada.

Objetivo: Estudiar las variables que pueden predecir la gravedad de la artritis reumatoide (AR).

Pacientes y métodos: Se han estudiado 135 pacientes (94 hombres y 41 mujeres, edad 51 ± 14 años) con AR de una consulta de artritis de reciente comienzo que tenían al menos 2 años de segui-

miento. Se definió AR grave la que había necesitado en algún momento, tratamiento combinado con al menos 2 FAMEs o biológicos. En la primera visita y cada 6 meses se valoró la actividad, la discapacidad (HAQ) y se determinó la VSG, PCR, factor reumatoide (FR) y los AC anti péptidos cíclicos citrulinados (anti-CCP), que se repitió cada 6 meses y radiografías de manos y pies, que se repitieron cada año. Se determinaron los alelos HLA DRB1 con el epítipo compartido (EC) y el epítipo protector HLA-DRB1 con DERAA (EP) por biología molecular. Se consideró tratamiento rápido si se subió a 15 mg/sem de metotrexate a las 3 semanas y lento si se subía progresivamente hasta esa dosis cada 2-3 meses. Las radiografías se valoraron por el método de Sharp-van der Heijde en orden cronológico y a pares. Los pacientes fueron tratados con el objetivo de lograr la remisión, según su actividad clínica medida por el DAS28.

Resultados: Tenían una AR grave 45 (33%) pacientes. Los pacientes con enfermedad más grave tenían una mayor actividad medida por el DAS, mayor discapacidad y mayor daño radiológico, desde los seis meses hasta el final del seguimiento clínico que fue de 2 años, lo que confirma su situación. Los pacientes con enfermedad grave eran con más frecuencia mujeres (39% vs. 19%, $p = 0,01$), con mayor PCR inicial ($3,9 \pm 4,3$ vs. $2,4 \pm 2,9$, $p = 0,01$), FR (235 ± 225 vs. 142 ± 180 , $p = 0,01$), anti-CCP (727 ± 583 vs. 513 ± 543 , $p = 0,05$), mayor número de erosiones iniciales ($2,1 \pm 2,6$ vs. $1 \pm 1,5$, $p = 0,02$) y habían tenido más tratamiento lento (41% vs. 19%, $p = 0,008$). No hubo diferencias en edad, tiempo de evolución, discapacidad inicial o marcadores genéticos del HLA. En un modelo de regresión logística los factores que entraron por este orden fueron el inicio del tratamiento lento OR 11,4 95% CI (1,4 - 94) $p = 0,024$, el sexo femenino OR 11,5 95% CI (2,5-53,9) $p = 0,002$, la PCR inicial OR 1,2 95% CI (1,04-1,42) $p = 0,015$ y el FR inicial OR 1,04 (1-1,07) $p = 0,024$.

Conclusiones: En esta serie el factor más importante asociado con el desarrollo de una AR grave es la lentitud de la escalada de dosis del tratamiento con metotrexate, seguido del sexo, la PCR y el FR inicial.

172

IMPORTANCIA DE LA EFICACIA ANTIFRACTURA DEMOSTRADA EN LA ELECCIÓN DE LA PAUTA POSOLÓGICA DE BISFOSFONATOS POR LAS MUJERES CON OSTEOPOROSIS

E. Jodar¹ y J. Combalia²

¹Servicio Endocrinología. Unidad de Metabolismo Óseo. Hospital 12 de Octubre. Madrid, ²Procter&Gamble Pharmaceuticals Spain, Barcelona.

Existe una tendencia hacia la dosificación cada vez menos frecuente de los bisfosfonatos en el tratamiento de la osteoporosis posmenopáusica. Estudios recientes sugieren que los pacientes prefieren la toma de una dosis mensual sobre la toma única semanal, lo que se atribuye al mayor intervalo entre las tomas. La preferencia de los pacientes es, sin embargo, un concepto complejo que puede ser influenciado por muchos factores. En el presente estudio se ha evaluado si la preferencia de los pacientes se alteraría en virtud de la información recibida sobre la eficacia demostrada por los distintos bisfosfonatos en la prevención de fracturas osteoporóticas. Participaron en este estudio mujeres posmenopáusicas (edad > 55 años) con osteoporosis de toda España. Se realizaron entrevistas en persona con las participantes presentándoles un escenario hipotético en el que debían escoger entre un bisfosfonato semanal o uno mensual, ambos con similares instrucciones de toma y efectos secundarios. El bisfosfonato semanal

había demostrado eficacia para reducir el riesgo de fractura vertebral y de cadera, mientras que el mensual había demostrado eficacia para reducir sólo el riesgo de fractura vertebral. Se pidió a las participantes que expresaran su preferencia por el fármaco semanal o mensual, a la vez que se recogió también el principal motivo de su elección. Se recogieron datos de 250 mujeres (edad media 65 años), el 50% de las cuales tomaba ya bisfosfonatos. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa (83%; $p < 0,001$) a favor de la pauta posológica semanal con eficacia probada en columna y cadera. Este resultado fue independiente de la edad ($p = 0,56$) y de la experiencia en el uso de bisfosfonatos ($p = 0,76$). De entre los pacientes que prefirieron la pauta posológica semanal ($n = 207$), la eficacia del fármaco ("reduce el riesgo de que se rompan los huesos") fue la principal razón de la elección (74%) seguida por el hecho de que fuera una toma semanal (19%). La eficacia "para reducir el riesgo de fracturas óseas" del bisfosfonato semanal (columna y cadera) fue calificada como "buena o excelente" por el 96% de los pacientes, mientras que la eficacia del bisfosfonato mensual (columna), recibió la calificación de "buena o excelente" por parte del 34% de los mismos ($p < 0,001$). Este estudio muestra que las pacientes prefieren un bisfosfonato semanal con probada eficacia en columna y cadera, sobre uno mensual con probada eficacia sólo en columna. Los resultados sugieren que la eficacia probada de un bisfosfonato en la reducción del riesgo de fractura de cadera es importante para los pacientes a la hora de elegir un tratamiento y que deberían disponer de estos datos para una elección informada.

173

DISCAPACIDAD DE ORIGEN MUSCULOESQUELÉTICO EN ANCIANOS (DIME-A) NO INSTITUCIONALIZADOS: EFICACIA EN LOS 3 PRIMEROS MESES DE UN PROGRAMA ASISTENCIAL ESPECÍFICO

L. Abasólo, C. Lajas, L. Carmona, M. Montoso 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 (institucionalización, tratamiento de secuelas) que a la aguda.

Objetivo: Describir una muestra de ancianos con discapacidad de origen músculo-esquelético (DIME) de reciente comienzo que viven en su domicilio y valorar la eficacia de un programa de intervención dirigido a estos pacientes.

Material y métodos: Estudio de intervención aleatorizado y controlado. El período de inclusión es de 1 año y el de seguimiento de 2 años adicionales. Los sujetos son todos aquellos mayores de 65 años del Área Sanitaria 7 de Madrid, residentes en su domicilio, con episodio DIME menor de 3 meses de duración (definido por deterioro funcional en el nivel de Rosser (4-7) o en la realización de actividades básicas de la vida diaria (Mc.Gill (0-4)). Los médicos de asistencia primaria de los centros seleccionados identifican los episodios de DIME. Los pacientes son aleatorizados a grupo control (GC) o intervención (GI). Los del GI se incluyen en un Programa de cuidados específicos llevado a cabo por reumatólogos. Los del GC reciben asistencia habitual. Las variables analizadas se recogen en entrevistas telefónicas mensuales, realizadas por personas ajenas al equipo clínico. *La eficacia del programa se mide: a)* por las diferencias entre GC y GI en la duración

del episodio de DIME inicial (definido por el periodo de tiempo en días hasta que el paciente presenta una mejoría en al menos un punto del Rosser y/o del Mc.Gill) y *b*) por la diferencias entre GC y GI en la mejoría del Rosser (medido como la diferencia del Rosser de la primera y de la última visita). Presentamos los datos de pacientes incluidos en los 3 primeros meses del programa (del 1 de octubre de 2005 hasta el 1 de enero de 2006).

Resultados: En el estudio se han incluido 43 pacientes, los cuales han generado 45 procesos de discapacidad. 25 pacientes pertenecían al GI (57%) y 19 al GC (43%). Hubo un predominio de mujeres (86%) frente a hombres, con una edad media de $76 \pm 7,4$ años. La causa más frecuente de discapacidad fue el dolor de espalda (27%), seguido de las tendinitis periféricas (20%). El 74% de los pacientes tenía un Rosser basal de 4, un 16% de 5 (los pacientes ya no pueden salir de casa por su discapacidad). El 25% de los pacientes necesitó ayuda para la realización de al menos una tarea básica de la vida diaria. El 60% de los pacientes tenía dolor basal moderado o severo. El 30% de los pacientes referían sentirse muy deprimidos en la primera entrevista telefónica. No hubo diferencias entre grupos en cuanto a características basales, exceptuando que los pacientes del GC tenían peor estado de ánimo que los del GI de forma estadísticamente significativa ($p = 0,04$). En la muestra global, la duración media de los episodios DIME fue de 59 ± 24 días. La mejoría media del Rosser fue escasa ($0,14 \pm 0,41$ puntos). Por grupos, la duración media de los episodios fue de $57,5 \pm 25$ días en el GI frente a $61,6 \pm 235$ días en el GC ($p = 0,57$). Los pacientes del GI experimentaron una mejoría discretamente mayor en la puntuación de Rosser que los del GC ($0,21 \pm 0,5$ vs. $0,05 \pm 0,2$ $p = 0,2$).

Conclusión: Es pronto para conocer la eficacia a medio largo plazo de nuestro programa. Sin embargo, desarrollar un programa de intervención específico que trate de mantener la independencia de los pacientes implicaría efectos positivos individuales, en el ámbito familiar y sociosanitario.

174

THE ASSURE TRIAL: 1-YEAR SAFETY RESULTS OF ABATACEPT IN PATIENTS WITH ACTIVE RHEUMATOID ARTHRITIS RECEIVING BACKGROUND NON-BIOLOGIC AND BIOLOGIC DISEASE-MODIFYING ANTIRHEUMATIC DRUGS

M. Weinblatt¹, J.J. Gómez-Reino², F. Navarro³, F.J. Blanco⁴, E. Martín-Mola⁵, A. Covucci⁶, R. Aranda⁶, J.C. Becker⁶ y E. Keystone⁷

¹Brigham and Womens Hospital. Rheumatology and Immunology. Boston. MA. United States, ²S. Reumatología. Hospital Clínico Universitario de Santiago. Santiago de Compostela, ³S. Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla, ⁴S. Reumatología. CH Universitario Juan Canalejo. La Coruña, ⁵S. Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid, ⁶Bristol-Myers Squibb. Princeton. NJ. United States, ⁷Mount Sinai Hospital. Toronto. Canadá.

Objectives: Abatacept, a selective co-stimulation modulator, has been shown to reduce signs and symptoms in patients with rheumatoid arthritis (RA). During the ASSURE (Abatacept Study of Safety in Use with other Rheumatoid arthritis therapies) study, the safety of abatacept was assessed in patients with active RA during 1 year of add-on treatment with 1 or more traditional non-biologic (non-bio) disease-modifying antirheumatic drug (DMARD) and/or biologic (bio) DMARD currently approved for RA.

Methods: ASSURE was a 1-year, Phase III, multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial to evaluate the sa-

fety and tolerability of abatacept in patients with active RA with or without medical co-morbidities receiving DMARDs and/or biologics. Patients on abatacept received ~ 10 mg/kg (based on body weight) on days 1, 15 and 29, and every 4 weeks thereafter. All patients received either non-bio or bio background DMARDs. Adverse events (AEs), serious AEs (SAEs) and discontinuations due to AEs in patients who received at least one dose of study medication were documented throughout the study. Patients with medically stable co-morbidities were eligible for participation.

Results: A total of 1441 patients were randomized and treated (abatacept/non-bio: 856; abatacept/bio: 103; placebo/non-bio: 418; placebo/bio: 64). Baseline demographics and clinical characteristics were similar between both groups. The overall incidence of select co-morbidities was 7% for Type 1 or 2 diabetes, 6% for asthma, 4% for chronic obstructive pulmonary disease and 1% for congestive heart failure. The overall incidence of AEs was highest in the abatacept/bio group (95,1%) versus the other groups (86,1–89,7%; Table). Adverse events and SAEs related to the study drug were similar for abatacept versus placebo (55,7 and 49,6% vs. 2,4 and 2,7%, respectively). No cases of lymphoma were reported in either group and no opportunistic infections were reported in the abatacept group. There were nine deaths in the study: five with abatacept (four likely cardiac-related; one cause of death unknown) and four with placebo.

Event, n (%)	Abatacept/ non-bio (n = 856)	Placebo/ non-bio (n = 418)	Abatacept/ bio (n = 103)	Placebo/ bio (n = 64)
Total AEs	768 (89,7)	360 (86,1)	98 (95,1)	57 (89,1)
Discontinuations due to AEs	43 (5,0)	18 (4,3)	9 (8,7)	2 (3,1)
Deaths	5 (0,6)	4 (1,0)	0	0
SAEs	100 (11,7)	51 (12,2)	23 (22,3)	8 (12,5)
Neoplasms (benign and malignant)	27 (3,2)	16 (3,8)	7 (6,8)	1 (1,6)
Infections (all pre-specified)	75 (8,8)	36 (8,6)	20 (19,4)	4 (6,3)
Serious infections (pre-specified)	13 (1,5)	4 (1,0)	4 (3,9)	1 (1,6)

Conclusion: The safety of abatacept was found to be favourable in patients receiving non-bio background DMARDs. In patients receiving abatacept plus background bio DMARDs, the safety profile was less favourable. These data support the use of abatacept in combination with non-biologic background therapy for the treatment of RA.

175

DIFERENCIAS ENTRE DOS GRUPOS ÉTNICOS DE FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE ESPONDILOARTROPATÍA SEERONEGATIVA

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

Objetivo: Evaluar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos étnicos más prevalentes en nuestro medio (cristianos y musulmanes) en cuanto a factores epidemiológicos y frecuencia de los criterios diagnósticos de Espondiloartropatía Seronegativa (ES)

Material y método: Estudio retrospectivo a partir de la base de datos obtenida de la Consulta Externa de nuestro hospital en el periodo Enero 1990- Diciembre 2005. Se seleccionaron 100 pacientes diagnosticados de ES según los criterios de Amor

pertenecientes a los dos grupos étnicos más prevalentes en nuestro medio (cristianos y musulmanes). Se analizaron factores epidemiológicos (edad y sexo) y frecuencia de los distintos criterios diagnósticos: dolor lumbar o dorsal nocturno o rigidez matutina dorsolumbar (DL), oligoartritis asimétrica (OA), dolor en nalgas (DN), dedos en salchicha (DS), talalgia o entesitis (ENT), iritis (IRI), uretritis o cervicitis (URE/CERV), diarrea aguda (DIA), psoriasis (PSO), balanitis (BAL) o enfermedad inflamatoria intestinal (EII), sacroileitis radiológica (SCLT), HLAB27 y/o antecedentes familiares (AF) y mejoría 48 horas después de iniciar AINEs o aparición rápida del dolor tras su interrupción (AINEs).

Resultados: De 100 pacientes diagnosticados de ES 62 pertenecían al grupo de Espondilitis Anquilosante (EA), 25 al de Artropatía Psoriásica (APso), 9 asociadas a EII y 4 Artritis Reactivas (ARE). Al analizar la frecuencia por sexo se observó que un 52% eran hombres y un 48% mujeres y por grupos étnicos que de los 73 cristianos 44 eran hombres y de los 27 musulmanes 22 eran mujeres. La edad media en ambos grupos fue de 50 años. No encontramos diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la frecuencia de cumplimiento de los criterios diagnósticos de ES entre los dos grupos.

Conclusiones: A diferencia de lo que ocurre en la población general, en nuestro estudio no encontramos diferencias en cuanto a la frecuencia de ES por sexo a expensas de una mayor frecuencia de la enfermedad en mujeres musulmanas. No encontramos diferencias en cuanto a la frecuencia de cumplimiento de los criterios diagnósticos de ES entre los dos grupos étnicos.

176

SOLICITUD DE BIOPSIA MUSCULAR EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

D. Taverner, E. Docampo, J. Calvet, A. Conesa, E. Beltrán, A. Pros y P. Benito

Servicio de Reumatología IMAS. Hospital del Mar y Hospital de la Esperanza. Barcelona.

Introducción: La biopsia muscular está indicada en todas aquellas situaciones en las que existe la sospecha de enfermedad neuromuscular. Es un procedimiento relativamente sencillo aunque es muy importante seleccionar adecuadamente tanto el paciente como el área muscular a biopsiar.

Objetivos: Evaluar la probable concordancia entre las diferentes pruebas complementarias indicadas en el estudio de sospecha de miopatía (EMG, enzimas musculares, reactantes de fase aguda e inmunología) y el resultado de biopsias musculares realizadas en los últimos 5 años en el servicio de Reumatología de nuestro centro hospitalario.

Material y métodos: Estudio retrospectivo realizado mediante la revisión del Archivo General y de Anatomía Patológica del Hospital del Mar de Barcelona de las biopsias musculares realizadas entre los años 2000 y 2005 por el servicio de Reumatología. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, CK, aldolasas, LDH, VSG, PCR, enfermedad reumática de base, EMG, Jo-1 y PM-Scl. Se realizó estudio estadístico mediante SPSS12 para Windows.

Resultados: Se incluyeron 35 biopsias correspondientes a 34 pacientes (29 mujeres y 5 hombres) con una edad media de $55,57 \pm 16,42$ años. La presencia de debilidad muscular proximal (80%) y distal (20%) fue la causa que motivó la solicitud de biopsia muscular. La Artritis Reumatoide (11,4%), la Polimiositis/Dermatomiositis (8,6%) y el LES (8,6%) resultaron las enfermedades reumáticas más prevalentes. De las biopsias realizadas, un 40%

(14/35) resultaron miopatía inflamatoria, un 22,9% (8/35) se informaron como normales, un 5,7% (2/35) como miopatía corticoidea, un 2,9% (1/35) como distrofia, un 17,1% (6/35) como atrofia muscular y un 11,4% (4/35) como inespecíficas. En el grupo histológico informado como miopatía inflamatoria (3 hombres y 11 mujeres con una edad media de $58,24 \pm 14,79$), la concordancia neurofisiológica fue del 28,6% y los anticuerpos anti Jo-1 y PM-Scl positivos en un 7,1% de los casos. Las patologías reumatológicas asociadas con más prevalencia fueron la dermatomiositis/polimiositis y el LES con un 21,4% (3/35) en cada caso.

Enzimas/reactantes de fase aguda	Miopatía inflamatoria	Miopatía no inflamatoria
CK	221,50 (75,75-479,25)	137 (42-334)
Aldolasa	6,90 (4,35-16,93)	5,50 (4,20-8,10)
LDH	466 (335-634,50)	354,50 (311-434)
VSG	22,50 (10,50-69,75)	16 (14-38)
PCR	0,75 (0,40-1,78)	0,50 (0,40-1,13)

Conclusiones: 1. Un 40% de las biopsias musculares se informaron como miopatía inflamatoria, existiendo concordancia neurofisiológica en el 28,6% de los casos. 2. En pacientes que presentaron diagnóstico histológico de miopatía inflamatoria, la Dermatomiositis/Polimiositis y el LES fueron las patologías reumatológicas más frecuentes. 3. El grupo de pacientes diagnosticados mediante biopsia de miopatía inflamatoria, presentaron cifras de enzimas musculares (CK, aldolasas y LDH), así como VSG y PCR más elevadas respecto a los pacientes diagnosticados de miopatía no inflamatoria (tabla 1).

177

RELACIÓN ENTRE LA RESPUESTA CLÍNICA, FARMACOCINÉTICA DE RITUXIMAB Y NIVELES DE LINFOCITOS B PERIFÉRICOS EN ARTRITIS REUMATOIDE

J.L. Marenco¹, F.C. Breedveld², S. Agarwal³, M. Yin³, C. Ng³, N.F. Li³, K.L. Sewell³, T.M. Shaw⁴ y B.E. Davies⁵

¹Hospital de Valme. Sevilla, ²Leiden Uni Medical Center. Leiden. The Netherlands, ³Genentech Inc. So San Francisco. USA, ⁴Roche Products Ltd. Welwyn Garden City. UK, ⁵Hoffmann-La Roche Inc. Nutley. NJ. USA.

Objetivo: Caracterizar marcadores de respuesta clínica en pacientes (pts) con artritis reumatoide (AR) tratados con rituximab (RTX) explorando la relación entre respuesta clínica, concentraciones séricas de RTX y niveles de linfocitos B (LB) periféricos.

Métodos: Se recogieron datos farmacocinéticos (PK) y farmacodinámicos (PD) durante un ensayo clínico fase IIa randomizado y doble ciego en el que 161 pts, con AR activa a pesar de haber recibido previamente fármacos modificadores de la enfermedad y recibir actualmente metotrexato (MTX), fueron randomizados a 1 de los 4 brazos de tratamiento: sólo MTX (10-25 mg/semana; n = 40); una sola tanda de RTX en monoterapia (infusiones de 1000 mg IV días 1 y 15; n = 40); una sola tanda de RTX + ciclofosfamida (CTX; 750 mg IV días 3 y 17; n = 41); o una sola tanda de RTX+MTX (n = 40). Todos los pts recibieron 100 mg de metilprednisolona IV previos a las infusiones y prednisolona oral en las primeras dos semanas de tratamiento (dosis total 510 mg). Se realizaron valoraciones clínicas (incluyendo criterios principales del Colegio Americano de Reumatología [ACR]) basalmente y semanas 12, 16, 20, 24 y 48. El objetivo principal del estudio era la proporción de pacientes que alcanzaban el valor ACR50 en semana 24. Se recogieron muestras séricas para análisis PK días 1,

3, 15 y 17 y semanas 4, 8, 16 y 24. Se midieron niveles de LB CD19+ por separación de células activadas por fluorescencia (mé-todo FACS) días 1, 3 y 15 y semanas 16, 20, 24, 32, 40 y 48.

Resultados: No hubo diferencias en valores PK de RTX (incluyendo Cmax, AUC, t1/2, Tmax, aclaramiento, y volumen de distribución en estado de equilibrio) aunque RTX fuera administrado en monoterapia o combinación con CTX o MTX. Tras administrar RTX la depleción de LB CD19+ en sangre periférica ocurrió en todos los pts en el día 16. El comienzo de la recuperación de los LB fue evidente en la semana 16 en algunos pacientes y coincidió con la concentración sérica media de RTX más baja de 7,5 µg/mL. Sin embargo la tasa de recuperación de LB fue altamente variable entre todos los pts tratados con RTX y algunos permanecieron con depleción periférica por todo el periodo de 48 semanas. Aunque todos los pts deplecionaron en sangre periférica, no todos alcanzaron el objetivo primario del índice ACR 20/50 en la semana 24; 65%/33% de los pts con RTX en monoterapia, 76%/41% con RTX+CTX y 73%/41% con RTX+MTX. Más aún, las diferencias en el patrón de recuperación de los LB en sangre periférica no pudo caracterizarse entre respondedores (= ACR20 en la semana 24) y no respondedores, o entre los respondedores que mantuvieron su respuesta en la semana 48 y aquellos que no lo hicieron.

Conclusiones: Las características PK de RTX se mantienen inalteradas cuando RTX se administra en combinación con CTX o MTX. La depleción selectiva de los LB en sangre periférica no es predictiva para alcanzar o mantener una respuesta clínica en los pts con AR. Así que, el momento de repetir el tratamiento se debe basar en los síntomas clínicos más que en la recuperación de los LB periféricos. Están en marcha otros estudios para evaluar la utilidad de otros marcadores PD para determinar el momento de repetir el tratamiento.

178

SEGURIDAD Y TOLERANCIA DE LOS TRATAMIENTOS REPETIDOS CON RITUXIMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE ACTIVA

S. Bustabad¹, P. Emery², R.M. Fleischmann³, K. Pavelka⁴, A.T. Kael⁵, J.Z. Szechinski⁶, M.M. Hooper⁷, N.F. Li⁷, J.P. Garg⁸, K.A. Rowe⁹ y P.B. Lehane¹⁰

¹Hospital Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife, ²Leeds Gen Infirmary. Leeds. UK, ³Uni of Texas Southwestern Medical Center. Dallas. USA, ⁴Inst of Rheumatology. Prague. Czech Republic, ⁵Rheumatology Assoc of Long Island. Smithtown. NY. USA, ⁶Medical Uni of Wroclaw. Wroclaw. Poland, ⁷Case Western Reserve Uni. Cleveland. OH. USA, ⁸Genentech Inc. So San Francisco. CA. USA, ⁹Uni of Hertfordshire. Hatfield. UK, ¹⁰Roche Products Ltd. Welwyn Garden City. UK.

Objetivo: Evaluar la seguridad y la tolerancia de tratamientos repetidos con rituximab (RTX), terapia selectiva sobre los linfocitos B CD20+, en artritis reumatoide (AR) activa.

Métodos: Pacientes (pts) que, estando en cualquiera de los ensayos clínicos fase II con RTX (IIa/DANCER), fueron seleccionados para retratamiento con RTX, en un protocolo de extensión abierto, entre los pts que habían tenido una mejoría en la actividad de su AR durante la primera tanda (1ªT) y presentaban AR activa con = 8/8 articulaciones tumefactas/dolorosas. Durante 1ªT los pts recibieron RTX 500 ó 1000 mg IV los días 1 y 15, en monoterapia, o metotrexato (MTX) en monoterapia o concomitante (10-25 mg/semana) o ciclofosfamida (750 mg días 3 y 17) (cada grupo subdividido en: placebo de glucocorticoides (GC), premedicación con GC IV [100 mgx2], o premedicación IV más 510 mg de GC orales durante las primeras 2 semanas). Los pacientes en el estudio de extensión recibieron RTX 1000 mg IV

los días 1 y 15, con MTX concomitante (10-25 mg/semana), premedicación con GC IV y GC orales durante 2 semanas.

Resultados: De 192 pts tratados con RTX, 141 pts recibieron una segunda (2ªT) y 25 pts una tercera (3ªT) tanda de RTX. Se presentaron menos efectos adversos (AEs) durante 2ªT y 3ªT que en la 1ªT. Los AEs que dieron lugar al abandono del estudio ocurrieron en 1/192 (0,5%) pts en 1ªT, 2/141 (1,4%) en 2ªT y 0/25 en 3ªT. Los AEs asociados con la infusión ocurrieron en el 36% de los pts en la 1ªT después de la primera infusión y en el 24% después de la segunda infusión, comparado con 17% y 8% de la 2ªT, y 12% y 4% de la 3ªT, respectivamente. Un pt con HACA+ abandonó la 2ªT debido a un broncoespasmo asociado a la infusión. Durante las infusiones se produjo hiper o hipotensión en el 3-9% y 4-5% de los pts durante cada tanda, sin dejar secuelas; fueron tratados 3/17 por hipertensión periinfusional. Se presentaron AEs graves en el 10% pts durante la 1ªT, 11% en la 2ªT y ninguno en la 3ªT. AEs infecciosos ocurrieron en el 36% de los pts de la 1ªT y en el 21% y 24% de los pts de la 2ªT y 3ªT respectivamente. Los AEs infecciosos graves fueron raros (tasa global 1,4/100 pts años [350 pt años observados]), incluyeron neumonía, artritis séptica, apendicitis e infección de vías urinarias. El recuento de CD19+ en sangre periférica estaba por debajo de la normalidad en el 17% de los pts al inicio de la 1ªT, y en el 66% y 52% de los pts al inicio de la 2ªT y 3ªT, respectivamente. Los linfocitos B en sangre periférica disminuían inmediatamente después de cada infusión de RTX y permanecían disminuidos durante las 24 semanas del periodo de observación; un porcentaje similar de recuperación ocurría después de cada tanda de tratamiento.

Conclusiones: Los tratamientos repetidos con RTX fueron bien tolerados. El perfil de AEs fue similar a los observados en estudios anteriores. Los AEs relacionados con la infusión se reducen en los retratamientos. El porcentaje de infecciones graves fue bajo y no hay evidencia de toxicidad acumulada a pesar de la disminución mantenida de linfocitos B en sangre periférica.

179

ESTUDIO DE ANÁLISIS MULTIVARIANTE PARA PREDECIR RESULTADOS DENSITOMÉTRICOS (DMO) DE COLUMNA LUMBAR Y CUELLO DE FÉMUR EN VARONES DE MÁS DE 60 AÑOS DE MALLORCA

A. Juan 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: Objetivar las variables que más se asocian a la disminución de masa ósea en cuello de fémur y columna lumbar. Explicar y comprobar la pertenencia de cada hombre a uno de los grupos preestablecidos según masa ósea estudiada por DMO (columna lumbar y cuello de fémur) en función de su perfil. Predecir a qué grupo de resultado densitométrico pertenece un nuevo individuo conociendo su perfil a priori.

Material y métodos: Fueron estudiados 119 varones 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 todos los individuos varones mayores de 60 años. Se analizaron datos demográficos, epidemiológicos, de factores de riesgo de osteoporosis (talla, peso, morfotipo, fracturas osteoporóticas previas, antecedentes familiares de fracturas, hábitos tóxicos, exposición solar, actividad física,

medicación y enfermedades concomitantes, ingesta de calcio, cirugía previa) y se les practicó una DMO DEXA de columna lumbar y cuello de fémur. Las variables fueron comparadas según test de Chi cuadrado o de tendencia lineal si se trataba de variables categóricas, y test de ANOVA para variables continuas dado que seguían una distribución normal. Aquellas variables que manifestaron una asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) con la DMO de columna lumbar o cuello de fémur según normal, osteopenia u osteoporosis fueron estudiadas a través de un modelo multivariante de análisis discriminante, siendo el valor de entrada de F 3,84 i de salida de 2,60.

Resultados: Estudiando los resultados de columna lumbar, únicamente la variable de índice de masa corporal (IMC) presenta un poder discriminante con el resultado densitométrico. La predicción muestra una correcta clasificación de un nuevo individuo de masa ósea en un 61,0%, siendo con resultado de DMO normal en un 97,2%, osteopélico en un 2,5% y osteoporótico en un 16,7%. Estudiando los resultados de cuello de fémur, el factor más discriminante según el resultado de la DMO es la edad ($F = 6,699$), seguida del peso ($F = 6,117$) y enfermedad de Parkinson ($F = 5,770$). El modelo nos predice la masa ósea de un nuevo individuo en un 65,3%, siendo con un resultado normal en un 30,9%, osteopélico en un 77,8% y osteoporótico en un 17,2%.

Conclusión: Las variables asociadas a disminución de masa ósea según el modelo multivariante de análisis discriminante son el IMC en la columna lumbar, y la edad, peso y Parkinson en cuello de fémur. La predicción de la clasificación del resultado de DMO en un nuevo individuo fue muy buena al considerarlo normal en columna lumbar, y osteopélico en cuello de fémur.

180

ESTUDIO DE MANIFESTACIONES REUMATOLÓGICAS ASOCIADAS A ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

L. Silva, M. Fernández-Castro, P. Muñoz, J. Godo, L. Abreu, J. Sanz y J.L. Andreu

Servicios de Reumatología y Gastroenterología. H.U. Puerta de Hierro. Madrid.

Objetivo: Evaluar la prevalencia de las distintas manifestaciones reumatológicas asociadas a la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y valorar el cumplimiento de los criterios de clasificación de espondiloartritis.

Métodos: Estudio transversal de pacientes no seleccionados diagnosticados de EII en el Servicio de Gastroenterología de nuestro hospital. Se realizó una valoración clínica (anamnesis y examen físico), analítica y de imagen; se aplicaron los instrumentos metrológicos BASDAI, BASFI, BASRI, BAS-G, ASQoL y SF-12. Se evaluó el cumplimiento de los criterios de Nueva York modificados (NYM) para EA y los del Grupo Europeo de Estudio de Espondiloartritis (GEEE). El estudio fue aprobado por el comité de ética y ensayos clínicos de nuestro centro.

Resultados: Se incluyeron 81 pacientes, 61 (75,3%) con enfermedad de Crohn y 20 (24,7%) con colitis ulcerosa. La edad media fue de 43 ± 12 . La duración media de la EII fue de $10 \pm 7,5$ años. Cuatro pacientes (4,9%) presentaban dolor cervical inflamatorio, ningún paciente presentó dolor dorsal y 15 pacientes (18,5%) presentaron dolor lumbar inflamatorio. Sesenta y tres pacientes (77,8%) refirieron artralgiás en la anamnesis, 30 (37%) sinovitis y 37 (45,7%) entesitis. Diecisiete (21%) pacientes presentaban rigidez matutina, 13 (16%) afectación de la pared anterior del tórax, 5 (6,2%) psoriasis y ninguno uretritis/cervicitis no gonocócica y/o gastroenteritis bacteriana; 2 (2,5%) referían antecedentes familia-

res de enfermedad reumatológica. De los 81 pacientes, 12 (14,8%) cumplían los criterios de clasificación de NYM y 38 (46,9%) los del GEEE. De los pacientes que presentaban dolor espinal inflamatorio (15/81), el 100% cumplía los criterios del GEEE y sólo el 40% (6 pacientes) los de NYM. De los pacientes que presentaban dolor en nalgas inflamatorio (12/81), el 75% (9 pacientes) cumplía los criterios del GEEE y el 41,7% (5 pacientes) los de NYM. De los pacientes que referían artralgiás (63/81), el 52,4% (33 pacientes) cumplía los criterios del GEEE y el 15,9% (10 pacientes) los de NYM. De los pacientes que referían entesitis (37/81) el 37,8% (14 pacientes) cumplían los criterios del GEEE y el 18,9% (7 pacientes) los de NYM.

Conclusiones: La prevalencia de espondiloartritis en una cohorte de pacientes no seleccionados diagnosticados de enfermedad inflamatoria intestinal es del 46,9% si aplicamos los criterios clasificación del GEEE, y del 14,8% si aplicamos los criterios de NYM para EA. Nuestros resultados sugieren que los criterios del GEEE son más sensibles para el diagnóstico precoz de espondiloartritis asociada a EII.

181

ESTUDIO DE ANÁLISIS MULTIVARIANTE PARA PREDECIR RESULTADOS DENSITOMÉTRICOS (DMO) DE COLUMNA LUMBAR Y CUELLO DE FÉMUR EN MUJERES POSMENOPÁUSICAS DE MALLORCA

A. Juan Mas, M. Servera Gornals¹, T. Cabanes Martín², B. Marí 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: Objetivar las variables que más se asocian a la disminución de masa ósea en cuello de fémur y columna lumbar en mujeres posmenopáusicas. Explicar y comprobar la pertenencia de cada mujer a uno de los grupos preestablecidos según masa ósea estudiada por DMO (columna lumbar y cuello de fémur) en función de su perfil. Predecir a qué grupo preestablecido según masa ósea de resultados densitométricos pertenece un nuevo individuo conociendo su perfil a priori.

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 les analizaron datos demográficos, de factores de riesgo de osteoporosis descritos en la literatura (talla, peso, morfotipo, fracturas osteoporóticas previas, antecedentes familiares de fracturas, hábitos tóxicos, exposición solar, actividad física, medicación y enfermedades concomitantes, ingesta de calcio, historia ginecológica, cirugía previa) y se practicó una DMO DEXA de columna lumbar y cuello de fémur. Las variables fueron comparadas según test de Chi cuadrado o de tendencia lineal si se trataba de variables categóricas, y test de ANOVA para variables continuas dado que seguían una distribución normal. Aquellas variables que manifestaron una asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) con la DMO de columna lumbar o cuello de fémur según normal, osteopenia u osteoporosis fueron estudiadas a través de un modelo multivariante de análisis discriminante, siendo el valor de entrada de F 3,84 i de salida de 2,60. Dicho modelo nos permitió explicar la pertenencia de cada paciente a uno de los grupos en función de las variables de su perfil para comprobar su pertenencia o no a su grupo preestablecido.

Resultados: En el modelo multivariante de análisis discriminante presentaron un poder discriminante estadísticamente significativo con el resultado de DMO de columna lumbar, la edad ($F = 13,250$), la enfermedad de Parkinson ($F = 6,386$) y el índice de masa corporal (IMC; $F = 3,659$). La predicción muestra una correcta clasificación de un nuevo individuo de su masa ósea en un 45%, específicamente con resultado de DMO normal en un 13,5%, osteopénico en un 33,9% y osteoporótico en un 72,9%. Estudiando los resultados de cuello de fémur, los factores discriminantes según el resultado de la DMO son la edad ($F = 10,658$) y la fractura de cadera previa ($F = 10$). El modelo nos predice la masa ósea de un nuevo individuo correctamente en un 53,6%, específicamente con un resultado normal en un 17,2%, osteopénico en un 82,4% y osteoporótico en un 24%.

Conclusión: Las variables asociadas a disminución de masa ósea según el modelo multivariante de análisis discriminante son la edad, la enfermedad de Parkinson y el IMC en la columna lumbar, y la edad y la fractura de cadera previa en cuello de fémur. La predicción de la clasificación del resultado de DMO en un nuevo individuo fue muy buena al considerarlo osteoporótico en columna lumbar, y osteopénico en cuello de fémur.

182

ESTUDIO COMPARATIVO DE CONCORDANCIA DE DISTINTAS TÉCNICAS DENSITOMÉTRICAS EN POBLACIÓN MAYOR DE 60 AÑOS DE MALLORCA

A. Juan 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, osteopenia y normalidad en la población estudiada según distintas técnicas densitométricas utilizadas. Estudio de concordancia, sensibilidad y especificidad de diferentes pruebas densitométricas diagnósticas de masa ósea (DMO): DMO DEXA de calcáneo y ultrasonidos de calcáneo, tomando como patrón oro la DMO DEXA de columna lumbar y cuello de fémur en población (masculina y femenina) mayor de 60 años de Mallorca.

Material y métodos: Resultado de DMO DEXA de columna lumbar, cuello de fémur y ultrasonidos de calcáneo en 283 personas (mujeres posmenopáusicas y hombres mayores de 60 años). Resultado de DMO DEXA de columna lumbar, cuello de fémur y DMO DEXA de calcáneo en 503 personas (mujeres posmenopáusicas y hombres mayores de 60 años). Se incluyó a las personas mayores de 60 años que acudían a un programa de promoción de la salud, se les practicó ambas densitometrías (central -columna y cadera-, y periférica -DMO DEXA de calcáneo o DMO por ultrasonidos-) en un período inferior a 15 días. La elección de la práctica de una DMO DEXA de calcáneo o DMO por ultrasonidos fue por disponibilidad del aparato de densitometría. El análisis de sensibilidad y especificidad se procedió según curvas ROC y posteriormente con tablas de contingencia. Se utilizó el índice de Kappa para estudiar la concordancia entre las distintas técnicas diagnósticas así como con estudio correlacional (r de Pearson).

Resultados: Los ultrasonidos de calcáneo mostraron una prevalencia de osteoporosis del 26,9%, osteopenia del 64% y normal el 9,2%. La DMO DEXA de calcáneo halló osteoporosis en el 8,5%, osteopenia en el 53,3% y normalidad en el 38,2%. La DMO DEXA de columna lumbar mostró osteoporosis en el 34,6%, osteopenia en 35,1% y normal en el 29,8%. La DMO

DEXA de cuello de fémur objetivo osteoporosis en el 8,8%, osteopenia en el 48,5% y normal en el 42,9%. Se muestra la distinta prevalencia según el sexo no siendo estadísticamente distintas ($p > 0,05$) en DMO de calcáneo o cuello de fémur pero sí a nivel de columna lumbar ($p < 0,001$). La sensibilidad de detección de osteoporosis de los ultrasonidos de calcáneo fue de 40,2% al compararlo con columna lumbar y del 58,8% con cuello de fémur, siendo la especificidad del 79,4 y 75,2% respectivamente. El DMO DEXA de calcáneo mostró una sensibilidad del 14,1% según los resultados de columna lumbar y de 18,4% en cuello de fémur, la especificidad fue del 94,8% y del 92,5% respectivamente. Se analizaron las posibles diferencias según los sexos.

Conclusión: La prevalencia de osteoporosis y osteopenia en la población estudiada de mujeres posmenopáusicas y hombres mayores de 60 años es alta. La concordancia entre las distintas técnicas para detectar osteoporosis es baja, presentando tanto los ultrasonidos de calcáneo como la DMO DEXA de calcáneo una alta especificidad y una baja sensibilidad (sobre todo la DMO DEXA).

183

RADIOSINOVIOERTESIS CON SULFURO DE RENIO-186 COLOIDAL EN PACIENTES CON ARTROPATÍA HEMOFÍLICA

M. Lisbona, C. Aguilera, P. Cejas, N. Cid, M. Anaya, J.B. Povedano y A. García López

Sección de Reumatología. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: La hemofilia es una coagulopatía hereditaria, ligado al sexo, que consiste en el déficit de factores de coagulación, el factor VIII en la hemofilia A y el factor IX en la hemofilia B. Los hemartros, hematomas y sinovitis son las manifestaciones músculo-esqueléticas más comunes de la hemofilia y constituyen el principal condicionante de la vida social y laboral de estos pacientes. La radiosinovioertesis constituye un tratamiento efectivo y seguro para la sinovitis hemofílica y por tanto, para frenar la evolución hacia la artropatía hemofílica crónica.

Pacientes y métodos: Presentamos una serie de casos de radiosinovioertesis con Sulfuro de Renio_186 coloidal y su evolución respecto a los hemartros tras un período de seguimiento de tres meses, en pacientes hemofílicos procedentes de la Unidad Regional de Hemofilia de Andalucía. Se trata de cuatro pacientes varones de edades comprendidas entre 12-19 años diagnosticados de hemofilia A o B desde el nacimiento y en seguimiento en nuestra Unidad de Artropatía Hemofílica, que presentan hemartros recurrentes sobre articulaciones de mediano tamaño y distintos grados de artropatía hemofílica crónica.

Resultados y discusión: En tres de los casos durante el período de seguimiento tras la radiosinovioertesis no se produjeron nuevos hemartros, sin embargo uno de ellos tuvo un pequeño hemartro, que correspondió al paciente de mayor grado de artropatía y con antecedente previo de radiosinovioertesis con Ytrio. No hubo efectos secundarios durante el período de seguimiento. La radiosinovioertesis constituye un tratamiento efectivo y seguro para la sinovitis hemofílica crónica. Hasta ahora se ha empleado más comúnmente como radionúclidos el P_32 y el Y_90, sin embargo, su mayor rango de penetración y mayor tamaño de la partícula conllevan mayores efectos secundarios, fundamentalmente en articulaciones de mediano y pequeño tamaño. Distintos estudios concluyen que el Sulfuro de Renio_186 con un tamaño de partícula 2-10mm y una penetración máxima de 11mm, constituye un radionúclido eficaz en reducción del dolor articular, hemartros e incremento del rango articular en estos pacientes.

184

ES LA VERTEBROPLASTIA UNA BUENA OPCIÓN ANALGÉSICA EN FRACTURAS VERTEBRALES?

C. Urrego, P. Granados, P. Zurita, C. Díaz-Miguel y A. Zea
Reumatología. Hospital Ramón y Cajal.

Introducción: La vertebroplastia es un reciente procedimiento terapéutico utilizado en los aplastamientos vertebrales osteoporóticos, como analgesia principalmente, es poco invasiva, se realiza bajo sedación, requiere pocos días de ingreso, tiene generalmente pocas complicaciones y buenos resultados en la mayoría de los pacientes (90%) en las diferentes series.

Objetivo: Valorar los resultados de los pacientes tratados en nuestro servicio con dicha técnica entre noviembre de 2003 y 2005.

Material y métodos: Consideramos candidatos a vertebroplastia aquellos con aplastamientos vertebrales osteoporóticos resistentes a tratamiento analgésico escalonado, con cambio de señal en la resonancia magnética nuclear (RMN) y en la gammagrafía ósea. Se realizaron 23 vertebroplastias a 21 pacientes 16 (69,9%) mujeres, 5 (30,4%) hombres; con edades comprendidas entre 58-81 años (media de 70+/-2 años). Recogiendo historia clínica dirigida a factores de riesgo de osteoporosis, fracturas axiales previas, tiempo de evolución del dolor, despistaje neoplásico. Se realizaron radiografías de columna dorsal y lumbar, densitometría ósea (DEXA), RMN y gammagrafía de zona afectada, así como TAC y vertebrografía de control (posterior a procedimiento).

Resultados: De los 21 pacientes el 47,6% presentaban factores de riesgo para osteoporosis, 34,8% en tratamiento corticoideo crónico. Tiempo medio de evolución del dolor de 4,6 meses. Todos en tratamiento con bifosfonatos y calcio+vitaminaD. El 90,5% Presentaban una DEXA en rango de osteoporosis y el 28,6% tenían historia de fracturas axiales previas. La RMN y la gammagrafía ósea de todos los pacientes mostraban cambios compatibles con fractura reciente. La vía utilizada fue percutánea transpedicular bilateral; en 2 de los pacientes se presentó fuga del cemento perivertebral asintomática que se resolvió en los controles de imagen posteriores. En el 80% de los que recibían tratamiento con opioide se consiguió reducir la analgesia a 1er escalón hasta los 6 meses siguientes, de estos el 91,6% mantienen hoy el mismo tratamiento. El 20% restante tenían otros hallazgos radiológicos en columna vertebral. 1 de los pacientes presentó nuevas fracturas vertebrales aunque no adyacentes a la intervenida requiriendo cambio a teriparatide.

Conclusiones: La vertebroplastia ha demostrado un buen resultado frente al dolor que se presentaba incapacitante en la mayoría de los pacientes. Creemos que la diferencia en nuestros datos se debe al mayor tiempo medio de evolución del dolor hasta la realización de la intervención, la vía utilizada y la concomitancia de otras patologías axiales. Observamos pocas complicaciones a corto plazo y ninguna fractura en vértebras adyacentes.

185

EVENTOS ADVERSOS GRAVES UN UNA COHORTE DE PACIENTES CON A.R EN TRATAMIENTO CON ANTI-TNF

M. Fernández Alba, M.D Ruiz Montesinos, B. Hernández Cruz, C. Vargas Lebrón y F. Navarro Sarabia
Servicio de Reumatología. H.U.V. Macarena. Sevilla.

Introducción: Los enfermos a los que se les administran anti-TNF I son un grupo de pacientes, que tienen AR grave y activa, en los que ha fracasado el tratamiento con uno ó más FAME.

Objetivos: Conocer los eventos adversos graves asociados a las terapias biológicas y clasificarlos según el tipo de terapia biológica administrada (Adalimumab, Etanercept e Infliximab).

Pacientes y método: Se incluyeron todos los pacientes con AR que cumplían criterios ACR de 1987, en tratamiento con anti-TNF, pertenecientes a la cohorte del H. U. V. Macarena de Sevilla entre diciembre de 99 y diciembre de 05. Se revisaron las historias clínicas anotando los eventos adversos graves, y el tipo de anti-TNF administrado. Se realizó estadística descriptiva. *Diseño:* cohorte retrospectiva.

Resultados: Se incluyeron 160 pacientes que recibieron al menos una dosis del biológico. 96 (60%) mujeres. Se trató con Adalimumab a 62 pacientes (38,75%), con Etanercept a 62 (38,75%) y con Infliximab a 36 (22,5%). A lo largo del seguimiento 26 (24,30%) tuvieron algún evento adverso grave. Los eventos adversos más frecuentes fueron 6 infecciones de vías respiratorias bajas, 3 (2,80%) urticarias, 2 (1,87%) insuficiencias cardíacas, 2 (1,87%) pancreatitis agudas. De los tratados con Adalimumab uno presentó infección de una úlcera cutánea, en el resto no se objetivó ningún evento adverso grave. De los tratados con Etanercept 46 (76,67%) no presentaron eventos adversos graves. 5 (8,33%) tuvieron infección respiratoria de vías bajas, 2 (3,33%) urticaria, 2 (3,33%) insuficiencia cardíaca, 1 (1,67%), 1 varicela, 1 dolor torácico, 1 trombosis venosa profunda 1 celulitis y 1 infección cutánea. Entre los tratados con Infliximab 26 no tuvieron eventos adversos graves. 2 (5,41%) tuvieron pancreatitis aguda. 1 (2,70%) infección respiratoria de vías bajas, 1 fibrosis pulmonar, 1 urticaria, 1 lupus, 1 reacción infusional, 1 hipertensión arterial, 1 depresión mayor, 1 vasculitis, 1 eritema pruriginoso.

Conclusiones: En nuestra serie tenemos una tasa de eventos adversos graves del 24%. Los más comunes fueron las infecciones con una incidencia de 6%. Se objetivó mayor número de eventos adversos en los pacientes tratados con Infliximab.

186

DISTRIBUCIÓN DEL CEMENTO EN EL VERTEBRAL TRAS VERTEBROPLASTIA. RELACIÓN CON EL TIPO DE ABORDAJE TRANSPEDICULAR

J. Mundo¹, J. Pomés², P. Peris¹, J.M. Macho², J. Blasco² y N. Guañabens¹

¹Servicio de Reumatología, ²Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.

La vertebroplastia percutánea consiste en la inyección de cemento de polimetil-metacrilato en el interior del cuerpo vertebral fracturado y constituye un tratamiento eficaz para el tratamiento del dolor asociado a la fractura vertebral por osteoporosis. El abordaje unilateral pretende disminuir la agresividad del procedimiento. Se ha sugerido que la distribución homogénea del cemento en el cuerpo vertebral es un factor relacionado con la eficacia de este procedimiento.

Objetivo: Analizar la distribución del cemento en el cuerpo vertebral tras la realización de una vertebroplastia y su relación con la vía de inyección (vía transpedicular unilateral [unipedicular] o bilateral [bipedicular]).

Pacientes y métodos: Se analizaron 250 procedimientos realizados en 240 vértebras de 92 pacientes con una edad media de 71 ± 8 años (rango 53-94) para el tratamiento de dolor secundario a fractura vertebral osteoporótica, refractario a tratamiento farmacológico. En todos los pacientes se realizó una RM previa a la vertebroplastia para confirmar la presencia de edema en el cuerpo vertebral y se realizó el procedimiento por vía transpedicular bajo control de escopia. En todos los casos se analizó: la distribución

del cemento en el cuerpo vertebral (central o periférica [izquierda o derecha]) mediante control radiológico y su relación con la vía de acceso, la cantidad de cemento inyectado y la necesidad de repetir nuevamente el procedimiento.

Resultados: Se realizaron una media de 2,72 procedimientos por paciente. No se produjeron complicaciones secundarias a la punción ni al acceso pedicular. La vía de acceso fue bilateral en 105 casos y unilateral en 145 (73 a través del pedículo derecho y 72 a través del izquierdo). La distribución vertebral del cemento fue central en todos los pacientes en los que se realizó un abordaje bipedicular (100%), mientras que en el abordaje unipedicular el 81% de los procedimientos presentaron una distribución central del cemento y periférica en el 19%, sin hallar diferencias entre ambos pedículos. Así, el abordaje unipedicular derecho condujo a una distribución central en 60 casos (82%) y periférica en 13 casos (18%) y el abordaje unipedicular izquierdo condujo a una distribución central en 57 casos (79%) y periférica en 15 (21%). La cantidad de cemento administrado fue similar en ambos grupos (abordaje bipedicular o unipedicular). Ocho pacientes requirieron una segunda vertebroplastia por ausencia de mejoría, en todos ellos el abordaje había sido unipedicular (3 con distribución central y 5 con distribución periférica) ($p = 0,037$, comparado con abordaje bipedicular).

Conclusión: El abordaje bipedicular conduce a una distribución homogénea del cemento en el cuerpo vertebral en todos los casos y disminuye la necesidad de procedimientos dobles sin presentar complicaciones secundarias al abordaje.

187

EVALUACIÓN DE LA TIAGABINA COMO FÁRMACO COADYUVANTE EN EL TRATAMIENTO DE LA FIBROMIALGIA

P. Morillas Arqués*, E. Pita Calandre**, E. Iglesias Jiménez*, J. Hidalgo**, R. Sánchez Parera* y E. Raya Álvarez*

*Departamento de Reumatología. Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada, **Instituto de Neurociencias. Facultad de Medicina de Granada.

Introducción y objetivos: La fibromialgia es una enfermedad caracterizada fundamentalmente por dolor crónico generalizado, trastornos del sueño, cansancio crónico y elevados niveles de ansiedad. Se ha evidenciado una elevada comorbilidad con otras patologías, tales como la migraña, la disfunción temporomandibular, el síndrome de fatiga crónica, el colon irritable y la depresión. Agentes moduladores de la transmisión del GABA (ácido-gamma-aminobutírico) como la gabapentina, la pregabalina y la tiagabina han demostrado eficacia en el control del dolor crónico y trastornos de ansiedad crónica. Especialmente esta última, ha sido experimentada con éxito en el manejo de trastornos de ansiedad crónica generalizada, dolor crónico, disfunción temporomandibular, trastornos de estrés postraumático, profilaxis y tratamiento de migraña crónica, encontrándose además en uno de los estudios una mejoría significativa del sueño. Éste estudio fue diseñado para evaluar la eficacia y tolerabilidad de la tiagabina en pacientes con fibromialgia.

Pacientes y métodos: La muestra incluyó 18 pacientes, 16 mujeres y 2 varones, con un rango de edad de 29-60 años (media: 44 ± 8). La duración del estudio fue de tres meses, durante los cuales se administró tiagabina, añadida al tratamiento previamente prescrito, en dosis inicial de 2,5 mg/24 horas, ajustándose posteriormente la misma en función de la respuesta del enfermo. La evaluación de la respuesta se realizó mediante la administración del cuestionario de impacto de la fibromialgia (FIQ), el índice de

Pittsburgh (PSQI), la escala de depresión de Beck (BDI), el inventario de ansiedad estado y rasgo (STAI) y una escala de impresión clínica global de mejoría autoevaluada por el paciente.

Resultados: De los 18 pacientes que componían la muestra, 12 abandonaron el estudio por reacciones adversas. De los 6 que acabaron, solo 1 mantuvo el tratamiento con tiagabina por buen control de la enfermedad. Los principales efectos adversos presentados fueron mareo, vértigo, sensación de inestabilidad, aumento de ansiedad, agitación nocturna, insomnio, crisis de pánico, aumento de peso, e ideación psicótica, todos ellos relacionados con incremento de dosis. No se observó eficacia significativa en cuanto al control del dolor, ansiedad o sueño con ninguna de las dosis utilizadas.

Conclusiones: A pesar de los excelentes resultados obtenidos con tiagabina en otros estudios frente a distintas patologías, nuestros datos sugieren que no es un fármaco indicado para el tratamiento coadyuvante de la fibromialgia.

188

EVOLUCIÓN CLÍNICO-ECOGRÁFICA DEL QUISTE DE BAKER

G. Ruiz Bonilla, J. Rubio García, J.L. Morell Hita, F.J. Bachiller Corral, A. Rodríguez García, M.E. Brito Brito y A. Zea Mendoza

Servicio de Reumatología. Hospital Ramón y Cajal.

Objetivo: Valorar la evolución a corto, medio y largo plazo de pacientes con Quiste de Baker a los que se realiza punción aspiración del líquido, e infiltración, según los hallazgos clínicos y ecográficos.

Material y métodos: Se evaluaron 46 pacientes con sospecha clínica de Quiste de Baker en 2004 y 2005, a los que se le realizó ecografía de confirmación. Se registraron datos demográficos, peso, talla, índice de masa corporal (IMC), enfermedad articular de base y escala analógica visual (EVA) de la rodilla afecta, y se practicó estudio ecográfico reglado de rodilla. El tamaño del quiste de Baker se determinó con la medición de sus 3 ejes. A la mayoría de los pacientes se le realizó aspiración del quiste guiada por ecografía y posterior infiltración con esteroides, midiéndose el tamaño del quiste postevacuación. Se revaloró clínica y ecográficamente al paciente, a los 3, 6 y 12 meses, y se repitió la punción e infiltración en los pacientes que mantenían quiste de Baker.

Resultados: Se estudiaron 46 paciente con sospecha clínica de Quiste de Baker en los cuales se confirmó ecográficamente en 35, cumpliendo seguimiento a los 3, 6 y/o 12 meses sólo 33 pacientes. De éstos, 24 son mujeres y 9 hombres, con edades entre 35 y 80 años (media 62,64 ± 12,75). 16 pacientes tenían Artrosis, 7 Meniscopatía, 6 Artritis Reumatoide y 4 Artritis Microcristalina. Se estudiaron distintos parámetros para evaluar la evolución del quiste como: requerir infiltración, tamaño del quiste y evaluación del dolor, tanto la media como la mejoría en, al menos, 2 o 3 unidades respecto a la basal. También se evaluó el porcentaje de reducción del quiste en la evacuación, como se observa en la siguiente tabla:

	Basal	3 meses	6 meses	12 meses
n	33	28	16	11
Nº pacientes infiltrados	32 (97%)	14 (50%)	10 (60%)	0
EVA	7	5,4	5,6	5,4
Mejoría EVA >2		13 (46,4%)	12 (75%)	6 (54,5%)
Mejoría EVA >3		8 (28,6%)	10 (62,5%)	5 (45,4%)
Tamaño del quiste	32,8	18,4	20,5	18
% reducción de quiste tras punción	85%	73%	89%	No punción
Volumen de derrame articular	1,32	0,3	0,58	0,33

Conclusión: Se evidencia una clara tendencia a la mejoría a lo largo del año, que es más significativa al inicio de la punción/infiltración (3 meses), presentando una fase de mantenimiento de la evolución favorable hasta el año de evolución. Esta mejoría es independiente de la edad y el IMC, pero es mayor en las patologías inflamatorias y la artrosis, que en la meniscopatía, sin llegar a ser estadísticamente significativa. Nuestros resultados pueden tener potenciales limitaciones secundarias al reducido número de pacientes y la ausencia de grupo control.

189

UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ARTERITIS DE LA TEMPORAL

M. García-Manrique, M. Steiner, R. Ghiglini, E. de Miguel y E. Martín-Mola

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción: El diagnóstico de arteritis de la temporal (AT) puede ser clínico pero en general se recomienda la confirmación mediante biopsia de la arteria temporal. Esta, además de ser una prueba invasiva en muchas ocasiones ofrece falsos negativos, por lo que conviene explorar nuevas alternativas diagnósticas.

Objetivos: Estudiar la utilidad y precisión diagnóstica de la ecografía ante el paciente con sospecha de arteritis de células gigantes.

Material y métodos: Estudio prospectivo de 38 pacientes consecutivos, con sospecha clínica de AT, recogidos entre julio del 2004 y diciembre del 2005. A todos ellos se les realizó ecografía doppler color (con un equipo General Electric Logic 5-pro con sonda 7-12 Mhz) de ambas arterias temporales. Como criterio ecográfico de positividad se utilizó la presencia de un halo hipoeicoico alrededor del flujo arterial, estenosis y/o oclusión de la arteria temporal. Como patrón oro del diagnóstico de la enfermedad se utilizaron los criterios de la ACR – con una sensibilidad (S) del 82% y una especificidad (E) del 86%-, la biopsia de arteria temporal y la evolución clínica de los pacientes.

Resultados: De los 38 pacientes 16 eran varones (42,1%) y 22 mujeres (57,9%), con edades comprendidas entre 46 y 89 años y con una edad media de 72 años. De todos ellos 18 pacientes cumplían tres o más criterios de la ACR (47,3%), dentro de los cuales en 14 pacientes la ecografía fue positiva (77,7%), y en 4 fue negativa (22,2%). Los restantes 20 pacientes no cumplieron los criterios de la ACR (52,6%), y de ellos en 4 el resultado ecográfico fue positivo (20%), y en 16 fue negativo (80%). Según estos resultados, la ecografía frente a los criterios de la ACR muestra una S del 77,77%, una E del 80%, un valor predictivo positivo (VPP) del 80% y un valor predictivo negativo (VPN) del 80%. De los cuatro pacientes que cumplían tres criterios del ACR y fueron falsos negativos en ecografía, el juicio clínico y seguimiento de los médicos responsables demostró que los pacientes no tenían AT. En el caso de los cuatro falsos positivos frente a criterios del ACR tres fueron tratados con corticoides y diagnosticados por el clínico como AT, en dos casos asociados a polimialgia reumática, en estos casos pudo haber un sesgo inducido por la ecografía, el cuarto caso no fue diagnosticado de AT y la evolución demostró que el paciente no la padecía. En 24 pacientes se realizó biopsia de la arteria temporal (63,15%) que fue positiva en tan sólo 6 casos (25%) que a su vez tenían tanto criterios ACR como ecografía positiva para esta enfermedad. De las 18 biopsias negativas, 8 cumplían criterios de la ACR (44,4%) y 10 no los cumplían mien-

tras que 9 cumplían criterios ecográficos y 9 no los cumplían. Frente a biopsia de arteria temporal la ecografía mostró una S de 100%, una E de 50%, un VPP de 40% y un VPN del 100%. Ninguno de los 20 pacientes que fueron ecográficamente negativos tuvo positividad en la biopsia de arteria temporal ni la evolución clínica del paciente confirmó la AT, si estos datos se confirman en otros estudios, la ecografía puede evitar molestias innecesarias a los pacientes y un sustancial ahorro de costes para el sistema sanitario evaluado en 156 euros por cada biopsia innecesariamente realizada.

Conclusión: 1) La ecografía doppler color es útil en el diagnóstico de la AT. 2) Su positividad junto con al menos tres criterios del ACR hace muy probable el diagnóstico. 3) Su negatividad en pacientes que no cumplen criterios de ACR hacen muy improbable la enfermedad. 4) La confirmación del punto 3 supondría evitar molestias al paciente y ahorro de costes para el sistema sanitario.

190

ESPONDILOARTROPATÍAS INDIFERENCIADAS (EI) Y OSTEOPOROSIS

C.A. Montilla Morales, L. Pozo*, A. López Bernús*, S. Gómez Castro, N. Cubino* y J. Pino

**Servicio de Medicina Interna. Servicio de Reumatología del Hospital clínico de Salamanca.*

Introducción: La asociación de Espondilitis y Osteoporosis se conoce desde hace tiempo. Sin embargo, esta complicación esta poco documentada en otras espondiloartritis. Las EI, por su variabilidad clínica, plantean varios interrogantes. Así, poco se conoce acerca de las manifestaciones extraarticulares asociadas. En el momento actual no hay referencia de la relación de osteoporosis y EI.

Objetivo: Medir la densidad mineral ósea en un grupo de pacientes con EI y compararla con un grupo de personas sanas.

Pacientes y métodos: Se incluyeron en el estudio quince pacientes diagnosticados de EI (Criterios de Mau). Ningún paciente presentaba sindesmofitos. El grupo control estaba formado por 20 personas sin enfermedad. Se excluyeron personas con edad por encima de lo 49 años, con enfermedades o tratamientos farmacológicos que modificasen el metabolismo mineral óseo. Se recogieron protocolizadamente factores conocidos que influyen en la masa ósea y riesgo de fractura (tabaco, alcohol, medidas lácteas y actividad física). A ambos grupos se realizó densitometría por DeXA.

Resultados: La edad de ambos fue similar (36,69 vs. 37,89; p = n.s) El tiempo de evolución de enfermedad fue de 39,30 meses (DE: 37,86). La relación de los factores que influyen en la masa ósea y la DMO se expone en la siguiente tabla:

	EI	Control	
Medidas alcohol	0,31 (0,85)	0,40 (0,60)	N.S
Cigarros/día	7,29 (14,0)	6,34 (12,0)	N.S
Medidas lácteas	2,45 (1,27)	2,23 (1,40)	N.S
Actividad física	26,6 (1,75)	27,7 (1,90)	N.S
DMO columna (gr/cm ²)	1,005 (0,09)	1,006 (0,13)	N.S
DMO fémur (gr/cm ²)	0,957 (0,13)	0,932 (0,11)	N.S

Conclusiones: La presencia de osteoporosis no se confirmó en pacientes con EI. Estudios con más pacientes pueden corroborar esta afirmación.

USO DE GLUCOCORTICOIDES EN UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE ARTRITIS DE RECIENTE COMIENZO (ARC)

M. Ibáñez, I. Castrejón, E. Toledano, A.M. Ortiz, A. García-Vadillo e I. González-Álvarez

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

Introducción: El uso de glucocorticoides (GC) en Artritis Reumatoide (AR) se viene realizando desde mediados del siglo pasado. Existe evidencia de su eficacia a corto plazo y de su capacidad para retrasar la progresión radiológica. Sin embargo, a largo plazo tienen múltiples efectos secundarios y no hay estudios sólidos sobre la relación riesgo/beneficio en una enfermedad crónica como la AR.

Objetivo: Determinar factores relacionados con el uso de GC en una cohorte de ARC.

Pacientes y métodos: Se estudiaron 80 pacientes con ARC (70% AR, 30% Artritis Indiferenciada que no cumplían criterios diagnósticos de otras enfermedades). Un 71% fueron mujeres; la edad media al inicio de la enfermedad fue de 52 ± 17 años y la mediana de evolución de 7,3 [5-10] meses en la primera visita. El seguimiento fue de dos años y se recogieron variables demográficas, clínicas, analíticas: factor reumatoide (FR) [nefelometría; positivo > 20 UI/ml], antipéptido citrulinado (anti-CCP) [ELISA; Euro-Diagnostica Immunoscans RA; positivo > 50 UI/ml] y niveles séricos de IL-15 (sIL-15) [ELISA; R&D System; elevados si >20 pg/ml] y terapéuticas: dosis media de GC: mg de prednisona/mes de seguimiento (se incluyeron las infiltraciones) y tipo de tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad (FME): no tratamiento, monoterapia o terapia combinada. El análisis de los datos se realizó mediante el programa Stata 9. Para el análisis multivariable de los factores que influyen en la dosis media de GC, se utilizó la regresión lineal.

Resultados: La mediana de la dosis total de GC fue de 994 mg [0-2428] y la dosis por mes de seguimiento fue de 32 mg [0-72]. Ambos resultados se vieron influenciados por las siguientes variables:

	Análisis mg/mes pred	Bivariable p	Análisis coeficiente	Multivariable p
Diagnóstico:				
AR	43 [4-97]	0,0006	- 22	ns
AI	0 [0-31]			
FME:			- 31	
no tratamiento	0 [0-3]	0,0001	5,25	0,04
monoterapia	7 [0- 55]			0,787
terap. combinada	57 [6-139]			
Sexo:				
varones	43 [5-67]	0,368	—	—
mujeres	19 [0-77]			
Edad de inicio (años)	r = 0,4	0,0003	1,12	< 0,0001
T. evolución (meses) v1	r = - 0,25	0,026	—	—
Según enfermedad:				
DAS 28v1	r = 0,35	0,002	- 9,7	ns
HAQ v1	r = 0,36	0,0008	14,5	ns
VGMed v1	r = 0,35	0,0015	0,82	0,014
FR:				
positivo	49 [3-97]	0,017	—	—
negativo	7 [0-55]			
Anti-CCP:				
positivo	41 [3-98]	0,157	—	—
negativo	16 [0-65]			
sIL-15:				
elevada	56 [14-105]	0,009	24,2	0,05
baja	6 [0-59]			

v1: visita basal, VGMed: valoración global por el Médico, ns: no estadísticamente significativo.

Conclusiones: El uso de glucocorticoides es mayor en pacientes con formas más graves y de mayor edad. La asociación con niveles séricos de IL15 podría apoyar que éste sea un marcador de mal pronóstico.

SÍNDROME METABÓLICO (SM) EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE PRECOZ (ARP) INFLUENCIA DE FACTORES METABÓLICOS EN LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO

C.A. Montilla Morales, L. Fuentes*, A. López-Bernús*, S. Gómez-Castro, P. Miramontes*, J. Medina Luezas** y J. Pino

*Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico de Salamanca, *

**Servicio de Reumatología. Hospital de Palencia, Servicio de Reumatología. Hospital Clínico de Salamanca.

Introducción: El SM es un conjunto de alteraciones fisiopatológicas de origen predominantemente metabólico (hiperinsulinemia, intolerancia hidrocarbonatada, dislipemia) que representa un alto riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares. A pesar de que la inflamación subclínica parece ser uno de los principales mecanismos patogénicos pocos estudios son los que relacionan el SM con enfermedades crónicas inflamatorias.

Objetivo: 1) Determinar la presencia del SM en un grupo de pacientes con ARP. 2) Establecer diferencias entre parámetros de actividad de ARP en relación a la presencia de SM. 3) Valorar si los factores metabólicos influyen en la respuesta al tratamiento en los pacientes con ARP.

Pacientes y métodos: Se incluyeron 27 pacientes con AR de menos de un año de evolución que de forma consecutiva acudieron a las consultas de Reumatología desde enero hasta junio del 2005. Se determinó en la primera visita los triglicéridos c-HDL, glucemia basal y la insulinemia. Todos los pacientes se trataron según la escalada terapéutica recomendada por la SER. Clasificamos SM según los criterios de ATP-III.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 56,3 años (DE: 14,8), diez eran hombres (37,0%). El 30% de los pacientes presentaron SM. Ninguno tomaba prednisona. No se observaron diferencias significativas entre los parámetros de actividad al inicio del tratamiento entre ambos grupos (número de articulaciones dolorosas: 6,00 vs. 6,71; número de articulaciones tumefactas: 5,17 vs. 3,29; VSG: 32,4 vs. 34,6; PCR: 4,02 vs. 2,62). El 50% de los pacientes estaba en remisión tras tres meses de tratamiento. Los valores de los parámetros metabólicos en ambos grupos se presentan en la siguiente tabla:

	Respondedores	No respondedores	P
Glucemia basal (mg/dL)	90,0	109,8	0,04
Trigliceridemia (mg/dL)	124,7	112,1	0,5
c-HDL (mg/dL)	59,6	58,5	0,9
Insulinemia UI/dL	8,0	18,7	0,06

Conclusiones: Casi un tercio de los pacientes presentaron SM. Esta proporción se mostró levemente superior a los obtenidos en estudios sobre poblaciones caucásicas. Los pacientes con SM no presentaron mayor actividad antes de comenzar tratamiento para la AR. Los pacientes que respondieron a Metotrexate presentaron menores niveles de glucemia basal. Se necesitan estudios controlados y con mayor número de pacientes para explicar el papel de los factores metabólicos en la AR.

ANÁLISIS DE LA UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA EN EL DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO

C. Bohórquez*, D. Peiteado*, E. de Miguel*, S. Santiago**, C. Pérez** y E. Martín Mola*

Servicio de Reumatología* y Neurofisiología** Hospital Universitario La Paz.

Objetivos: Valorar la utilidad de la ecografía en el diagnóstico del Síndrome del Túnel Carpiano (STC) y la correlación que existe entre la exploración ecográfica y el electromiograma. Como objetivos secundarios nos planteamos realizar un análisis de coste y calidad.

Material y métodos: Estudio ecográfico prospectivo, ciego de pacientes sucesivos remitidos desde la consulta de Neurofisiología Clínica tras realizar un EMG por sospecha clínica de STC. La ecografía se realizaba en un plazo inferior a 48 horas tras la realización del EMG. Un observador independiente realizó una anamnesis recogiendo los siguientes datos: edad, sexo, presencia de dolor nocturno y de parestesias o entumecimiento; y existencia de signos de Tinel y Phalen. El EMG recogió los siguientes parámetros: velocidad de conducción sensitiva (m/s), latencia motora distal (ms) y amplitud del potencial motor evocado (mV). Según el criterio del electromiografista se clasificó los resultados del EMG como normal, leve, leve-moderado y severo. El EMG se consideró gold-standard. Para la ecografía se utilizó un ecógrafo Logic5 pro, General Electric con sonda lineal de 12MHz. Se hicieron cortes trasversales a nivel proximal, medio y distal y se recogieron varios parámetros: área de sección transversal del nervio mediano, cociente de aplanamiento y de tumefacción y desplazamiento palmar. También se recogió la valoración del paciente mediante una escala analógica visual (EVA) tanto de la ecografía como del EMG. Finalmente se estudio la sensibilidad (S), especificidad (E), O ratio (OR) y curvas ROC de la prueba.

Resultados: Se evaluaron 42 pacientes (88,1% mujeres; 11,9% varones), con edad media de 47 ± 12 años. Se analizaron 71 carpos, ya que en 29 la clínica-exploración fue bilateral. El 67,6% presentaban hallazgos compatibles con STC. El mejor parámetro ecográfico predictor de STC diagnosticado según EMG fue el área distal (OR = 1,7), seguida del área máxima (OR = 1,68), elegida como la mayor de las tres áreas medidas. Se realizaron curvas ROC para el área en cada localización y para el área máxima, escogiéndose los puntos de corte con mejor combinación de sensibilidad y especificidad. El punto de corte $9,5 \text{ mm}^2$ clasificó correctamente al 81% de los sujetos. La mejor medida fue el área distal (S88%, E67%) seguida del área máxima (S88%, E62%), para un punto de corte de $9,5 \text{ mm}^2$. Por tanto, se realizó otra curva ROC para el área distal encontrando que áreas $<7 \text{ mm}^2$ y áreas $>14 \text{ mm}^2$ presentaban una S y E del 100% respectivamente. La combinación entre distintas localizaciones no mejoró la capacidad predictiva de la ecografía. La combinación de medidas ecográficas con la clínica tampoco mejoró la Odds Ratio. Respecto al análisis del coste, aplicando estos resultados, se podrían haber evitado 21 de 71 EMG, lo que significaría un ahorro de 5.643,12 €. El análisis de calidad percibida por el paciente muestra una EVA para EMG de 52,7 y una EVA para la ecografía de 6,4.

Conclusiones: Existe una buena correlación con el estudio electromiográfico y la ecografía, y esta es útil para diferenciar entre un nervio mediano normal o patológico. El mejor parámetro ecográfico predictor del STC según EMG es el área distal. La ecografía descartaría STC en áreas menores de 7 mm^2 y lo confirmaría en áreas mayores de 14 mm^2 , con una S y E del 100%

respectivamente, dejando un rango intermedio en el que el EMG sigue siendo el patrón oro en el diagnóstico del STC. La ecografía es una prueba que supondría un ahorro significativo respecto al EMG, siendo además una prueba mejor valorada por los pacientes.

EL REUMATÓLOGO INTERVENCIONISTA Y LA BIOPSIA DE MÚSCULO

E. Riera Alonso¹, N. de la Torre², E. García Casares¹, M. Sallés Lizarzaburu¹, E. García Melchor¹, V. Ortiz Santamaría¹, A. Olivé Marqués¹, L. Mateo Soria¹, S. Holgado¹ y X. Tena Marsa¹
¹Sección de Reumatología, ²Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.

Introducción: La biopsia de músculo es una técnica quirúrgica realizada tradicionalmente por cirujanos, generalmente traumatólogos. Con el objetivo de ganar autonomía y acelerar el proceso diagnóstico, algunos servicios de reumatología han aprendido esta técnica quirúrgica.

Objetivo: Evaluar la rentabilidad y seguridad de las biopsias abiertas de músculo realizadas por reumatólogos.

Método: *Estudio retrospectivo:* se recogen las biopsias de músculo indicadas y realizadas por reumatólogos en quirófano ambulatorio entre los años 2000-2005. *Ámbito:* Hospital universitario de referencia de un área de 700.000 habitantes. Se revisa la sospecha clínica antes de la biopsia, músculo biopsiado, diagnóstico anatomopatológico, diagnóstico clínico definitivo y las complicaciones. Se dividieron las biopsias en cuatro grupos: A) las realizadas a pacientes sin enfermedad reumática previa con sospecha de miopatía, B) las realizadas en pacientes sin enfermedad reumática previa con sospecha de vasculitis, C) las realizadas a pacientes sin enfermedad reumática previa con sospecha de otra enfermedad distinta de miopatía o vasculitis, D) las realizadas a pacientes con enfermedad reumática conocida y con sospecha de miopatía o vasculitis. *Técnica quirúrgica:* incisión de la piel de 3-5 cm bajo anestesia local, se abre por planos, se toma muestra de músculo y se cierra por planos. Se manda muestra en fresco a anatomía patológica.

Resultados: Se practicaron un total de 68 biopsias a 68 enfermos. Treinta y cuatro (50%) eran mujeres y 34 (50%) eran hombres. El promedio de edad era de 59,6 años (límites 20-87). El músculo biopsiado fue gemelo interno en 53 pacientes (76%), deltoides en 12 (17%), cuádriceps en 3 (4%) y flexor superficial de los dedos 2 (3%). Del total de biopsias, 26 (38%) fueron patológicas mientras que las restantes, normales (62%). Los resultados fueron los siguientes: del grupo A, se realizaron 12 biopsias de las cuales 4 fueron positivas (33%). Del grupo B, se realizaron 32 biopsias de las cuales 13 fueron positivas (40%). Se realizaron 4 biopsias del grupo C; dos por sospecha de fascitis eosinofílica con resultado compatible y otras dos por sospecha de sarcoidosis, una con resultado positivo y otro negativo. Del grupo D, 8 eran por sospecha de miopatía - cinco fueron positivas (62%) - y 12 por sospecha de vasculitis - dos fueron positivas (16%) -.

	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Grupo D
Biopsias indicadas	8	32	4	20
Biopsias positivas	4 (33%)	13 (40%)	3 (75%)	7 (35%)

Sólo hubo una complicación: hematoma en una paciente con tratamiento previo con acenocumarol.

Conclusión: La biopsia de músculo abierta practicada por reumatólogos obtiene una buena rentabilidad. El 38% de las biopsias

realizadas fueron positivas y contribuyeron al diagnóstico clínico. El músculo gemelo fue el más biopsiado. Las complicaciones fueron escasas.

195

XEROSTOMIA, GAMMAGRAFÍA DE GLÁNDULAS SALIVALES Y BIOPSIA LABIAL

S. Ordóñez, D. Boquet, M.J. Díez*, T. Canela* y R. Egidio**
Sección de Reumatología, *Servicio de Medicina Nuclear (IDI), **Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida.

Introducción: La xerostomía es un síntoma frecuente en la población adulta que no siempre va asociado a patología de las glándulas salivales. La gammagrafía de glándulas salivales es útil en la evaluación morfofuncional de las glándulas salivales mayores (parótidas y submaxilares), mientras la biopsia labial permite el estudio histológico de las glándulas salivales menores.

Objetivo: Evaluar la relación entre xerostomía, el resultado de la gammagrafía de glándulas salivales y la biopsia labial en un hospital de referencia de segundo nivel.

Métodos: Se han analizado el total de gammagrafías de glándulas salivales realizadas en el Servicio de Medicina Nuclear con la indicación de xerostomía y/o sospecha de Síndrome de Sjögren (SS) en los últimos 3 años (periodo 2003-2005). Se han valorado los resultados de la gammagrafía según la clasificación de Schall et al: Grado I (normal), II (afectación leve), III (afectación moderada), IV (afectación severa), incluyendo además aquellas que solo mostraban alteraciones focales de una glándula o alteraciones aisladas de las fases de secreción/excreción. Asimismo se ha revisado de nuevo la anatomía patológica de aquellos pacientes que fueron sometidos a una biopsia labial, exceptuando aquellas biopsias cuya realización fuese superior a 6 meses desde la realización de la gammagrafía.

Resultados: Se han realizado un total de 117 gammagrafías de glándulas salivales con la indicación de xerostomía y/o sospecha de SS en el periodo 2003-2005. 115 mujeres y 2 hombres, con una edad media de 56 años (27-83). 82 (70%) fueron solicitadas por Reumatología, 28 (23,9%) Medicina Interna, 6 (5,1%) Neurología y 1 (0,8%) Radioterapia. Los resultados de la gammagrafía según la clasificación de Schall fueron: *Grado I:* 45 (38,46%), *Grado II:* 39 (31,62%), *Grado III:* 22 (17,94%) *Grado IV:* 6 (5,12%). 5 (4,2%) correspondieron a: 2 alteraciones focales, 1 alteración de la secreción, 1 retraso de la excreción. Se identificaron 19 pacientes a los que además se les había realizado biopsia labial (16,2% del total de gammagrafías): 5 biopsias fueron normales, 8 presentaban alteraciones histopatológicas compatibles con SS, 6 compatibles con sialadenitis crónica.

Relación entre los resultados gammagráficos e histológicos

	Biopsia normal	Compatible con SS	Sialadenitis crónica
Grado I	0	0	1
Grado II	3	4	4
Grado III	0	4	0
Grado IV	1	0	0
Retraso excreción	0	0	1
Alt. focal parótida	1	0	0

Conclusiones: Un porcentaje elevado de gammagrafías de glándulas salivales realizadas con la indicación de xerostomía y/o sospecha de SS son normales. La gammagrafía no permite diferenciar entre SS y la afectación glandular por otros procesos. La biopsia de glándulas salivales menores puede ser normal en pa-

cientes con xerostomía y alteraciones en la gammagrafía. Una correcta selección de los pacientes, con una anamnesis dirigida a descartar otras causas de xerostomía, aumentaría probablemente el rendimiento de ambas pruebas.

196

EFEECTO DE LAS DIFERENTES TERAPIAS ANTI-TNF ALPHA SOBRE EL PERFIL LIPÍDICO, EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y ESPONDILOARTROPATÍA

R. Almodóvar, R. Mazzucchelli, P. Zarco y F.J. Quirós
Unidad de Reumatología. Fundación Hospital Alcorcón. Madrid.

Introducción: El Factor de Necrosis Tumoral alpha (TNF- α), es una citoquina proinflamatoria que parece estar implicada en el desarrollo de cambios en el metabolismo lipídico, lo que podría justificar el incremento del riesgo cardiovascular en pacientes con artritis reumatoide (AR) y otras enfermedades inflamatorias.

Objetivo: Analizar prospectivamente el efecto de infliximab, etanercept y adalimumab sobre el perfil lipídico a las 6 semanas de tratamiento, en pacientes con artritis reumatoide y espondiloartropatía seronegativa.

Material y métodos: Se incluyeron 17 pacientes, 11 diagnosticados de Espondiloartropatía Seronegativa según los criterios de la ESSG y 6 con Artritis Reumatoide según la ACR. Siete pacientes (41,2%) han recibido tratamiento con infliximab a dosis entre 3-5 mg/kg (a la semana 0,2 y 6), seis pacientes (35,3%) han sido tratados con etanercept a dosis de 25 mg/ 2 veces en semana y cuatro pacientes (23,5%) con adalimumab a dosis de 40 mg/ cada 15 días. Según protocolo se recogieron: datos demográficos (sexo, edad, tiempo de evolución, antecedentes familiares, fumador, enfermedades concomitantes), clínicos (diagnóstico, nº articulaciones dolorosas e inflamadas, medidas antropométricas), medidas de actividad (DAS28, EVA dolor noche, BASDAI, BASFI), datos de laboratorio (colesterol total, triglicéridos, colesterol-LDL, colesterol-HDL, PCR) y tratamientos usados (corticoesteroides, AINEs, FAME). Se analizaron los datos de laboratorio al inicio (sem 0) y después de 6 semanas de terapia. Para el estudio estadístico, se utilizó la odds ratio (OR) con intervalo de confianza del 95% para medir la fuerza de asociación entre variables cualitativas y el test de Student para analizar las variables cuantitativas. Se estudió el índice de correlación bivariable entre los datos.

Resultados: Catorce mujeres (82,4%) y 3 varones (17,6%) con una edad media de 49 \pm 15 años y un tiempo medio de evolución de la enfermedad de 15 \pm 12 años. El 35,3% de los pacientes eran fumadores. Dos pacientes eran hipertensos, 1 diabético, 1 tenía hiperlipemia y 2 presentaban cardiopatía isquémica. EL 41,2% de los pacientes tomaban esteroides. En el grupo de pacientes tratados con infliximab (41,2%) y con etanercept (35,3%) no había cambios significativos en los niveles de colesterol total (190,7 \pm 40,6 mg/dl vs. 184,5 \pm 40,3 mg/dl, p = 0,5; 175,2 \pm 40 mg/dl vs. 188,7 \pm 39,7 mg/dl, p = 0,07), HDL (56,8 \pm 17,4 mg/dl vs. 56,4 \pm 16,5 mg/dl, p = 0,8; 59,5 \pm 32 mg/dl vs. 57 \pm 17,5mg/dl, p = 0,8), LDL (107,5 \pm 26 mg/dl vs. 116,06 \pm 34,7 mg/dl, p = 0,08; 81 \pm 30,6 mg/dl vs. 100 \pm 33,3 mg/dl, p = 0,1) y triglicéridos (89,4 \pm 26,4 mg/dl vs. 80,2 \pm 33,4 mg/dl, p = 0,2; 172,7 \pm 136,3 mg/dl vs. 156,7 \pm 105,8 mg/dl, p = 0,4) respectivamente. Sin embargo, en el grupo de pacientes en tratamiento con adalimumab se objetivó una tendencia a la disminución en los niveles de triglicéridos (96,6 \pm 9,07 mg/dl vs.

67,3±7,2 mg/dl, $p = 0,05$) tras 6 semanas después, sin observarse modificaciones en el resto de parámetros. No se encontró correlación entre el decremento de la PCR y los niveles de colesterol y triglicéridos en los diferentes grupos de tratamiento. Únicamente el colesterol-HDL se correlacionaba inversamente con el DAS 28 ($r = -0,8$, $p = 0,06$) y con la escala analógica visual del dolor ($r = -0,7$, $p = 0,02$).

Conclusión: Este estudio muestra que adalimumab subcutáneo tiende a disminuir los niveles de triglicéridos, sin observarse cambios en el perfil lipídico con infliximab ni etanercept. Es necesario un mayor número de pacientes para confirmar estos resultados.

197

SÍNDROME SAPHO: UN ESTUDIO CLÍNICO E INMUNOGENÉTICO

P. Moreno, R. Queiro, M. Alperi, A. López, M. Sánchez, J. Ballina, J.L. Riestra y A. Rodríguez
Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Objetivos: Analizar los rasgos clínicos e inmunogenéticos de 12 pacientes con síndrome SAPHO. Comparar el perfil genético de estos casos con el de pacientes con psoriasis y con artritis psoriásica (AP).

Pacientes y métodos: Se revisan las historias clínicas de 12 pacientes con síndrome SAPHO según criterios de Kahn et al. Se estudiaron variables demográficas, clínicas, analíticas y radiológicas (Rx, TAC y/o GO), así como la evolución y respuesta terapéutica. Se analizó la distribución HLA-B27, Cw6, y DR (métodos serológicos) de los 12 casos, así como en 45 pacientes con psoriasis vulgar estable, 70 con AP, y 82 controles sanos. La distribución HLA entre enfermos vs. sanos, y entre grupos, se analizó con los estadísticos chi-cuadrado y exacta de Fisher. Los valores de p significativos se corrigieron multiplicándolos por el número de alelos/grupos testados (Pc). La asociación HLA-enfermedad se evaluó por OR/RR.

Resultados: Se estudiaron 11 mujeres y un varón con rangos de edad entre 31-61 años. 4 casos tuvieron un debut sincrónico de lesiones cutáneas y articulares, el comienzo fue cutáneo en 6, y osteoarticular en 2. En 7 casos existió sinovitis periférica, pustulosis palmar y/o plantar se encontró en todos los casos, mientras que sólo se detectó un caso con acné conglobata. Hiperostosis radiológica se verificó en 5 casos. Dos pacientes tuvieron osteomielitis aséptica y 3 sacroileitis unilateral. Siete pacientes presentaron afectación de las articulaciones esternocostoclaviculares (clínica y/o radiológica). La respuesta terapéutica fue óptima con AINEs, salvo en dos enfermos que precisaron el uso de FAME. En el caso con acné se asociaron antibióticos al tratamiento con AINEs. Ninguno de los antígenos HLA testados se asoció al riesgo de SAPHO. HLA-Cw6 se asoció a psoriasis OR: 6,11 (2,7-13,8), $Pc < 0,0001$, y AP OR: 4,46 (2,15-9,3), $Pc < 0,0001$. HLA-DR7 se asoció a AP oligoarticular RR 3,4, $Pc = 0,0045$, mientras que HLA-DR8 se halló en formas poliarticulares, RR 3,8, $Pc = 0,05$. HLA-B27 se asoció a formas axiales de AP ($p < 0,05$).

Conclusiones: A pesar de la proximidad nosológica entre el síndrome SAPHO y la AP, ambas entidades exhiben un perfil inmunogenético muy diferente. Por otra parte, a diferencia de la psoriasis vulgar, las lesiones de pustulosis palmo-plantar no parecen asociarse al HLA-Cw6. La inclusión del síndrome SAPHO en el grupo de las espondiloartropatías en general, y dentro de la AP en particular, sigue abierta a dudas y controversias.

198

FIABILIDAD DE LA ECOGRAFÍA COMO PRUEBA DIAGNÓSTICA EN EL SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO

C. Bohórquez*, D. Peiteado*, E. de Miguel*, S. Santiago**, A. Ugalde** y E. Martín Mola*

Servicio de Reumatología y Neurofisiología** Hospital Universitario La Paz.*

Objetivos: Estudiar la fiabilidad de la ecografía como prueba diagnóstica en el Síndrome del Túnel Carpiano (STC).

Material y métodos: Estudio ecográfico prospectivo, en 42 pacientes sucesivos (71 carpos) remitidos desde la consulta de Neurofisiología Clínica tras realizar un EMG por sospecha clínica de STC. Para la ecografía se utilizó un ecógrafo Logic5 pro, General Electric con sonda lineal de 12MHz. La prueba fue realizada por tres exploradores de forma ciega e independiente, uno de ellos era un ecografista experimentado mientras que los otros dos poseían tan sólo conocimientos básicos en ecografía, y recibieron dos sesiones de entrenamiento de tres horas antes de iniciar el estudio. Se hicieron cortes ecográficos trasversales del nervio mediano a tres niveles (proximal, medio y distal) midiendo el área de la sección trasversal del nervio en cada uno de ellos. Posteriormente se realizó un análisis estadístico para estudiar la fiabilidad de las medidas ecográficas interobservador (diferencia entre las medidas obtenidas por los exploradores en un mismo paciente) e interlector (medición a posteriori de las imágenes de cada paciente obtenidas por los diferentes exploradores) en cada una de las localizaciones.

Resultados: En un primer análisis se estudió la fiabilidad entre los distintos ecografistas con menor experiencia calculando el cociente de correlación interobservador (CCI), encontrándose éste por encima de 0,9 en todas las medidas, teniendo un intervalo de confianza del 95% (Tabla I). Posteriormente se analizó el CCI interlector obteniendo unos resultados similares (Tabla II).

Tabla I. Fiabilidad interobservador

Localización	Obs. 1		Obs. 2		Obs. 3	
	n	CCI	n	CCI	n	CCI
Área medial	56	0,971 (0,955 - 0,982)	56	0,979 (0,967 - 0,987)	35	0,971 (0,949 - 0,984)

Tabla II. Fiabilidad interlector

Localización	Obs. 1		Obs. 2		Obs. 3	
	n	CCI	n	CCI	n	CCI
Área proximal	54	0,912 (0,849 - 0,941)	57	0,953 (0,921 - 0,973)	33	0,959 (0,916 - 0,980)
Área medial	54	0,953 (0,919 - 0,973)	56	0,976 (0,959 - 0,986)	35	0,974 (0,949 - 0,987)
Área distal	53	0,955 (0,922 - 0,974)	56	0,979 (0,964 - 0,988)	33	0,987 (0,974 - 0,994)

Conclusión: La fiabilidad de la ecografía basada con un mínimo entrenamiento es buena. No existen diferencias en función del observador ni los lectores considerados, a pesar de presentar distinto grado de formación, lo que demuestra que la ecografía es una prueba útil y fácilmente reproducible en el diagnóstico del STC.

199

EFEECTO SOBRE LA RESISTENCIA INSULÍNICA Y EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL, EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y ESPONDILOARTROPATÍA TRATADOS CON TERAPIAS ANTI-TNF ALPHA

R. Almodóvar, R. Mazzucchelli, P. Zarco y F.J. Quirós
Unidad de Reumatología. Fundación Hospital Alcorcón. Madrid.

Introducción: Recientemente, se ha descrito el papel del Factor de Necrosis Tumoral alpha (TNF-alpha) en el desarrollo de resistencia a la insulina, así como modificaciones en el peso corporal.

Objetivo: Analizar prospectivamente el efecto de las terapias anti-TNF alpha sobre la sensibilidad a la insulina y los cambios en el índice de masa corporal a los 6 meses de tratamiento, en pacientes con artritis reumatoide y espondiloartropatía seronegativa.

Material y métodos: Se incluyeron 17 pacientes, 11 diagnosticados de Espondiloartropatía Seronegativa según los criterios de la ESSG y 6 con Artritis Reumatoide según la ACR. Según protocolo se recogieron: datos demográficos (sexo, edad, tiempo de evolución, antecedentes familiares, fumador, enfermedades concomitantes), clínicos (diagnóstico, nº articulaciones dolorosas e inflamadas, medidas antropométricas, peso e índice masa corporal), medidas de actividad (DAS28, EVA dolor noche, BASDAI, BASFI), datos de laboratorio (insulina, glicohemoglobina, glucosa) y tratamientos usados. Se analizaron los datos al inicio (sem 0) y después de 6 meses de terapia. Para el estudio estadístico, se utilizó la odds ratio (OR) con intervalo de confianza del 95% para medir la fuerza de asociación entre variables cualitativas y el test de Student para analizar las variables cuantitativas. Se estudió el índice de correlación bivalente entre los datos.

Resultados: Siete pacientes (41,2%) han recibido tratamiento con infliximab a dosis entre 3-5 mg/kg (a la semana 0,2 y 6), seis pacientes (35,3%) han sido tratados con etanercept a dosis de 25 mg/2 veces en semana y cuatro pacientes (23,5%) con adalimumab a dosis de 40 mg/ cada 15 días. Catorce mujeres (82,4%) y 3 varones (17,6%) con una edad media de 49:15 años y un tiempo medio de evolución de la enfermedad de 15:12 años. El 35,3% de los pacientes eran fumadores. Dos pacientes eran hipertensos, 1 diabético, 1 tenía hiperlipemia y 2 presentaban cardiopatía isquémica. El 41,2% de los pacientes tomaban esteroides. No se han observado cambios significativos en el peso corporal (70,5:8,8Kg vs. 70,7:8,5 Kg, $p = 0,5$) ni en el índice de masa corporal (28,6:5,4 vs. 28,5:5,3, $p = 0,2$) tras 6 meses de tratamiento. Se encontró una tendencia a la disminución de los niveles de insulina (18,2:13,3 mcUI/ml vs. 10,6:11,4 mcUI/ml, $p = 0,08$), sin cambios en la glucemia plasmática ni en la glicohemoglobina. La glicohemoglobina se correlacionaba inversamente con el DAS 28 ($r = -0,9$, $p = 0,009$) y con la escala analógica visual del dolor ($r = -0,8$, $p = 0,001$).

Conclusión: Estos resultados sugieren que la terapia anti-TNF alpha puede tener un efecto beneficioso sobre la resistencia a la insulina. Respecto al peso corporal el estudio no muestra cambios a diferencia de otros trabajos publicados. Es necesario un mayor número de pacientes para confirmar todos estos resultados.

200

CORRELACIÓN DE MEDIDAS DE MOVILIDAD ESPINAL CON ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD, FUNCIÓN, CALIDAD DE VIDA Y RADIOLOGÍA EN PACIENTES ESPAÑOLES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

R. Almodóvar¹, P. Zarco¹, E. Collantes², C. González³, J. Mulero⁴, J.L. Fdez Sueiro⁵, J. Gratacós⁶, R. Sanmartí⁷, X. Juanola⁸, E. Batlle⁹, R. Ariza¹⁰, B. Hernández¹⁰, P. Fernández Dapica¹¹, L.F. Linares Ferrando¹² y A. Turrión¹³

¹Unidad de Reumatología. Fundación Hospital Alcorcón, Madrid, ²Hospital Reina Sofía, Córdoba, ³Hospital Gregorio Marañón, Madrid, ⁴Clínica Puerta de Hierro, Madrid, ⁵Hospital Juan Canalejo, La Coruña, ⁶Hospital Parc Taulí, Barcelona, ⁷Hospital Clínic, Barcelona, ⁸Hospital de Bellvitge, Barcelona, ⁹Hospital General Universitario Alicante, ¹⁰Hospital Virgen Macarena, Sevilla, ¹¹Hospital 12 de Octubre, Madrid, ¹²Hospital Virgen de la Arrixaca, Murcia, ¹³Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Madrid.

Objetivo: Evaluar en pacientes españoles con espondilitis anquilosante (EA) la relación existente entre las diferentes medidas antropométricas y la actividad, capacidad funcional, calidad de vida y afectación radiológica.

Pacientes y métodos: Análisis transversal de una cohorte de pacientes diagnosticados de espondilitis anquilosante (EA) según los criterios modificados de New York. Los datos provenían de una base de datos informatizada y compartida vía internet, para el Registro Nacional de Espondiloartropatías de la Sociedad Española de Reumatología (REGISPONSER), en el que han participado quince centros reumatológicos en toda España. Se recogieron en todos los pacientes datos socio-demográficos y los tratamientos utilizados. Para evaluar la situación clínica se utilizaron varias variables clinimétricas: medidas de movilidad espinal (distancia occipucio-pared, test de Schober modificado, flexión lateral de columna, distancia dedos-suelo, expansión torácica y rotación cervical); el índice de Bath de actividad de la enfermedad (BASDAI); el dolor nocturno, la valoración de la enfermedad por el médico y valoración global por el paciente mediante una escala analógica visual (EAV); y el índice de Bath de evaluación radiográfica (BASRI). La capacidad funcional se determinó mediante el índice funcional de Bath (BASFI), y la calidad de vida fue evaluada mediante dos cuestionarios: Short-Form 12 (SF-12) y el cuestionario específico de calidad de vida para EA (ASQoL). Se analizaron los índices de correlación (IC) bivalente entre las diferentes variables y las medidas antropométricas. Se consideró que existía una IC bueno si era $> 0,6$, moderado entre 0,4-0,6 y malo si era inferior a 0,4. Para los IC negativos se consideró bueno si era inferior a -0,6, moderado entre -0,4 y -0,6 y malo si era superior -0,4. El estudio estadístico se realizó con SPSS 10.

Resultados: Se incluyeron un total de 842 pacientes: 639 varones (76%) y 203 mujeres (24%), con una edad media de 48,5 \pm 12,6 años y una duración de la enfermedad de 14,4 \pm 10,3 años. Doscientos veinte (26%) pacientes tenían afectación articular periférica. Los valores (media \pm DS) eran: Dolor nocturno (cm) 4 \pm 3; BASDAI (cm) 4,1 \pm 2,3; BASFI (cm) 3,6 \pm 2,7; BASRI total 7,3 \pm 4; Expansión torácica (cm) 3,6 \pm 2,1; Schober modificado (cm) 2,8 \pm 1,8; Occipucio-pared (cm) 4,5 \pm 6; Distancia dedos-suelo (cm) 19,4 \pm 14,5; Flexión lumbar lateral (cm) 22,5 \pm 20; Rotación cervical ($>70^\circ/20^\circ-70^\circ/<20^\circ$) 50,1%/ 31%/ 16,6%; ASQoL 7 \pm 5; Componente físico SF-12 37,6 \pm 7,6; Componente mental SF-12 50,6 \pm 5,5. La distancia dedos-suelo y la rotación cervical tenían una correlación moderada con el BASFI ($p < 0,01$), a diferencia del resto de medidas antropométricas que presentaban una baja correlación. La distancia occipucio pared y la rotación cervical tenían una buena correlación con el BASRI ($p < 0,01$). La excursión torácica, el test de Schober y la distancia dedos-suelo presentaban una correlación moderada con el BASRI ($p < 0,01$). La flexión lumbar lateral era la medida antropométrica que presentaba las correlaciones más bajas.

Conclusión: En nuestro estudio de todas las medidas antropométricas, la distancia occipucio pared y la rotación cervical son las que mejor se correlacionan con la afectación radiológica en la EA valorado por el BASRI. La distancia dedos suelo y la rotación cervical son las medidas que muestran una mejor correlación con el grado de limitación funcional valorado por el BASFI. Por tanto la DDS, la RC, el OP, el Schober y la ET son medidas exploratorias recomendadas en la práctica clínica.

201

SEGUIMIENTO EVOLUTIVO DEL QUISTE DE BAKER DURANTE TRES AÑOS EN ARTROSIS DE RODILLA

R. Ghigliano, M. Steiner, E. de Miguel, G. Bonilla, C. Castillo y E. Martín Mola
Hospital La Paz Madrid.

Introducción: El quiste de Baker está presente según las series entre el 39-42% de los pacientes diagnosticados de artrosis de ro-

dilla, pero no se refleja en la literatura su compartimiento a medio-largo plazo.

Objetivo: Valorar el comportamiento evolutivo del quiste de Baker en la gonartrosis a medio-largo plazo, respondiendo a la pregunta de si refleja la actividad clínica, persiste o desaparece.

Materiales y métodos: Estudio longitudinal prospectivo de tres años de duración en 35 pacientes diagnosticados de artrosis de rodilla primaria según los criterios clínicos y radiológicos de la ACR. Todos los pacientes incluidos en el estudio proceden de un estudio inicial en el que se incluyeron 81 pacientes con artrosis de rodilla sintomática y con un grado radiológico entre 1 y 3 según la escala de Kellgren & Lawrence. En la visita basal se recogieron datos clínicos y se realizó ecografía y radiología. Los pacientes fueron seguidos anualmente y en las visitas de los años 2 y 3 se repitieron las ecografías. En este trabajo se presentan los datos de los 35 pacientes que voluntariamente han seguido acudiendo a realizarse visitas periódicas.

Resultados: La edad media de los pacientes al inicio del estudio fue 68,45 ($\pm 8,4$), la distribución por sexo fue 34 mujeres y un hombre. En la visita basal 30 de 81 (37%), tenían quiste de Baker. 35 de los 81 se han seguido durante tres años de los cuales, 12 (34%) tenían quiste de Baker en la visita basal el cual persistió en 10 (83%) en la visita del 2º año y 7 (58%) en la del 3º. Por otra parte en la visita del 2º año aparecen 5 quistes de Baker nuevos y en la del 3er tan sólo uno, persistiendo 3 de los nuevos del segundo año. De los 23 pacientes que no tenían quiste de Baker al inicio tan sólo 6 lo desarrollan en el curso evolutivo y en 5 casos desaparece en algún momento de la evolución. A lo largo del seguimiento 4 pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente con implantación de una prótesis y de ellos 2 (50%) tenían antecedentes de quiste de Baker.

Conclusión: Si un paciente no tiene quiste de Baker, la probabilidad de que no lo presente en tres años de evolución es del 74%. Si lo tiene la probabilidad de que persista es algo superior a la mitad (58%). Por otra parte en casi un tercio de los pacientes el quiste aparece o desaparece a lo largo de la evolución.

202

VALORAR LA RELACIÓN ENTRE EVA DOLOR, CAPACIDAD FUNCIONAL Y LA EXISTENCIA DE QUISTE DE BAKER EN ARTROSIS DE RODILLA

M. Steinerova, R. Ghigliano, E. de Miguel, G. Bonilla, M. Manrique y E. Martín Mola
Hospital La Paz Madrid.

Objetivo: Valorar la correlación de la intensidad de dolor con la capacidad funcional en los pacientes con artrosis de rodilla a lo largo de tres años de seguimiento Y estudiar la posible correlación de intensidad del dolor y la capacidad funcional con la presencia de quiste de Baker en los pacientes con artrosis de rodilla.

Materiales y métodos: Estudio prospectivo longitudinal de tres años de duración de 35 pacientes diagnosticados de artrosis de rodilla primaria según los criterios clínicos y radiológicos de la ACR. Todos los pacientes incluidos tenían al inicio un EVA = de 30 mm y un grado comprendido entre 1 y 3 según la escala de graduación de la artrosis de Kellgren & Lawrence. En la visita se recogió edad, sexo, peso, altura, EVA para el dolor, cuestionario WOMAC para valoración de capacidad funcional en artrosis de rodilla y se realizó estudio radiológico y ecografía articular. En las visitas tercera y cuarta se valoró dolor mediante EVA, capacidad funcional con WOMAC funcional y se realizó ecografía articular.

Resultados: La edad media de los pacientes al inicio del estudio fue 68,45 ($\pm 8,4$), la distribución por sexo fue 34 mujeres y un hombre. El dolor medido mediante EVA basal fue 6,14 (± 2), en la tercera visita 5,08 ($\pm 2,4$) y en la cuarta 6 ($\pm 2,36$). El WOMAC funcional basal fue 38,14 ($\pm 12,58$), en la visita número tres 34,02 ($\pm 12,24$) y en la cuarta 34,03 ($\pm 10,12$). En la visita basal 12 pacientes (34% $\pm 0,48$) tenían quiste de Baker, 15 (44% $\pm 0,50$) en la tercera visita y 11 (0,33 $\pm 0,47$) en la cuarta. Se realizó correlación entre el EVA y WOMAC en cada una de las visitas no encontrándose correlación entre las dos variables. Se relacionó la presencia de quiste de Baker en cada una de las visitas tanto con el EVA como con el WOMAC mediante una T²studo no encontrándose relación entre estas variables.

	EVA basal	WOMAC basal	EVA 2 años	WOMAC 2 años	EVA 3 años	WOMAC 3 años
Total	6,14 \pm 2	38,14 \pm 12,58	5,08 \pm 2,4	34,02 \pm 12,24	6 \pm 2,36	34,03 \pm 10,12
Con quiste	5,75 \pm 1,72	37,66 \pm 14,78	5,06 \pm 2,21	32,93 \pm 11,88	6,2 \pm 1,93	35,77 \pm 10,68
Sin quiste	6,34 \pm 2,12	38,39 \pm 11,62	5,31 \pm 2,49	35,36 \pm 12,88	6,05 \pm 2,56	33,15 \pm 10,29

Conclusión: En este estudio no hemos encontrado correlación entre el dolor y la valoración funcional en la artrosis de rodilla durante los tres años de seguimiento. Tampoco hemos encontrado correlación entre la presencia de quiste de Baker, el dolor y la capacidad funcional.

203

EXPERIENCIA EN PACIENTES EMBARAZADAS CON TRATAMIENTO ANTI-TNF

A.J. García González, B.T. Ruiz, E. Moreno, L. Cebrián, M. Valero, C. Pérez, F. Martínez, B. Hernández Cruz, M. Morcillo, L. Carmona e I. Mateo
Hospital 12 de Octubre. Grupo BIOBADASER.

Introducción: Las artropatías inflamatorias afectan a mujeres jóvenes y muchos de los fármacos modificadores de la enfermedad (FAMES) son teratógenos. Los fármacos anti-TNFa no son teratógenos en animales, pero en humanos los datos son escasos y las conclusiones no definitivas, encontrándose dentro del grupo B de la FDA.

Objetivo: Recoger y describir los casos de embarazos en pacientes mujeres con artropatías inflamatorias expuestas a fármacos anti-TNF en algún momento de la gestación, e intentar establecer unas recomendaciones en caso de embarazo.

Pacientes y métodos: Se revisaron las gestaciones comunicadas al registro español de efectos adversos relacionados con tratamientos anti-TNF para enfermedades reumatológicas (BIOBADASER), dependiente de la Sociedad Española de Reumatología (SER). Se recogieron datos demográficos, datos clínicos, el tratamiento (fármaco, dosis, duración, concomitancia con otros FAME), datos relacionados con la gestación (fecha de embarazo, momento y duración de la exposición, curso y resultado de la gestación). La mayoría de los datos fueron recogidos de BIOBADASER, completándose con una entrevista telefónica con el médico responsable de cada paciente. La fecha de inicio del embarazo no estaba disponible en todos los casos, siendo calculada a partir de la fecha de nacimiento o la fecha de la última regla. Parto a término se consideró entre la semana 38 y la 42, la talla normal entre 48 y 52 centímetros, y el peso entre 2800 y 3200 gramos. Se utilizó un estudio estadístico descriptivo.

Resultados: BIOBADASER registra datos procedentes de 100 centros y 5361 pacientes en tratamiento con fármacos anti-TNF (62% con Infliximab, 29% con Etanercept, un 8% con Adalimu-

mab y un 1% con Anakinra). De un total de 3550 mujeres se comunicaron 14 gestaciones en 13 pacientes. La media de edad al comienzo del tratamiento fue $28,9 \pm 4,9$ años. El tiempo de latencia entre el inicio de la enfermedad y el inicio del tratamiento anti-TNF $11,7 \pm 7,1$ años. De las 13 pacientes gestantes, 7 estaban diagnosticadas de artritis reumatoide, 2 de artritis psoriásica y 4 de artritis idiopática juvenil. 4 gestaciones ocurrieron durante el tratamiento con Infliximab, 8 con Etanercept y 2 con Adalimumab. El momento de exposición fue el primer mes para los pacientes tratados con Infliximab, una media de la semana 8 (5-14) para los pacientes tratados con Etanercept, y una media de 9 semanas (6,5-12) para Adalimumab. El término de 7 de los embarazos fue nacidos vivos sin complicación (3 con Infliximab y 4 con Etanercept); hubo 3 abortos terapéuticos (dos con Etanercept y 1 con Adalimumab); ocurrió un aborto del primer trimestre (semana 9) en una paciente tratada con Infliximab. En 2 de los embarazos no se documentaron datos de la evolución ni del término. La otra gestante se encontraba en la semana 20 de gestación sin incidencias. Tres de las pacientes desarrollaron Diabetes Mellitus durante el embarazo, una de las cuales estaba en tratamiento con esteroides, sin complicaciones para el feto. Una paciente fue diagnosticada de endometriosis durante el primer trimestre, siendo sometida a tratamiento quirúrgico.

Enfermedad reumatológica	Comorbilidad	Tóxicos	Tratamiento concomitante	Anti-TNF	Momento de exposición	Desenlace
AR	No	No	MTX+EST+AINE	IF	1er mes	Aborto 9 s
AP	No	No	MTX+EST+AINE	IF	1er mes	A término sin incidencia
AIJ	No	No	EST+AINE	IF	1er mes	A término sin incidencia
AR	Crohn	No	MTX+EST+5-ASA	IF	1er mes	A término sin incidencia
AP	No	No	AINE	ET	5 s	A término sin incidencia
AR	No	No	AINE	ET	5 s	A término/diabetes gestacional
AR	Hipotiroidismo	No	EST	ET	14 s	IVE
AR	No	No	EST+AINE	ET	12 s	Desconocido
AIJ	No	No	MTX+EST	ET	8 s	IVE
AIJ	No	No	LF+EST+AINE	ET	9 s	A término/diabetes gestacional
AIJ	No	No	Ninguno	ET	8 s	Ahora semana 20/endometriosis
AIJ	Colecistectomizada	No	MTX+AINE	ET	5 s	A término/diabetes gestacional
AR	No	No	MTX	AD	4 s	IVE
AR	No	No	LF+AINE	AD	6,5 s	Desconocida

Conclusiones: Nuestros resultados, aunque referidos a un grupo reducido de pacientes, sugieren que los fármacos anti-TNFa no son teratogénicos, sin embargo, son necesarios estudios con mayor número de gestantes, para excluir definitivamente el riesgo fetal.

204

NIVELES SÉRICOS DE IL-6 EN ARTRITIS REUMATOIDE: CORRELACIÓN CON PARÁMETROS CLÍNICOS, ANALÍTICOS Y DE ACTIVIDAD

S. Ordóñez, J.M. Nolla*, J. Bas**, X. Juanola*, J. Rodríguez* y J. Valverde*

Sección de Reumatología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida, *Servicio de Reumatología. Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona, **Servicio de Inmunología. Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.

Objetivo: Determinar la correlación entre los niveles séricos de interleuquina 6 (IL-6) y diferentes parámetros clínicos, analíticos y de actividad en un grupo de pacientes con artritis reumatoide (AR).

Métodos: Se incluyeron en el estudio 36 pacientes afectados de AR seleccionados de forma aleatoria. Se practicó analítica de sangre para determinar VSG, PCR, factor reumatoide (FR) e IL-6. El mismo día de la extracción se evaluó el N° de articulaciones dolorosas (NAD) y tumefactas (NAT), el grado de rigidez matutina, el dolor y la actividad global de la enfermedad mediante escala analógica visual (EVA), el DAS28 y el índice funcional HAQ.

Resultados: 36 pacientes (27 mujeres y 9 hombres) con una edad media de 60 años (32-83) y una duración de la enfermedad de $11,8 \pm 8,8$ años. El 75% presentaban FR (+) y el 80,6% erosiones radiológicas. Un 88,9% seguía tratamiento con AINEs, un 83,3% con glucocorticoides (GC) y un 77,8% con ambos. 16 pacientes (44,4%) recibían tratamiento de fondo con metotrexato (MTX), 7 (19,4%) leflunomida (LFN), 4 (11,1%) antipalúdicos, 1 (2,8%) sales de oro, 1 (2,8%) MTX + LFN, 1 (2,8%) MTX + Anti-TNF. 6 pacientes (16,7%) no realizaban ningún tratamiento de fondo en el momento del estudio. Los niveles séricos de IL-6 se correlacionaron con la VSG ($p < 0,05$), PCR ($p < 0,01$) NAT ($p < 0,01$) y el DAS28 ($p < 0,01$). Los valores de IL-6 fueron superiores en aquellos pacientes que recibían tratamiento con GC respecto a aquellos que no los tomaban ($p < 0,01$). No se hallaron diferencias significativas en cuanto al sexo, edad, tiempo de evolución de la enfermedad, presencia de FR, presencia de erosiones, tratamiento con AINEs, tratamiento de fondo realizado, rigidez matutina, NAD, EVA del dolor y de actividad global de la enfermedad, y el HAQ.

Conclusiones: Los niveles séricos de IL-6 en pacientes con AR presentan una buena correlación con otros parámetros de actividad como son la VSG, la PCR y el DAS28, así como con el N° de articulaciones tumefactas.

205

PREVALENCIA DE LITIASIS BILIAR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

C. García Gómez, M.E. de Lama*, J.M. Nolla, C. Masuet**, J. Narváez, X. Juanola y J. Valverde

Servicio de Reumatología, *Servicio de Radiología, **Servicio de Epidemiología y Estadística. Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

Introducción: Se han descrito diversos factores de riesgo asociados a la presencia de litiasis biliar, entre ellos el sedentarismo, la dislipemia y la ingesta prolongada de AINE, condiciones frecuentes en la artritis reumatoide (AR). Apenas existen estudios en los que se evalúe la prevalencia de litiasis biliar en la AR.

Objetivo: Determinar la prevalencia de litiasis biliar en pacientes con AR, compararla con la de la población general y evaluar posibles factores de riesgo.

Método: Estudio transversal, realizado entre noviembre del 2002 y mayo del 2004, en el que se analizaron 122 pacientes con AR, procedentes de la consulta externa. De forma protocolarizada se evaluó la existencia de litiasis biliar mediante una ecografía abdominal; se asumió que los pacientes colecistectomizados ($n = 13$) presentaban litiasis. Se valoraron factores de riesgo conocidos para litiasis biliar (edad, género, índice de masa corporal, perfil lipídico estándar, tratamiento estrogénico y/o hipolipemiente, sedentarismo, tabaquismo y diabetes mellitus), además de la actividad de la AR según el DAS 28. Las variables se compararon según el test de chi cuadrado o de tendencia lineal si se trataba de variables categóricas, y el test de t de Student o U de Mann

Abstract 206

Número de familias de FM y AR con parientes afectados de los desórdenes del espectro EDA y grado de parentesco con los probando

	Nº Familias	Nº Familias	Padres	Padres	Hermanos	Hermanos	Hijos	Hijos	Nietos	Nietos	Tíos/Sobrinos	Tíos/Sobrinos
	FM	AR	FM	AR	FM	AR	FM	AR	FM	AR	FM	AR
1. Desorden pánico	5 (16,6%)	1 (3,3%)	2	-	1	-	2	1	-	-	-	-
2. Ataques ansiedad	3 (10%)	1 (3,3%)	1	-	1	-	2	2	-	-	-	2
3. Fobias	3 (10%)	3 (10%)	1	-	1	-	1	-	-	-	-	-
4. Depresión	8 (26,6%)	2 (6,6%)	3	1	2	-	3	-	-	1	-	-
5. Depresión mayor	5 (16,6%)	2 (6,6%)	2	1	-	-	3	1	-	-	1	-
6. Neurosis obsesiva	2 (6,6%)	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-
7. Crisis psicótica	1 (3,3%)	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
8. Migraña	7 (23,3%)	7 (23,3%)	1	3	4	1	2	6	-	1	-	-
9. Colon irritable	1 (3,3%)	4 (13,3%)	-	2	1	1	-	1	-	-	-	-
10. Fibromialgia	1 (3,3%)	2 (6,6%)	-	1	1	-	-	-	-	-	-	1

Whitney para variables continuas según si presentaban una distribución normal o no. Aquellas variables que manifestaron una asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) fueron estudiadas a través de un modelo de regresión logística. Los resultados obtenidos, estratificados por edad y sexo, se compararon con los descritos en la población general de nuestro país, según el test de Chi cuadrado o de Fisher.

Resultados: Se excluyeron 15 pacientes (12,3%) por no disponer de la ecografía en el período estimado para la inclusión en el estudio. Se incluyeron, pues, 107 pacientes (83 mujeres y 24 hombres), con una edad media de 60,43 años (DE 11,24) y una media de evolución de la AR de 11,90 años (DE 8,66). La prevalencia de litiasis biliar fue de 23,4% (IC 95%: 15,35-31,38) ($n = 25$), siendo superior en las mujeres 23/83 (27,71%, IC 95%: 18,08-37,34) que en los hombres 2/24 (8,33%, IC 95%: 0,00-19,39), con una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,048$). Entre las otras variables estudiadas sólo se observó una asociación significativa ($p = 0,015$) respecto a la edad, siendo superior en los pacientes que presentaban litiasis (65,1 años, DE 9,5), que en los que no (58,9 años, DE 11,3). La edad y el género masculino fueron las únicas variables que se manifestaron estadísticamente asociadas a la litiasis biliar de manera independiente [(OR = 1,065; IC95% 1,014-1,119) y (OR = 0,195; IC95% 0,410-0,931) respectivamente]. Al comparar la prevalencia de litiasis respecto de la población general, estratificada según edad y sexo, únicamente se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,048$) en el segmento de mujeres con edades comprendidas entre los 60 y 70 años (38,5% en el grupo de estudio vs. 18,2% en la población general).

Conclusiones: Las mujeres con AR presentan una prevalencia superior de litiasis biliar que los varones. Al comparar con la población general, las mujeres con AR con edades comprendidas entre los 60 y 70 años presentan una prevalencia superior que en la población general.

206

FIBROMIALGIA, ¿UNA FORMA MÁS DEL ESPECTRO DE DESÓRDENES AFECTIVOS FAMILIARES? HISTORIA FAMILIAR EN FIBROMIALGIA Y ARTRITIS REUMATOIDE

M.P. Fernández Dapica, F. Reyero Pantigoso* y M.R. González Crespo

Reumatología y Psiquiatría*. Área 11 de Salud, Madrid.

Se ha observado una alta prevalencia de formas del espectro de desórdenes afectivos (EDA) en pacientes con Fibromialgia (FM) y en sus parientes (1- 2), sugiriendo que la FM puede ser

un desorden más del EDA con un mecanismo fisiopatológico común.

Objetivo: Estudiar la prevalencia del EDA en los parientes de primer y segundo grado de 30 pacientes con FM y 30 pacientes de un grupo control con Artritis Reumatoide (AR).

Método: Hemos recogido prospectivamente la historia familiar en 30 pacientes consecutivos remitidos para diagnóstico desde Atención Primaria (20) y Psiquiatría (10) en el año 2004, que cumplen criterios ACR de FM (edad media 46 ± 9 y duración de la enfermedad de $5 \pm 4,5$ años) y también en 30 antiguos pacientes diagnosticados de Artritis Reumatoide (edad media 63 ± 16 , duración 13 ± 11 y edad de inicio de 51 ± 17).

Resultados: Los trastornos severos de ansiedad (1-3) y los de depresión (4-7) son más prevalentes en las familias de FM (36% vs. 16% y 53% vs. 13% respectivamente).

Número de familias de FM y AR con parientes afectados de los desórdenes del espectro EDA y grado de parentesco con los probando (véase tabla).

Conclusión: Estos datos de una mayor prevalencia de los desórdenes del grupo de ansiedad y depresión del EDA en los parientes de primer y segundo grado de pacientes con FM versus el grupo control con AR, confirman la hipótesis de que la Fibromialgia sea un desorden más de este espectro con una fisiopatología común, que ocurra en determinadas familias en probable relación con sus características genéticas. El hallazgo del espectro EDA en algunas familias con AR podría explicar la conocida asociación de FM y AR en algunos pacientes en probable relación con su historia familiar.

207

ESTUDIO ECOGRÁFICO DE LA ENTESOPATÍA CALCÁNEA EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

M. Fernández-Castro, P. Muñoz, L. Silva, J. Godó, L. Abreu, J. Sanz y J.L. Andreu

Servicios de Reumatología y Gastroenterología. H.U. Puerta de Hierro. Madrid.

Objetivo: Evaluar ecográficamente la prevalencia de entesitis calcánea en la enfermedad inflamatoria intestinal frente a un grupo control de individuos sanos.

Métodos: Se reclutaron prospectivamente pacientes no seleccionados con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) del Servicio de Gastroenterología de nuestro centro, e individuos sanos. Se realizó un estudio ecográfico de tendón de Aquiles y fascia plantar, utilizando un ecógrafo General Electric Logic5 Pro con una sonda multifrecuencia de 7 a 12 MHz. El estudio fue aprobado por

el comité de ética y ensayos clínicos de nuestro centro. La significación estadística se determinó mediante la prueba de la chi cuadrado, con corrección de Yates cuando ésta estaba indicada.

Resultados: Se estudiaron 81 pacientes con EII; 61 (75,3%) con enfermedad de Crohn y 20 (24,7%) con colitis ulcerosa; 50 (61,7%) fueron mujeres y 31 (38,3%) hombres; la edad media fue de 43 años. En el grupo control se incluyeron 27 individuos sanos; 19 (70,4%) fueron mujeres y 8 (29,6%) hombres; la edad media fue de 39 años. El hallazgo ecográfico más frecuente en la EII fue la bursitis: 20/81 pacientes (24,7%), en comparación con el grupo control: 4/27 (14,8%) ($p = 0,42$). En los sanos el hallazgo ecográfico más frecuente fueron las irregularidades: 10/27 individuos (37%), en comparación con el grupo de pacientes: 11/81 (13,6%) ($p = 0,007$). El espolón fue un hallazgo frecuente en los dos grupos: 12/81 pacientes (14,8%) y 5/27 sanos (18,5%) ($p = 0,87$). La erosión se encontró en la misma proporción en ambos grupos: 12/81 pacientes (14,8%) y 4/27 sanos (14,8%) ($p = 0,75$). Las calcificaciones fueron más frecuentes en el grupo control: 3/27 sanos (11,1%), en comparación con la EII: 7/81 (8,6%) ($p = 1$). La tenopatía aquilea y la fascitis se presentaron en un 4,9% (4/81) y 7,4% (6/81) respectivamente, no encontrándose en el grupo control (p no significativas). El total de ecografías con algún hallazgo patológico fue del 58% (47/81) en el grupo de enfermedad inflamatoria intestinal y del 74,1% (20/27) en el grupo control de individuos sanos.

Conclusiones: La ecografía es una técnica sensible en la detección de entesopatía subclínica en la EII, pero la frecuente presencia de alteraciones ecográficas en población sana, obliga a ser cautelosos en la valoración de los hallazgos ecográficos.

208

ANTI-PÉPTIDOS CITRULINADOS EN PACIENTES CON ARTRITIS: ESTUDIO PRELIMINAR

J. Rosas, R. Martín, G. Santos, C. Cano¹, N. Llahí¹ y G. Porcar¹
Sección Reumatología, ¹Enfermería de Reumatología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. Alicante.

Objetivos: Conocer las características generales y prevalencia de anticuerpos anti-péptidos citrulinados (PCC) en pacientes con artritis ya diagnosticada, en seguimiento en consulta de reumatología del Hospital Marina Baixa.

Método: Estudio descriptivo prospectivo, realizado durante los meses de octubre a diciembre de 2005, de forma consecutiva a 167 pacientes; 104 de ellos diagnosticados de artritis reumatoide (AR), 30 pacientes con artritis no-AR y 33 pacientes sin artritis. Se recogieron: datos epidemiológicos generales y de la enfermedad articular; analítica general y estudio de factor reumatoide (FR), PCC; análisis estadístico.

Resultados: En 79 (47%) de los pacientes se detectó FR (81% de ellos con AR), en 72 (43%) PCC (81% con AR) y en 65 (39%) FR+PCC (89% con AR). De los 167 pacientes analizados, 104 (62%) tenían AR (FR (+): 64/62%, PCC (+): 63/61%, FR+PCC: 58/56%), 30 pacientes (18%) tenían artritis no-AR (FR (+): 4/13%, PCC (+): 6/20%, FR+PCC: 4/13%) y 33 (20%) eran pacientes sin artritis (FR (+): 11/33%, PCC (+): 3/0,9%, FR+PCC: 3/0,9%).

Análisis en pacientes con artritis para el diagnóstico de AR, según la presencia de FR, PCC de forma aislada o combinada

	FR	PCC	FR + PCC
Sensibilidad	61%	60,5%	62%
Especificidad	87%	80%	86%
Valor Predictivo (+)	94%	91%	93,5%
Valor Predictivo (-)	39%	7%	41%

Conclusiones: En la población analizada: 1. La prevalencia general de FR, PCC y FR+PCC fue del 47%, 43% y 39%, sin embargo, en pacientes con AR fue 62%, 61% y 56% respectivamente. 2. En el análisis estadístico de pacientes con artritis, para el diagnóstico de AR, la detección de FR, PCC y FR+PCC, fue similar.

209

INCREMENTO EN LA EFICACIA DE INFLIXIMAB CUANDO SE ASOCIA CON METOTREXATE EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE ACTIVA

V.C. Pérez-Guijo¹, A. Rita Cravo², M.C. Castro¹, P. Font¹, E. Muñoz-Gomariz¹ y E. Collantes-Estevez¹
¹Reina Sofía. Hospital de Córdoba, ²Hospital Garcia de Horta. Lisboa.

Objetivo: El objetivo de este estudio fue valorar la eficacia de infliximab (IFX) combinado con metotrexate (MTX) frente a infliximab en monoterapia en el tratamiento de la espondilitis anquilosante (EA).

Pacientes y métodos: Se realizó un estudio abierto, prospectivo, de grupos paralelos en 19 pacientes con EA activa, a la semana 30. Estos pacientes habían mostrado una respuesta incompleta a tratamiento estándar (dosis plenas de AINEs y DMARDs: Metotrexate (MTX) o Sulfasalazina) al menos durante 12 semanas y eran tratados con Infliximab (INF) (5mg/kg). Los pacientes eran divididos en dos grupos dependiendo del tratamiento previo: Grupo A) 9 pacientes tratados previamente con 7,5 mg/semana de Metotrexate a los que se les añadía INF a la dosis de MTX (7,5mg/kg) (INF+MTX) y el grupo B) 10 pacientes tratados previamente solo con AINES en los que se comenzaba con Infliximab (5 mg/Kg) en monoterapia (INF). La variable primaria de desenlace fue la mejoría en la actividad de la enfermedad valorado por el BASDAI 50 a la semana 30. Las variables secundarias incluyeron la comparación de la proporción de sujetos en cada grupo que alcanzaron los criterios de respuesta propuestos por el grupo ASAS. También se valoraron; BASDAI, BASFI, VSG, PCR, dolor, valoración global del paciente y perfiles de seguridad.

Resultados: Ambos grupos fueron similares en género, forma clínica y B27. Las diferencias entre los grupos fueron solamente en la duración de la enfermedad y la edad del paciente. A la semana 14 y 30 solo el 50% y el 10% respectivamente de los pacientes del grupo de IFX consiguieron un BASDAI 50 cuando el 89% de los pacientes del grupo de IFX +MTX lo alcanzaron. Las diferencias entre grupos a la semana 30 fueron estadísticamente significativas ($P = 0,001$, porcentaje de diferencias t: 79%, 95IC: 26%-93%). ASAS 50 fue alcanzada en el 67% y en el 55,6% de los pacientes del grupo de IFX + MTX y a la semana 14 y 30 respectivamente, y el 30% y el 0% de los pacientes del grupo de IFX. Las diferencias entre los grupos a la semana 30 fue estadísticamente significativa ($P = 0,011$, porcentaje de diferencias 57%, 95IC: 8%-84,7%).

Conclusión: Infliximab en combinación con MTX parece incrementar la eficacia en la respuesta terapéutica en pacientes con EA activa, sin embargo se necesitan más estudios a largo plazo.

210

CONSUMO DE MEDICINAS ALTERNATIVAS: ¿HAY DIFERENCIAS ENTRE LOS PACIENTES CON PATOLOGÍA INFLAMATORIA O FIBROMIALGIA?

G. Santos, R. Martín, J. Rosas, C. Cano¹, G. Porcar¹ y N. Llahí¹
Sección Reumatología, ¹Enfermería de Reumatología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. Alicante.

Objetivos: Conocer las características y el perfil de utilización de Medicinas Alternativas (MA) en pacientes con fibromialgia y pacientes con patología inflamatoria.

Método: Estudio prospectivo descriptivo de 200 pacientes consecutivos atendidos durante diciembre de 2005, en consultas de reumatología. Se recogieron: datos sociodemográficos, clínicos, utilización y tipo de MA.

Resultados: De los 200 pacientes analizados, con independencia del nivel de estudios, 93 de ellos (46,5%) han utilizado al menos una vez MA, 63 (edad media: 55 años, 68% mujeres) tenían patología inflamatoria y 23 (edad media: 51 años, mujeres: 100%) fibromialgia. Se demostraron diferencias significativas entre los pacientes con fibromialgia para la presencia concomitante de patología tiroidea y psiquiátrica y respecto al uso de masajes terapéuticos.

Tabla. Características generales

	Inflamatoria 63 (31,5%)	Fibromialgia 23 (11,5%)	OR
Comorbilidad			
Enf. Tiroidea	2 (3%)	5 (22%)	8,47 (1,51-47,41) ¹
Patología Psiquiátrica	6 (9,5%)	11 (48%)	8,71 (2,69-28,16) ¹
Uso Medicina Alternativa			
Sí	30 (48%)	16 (70%)	2,51 (0,91-6,95)
Frecuente	8 (13%)	6 (26%)	2,43 (0,74-7,98)
Medicina Alternativa:			
Curandero	11 (37%)	5 (31%)	0,79 (0,22-2,86)
Profesional	13 (43%)	8 (50%)	1,31 (0,39-4,42)
Modalidad Terapéutica:			
Herboristeria	10 (33%)	6 (37,5)	1,20 (0,34-4,25)
Suplementos dietéticos	10 (33%)	1 (6%)	0,13 (0,02-1,16)
Acupuntura	3 (10%)	5 (31%)	4,09 (0,83-20,14)
Masaje	4 (13%)	9 (56%)	8,36 (1,97-35,4) ¹

(¹p < 0,05).

Conclusiones: 1. El 46% de los pacientes que están en seguimiento en consultas de reumatología, al menos una vez han utilizado algún tipo de Medicina Alternativa. 2. Las pacientes con fibromialgia presentaron significativamente mayor prevalencia de patología tiroidea y psiquiátrica (síndrome depresivo) y mayor uso de masajes terapéuticos. Sin embargo, presentaron una mayor tendencia, no significativa, al uso de acupuntura y menor tendencia al uso de suplementos dietéticos. 3. No se demostró mayor atención por curanderos entre ambos grupos.

211

DETERMINACIÓN DE HLA-DRB1 Y ANTIS ANTIPÉPTIDOS CITRULINADOS CÍCLICOS EN ARTRITIS REUMATOIDE DE INICIO TEMPRANO Y TARDÍO

J.A. Carrasco, F.G. Martínez, R. González, M. Santamaría, M. Miró, P. Font, A. Ruiz, J. González, M.D. Miranda, M.C. Castro, P. Caricol y G. Morote

Servicio de Reumatología e Inmunología. H.U.Reina Sofía. Córdoba.

Introducción: Aunque la etiología de la Artritis reumatoide (AR) es desconocida, su susceptibilidad se relaciona con moléculas HLA-DRB1, las cuales están ligadas estrechamente con los Anticuerpos antipéptidos citrulinados cíclicos (AcPCC), considerados como los marcadores diagnósticos más específicos de esta enfermedad. Ambas moléculas se relacionan con un peor curso clínico y radiográfico. La edad de inicio temprana (ARTE) y tardía (ARTa) condicionan formas clínicas diferentes. **Objetivos:** Determinar las características y asociación del HLA-DRB1-SE, AcPCC y Factor reumatoide (FR) en AR de inicio <65 años (ARTE) y AR de inicio >65 años (ARTa).

Material y métodos: Se incluyeron 151 pacientes con diagnóstico de AR según criterios ACR, se dividieron en 2 grupos: 99 menores de 65 años y 52 mayores de 65 años. A todos ellos se les determinaron los títulos de FR y AcPCC así como los alelos HLA-

DRB1. Se consideraron títulos positivos de AcPCC cuando fueron mayores de 5. Para la determinación de los títulos de AcPCC se utilizó la prueba Anti-PCC DIASTAT, mediante (ELISA) semicuantitativo; mientras que para la determinación de los DRB1 se utilizó el método del tiraje genético de HLA-DR por PCR-SSO. Se realizó una base de datos para recoger todas las variables y se obtuvieron diferencias significativas con p < 0,05. Para la comparación de frecuencias se utilizó la prueba de Chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher cuando correspondiera.

Resultados: La edad media de inicio fue de 55,96 ± 17,07. El 65,9% de los pacientes fueron AcPCC (+) y el 77,10% FR (+). Solo el 50% presentó DRB1-ER. Aunque las frecuencias de los DRB1-ER fueron mayores en los pacientes ARTE en conjunto y cada uno por separado, no se encontraron diferencias significativas que demostrasen asociación con la edad de inicio. Si encontramos diferencias significativas con la positividad del FR y los AcPCC. Estos resultados se muestran en la siguiente tabla:

	Inicio <65 años	Inicio >65 años	P ¹
AcPCC	75,6%	50%	0,003
FR (+)	82,2%	66,7%	0,028
ER ²	54,8%	41%	0,165

¹Significación según prueba Chi-cuadrado o prueba de Fisher.

²Expresado en frecuencias fenotípicas.

Conclusiones: Los DRB1-ER no se asociaron a ninguna forma de inicio. Los AcPCC y el FR (+) si se asociaron al grupo de inicio temprano, lo que iría a favor de un curso clínico menos severo en las de inicio tardío.

212

CONCORDANCIA ENTRE LA VALORACIÓN GLOBAL DE LA ENFERMEDAD POR EL PACIENTE Y VALORACIÓN DE LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD POR EL MÉDICO EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS

E. Collantes¹, E. Muñoz¹, X. Juanola², P. Zarco³, J. Gratacós⁴, J. Mulero⁵, C.M. González⁶, J.L. Fernández-Sueiro⁷, J.C. Torre-Alonso⁸, E. Batlle⁹, P. Fernández-Dapica¹⁰, L.F. Linares¹¹, E. Brito¹² y L. Carmona¹³

¹H. Reina Sofía, Córdoba. ²H. Bellvitge, Barcelona. ³Fundación H. Alcorcón, Madrid. ⁴H. Parc Taulí, Sabadell. ⁵Clínica Puerta Hierro, Madrid.

⁶H. Gregorio Marañón, Madrid. ⁷H. Juan Canalejo, A Coruña. ⁸H. Monte Naranco, Oviedo. ⁹H. General, Alicante. ¹⁰H. Doce Octubre, Madrid.

¹¹H. Virgen Arrixaca, Murcia. ¹²H. Ramón y Cajal, Madrid.

¹³Unidad de Investigación S.E.R. Servicios de Reumatología.

Introducción: La valoración de la actividad de la enfermedad por parte del paciente y del médico son parámetros de gran importancia en la definición de la actividad inflamatoria en los pacientes con espondiloartritis, dada la ausencia de otros criterios objetivos que aseguren el estableciendo de esta situación clínica.

Objetivos: Calcular el grado de concordancia entre la valoración global de la enfermedad por el paciente (VGP) y la valoración de la actividad de la enfermedad por el médico (VAM) en pacientes con espondilitis anquilosante (EA), artritis psoriásica (APso) y espondiloartritis indiferenciada (EspA-ind); clasificados en tres grupos según el tiempo de evolución de su enfermedad desde los primeros signos/síntomas atribuibles a la misma.

Métodos: Estudio observacional y transversal con la participación de 12 centros reumatológicos de toda España. Se han incluido 1285 pacientes que cumplían los criterios de clasificación del grupo europeo para el estudio de las espondiloartropatías (ESSG) o los de Amor y estaban clasificados como EA (814), APso (271) y EspA-ind (200). La recogida de datos se efectuó mediante dos cuestionarios; el primero era rellenado por el reumatólogo e in-

cluía datos socio-demográficos y clínicos, entre ellos el año de los primeros signos-síntomas atribuibles a la enfermedad y la valoración de la actividad de la enfermedad por el médico. El segundo cuestionario lo cumplimentaba el paciente y se recogía la valoración global de la enfermedad (escala visual analógica de 0 a 10), el dolor vertebral, valoración de la función física por el BASFI, de la actividad por el BASDAI (en escalas de 0 a 10) y de la calidad de vida por el ASQoL y SF-12. El período de recogida de datos fue de 12 meses a través de una aplicación informática por Internet alojada en las páginas de la Sociedad Española de Reumatología. El grado de concordancia se determinó mediante el coeficiente de correlación intraclassa (CCI) con su correspondiente intervalo de confianza al 95% (IC95%); considerando que un valor del CCI inferior a 0,5 indicaría una concordancia mediocre o nula, de 0,5 a 0,7 moderada y superior a 0,7 la concordancia sería buena.

Resultados: En la tabla adjunta se presenta el CCI (IC95%) entre la VGP y VAM.

Tiempo de evolución	< 5 años	5-10 años	> 10 años	Total
EA	0,58 (0,35 a 0,75) n = 46	0,64 (0,40 a 0,78) n = 121	0,43 (0,15 a 0,61) n = 647	0,46 (0,20 a 0,63) n = 814
APso	0,51 (0,08 a 0,74) n = 60	0,41 (0,15 a 0,61) n = 75	0,26 (0,01 a 0,47) n = 136	0,35 (0,06 a 0,55) n = 271
EspA-ind	0,60 (0,30 a 0,78) n = 48	0,56 (0,34 a 0,72) n = 71	0,41 (0,04 a 0,68) n = 81	0,52 (0,20 a 0,70) n = 200

Conclusión: El grado de acuerdo entre el médico y el paciente con EA o EspA-ind con menos de 10 años de evolución es moderado, alcanzando este mismo grado en los pacientes con APso cuando tienen menos de 5 años de evolución. Por el contrario el grado de acuerdo es mediocre o nulo en pacientes con EA y EspA-Ind con más de 10 años de evolución y en pacientes con APso con más de 5 años. Nuestros resultados indican que ambas valoraciones son menos concordantes cuanto mayor es el tiempo de evolución de la enfermedad.

213

CONCORDANCIA ENTRE LA VALORACIÓN GLOBAL DE LA ENFERMEDAD POR EL PACIENTE Y EL DOLOR NOCTURNO CON EL ÍNDICE DE ACTIVIDAD (BASDAI) EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS

E. Collantes¹, E. Muñoz¹, X. Juanola², P. Zarcó³, J. Gratacós⁴, J. Mulero⁵, C.M. González⁶, J.L. Fernández-Sueiro⁷, J.C. Torre-Alonso⁸, E. Batlle⁹, P. Fernández-Dapica¹⁰, L.F. Linares¹¹, E. Brito¹² y L. Carmona¹³

¹H. Reina Sofía, Córdoba. ²H. Bellvitge, Barcelona. ³Fundación H. Alcorcón, Madrid. ⁴H. Parc Taulí, Sabadell. ⁵Clínica Puerta Hierro, Madrid.

⁶H. Gregorio Marañón, Madrid. ⁷H. Juan Canalejo, A Coruña.

⁸H. Monte Naranjo, Oviedo. ⁹H. General, Alicante. ¹⁰H. 12 Octubre, Madrid.

¹¹H. Virgen Arrixaca, Murcia. ¹²H. Ramón y Cajal, Madrid.

¹³Unidad de Investigación S.E.R. Servicios de Reumatología.

Introducción: El índice actualmente aceptado para la valoración de la actividad de la enfermedad en pacientes con espondiloartritis es el BASDAI, un cuestionario autoaplicado que consta de seis ítems. La valoración de la actividad de la enfermedad por parte del paciente y el dolor nocturno son parámetros simples, igualmente subjetivos que exploran también la actividad inflamatoria de la enfermedad

Objetivos: Calcular el grado de concordancia entre la valoración global de la enfermedad por el paciente (VGP) y el dolor nocturno de espalda (DN) con el índice de actividad (BASDAI) en pa-

cientes con espondilitis anquilosante (EA) y espondiloartritis indiferenciada (EspA-ind); clasificados en tres grupos según el tiempo de evolución de su enfermedad desde los primeros signos/síntomas atribuibles a la misma.

Métodos: Estudio observacional y transversal con la participación de 12 centros reumatológicos de toda España. Se han incluido 1014 pacientes que cumplieran los criterios de clasificación del grupo europeo para el estudio de las espondiloartritis (ESSG) o los de Amor, de ellos 814 EA y 200 EspA-ind. La recogida de datos se efectuó mediante dos cuestionarios; el primero era rellenado por el reumatólogo e incluía datos socio-demográficos y clínicos, entre ellos el año de los primeros signos-síntomas atribuibles a la enfermedad. El segundo cuestionario lo cumplimentaba el paciente y se recogía, entre otros, la VGP, el DN de espalda en la última semana, valoración de la función física por el BASFI, de la actividad por el BASDAI, en escalas visuales analógicas de 0 a 10. El período de recogida de datos fue de 12 meses a través de una aplicación informática por Internet alojada en las páginas de la Sociedad Española de Reumatología. El grado de concordancia se determinó mediante el coeficiente de correlación intraclassa (CCI) con su correspondiente intervalo de confianza al 95% (IC95%); considerando que un valor del CCI inferior a 0,5 indicaría una concordancia mediocre o nula, de 0,5 a 0,7 moderada y superior a 0,7 la concordancia sería buena.

Resultados: En la tabla adjunta se presenta el CCI (IC95%) entre VGP y DN con BASDAI.

Tiempo de evolución	< 5 años	5-10 años	> 10 años
EA	n = 46	n = 121	n = 647
BASDAI- VGP	0,69 (0,51 a 0,82)	0,73 (0,62 a 0,82)	0,74 (0,68 a 0,79)
BASDAI-DN	0,51 (0,26 a 0,70)	0,67 (0,55 a 0,75)	0,66 (0,61 a 0,70)
EspA-ind	n = 48	n = 71	n = 81
BASDAI- VGP	0,88 (0,79 a 0,93)	0,78 (0,67 a 0,86)	0,85 (0,74 a 0,90)
BASDAI-DN	0,63 (0,39 a 0,78)	0,62 (0,45 a 0,74)	0,72 (0,60 a 0,81)

Conclusión: Nuestros resultados demuestran que la concordancia entre la VGP y el BASDAI es alta en el grupo de EspA-ind y ligeramente inferior en EA, en cualquier momento evolutivo de la enfermedad. La concordancia del BASDAI con el DN es alto solo en EspA-ind de más de 10 años de evolución y moderado en los demás. La VGP en pacientes con EspA-ind podría utilizarse como índice de actividad de la enfermedad.

214

LA ARTROCENTESIS CON AGUJA MUY FINA (29G) DE LA 1ª MTF PERMITE OBTENER MATERIAL SUFICIENTE PARA DIAGNÓSTICO Y ES BIEN TOLERADA

F. Sivera, R. Aragón, A. García y E. Pascual
Hospital General Universitario de Alicante.

La artrocentesis de la 1ª MTF asintomática o durante un ataque de podagra es un procedimiento muy fiable y preciso para el diagnóstico definitivo de gota basado en la identificación de cristales de urato monosódico (UMS). Sin embargo el temor que el procedimiento resulte doloroso para el paciente, así como la falta de tradición de realizar artrocentesis a este nivel hacen que se prescinda de este procedimiento tan eficaz. Hemos comprobado que la utilización de una pequeña jeringa de 0,5 ml. provista de una aguja de 0,33 mm de diámetro (G 31) hace que el procedimiento sea especialmente bien tolerado. Para mostrar su eficacia lo hemos recogido prospectivamente el resultado de todas las ocasiones en que lo hemos realizado.

Métodos: Se ha realizado una artrocentesis diagnóstica en la primera metatarso falangiana en un total de 33 articulaciones de 32 pa-

cientes: 13 pacientes con podagra y los restantes 20 con historia consistente con haberla padecido. El estudio se planeó prospectivamente y se recogieron los resultados de todos los pacientes en los que se intentó la técnica. En 13 pacientes la realizó un reumatólogo experto, y en 10 cada uno de los dos residentes que se entrenaron para la ocasión. Se ha empleado una jeringa de 0,5 ml, tipo insulina, provista de una aguja de 0,33 mm de diámetro exterior (G 29) (BD Microfine, Becton & Dickinson). La artrocentesis se realizó tras las precauciones asépticas rutinarias. Para facilitar la introducción de la aguja en la cavidad articular se fraccionó de la parte distal del dedo a fin de abrir la articulación, aunque no siempre la articulación se abrió.

Resultados: Se ha realizado un artrocentesis diagnóstica en un total de 33 articulaciones 1ª MTF de 32 pacientes diferentes. De ellas 13 presentaban una podagra y el resto historia de haber tenido inflamación a ese nivel. Se obtuvo una muestra suficiente para su análisis en 30/33 pacientes. Se confirmó el diagnóstico de gota en 22/30 pacientes en los que se obtuvo muestra. En un paciente con podagra clínicamente clásica se identificaron cristales de PFCd, y en otro sin cristales se diagnosticó una artritis psoriática. En los 6 pacientes restantes se descartó la artritis por cristales, el líquido sinovial fue no inflamatorio y no se llegó a un diagnóstico concreto. Los resultados del reumatólogo experto y de ambos residentes fueron similares. Debido al pequeño tamaño de la aguja, el procedimiento fue bien tolerado.

Conclusiones: La artrocentesis de la 1ª MTF utilizando agujas de 0,33mm (29G) hace que el procedimiento sea bien tolerado y permite la obtención de material adecuado para el diagnóstico. En esta serie la artrocentesis fue exitosa en la mayoría de las ocasiones, también en manos de residentes con escasa experiencia previa en este procedimiento. En dos de los pacientes con podagra el diagnóstico no fue gota, comprobándose en una cristales de PFCd, y en otro no se hallaron cristales y se acabó diagnosticando artritis psoriática.

215

RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS RADIOLÓGICAS Y TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE Y ESPONDILOARTRITIS INDIFERENCIADA

E. Collantes¹, E. Muñoz¹, X. Juanola², P. Zarco³, J. Gratacós⁴, J. Mulero⁵, C.M. González⁶, J.L. Fernández-Sueiro⁷, J.C. Torre-Alonso⁸, E. Batlle⁹, P. Fernández-Dapica¹⁰, L.F. Linares¹¹, E. Brito¹² y L. Carmona¹³

¹H. Reina Sofía, Córdoba. ²H. Bellvitge, Barcelona. ³Fundación H. Alcorcón, Madrid. ⁴H. Parc Taulí, Sabadell. ⁵Clínica Puerta Hierro, Madrid.

⁶H. Gregorio Marañón, Madrid. ⁷H. Juan Canalejo, A Coruña.

⁸H. Monte Naranco, Oviedo. ⁹H. General, Alicante. ¹⁰H. 12 Octubre, Madrid.

¹¹H. Virgen Arrixaca, Murcia. ¹²H. Ramón y Cajal, Madrid.

¹³Unidad de Investigación S.E.R. Servicios de Reumatología.

Introducción: La evidencia de sacroilitis (SI) es el mejor indicador no clínico para el diagnóstico de espondilitis anquilosante (EA). En las formas indiferenciadas de espondiloartritis (EspA-ind) el diagnóstico se basa en características clínicas.

Objetivos: Relacionar el grado de SI y el índice de Bath de valoración radiográfica de columna y caderas (BASRI-total) con el tiempo de evolución (TE) de la enfermedad desde el inicio de los primeros signos/síntomas atribuibles a la misma.

Métodos: Estudio observacional y transversal con la participación de 12 centros reumatológicos de toda España. Se han incluido 793 pacientes con EA y 195 con EspA-ind que cumplieran los criterios de clasificación del grupo europeo para el estudio de las espondiloartropatías (ESSG) o los de Amor. La recogida de datos se efectuó

mediante dos cuestionarios; el primero era rellenado por el reumatólogo e incluía datos socio-demográficos, año de los primeros signos-síntomas atribuibles a la enfermedad, año del diagnóstico, antecedentes familiares, movilidad de columna, nº de articulaciones periféricas inflamadas, entesis dolorosas según índice de MASES, valoración radiográfica de columna y caderas (BASRI), velocidad de sedimentación, proteína C-reactiva, antígeno HLA-B27, tratamiento farmacológico y valoración de la actividad de la enfermedad por el médico. El segundo cuestionario lo cumplimentaba el paciente y se recogía la valoración global de la enfermedad, el dolor vertebral, valoración de la función física por el BASFI, de la actividad por el BASDAI (en escalas de 0 a 10) y de la calidad de vida por el ASQoL y SF-12. El periodo de recogida de datos fue de 12 meses a través de una aplicación informática por Internet alojada en las páginas de la Sociedad Española de Reumatología.

Resultados: En la tabla adjunta se presentan los valores medios (desviación estándar) del índice BASRI en los dos grupos de pacientes en función del TE de la enfermedad. Para el grado de SI se indica el porcentaje de pacientes. Asimismo se expresa el coeficiente de correlación de Spearman (RS) entre la puntuación del BASRI y grado de SI con el TE de la enfermedad.

	BASRI-total medio (DE)	Grado SI 0-I	Grado SI II	Grado SI III	Grado SI IV
EA					
<5 años (n = 43)	4,1 (2,2)		55,8	30,2	14,0
5 a 10 años (n = 118)	4,9 (2,5)		26,3	54,2	19,5
>10 años (n = 632)	8,0 (4,0) †, ‡		13,4	31,3	55,3
Total (n = 793)	7,4 (4,0)				
	RS = 0,45; P < 0,001	RS = 0,53; P < 0,001			
EspA-ind					
<5 años (n = 46)	1,5 (1,6)	69,6	23,9	6,5	
5 a 10 años (n = 70)	2,2 (1,6)	40,0	37,1	22,9	3,8
>10 años (n = 79)	2,8 (2,1) †	51,9	25,3	19,0	
Total (n = 195)	2,3 (1,9)				
	RS = 0,23; P = 0,001	RS = 0,13; P = 0,063			

Significación obtenida mediante ANOVA de un factor y el test de Games-Howel para las comparaciones post-hoc.

† = diferencia estadísticamente significativa (p < 0,001) frente al grupo con menos de 5 años de evolución.

‡ = diferencia estadísticamente (p < 0,001) frente al grupo con un tiempo de evolución entre 5 y 10 años.

Conclusión: El grado radiológico de SI evoluciona progresivamente con el TE en pacientes con EA, no así en los pacientes con EspA-ind.

216

ESPONDILOARTRITIS DE INICIO. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y RADIOLÓGICAS EN UN CORTE-TRANSVERSAL DEL REGISTRO DE ESPONDILOARTRITIS REGISPONSER

J. Mulero, E. Collantes, E. Muñoz-Gomariz, E. Batlle, J.L. Fernández-Sueiro, C.M. González, J. Gratacós, X. Juanola, J.C. Torre-Alonso y P. Zarco

Reumatología H. Puerta de Hierro, Madrid; H. Reina Sofía, Córdoba; H. General, Alicante; H. Juan Canalejo, La Coruña; H. Gregorio Marañón, Madrid; H. Parc Taulí, Sabadell; H. de Bellvitge, Barcelona; H. Monte-Naranco, Oviedo; Fundación H. de Alcorcón, Madrid.

El diagnóstico de espondiloartritis indiferenciada (EsPi) se establece en base a datos clínicos. La evidencia radiográfica de sacroilitis será el parámetro no clínico más relevante para el diagnóstico de Espondilitis anquilosante (EA). Sin embargo, el dolor lumbar inflamatorio, que es un dato clínico relevante, puede estar ausente en algunos casos de EsPi, y el estado de las sacroiliacas en la radiología rutinaria de pelvis es con frecuencia de difícil interpretación en las fases precoces de la enfermedad. Con frecuencia se

piensa que las EsPi son formas frustres de EA o transitorias hacia dicho proceso y por tanto menos sintomáticas y menos incapacitantes. Hay sin embargo pacientes con EsPi que siguen siendo formas indiferenciadas a lo largo de toda su evolución. En cualquier caso, el espectro clínico de los pacientes con EsPi, ha sido poco estudiado, sobre todo en las fases iniciales de la enfermedad. **Objetivo:** Evaluar los parámetros clínicos, analíticos y radiográficos de los pacientes con espondiloartritis de comienzo (<2 y <5 años de evolución de sus síntomas), focalizando la atención en la EsPi y en la EA.

Métodos: El Registro de Espondiloartritis de la Sociedad Española de Reumatología (Regisponser) se ha desarrollado en su fase piloto y tiene por objeto evaluar las características demográficas y clínicas de pacientes con espondiloartritis. La cohorte está definida por una selección de corte transversal y revisión de los datos previos. Se han incluido pacientes que cumplen criterios de europeos (ESSG) o de Amor de espondiloartritis. Se han utilizado dos cuestionarios: el primero ha sido completado por el reumatólogo e incluye variables socio-demográficas, año de los primeros síntomas, año del diagnóstico, historia familiar, movilidad de columna, número de articulaciones inflamadas, índice MASES, BASRI, VSG, PCR, HLA B27, tratamientos actuales y valoración de la actividad por el médico. El segundo cuestionario ha sido completado por el paciente e incluye una valoración de la enfermedad, EAV de dolor, BASFI, BASDAI, ASQoL y SF-12. Se han analizado los datos relevantes de los pacientes con EsPi y con EA de menos de 2 y de menos de 5 años de evolución de los síntomas, estableciendo comparación entre ambos procesos.

Resultados: En la fase piloto. Se han incluido 1385 pacientes (842 EA 205 EsPi, 290 APs). 73 pacientes tenían menos de 2 años de evolución de los síntomas (18 EA, 18 EsPi, 32 APs, 5 otros) y 218 tenían menos de 5 años (66 EA, 69 EsPi, 71 APs, 12 otros). Las características relevantes de los pacientes con EA y EsPi se muestran en la Tabla, expresados en media (DE) o en %.

	< 2 años		p	<5 años		p
	EsPi (n = 18)	EA (n = 18)		EsPi (n = 69)	EA (n = 66)	
Edad	39,8(13,2)	40,9(12,5)	0,69	38,2(12,8)	37,7(12,5)	0,81
% varones	50	76,5	0,098	44,9	72,7	0,001
% dolor nocturno						
espinal	70,6	75	0,99	69,1	78,7	0,22
% artritis periférica	55,6	38,9	0,63	44,8	31,8	0,12
% Entesitis	40	35,3	0,77	30,4	30,3	0,99
BASDAI (0-10)	4,9(2,6)	3,3(2,4)	0,05	3,8(2,5)	3,3(2,1)	0,29
BASFI	3,3(3,9)	2,2(2,4)	0,22	2,6(2,6)	2,2(2,0)	0,30
Valoración global paciente	5,1(3,1)	3,7(2,0)	0,18	4,1(3,0)	3,8(2,3)	0,60
PCR	11,5(12,6)	8,1(16,6)	0,077	7,0(9,1)	9,7(25,1)	0,41
% HLA B27	66,7	85,7	0,41	62,9	74,6	0,17
% sacroilitis II-IV	20	100	<0,001	33,1	100	<0,001
AsQoL	8,4(5,4)	5,4(4,2)	0,069	5,9(5,6)	4,9(3,8)	0,21

Conclusión: Se encuentra un BASDAI mayor en UsPi (<2años) y un mayor porcentaje de varones en EA (<5años), no habiendo diferencias entre ambos grupos en lo que se refiere a dolor nocturno, incapacidad funcional, hallazgos de laboratorio o calidad de vida.

217

MEDICIÓN DE FUNCIÓN FÍSICA EN UNA COHORTE DE ENFERMOS CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

B. Hernández Cruz, R. Ariza-Ariza, G. López-Antequera, M. Maqueda, M.V. Navarro y F. Navarro-Sarabia
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena.

Introducción: Los cambios en la función física y en la calidad de vida de los enfermos con Espondilitis Anquilosante (EA) a lo lar-

go del tiempo han sido pobremente explorados, sobre todo empleando instrumentos clinimétricos validados.

Objetivos: Medir la función física y sus cambios a través del tiempo en una cohorte de enfermos con EA. Identificar variables asociadas con deterioro en la función física y la calidad de vida.

Pacientes: Enfermos con EA, (según criterios de clasificación de Nueva York), seleccionados de modo consecutivo de la Asociación Sevillana de Enfermos con EA.

Diseño: Cohorte prospectiva.

Métodos: A cada enfermo se le realizaron tres evaluaciones, una inicial (Visita 0) a los 3 (Visita 1) y a los 6 años (Visita 2). En cada una un reumatólogo recabó diversas variables sociodemográficas y de la EA, a destacar: BASFI, BASDAI, BASMI, Escalas Visuales Análogas (EVA) de la enfermedad por el paciente y el médico; EVA de dolor y Calidad de vida. **Análisis estadístico:** Se realizó estadística descriptiva, estadística bivariada con pruebas paramétricas y no paramétricas. Regresión lineal y múltiple en donde la variable dependiente fue el BASFI.

Resultados: Se incluyeron 92 pacientes con EA, de los que 69 (75%) eran varones, la edad media fue de 40,7 ± 9,1 años y la escolaridad de 12 ± 5,9 años. La enfermedad tenía una duración desde el primer síntoma de EA hasta la inclusión en la cohorte de 18,8 ± 9,8 años y desde que se estableció el diagnóstico de EA a la inclusión de 0,9 ± 7,6 años. La mitad de los enfermos realizaban ejercicio regular, 83% eran tratados con AINE de modo habitual; 18% recibían corticoides por vía oral; 18% algún fármaco anti-reumático (seis pacientes metotrexato, cinco sulfasalazina, cinco la combinación de ambos y tres algún tratamiento biológico). Las variables principales en cada visita se anotan en la tabla. El BASFI mostró un incremento de 0,03 unidades por cada 5 años de duración de la enfermedad p < 0,0001, y un aumento de 0,97 unidades por cada 10 años de incremento en la edad de inicio de la EA, p < 0,0001. Los resultados de la regresión lineal para Función Física, mostraron buena correlación entre el BASFI final y: BASFI inicial, el BASMI, la Valoración Global del Médico, la Calidad de vida medida con el EuroQoL-ET y la expansión torácica. Hubo correlación moderada entre el BASFI final y la actividad de la enfermedad según el BASDAI, la Función Física inicial medida con el SF-36, el Schober, la EVA de dolor inicial, la edad de inicio de la EA y la Valoración Global del Paciente. En el análisis multivariado, el modelo que mejor predijo los cambios en función física fue el que incluyó la medición del BASFI en la visita 0, la expansión torácica y la duración de la EA, el BASDAI y el EuroQoL-ET.

Valoraciones globales 0 = muy bien a 10 = muy mal. EVA de dolor 0 = sin dolor a 10 = dolor máximo.

Índice de Actividad (BASDAI) 0 = sin actividad a 10 = actividad máxima. Función física (BASFI) 0 = mejor función física a 10 = peor función física. BASMI: de 0 a 10, de mejor a peor metrología.

	Basal Media ± DE	3 años Media ± DE	6 años Media ± DE	p
Valoración global paciente	4,4 ± 2,7	4,5 ± 2,8	4,0 ± 2,6	0,09
Valoración global médico	4,1 ± 2,5	4,3 ± 2,7	3,9 ± 2,1	0,5
Dolor paciente	4,9 ± 2,8	3,9 ± 3,0	4,2 ± 2,8	0,009
BASDAI	4,5 ± 2,3	4,1 ± 2,4	3,9 ± 2,3	0,02
BASFI	4,3 ± 2,4	4,7 ± 2,7	4,2 ± 2,8	0,7
Exp Tor	3,5 ± 1,6	3,1 ± 1,6	4,5 ± 2,0	0,0002
BASMI	4,7 ± 1,6	5,3 ± 1,8	4,6 ± 1,4	0,07

Conclusiones: La función física y la calidad de vida de los pacientes con EA sufren un deterioro lento y gradual, en estrecha asociación con la edad de inicio y la duración de la enfermedad. Las variables que predijeron deterioro en función física fueron: peor función física inicial, mayor actividad de la enfermedad, peor calidad de vida inicial y peor metrología.

218

DIFERENTE ASOCIACIÓN ENTRE EL HLA-DRB1 Y LOS ANTIS ANTI-PÉPTIDOS CITRULINADOS CÍCLICOS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DE CÓRDOBA

J.A. Carrasco¹, F.G. Martínez¹, R. González², M. Santamaría², M. Miró², P. Font¹, A. Ruiz¹, J. González¹, M.D. Miranda¹, M.C. Castro¹, P. Caricol¹ y G. Morote¹

¹Serv. de Reumatología, ²Serv. de Inmunología. H.U. Reina Sofía. Córdoba.

Introducción: Las moléculas portadoras del epitopo reumatoide (DRB1-ER), que pueden justificar hasta el 50% de los casos, tienen un papel relevante en la susceptibilidad y severidad del curso de la Artritis reumatoide (AR). Los anticuerpos antipéptidos citrulinados cíclicos (AcPCC), cuya formación se relaciona con las moléculas DRB1-SE, constituyen el marcador diagnóstico más específico de la AR e igualmente se relacionan, con formas agresivas de AR. También sabemos que se describen diferencias en las frecuencias de estos alelos DRB1-SE entre distintas poblaciones de Europa.

Objetivos: Evaluar la relación entre los diversos subtipos DRB1-SE y la presencia de AcPCC en pacientes con AR de Córdoba (población del sur de España).

Material y métodos: Se incluyeron 200 pacientes con diagnóstico de AR según criterios del ACR, 89 con AR de evolucionadas y 111 con AR de reciente inicio (<5 años de evolución), a los que se les determinaron la presencia de AcPCC y los subtipos HLA-DRB1. Para la determinación de los DRB1-SE se utilizó el método del tiraje genético de HLA-DR por PCR-SSO. Para los AcPCC se utilizó la prueba Anti-PCC DIASTAT, análisis inmunoabsorbente con anticuerpo ligado a enzima (ELISA) semicuantitativo. Se creó una base de datos mediante el programa SPSS v11.01 y se obtuvieron diferencias significativas para $p < 0,05$. Se compararon las frecuencias de cada una de estas variables entre el grupo con AcPCC (+) mediante la prueba Chi-cuadrado o la prueba de Fisher.

Resultados: El 68,5% de nuestros pacientes eran mujeres, la edad media de $60,94 \pm 16,63$ años. El 69,40% de los pacientes tuvieron títulos positivos de AcPCC y el 52% tenía algún alelo DRB1-SE, 13,3% fueron homocigotos SE +/+ y 38,7% heterocigotos SE ±. Las frecuencias fenotípicas de cada alelo fueron: *0101 (18,5%), *0102 (9,5%), *0401 (10,5%), *0404 (11,5%), *0405 (6,5%) y *1001 (9,5%). Se encontraron diferencias significativas entre la positividad de los AcPCC y la presencia de DRB1-ER. Por separado solo se encontró diferencias significativas con el *0101 y *1101, este último inversamente relacionado con los AcPCC. En la siguiente tabla se resumen los resultados:

	AcPCC (+)	P†
*0101	82,6%	0,031
*1102	0%	0,028
*0401	88,2%	0,075
*0404	80%	0,273
DRB1-ER	83%	<0,000
1 COPIA con ER	80,6%	0,001
2 COPIAS con ER	91,3%	0,001

† Significación según prueba de Chi-cuadrado o prueba de Fisher.

Conclusiones: Confirmamos la alta prevalencia de los AcPCC asociados a DRB1-ER en la AR. Sin embargo, encontramos una menor frecuencia de DRB1-ER, respecto a lo descrito en otras poblaciones, lo que podría justificar la menor prevalencia de la AR en nuestra población. Tampoco se encontró relación de los AcPCC con los subtipos *0401 y *0404, sí con el *0101 más frecuente en nuestro medio.

219

ARTROSIS CERVICAL ALTA, UNA CAUSA OLVIDADA DE CERVICALGIA

P. Trénor Larraz, E. LLopis, A. Martínez, V. Higuera y P. Ferrer
Servicio de Reumatología y Radiología. Hospital de La Ribera. Alzira. Valencia.

Objetivos: El objetivo de este estudio es analizar el espectro de características clínicas y radiológicas de la artrosis atlantoaxoidea, haciendo especial hincapié en sus características en las técnicas multiplanares, TC multidetector y RM.

Métodos: Revisamos 250 pacientes con dolor crónico cervical y seleccionamos aquellos pacientes que cumplieran los siguientes criterios: artrosis predominante C1-C2, no evidencia de artritis inflamatoria clínica analítica ni radiológica, 15 pacientes. Todos los pacientes siguieron una valoración clínica, RM cervical y un estudio con TC multicorte. La RM se realizó en una unidad de 1 T o de 1,5T, y el TC se realizó en un scanner de 4 detectores, con un grosor de corte de 1mm y un intervalo de reconstrucción de 1mm, posteriormente se obtuvieron reconstrucciones multiplanares y de volumen (3D).

Resultado: La edad media fue de 68 años, con un predominio en mujeres (9 frente a 6). Los pacientes presentaban cervicalgia crónica desde 1,2 años como promedio. Los hallazgos clínicos asociados fueron: dolor radicular en 26% (4), disfagia en 26%(4) y déficit motor progresivo en 20%(3). En 5 pacientes se realizó tratamiento quirúrgico debido a compresión de la médula con mielomalacia en 2, compresión de esófago en 2 y dolor persistente en 1. Los hallazgos radiológicos se dividieron en dos patrones de comportamiento, afectación lateral (artrosis Atlanto axoidea unilateral) en 8 pacientes y afectación medial (Atlanto odontoidea) en 7 pacientes. El patrón lateral presentaba formación de grandes osteofitos que ocasionaban efecto masa anterior sobre el esófago (6) y posterior (5) sobre el agujero de conjunción en 4 pacientes y sobre el canal y la médula en 3. El patrón medial se caracterizó por presentar cambios típicos degenerativos articulares (erosiones, masa retrodontoidea) y cambios específicos (entesopatía por tracción en los límites superior de la odontoides y del atlas).

Conclusiones: 1. La artrosis atlanto axoidea es una causa poco reconocida de dolor cervical, mas frecuente de lo que pensábamos. 2. La artrosis atlanto axoidea presenta dos patrones de comportamiento, dependiendo de la afectación de las articulaciones sinoviales laterales (entre las masas laterales del atlas y la faceta superior del axis) o de las articulaciones mediales que rodean la odontoides, con el arco anterior del atlas o con el ligamento transversal. 3. La valoración con radiografía convencional de C1-C2 es difícil debido al solapamiento de estructuras. Las técnicas multiplanares, RM o TC multicorte permiten delimitar la compleja anatomía y descartar lesiones. El conocimiento del diagnóstico diferencial y un análisis clínico y radiológico sistemático permite aproximar el diagnóstico y aumentar nuestra confianza.

220

CARACTERÍSTICAS PSICOPATOLÓGICAS DE LA FIBROMIALGIA (FM) Y EFICACIA DE UNA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA Y PSIQUIÁTRICA

V. de Felipe¹, B. Mazarrasa¹, N. Pérez¹, J. Vidal², M. Torralba, B. Castel¹, D. Olivares¹, L. Chamorro¹ y J. Tornero²
Servicios de ¹Psiquiatría, ²Reumatología. H. Universitario de Guadalajara.

Introducción: El tratamiento biológico de la fibromialgia (FM) tiene una eficacia limitada. Los factores psicológicos son importantes no sólo en su origen sino también en su evolución. Realizamos un estudio para conocer las características psicosociales de

pacientes con FM. Además evaluamos la respuesta clínico-psicológica de estos pacientes tras una programa de intervención psicológica grupal.

Material y métodos: Estudio de intervención no aleatoria de cohorte única, longitudinal y prospectivo. Se estudian 85 pacientes diagnosticados de FM, según criterios de la ACR por el Servicio de Reumatología con evaluación pre y post-psicoterapia mediante test de ansiedad (STAI-R y STAI-E), inventario de depresión de Beck (BDI), "Fibromyalgia impact questionnaire" (FIQ), y un perfil de salud (Nottingham). La intervención consistió en 12 sesiones durante 3 meses de 1,30 horas de duración, realizándose psicoeducación, aprendizaje de técnica cognitiva para el manejo del dolor y psicoterapia de orientación psicoanalítica (técnica de grupo operativo). Se prescribieron psicofármacos para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos comórbidos y por su efecto analgésico.

Resultados: El 93% de los pacientes fueron mujeres con una mediana de edad de 46 años (Intervalo Intercuartil (IIC) 40-53 años). El 75% eran casadas, 57% residían en medio urbano, el 35% tenía estudios primarios y sólo el 2% estudios de grado superior. El 46% eran trabajadores no cualificados y el 19,3% ama de casa. El 27% se encontraban en situación laboral activa y el resto con una incapacidad laboral transitoria, permanente o total en el 41,7, 16,4 y 15% respectivamente. Un 36,5% se encuentran en situación de litigio con la Administración para solicitar su incapacidad. El 62% presentaba problemas psicosociales y ambientales estresantes (Eje IV DSM IV) en el último año y el 71,6% previos al último año. El 71% presenta psicopatología en el momento de la evaluación siendo los diagnósticos más frecuentes el trastorno depresivo mayor (27%) la distimia (25%) y el trastorno ansioso depresivo (23%). La mediana pre-intervención fue de 89 (IIC 58-97) en el STAI-R, 78 (IIC 55-97) en el STAI-E, 23 en el BDI, 73,4 en el FIQ, y de 63 en perfil de salud de Nottingham. El test de personalidad de Rorschach revela: depresión 48,6%; inhabilidad social 57% y riesgo de suicidio de 10,4%. Tras la intervención disminuye en 6,3 puntos el STAI-R (IC95%: 1,1-11,5; $p = 0,018$); 8,5 puntos el STAI-E (IC95%: 3-14; $p = 0,003$); 2,74 puntos el BDI (IC95%: 1,1-4,4; $p = 0,002$); 4,2 puntos el FIQ total (IC95%: 0,7-7,6; $p = 0,02$); 7,3 puntos el Nottingham (2,7-11,9; $p = 0,003$). El 93,6% de los pacientes valoran la intervención psicológica recibida como buena o muy buena.

Conclusiones: Los pacientes con fibromialgia presentan un claro sustrato psicopatológico. La intervención psicológica y siquiátrica se muestra eficaz en estos pacientes.

221

ANTHROPOMETRIC AND BODY COMPOSITION CHARACTERIZATION AND ASSOCIATED CARDIOVASCULAR RISK IN PATIENTS WITH GOUT

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, D. Medeiros¹, F. Barcelos¹, M. Sousa¹, C. Miguel¹, S. Cortes¹, J. Ferreira¹, J. Figueirinhas¹, A. Neto¹, J. Vaz Pato¹, F. Mesquita² y A. Teixeira¹

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

Introduction: Although hyperuricemia and gout had different epidemiologic backgrounds, they are often together in association with other pathologies. There is a strong association between obesity, hyperuricemia and gout, in cases in which the later is associated with food excess. Hypertension and hyperlipidemia can also be associated with hyperuricemia and gout. There is an asso-

ciation between gout and cardiovascular disease, most probably, with the frequent association of this disease with Hypertension, obesity, hyperlipidemia and diabetes. Recent evidences relate high levels of uric acid with an increase in cardiovascular risk in high risk patients, in which they are considered an independent cardiovascular risk factor.

Objectives: Characterize anthropometric and body composition in gout patients and their known cardiovascular risk factors.

Material e 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 questioner and the rheumatic diagnosis was given by the rheumatologists. The Nutrition department evaluate the following parameters: weight, body mass index (BMI), waist perimeter, hip perimeter, waist/ hip relation, Total body fat (% and Kg), Free fat mass (Kg), Total body water (Kg and %). These 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: We included 57 patients with Gout, 47 (82,5%) males and 10 (17,5%) females, with an average age of 61,98 ± 9,90 years. Average BMI 30,6 ± 4,79 Kg/m² (Obesity tipe I). With hand bio impedance: average fat mass 32,05 ± 5,76, in which 54 (95%) patients had excess fat mass, 47 (82,5%) males and 7 (12,3%) females. The average waist perimeter was 102,83 ± 10,83 cm, from which 36 (78,3%) males and 10 (21,7%) females presented values superior to normal. With feet bio impedance, we saw that 77,2% of the patients (n = 44) presented with had low body water composition. The associated diseases which are also cardiovascular risk factors: have we found that 38,6% (N = 22) had hypertension, 17,5% (N = 10) diabetes and 31,6% (N = 18) hipercolesterolemia.

Discussion and conclusion: Overweight is present in 93% of the patients, 28 (49,1%) with excess weight and 16(28%) with obesity type 1. The high percentage of patients with overweight is according with the expected, because there is a strong association of obesity with hyperuricemia and gout, 80,7% of the patients have an increased waist perimeter, which represents excess visceral fat that is an independent cardiovascular risk factor. The association and synergism with other cardiovascular risk factors like hypertension, diabetes and hypercholesterolemia will certain increase the global cardiovascular risk, that are higher in gout patients that in general population. We can conclude that nutritional intervention is an important strategy for the reduction of the cardiovascular risk, by weight reduction and nutritional education, support to the treatment of the other cardiovascular risk factors and reduction of the global risk.

222

FRECUENCIA Y TIPO DE MICROCRISTALES EN EL ANÁLISIS DEL LÍQUIDO SINOVIAL. EXPERIENCIA A LARGO PLAZO EN UN SERVICIO DE REUMATOLOGÍA

M.A. Martínez, R. Reyes, C. Moll, F.J. Rodríguez, P. Gómez-Royo, P. Peris y N. Guañabens

Hospital Clínic. Universidad de Barcelona.

El estudio del líquido sinovial es fundamental para el diagnóstico de distintas artropatías, particularmente de las microcristalinas. Puede ser de interés, en el ámbito reumatológico conocer el porcentaje de líquidos con microcristales, su tipo y si ambos aspectos se han modificado a lo largo de los años.

Objetivo: Analizar la prevalencia y el tipo de microcristales en el estudio del líquido sinovial y si su frecuencia se ha modificado.

Metodología: Estudio retrospectivo transversal en el que se analizan los resultados del estudio del líquido sinovial realizados en un Servicio de Reumatología durante un periodo de 8 años (1998-2005) con muestras procedentes de pacientes atendidos en consultas externas, urgencias y pacientes hospitalizados. La identificación de cristales se realizó con preparación en fresco bajo luz polarizada compensada.

Resultados: Durante un periodo de 8 años se analizaron un total de 1881 muestras de líquido sinovial, con una media de $235 \pm 54,8$ muestras por año (rango: 326-162); En el 18,8% de las muestras se evidenciaron microcristales, con un porcentaje similar en todos los años analizados (media $18,64 \pm 3,6\%$, rango 23,8-13%). Los cristales de urato monosódico (UMS) se observaron en el 49,1% de las muestras con microcristales y los de pirofosfato cálcico (PPCa) en el 47,4%; en un 1,13% de las muestras se observaron cristales mixtos (UMS+PPCa) y en menos del 1% otro tipo de cristales (colesterol e indefinidos). El tipo de cristal varió en función del sexo del paciente. Así, el 89% de muestras con cristales de UMS procedían de varones y sólo un 11% de mujeres, mientras que el 64% de las muestras con cristales PPCa procedían de mujeres y el 36% de varones.

Conclusión: La frecuencia de microcristales en el análisis in fresco del líquido sinovial es del orden del 20%, y se mantiene relativamente constante a lo largo de los años. Los cristales de urato monosódico y de pirofosfato cálcico se observan con una frecuencia similar, alrededor del 50% en las muestras analizadas, aunque varían en función del sexo del paciente.

223

REVISIÓN SISTEMÁTICA SOBRE ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS EN LA FIBROMIALGIA

A. Rodríguez Gallego*, M.B. Nishishinya Aquino**, L. González Vázquez***, G. Urrutía Cuchi**, X. Bonfill Cosp** y C. Alegre de Miquel****

*Fundació Institut Català de Farmacologia, Hospital de la Vall d'Hebron, Barcelona, **Centro Cochrane Iberoamericano, Hospital de Sant Pau, Barcelona, ***Universidad Tecnológica Equinoccial, Facultad de Ciencias de la Salud Eugenio Espejo, Quito, Ecuador, ****Servicio de Reumatología, Hospital de la Vall d'Hebrón, Barcelona.

Objetivos: Revisar sistemáticamente la evidencia científica sobre la eficacia y seguridad de los antidepresivos tricíclicos en el tratamiento de la fibromialgia (FM).

Material y método: Se realizó una búsqueda general de estudios sobre tratamientos farmacológicos de la FM en las bases de datos Medline (1966 a 2005), Embase (1991 a 2005) y CENTRAL (hasta 2005). Sólo se consideraron los artículos publicados en inglés y español. Para su selección, los estudios debían cumplir los siguientes criterios: 1) *Tipos de estudios:* se incluyeron sólo ensayos clínicos aleatorizados, doble ciego y controlados con placebo u otra intervención farmacológica. 2) *Tipos de participantes:* pacientes de edad adulta, diagnosticados de FM según los diferentes criterios descritos. 3) *Tipos de intervenciones:* antidepresivos tricíclicos (amitriptilina, maprotilina, clorimipramina y dotiepina). 4) *Tipos de medidas de resultado:* los estudios debían aportar datos sobre alguna de las siguientes variables: dolor, puntos dolorosos, cansancio, fatiga, sueño, calidad de vida, función psicológica, función física, valoración general de bienestar y seguridad. Los estudios fueron seleccionados por consenso por dos revisores independientes (MBN y LGV) a partir de los criterios de inclusión. Posteriormente, se procedió a la valoración de su calidad metodológica (aplicando la escala de Jadad), de forma independiente por tres revisores (MBN, LGV, ARG).

Resultados: Se identificaron 3.020 citas, excluyéndose 3.002 por no cumplir los criterios de inclusión en la revisión. Tras lectura de los 18 estudios restantes, se seleccionaron 12 que cumplían dichos criterios (10 de ellos con amitriptilina [AMI] versus placebo). Los resultados (parciales) se presentan, sólo para la comparación con placebo, en la tabla a pie de página. 1) *AMI vs. placebo:* El dolor mejoró de forma significativa con AMI en 3 de 8 estudios; el número de puntos dolorosos en 1 de 8; el sueño en 5 de 7; la fatiga en 3 de 6; la valoración global por el paciente en 6 de 7 y la valoración por el médico en 4 de 5 estudios. Globalmente, la dosis de 25 mg parece ser más eficaz que la dosis de 50 mg. 2) *Maprotilina vs. placebo:* En un ensayo clínico cruzado maprotilina mejoró el estado anímico (depresión) en comparación con placebo. 3) *Dotiepina vs. placebo:* Un único estudio evaluó 60 pacientes por 8 semanas. Hubo una mejoría significativa del índice de puntos dolorosos, intensidad del dolor, valoración global por el paciente y por el médico con dotiepina comparado con placebo.

Conclusión: En general, los estudios son de corta duración y con alto número de pérdidas. La calidad de los estudios, en general, es moderada. Llama la atención la disparidad de la incidencia de reacciones adversas y de abandonos entre los estudios. Ello po-

Autor	N	Duración (semanas)	Fc y dosis (mg/d)	FIQ (0-100)	VAS dolor (0-10)	Nº puntos dolorosos (0-18)	VAS Sueño (0-10)	VAS Fatiga (0-10)	VAS Valoración global paciente (0-10)
Carette 1986	59	12	AMI 50	-	ND‡	ND	Escala Likert (1-3) Porcentaje de pacientes que refieren mejoría: 70% AMI vs 40% placebo†	-	-
Carette 1994	208	24	AMI 50	-	ND‡	ND	ND	ND	ND
Carette 1995*	22	16	AMI 25	-	Placebo: +0,01 AMI: -2,05†	ND	Placebo: -0,98 AMI: -3,56†	Placebo: -0,2 AMI: -2,22†	Placebo: -0,16 AMI: -1,8†
Fors 2001	55	4	AMI 50	-	ND‡	-	-	-	-
Ginsberg 1996	46	8	AMI 25	-	Placebo: +0,1 AMI: -3,5†	Placebo: -0,4 AMI: -4,6†	Placebo: -0,3 AMI: -2,6†	Placebo: -0,8 AMI: -3,5†	Placebo: -0,2 AMI: -4,1†
Goldenberg 1986	62	6	AMI 25	-	ND‡	ND	Placebo: +1,2 AMI: -4†	Placebo: -0,2 AMI: -3,3†	Placebo: -0,2 AMI: -3†
Goldenberg 1996*	31	30	AMI 25	Placebo: -1,2 AMI: +5,0†	Placebo: +1,3 AMI: -4,4†	ND	Placebo: +0,6 AMI: -1,1†	ND	Placebo: +1,02 AMI: -0,5†
Hannonen 1998	130	14	AMI 25-37,5	-	ND	ND	ND	ND	Mejoría clínica AMI 74% vs. Placebo 49%†
Heymann 2001	118	8	AMI 25	ND	-	ND	-	-	Escala Likert (1-5) Porcentaje de pacientes que refieren mejoría: 54,5% placebo vs. 86,5% AMI†
Scudds 1989*	36	10	AMI 50	-	-	-	-	-	-

ND: No hay diferencias estadísticamente significativas. *EC cruzados. †Datos estadísticamente significativos entre ambos grupos. ‡Metaanálisis VAS dolor (0-10) a las 5 semanas. Diferencia de media estandarizada: -0,51 (-0,90 a -0,13). (-) Datos no disponibles.

dría sugerir que el control deficiente de los síntomas (con placebo) y la mala tolerancia (con AMI) pueden ser causa importante de la interrupción de los tratamientos. Aunque la mejoría observada en la mayoría de medidas de resultado es superior con tratamiento activo (fundamentalmente AMI), la diferencia es significativa sólo en algunos estudios. Esta discrepancia observada sugiere la limitada relevancia clínica del efecto observado con el tratamiento. Existe evidencia limitada sobre la eficacia de los antidepresivos tricíclicos (fundamentalmente AMI) para el tratamiento sintomático de la FM. Se requieren de ensayos clínicos bien diseñados, amplios y a largo plazo para evaluar adecuadamente su eficacia.

224

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS DIAGNÓSTICOS ECOGRÁFICOS REALIZADOS EN UNA SERIE DE 513 CASOS

L. Crespi. O. Sánchez-Pernaute, J.A. Martínez-López, I. Miguel Herrero, F.I. Romero, G. Herrero-Beaumont y J.C. Acebes
Servicio de Reumatología. Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

La revisión de los hallazgos objetivados mediante ecografía puede ayudarnos a mejorar su rendimiento diagnóstico, optimizar las indicaciones y protocolizar las exploraciones.

Objetivo: Revisar los diagnósticos realizados mediante ecografía en nuestro Servicio en un período de 18 meses.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los informes ecográficos registrados en nuestro archivo a lo largo de 18 meses. Análisis descriptivo y comparativo mediante pruebas no paramétricas para las categorías establecidas en función del motivo de indicación, localización anatómica, estructura lesionada y diagnóstico sindrómico.

Resultados: La muestra analizada fue de 513 estudios. El 67,4% exploraron el hombro, el 12,8% la rodilla y el 12,7% el tobillo. El motivo de indicación de la ecografía fue dolor mecánico (81%), dolor inflamatorio (12,3%) y tumoración 6,7%. La estructura anatómica principal lesionada con mayor frecuencia fue el tendón (66,7%) siendo la rotura parcial el diagnóstico más frecuente. En relación a los estudios de hombro la patología del manguito rotador supuso el 84% de los diagnósticos principales (tendinitis aguda 24 casos, tendinitis crónica 71, rotura parcial 82 casos, rotura completa 82 casos y tendinitis calcificante 30 casos). Un 12,5% de los estudios fueron normales. En el caso de las ecografías de codo y tobillo el porcentaje aumentó a 36% y 23% respectivamente.

Resumen: La ecografía ha permitido diagnosticar un gran número de lesiones, siendo las más frecuentes las tendinosas. La alta frecuencia de estudios normales de codo y tobillo podría reflejar la escasa información que aportan la anamnesis y la exploración física en estas regiones.

225

ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN PACIENTES CON LUMBALGIA CRÓNICA

C. Peña Martín

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

Introducción: En este trabajo se explora la asociación existente entre intensidad percibida de dolor en la parte baja de la espalda y estado emocional en sujetos con dolor crónico y sin historia pre-

via de tratamiento por alteración emocional. Se explora igualmente el efecto que sobre esa relación pueden características como la edad y el sexo.

Material y método: *Sujetos:* de una muestra total de 515 pacientes evaluados en la Unidad de Espalda se seleccionaron los 193 que cumplían criterios de inclusión, 73 varones y 120 mujeres con una edad media de 41,1 y 42,9 años respectivamente. El diagnóstico médico predominante era lumbalgia inespecífica. *Instrumentos:* Para estimar el dolor ítems del SCL90_R y para a alteración emocional, ansiedad y distres el STAI y el BDI. *Análisis estadístico:* Sobre las variables propuestas se realizaron análisis ONEWAY para las puntuaciones globales y contrastes Xi cuadrado 2x2 dicotomizadas por la mediana, para los datos generales y para los grupos generados al controlar la edad y el sexo de los sujetos.

Resultados: Los sujetos con mayor dolor percibido presentan más alteración emocional en ambos sexos y grupos de edad (ANOVA, $F = 2,38$, $p < 0,05$ para el STAI y $F = 4,60$, $p < 0,001$ para el BDI). Parece que el malestar se expresa más como depresividad y distres que como ansiedad, la condición de sexo femenino y especialmente la edad incrementan la vulnerabilidad.

Discusión: La asociación constatada sugiere la necesidad de abordajes multidimensionales en el tratamiento del dolor crónico de espalda. Por las características del grupo estudiado cabe sugerir que el dolor percibido es el factor clave para provocar la alteración emocional.

226

SEGUIMIENTO DEL IMPACTO DE LA ECOGRAFÍA ARTICULAR ANTE LA SOSPECHA DE POLIARTRITIS CLÍNICAMENTE DUDOSA Y RADIOLÓGICAMENTE IMPROBABLE

D. Peiteado López, C. Bohorquez Heras, E. de Miguel Mendieta y E. Martín Mola

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Objetivos: Seguimiento a los 12 meses de pacientes con sospecha de poliartritis evaluados por ecografía articular. Valoración del impacto de la ultrasonografía en casos de poliartritis clínicamente dudosas.

Material y métodos: Seguimiento evolutivo de 47 pacientes incluidos en el estudio de impacto ecográfico en pacientes con clínica de poliartritis no evidenciada mediante exploración clínica, y en los que la radiografía no evidenciaba erosiones. Los datos preliminares de este estudio fueron presentados en el congreso del pasado año, el trabajo actual presenta la reevaluación, con un mínimo de 12 meses de seguimiento, de los pacientes diagnosticados de poliartritis por el clínico tras recibir el informe de la ecografía. Las ecografías se realizaron con un equipo General Electric Logic5 pro con sonda lineal de 7-12 MHz. Se exploraron 22 articulaciones (carpos, metacarpofalángicas, y metatarsofalángicas). En la ecografía se informó de la presencia de derrame/hipertrofia sinovial, de señal Doppler y presencia de erosiones. Como patrón oro para valorar el diagnóstico ecográfico se ha utilizado el juicio clínico del reumatólogo responsable tras recibir el informe y 12 meses después.

Resultados: En el estudio basal tras la realización de la ecografía el clínico cambió sus diagnósticos iniciales en un 51,1% (24 pacientes), se objetivaron erosiones en 14 pacientes no detectadas previamente en la radiografías y se instauró tratamiento con FAME en el 44% de los pacientes. La reevaluación a los doce meses muestra que los diagnósticos permanecen consistentes en el

85% de los casos y que el tratamiento de fondo iniciado se mantiene en el 83% de los pacientes.

	Mantiene diagnóstico	No mantiene diagnóstico	Pérdida de evolución	Mantiene tratamiento con FAME	No mantiene tratamiento con FAME
Artritis reumatoide	10	2	2	10	1
Poliartritis crónica seronegativa	6	1	2	5	2
Poliartritis (LES)	1	-	-	0	0

Conclusiones: El impacto diagnóstico y terapéutico de la ecografía en los pacientes con sospecha de poliartritis no objetivada con los métodos habituales se mantiene tras un año de seguimiento.

227

REVISIÓN SISTEMÁTICA SOBRE RELAJANTES MUSCULARES EN LA FIBROMIALGIA

M.B. Nishishinya¹, A. Rodríguez Gallego², L. González Vázquez³, G. Urrutia Cuchi², X. Bonfill Cosp² y C. Alegre de Miquel⁴

¹Centro Cochrane Iberoamericano. Hospital de Sant Pau. Barcelona, ²Fundació Institut Català de Farmacologia. Hospital de la Vall d'Hebron. Barcelona, ³Universidad Tecnológica Equinoccial. Facultad de Ciencias de la Salud Eugenio Espejo. Quito. Ecuador, ⁴Servicio de Reumatología. Hospital de la Vall d'Hebrón. Barcelona.

Objetivos: Revisar sistemáticamente la evidencia científica sobre la eficacia y seguridad de los relajantes musculares (ciclobenzaprina [CBZ] y clormezanona [CMZ]) en el tratamiento de la fibromialgia (FM).

Material y método: Se realizó una búsqueda general de estudios sobre tratamientos farmacológicos de la FM en las bases de datos Medline (1966 a 2005), Embase (1991 a 2005) y central (hasta 2005). Sólo se consideraron los artículos publicados en inglés y español. Para su selección, los estudios debían cumplir los siguientes criterios: 1) *Tipos de estudios:* se incluyeron sólo ensayos clínicos aleatorizados, doble ciego y controlados con placebo u otra intervención farmacológica. 2) *Tipos de participantes:* pacientes de edad adulta, diagnosticados de FM según los diferentes criterios descritos. 3) *Tipos de intervenciones:* relajantes musculares (CBZ y CMZ). 4) *Tipos de medidas de resultado:* los estudios debían aportar datos sobre alguna de las siguientes variables: dolor, puntos dolorosos, cansancio, fatiga, sueño, calidad de vida, función psicológica, función física, valoración general de bienestar y seguridad. Los estudios fueron seleccionados por consenso por dos revisores independientes (MBN y LGV) a partir de los criterios de inclusión. Posteriormente, se procedió a la valoración de su calidad metodológica (aplicando la escala de Jadad), de forma independiente por tres revisores (MBN, LGV, ARG).

Resultados: Se identificaron 3.020 citas, excluyéndose 3.009 por no cumplir los criterios de inclusión en la revisión. Tras lectura detenida de los 11 estudios restantes, se seleccionaron finalmente 5 que cumplían dichos criterios. Se observa una mejoría significativa del dolor y del sueño en 2 de 4 ensayos, aunque para las mediciones se utilizaron diferentes escalas y los resultados sólo se presentaron gráficamente. No hubo diferencias en la fatiga y el número de puntos dolorosos en ninguno de los estudios. En cuanto a la valoración global por el paciente, los resultados son contradictorios, mientras que la valoración por el médico fue favorable a la CBZ (resultados medidos con diferentes escalas). Ningún estudio valoró el FIQ. Hubo una mayor tasa de abandonos por efectos adversos en el grupo que recibía CBZ comparado con placebo, siendo los más frecuentes la boca seca, somnolencia y vértigos. El único ensayo que compara CBZ vs. amitriptilina no

mostró diferencias entre los fármacos, al igual que el ensayo que comparó CMZ vs placebo.

Conclusión: La evidencia disponible sobre la eficacia de la CBZ y CMZ comparada con placebo es muy limitada y escasa (sólo 5 estudios). En general, los estudios son de pequeño tamaño, corta duración y con alto número de pérdidas. Existe gran heterogeneidad de las medidas de resultado e instrumentos de medida utilizadas en los estudios. La calidad de los estudios, en general, es baja. Debe tenerse en cuenta que se trata de estudios publicados hace más de 10 años (1988 a 1994). Aunque la mejoría observada en la mayoría de medidas de resultado es superior con tratamiento activo, la diferencia es significativa sólo en algunos estudios. Esta discrepancia observada sugiere la limitada importancia clínica del efecto observado con el tratamiento. Existe evidencia limitada sobre la eficacia de los relajantes musculares para el tratamiento sintomático de la FM. Se requieren de ensayos clínicos bien diseñados, amplios y a largo plazo para evaluar adecuadamente su eficacia.

228

CONCORDANCIA EN LA ADQUISICIÓN DE IMÁGENES ECOGRÁFICAS MEDIANTE SONDA VOLUMÉTRICA 3D

J. de Agustín¹, E. de Miguel², E. Filippucci³, A.M. Iagnocco⁴, L. Mayordomo⁵, G. Meenagh⁶, I. Moller⁷, C. Moragues⁸, E. Naredo⁹ y F. Salaffi³

¹Hospital Vall d'Hebron, Barcelona. ²Hospital La Paz, Madrid. ³Cattedra di Reumatologia, Università Politecnica delle Marche, Ancona, Italia. ⁴Università La Sapienza, Rome, Italia. ⁵Hospital de Valme, Sevilla. ⁶Department of Rheumatology, Musgrave Park Hospital, Belfast, UK. ⁷Instituto Poal de Reumatología, Barcelona. ⁸Hospital de Bellvitge, Barcelona. ⁹Hospital Severo Ochoa, Madrid. Grupo de Trabajo de Ecografía Músculo-esquelética.

Introducción: Los avances tecnológicos en las sondas volumétricas de alta frecuencia han permitido una alta definición en la exploración ecográfica de pequeñas articulaciones y partes blandas superficiales. Dichas sondas permiten la adquisición de un número infinito de imágenes bidimensionales (2D) almacenadas en un paquete de datos tridimensional (3D) generado automáticamente. Este método evitaría en el proceso de adquisición de imágenes ecográficas la dependencia de la experiencia del operador.

Objetivos: En Barcelona se realizó una Reunión Consenso el 28 de Enero del 2006 con el objetivo de verificar que el proceso de la adquisición de imágenes ecográficas utilizando una sonda volumétrica 3D es operador-independiente. Este fue el paso inicial para establecer la metodología de un estudio multicéntrico internacional de ecografía músculo-esquelética (US).

Métodos: Todos los participantes (9 reumatólogos ecografistas experimentados y un reumatólogo sin experiencia previa en US) realizaron la adquisición de un paquete de imágenes 3D de la segunda articulación metacarpofalángica (MCF) de un único sujeto sano. Se realizó el estudio en los planos dorsal y palmar con la mano en posición neutra y en el plano dorsal en flexión completa de articulaciones MCF. La adquisición del paquete de datos 3D se efectuó mediante el equipo Logiq 9 (General Electrics Medical Systems, Milwaukee, WI) equipado con una sonda 4D16L 3D. Se prestó especial atención en la correcta posición anatómica del sujeto y de la utilización de la cantidad suficiente de gel acústico. Los paquetes de datos 3D se procesaron colectivamente utilizando para visualizar las imágenes un programa informático (Centricity Radiology RA 600 Version 6.1) compatible con PC estándar, y se seleccionaron las imágenes ecográficas más representativas de cada

explorador del plano dorsal longitudinal dorsal de la articulación MCF en posición neutra y flexión máxima. Con dichas imágenes se construyó un mosaico con las imágenes seleccionadas para cada plano. Mediante el método Delphi los participantes respondieron sobre su nivel de acuerdo o desacuerdo respecto a si las imágenes presentadas en los 2 mosaicos eran similares en cuanto a la imagen global de la exploración dorsal en plano longitudinal, los bordes óseos, el tendón extensor y el cartilago articular.

Además el grado de concordancia fue valorado comparando las imágenes US adquiridas por el reumatólogo inexperto con las de los reumatólogos experimentados en US. Se utilizó una escala semicuantitativa de valoración del método Delphi que oscilaba entre 1 (totalmente en desacuerdo) a 6 (totalmente de acuerdo).

Resultados: La tabla muestra los valores medios y desviaciones estándar de las escalas de puntuación.

Objetivo anatómico	Media	Desviación estándar	Mediana
Examen global dorsal en plano longitudinal	5,75	0,34	6
Bordes óseos	5,55	0,42	5,5
Tendón extensor	5,55	0,52	5,75
Cartilago articular	5,5	0,45	5,5
Total	5,59	0,08	5,6

Conclusiones: Los resultados de esta Reunión Consenso muestran claramente la concordancia entre operadores independientes en la adquisición de imágenes ecográficas 3D. Además, se ha demostrado que la experiencia previa en US no es necesaria para obtener imágenes ecográficas indistinguibles de las de los expertos. Este es un primer ejercicio para verificar la naturaleza operador-independiente de la sonda volumétrica 3D en la adquisición de imágenes US de la articulación MCF. Deberían reunirse evidencias similares en otras localizaciones anatómicas para evaluar el potencial de la ecografía 3D en Reumatología.

229

VARIABILIDAD INTEROBSERVADOR ECOGRÁFICA EN LA EVALUACIÓN DE LA MUÑECA Y MANO REUMATOIDE ENTRE INVESTIGADORES CON DIFERENTE EXPERIENCIA

I. Möller Parera*, E. Naredo**, C. Moragues*, J.J. de Agustín***, J. Garrido**** y F. Salaffi*****

*Instituto Poal de Reumatología, Barcelona. **Hospital Severo Ochoa, Madrid. ***Hospital del Valle de Hebrón, ****Sociedad Española de Reumatología, *****Università Politecnica Delle Marche, Ancona (Italy).

Objetivos: Evaluar la variabilidad interobservador en la exploración ecográfica de la mano. Entre 32 observadores con diferente experiencia en ecografía.

Métodos: 32 investigadores con diferente entrenamiento en ecografía músculo-esquelética (1 mes /9 años) se distribuyeron aleatoriamente en 6 grupos. Cada grupo exploró con un ecógrafo Logiq 5 GE de idénticas características en el tratamiento técnico de imagen la muñeca y mano más sintomática de 1 paciente con AR. La evaluación ecográfica consistió en la valoración dicotómica (sí/no) de 18 hallazgos patológicos. La concordancia interobservador de los grupos se obtuvo mediante el cálculo de acuerdo absoluto y de la kappa para cada variable.

Resultados: La concordancia absoluta entre los observadores para cada paciente y en cada grupo fue mayor del 60% en todas las regiones anatómicas exploradas, siendo la exploración ecográfica del carpo en el plano dorsal la de mayor concordancia (80-100%). El resultado más débil se obtuvo en la exploración de las erosio-

nes y osteofitos en la articulación 2ª IFP y en la evaluación del derrame/sinovitis palmar de la 2ª MCF (60-100%). Los resultados del índice kappa se exponen en la tabla 1

Paciente/Ecógrafo	1	2	3	4	5	6
Observadores, ordinales	1-5	6-10	11-15	16-20	21-26	27-32*
(n)	(n = 5)	(n = 5)	(n = 5)	(n = 5)	(n = 6)	(n = 4)
Kappa	0,5663	0,3196	0,2216	0,1667	0,4296	0,3560
P	<0,0005	<0,0005	0,002	0,015	<0,0005	0,001

*Para el paciente/ecógrafo nº 6 el número de evaluadores no es constante para cada variable observada, habiendo entre 5 y 6 evaluadores por cada variable (mediana 6 evaluadores).

El índice kappa promediado entre los seis grupos es de 0,343 IC95% (0,228 - 0,458).

Conclusiones: Los grados de acuerdo absoluto encontrados fueron elevados alcanzando 100% en diversas variables y grupos. Los índices de concordancia obtenidos mediante el test de Kappa fueron discretos-moderados lo que indica que la ecografía realizada por no expertos, sin estandarización en la técnica de exploración y los criterios diagnósticos no ofrece fiabilidad adecuada.

1. Landis JR, Koch GG (1977) The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 33: 159-74.

230

EFICACIA DE LA INFILTRACIÓN DEL TENDÓN SUPRAESPINOZO POR VÍA ANTERIOR EN PACIENTES CON MANIOBRA DE ROTACIÓN INTERNA CON HIPEREXTENSIÓN FRENTE A VÍA LATERAL SUBACROMIAL

J.J. Lerma Garrido

Clínica Quirón Valencia.

Introducción: El hombro doloroso constituye una patología de alta prevalencia tanto a nivel de la consulta de los especialistas del aparato locomotor como a nivel de atención primaria. Un porcentaje importante de esta patología corresponde a lesiones del tendón del supraespinoso, siendo su infiltración con corticoides una práctica terapéutica bastante habitual y efectiva.

Objetivo: Determinar la eficacia terapéutica de la infiltración del tendón del supraespinoso por vía anterior en paciente con el brazo en posición de rotación interna e hiperextensión (posición ecográfica de estudio del supraespinoso) frente a la infiltración a través del espacio subacromial en pacientes con el diagnóstico ecográfico de tendinosis.

Método: Estudio prospectivo, abierto y observacional en el que participan 20 pacientes mayores de 18 años que presentan un estudio ecográfico compatible con el diagnóstico de tendinosis del supraespinoso sin bursitis subacromiodeltoidea ni pinzamiento subacromial asociado. Los pacientes para su infiltración son distribuidos de forma aleatoria y de manera alternativa en los 2 grupos a estudio: *Grupo 1 (G1):* 10 pacientes son infiltrados por vía lateral y subacromial con el brazo en posición de reposo neutro e introduciendo la aguja de forma perpendicular al plano cutáneo a través del surco acromioclavicular situado aproximadamente 1,5 cm por debajo del acromión. *Grupo 2 (G2):* 10 pacientes son infiltrados por vía anterior con el brazo en posición de rotación interna e hiperextensión con el dorso de la mano intentando tocarse a través de la espalda su glúteo contralateral. Esta posición es la adoptada por el paciente durante el estudio ecográfico del manguito rotador ya que pone en tensión el tendón del supraespinoso y lo desplaza de forma anterior apareciendo por debajo del acromión. La infiltración se realiza en un ángulo aproximado de 45° respecto a la piel y en dirección al troquíter buscando la inserción tendinosa. Ambas infiltraciones se realizan con aguja intramus-

cular verde 21G 1 1/2 introduciendo 2 c.c de cortidene depot®. Se determina el dolor referido por el paciente en su hombro mediante una escala visual analógica (EVA) medida de 0- 100 m.m antes y a las 4 semanas de la infiltración. Asimismo, se valora la satisfacción del paciente con el tratamiento recibido al final del estudio mediante escala 0 - 3 (no, regular, bien, excelente).

Resultados: EVA basal: G1 74 y G2 77; EVA a las 4 semanas post-infiltración: G1 35 y G2 20. El 80% de pacientes del G2 refieren una satisfacción buena o excelente con el tratamiento recibido frente al 70% del G1. Ningún paciente del G2 necesito una nueva infiltración durante los siguientes 2 meses frente a 2 del G1.

Conclusión: Aunque algunos autores recomiendan evitar la infiltración directa sobre el tendón del supraespinoso utilizando la vía subacromial para ello, la infiltración vía anterior de éste a nivel del tercio más próximo a su inserción anatómica en el troquíter, adoptando el paciente la misma postura de colocación utilizada durante el estudio ecográfico del hombro, resulta eficaz en el control del dolor referido por el enfermo encontrándose éste satisfecho con la técnica realizada.

231

VALORACIÓN CON ECOGRAFÍA Y POWER DOPPLER DE LA DISMINUCIÓN DEL PANNUS SINOVIAL Y DE LOS PROCESOS DE NEOVASCULARIZACIÓN SINOVIAL EN LAS ARTICULACIONES METACARPOFALÁNGICAS E INTERFALÁNGICAS PROXIMALES DE LA MANO DERECHA DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE TRAS INICIAR TRATAMIENTO MODIFICADOR DE ENFERMEDAD (FAME)

J.J. Lerma Garrido, J. Beltrán Fabregat y M.A. Belmonte Serrano
Sección de Reumatología. Hospital General Castellón.

Objetivo: *Primario:* Determinar que porcentaje de pacientes diagnosticados de artritis reumatoide y en tratamiento con fármacos antirreumáticos modificadores de enfermedad (FAME), presentan a las 12 semanas de instauración de la terapéutica, remisión o reducción del pannus y la neovascularización sinovial medida por ecografía con power doppler, siendo valorado este hecho como indicador eficaz de respuesta al tratamiento. *Secundario:* Verificar si existe una correlación entre los resultados de marcación de imagen obtenidos con el power doppler y otros factores clínicos/anatómicos de respuesta al tratamiento de fondo utilizados actualmente.

Método: Estudio observacional, descriptivo y prospectivo en el que se incluyen un total de 13 pacientes (12 mujeres y 1 varón) diagnosticados de artritis reumatoide según los criterios revisados del American College of Rheumatology de 1987. Los pacientes presentan una media de edad de 65,92 años (rango 52-85 años) y una evolución media de la enfermedad de 7,17 años (rango 0,33-18 años). Del total de pacientes, 6 reciben por primera vez un FAME coincidiendo con el diagnóstico de la enfermedad, mientras que los 7 restantes presentan una media de tratamientos con FAME de 2,57 (rango 1-5). El desglose de los tratamientos de fondo que reciben los pacientes durante el periodo a estudio es el siguiente: 4 pacientes con metotrexato en monoterapia; 1 paciente con hidroxiquina; 2 pacientes en tratamiento doble combinado (metotrexato + leflunomida y metotrexato + hidroxiquina); 3 pacientes en terapia triple combinada (metotrexato + sulfasalazina + hidroxiquina) y 3 pacientes en terapia biológica (2 infliximab + metotrexato y 1 adalimumab + metotrexato). 10 pacientes reciben tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos y 9 con deflazacor a una dosis media de 6,5 mg (rango

6-9 mg). Ambos fármacos se mantiene a dosis estables desde 2 meses antes del inicio del estudio y durante la duración del mismo. Ecográficamente, se evalúa la sinovitis y los procesos de hipervascularización sinovial de las articulaciones MCF e IFP derechas (2ª, 3ª y 4ª) mediante un método semicuantitativo que establece 4 grados de captación con el power doppler (0 = no vascularización, 1 = mínima vascularización, 2 = moderada vascularización afectando a menos de 50% de la sinovial, 3 = severa vascularización afectando a más del 50% de la sinovial). Clínicamente se evalúa la proteína C reactiva como reactante de fase aguda, el dolor mediante una escala visual analógica, factor reumatoide, anticuerpos antinucleares y el DAS 28.

Resultados: Los resultados preliminares pendientes de completar el estudio estadístico, muestran que a los 3 meses de instaurado el FAME un porcentaje significativo de pacientes presentan una disminución o remisión de la captación sinovial con el power doppler a nivel de las articulaciones a estudio. Se establece una correlación entre la disminución y/o desaparición de la captación de la sinovial con doppler y la disminución del DAS 28 y el EVA. 3 pacientes mantuvieron cifras elevadas de PCR a pesar de su mejoría en el estudio de imagen.

Conclusión: La disminución o remisión de los procesos de vascularización a nivel de la sinovial de las articulaciones MCF e IFP de la mano derecha de pacientes con artritis reumatoide estudiada mediante ecografía con power doppler puede considerarse como un dato médico objetivo de óptima respuesta al FAME pautado. Esta mejoría en el estudio de imagen se correlaciona con una mejoría del DAS 28 y el EVA referido por el paciente.

Estudio financiado a través de una beca de Laboratorios Schering-Plough.

232

ULTRASONOGRAFÍA CON POWER DOPPLER (PDUS) EN EL SEGUIMIENTO EVOLUTIVO DE PACIENTES CON ARTRITIS DE INICIO

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

Objetivos: La ecografía de alta resolución con power doppler ha demostrado su utilidad para estudiar la inflamación articular en pacientes con artritis reumatoide y otras artritis inflamatorias. Se pretende evaluar longitudinalmente por PDUS la inflamación articular en pacientes con artritis de inicio y los cambios evolutivos tras el inicio de tratamiento siguiendo la práctica reumatológica habitual.

Material y métodos: De un total de pacientes remitidos a la consulta con sospecha de artritis de inicio (131), se seleccionaron 50 pacientes que cumplían los criterios de: presencia de dolor o inflamación en carpos, metacarpo-falángicas (MCF) o metatarso-falángicas (MTFs) de <1 año de evolución. Se completó estudio clínico/ecográfico en 47 pacientes, con una edad media de 51 años (21-85), 31 M (66%)/ 16 V (34%); media de duración de los síntomas de 5 meses ± 3,5 (0,5-11). Se realizaron exploración clínica (nº articulaciones dolorosas e inflamadas), escalas de valoración, HAQ, VSG, PCR, FR en visitas 0, 1, 3 y 6 meses. El estudio ecográfico se realizó sobre 44 articulaciones (hombros, codos, carpos, caderas, MCFs, IFPs, tobillos, AAE y MTFs) de 47 pacientes (total 2068 articulaciones) en visitas 0,1,3,6 meses. Se utilizó un ecógrafo con sonda multifrecuencia 5-13 Mhz equipado con doppler. Se determinó en cada visita mediante PDUS el número de articulaciones con derrame (D), hipertrofia sinovial (S) y

aumento de vascularización sinovial (señal power doppler) (PD) (NUSD, NUSS y NUSP) y se realizó una gradación semicuantitativa (0, 1, 2, 3) (IUSD, IUSS, IUSP). Se utilizaron test estadísticos de Wilcoxon, Friedman and Mann-Whitney. Test de Pearson para establecer la correlación o no de estos con variables clínicas y de laboratorio.

Resultados: La exploración clínica encontró dolor en 647/2068 (31,2%) articulaciones (44/47 pacientes) e inflamación articular en al menos una articulación en 305/2068 (14,7%) y 37/47 pacientes (78,7%). La exploración ecográfica objetivó más inflamación articular (429/2068 (20,7%) y 44/47 pacientes (93,6%) que el clínico de forma estadísticamente significativa $p < 0,0001$. Las articulaciones más frecuentemente afectadas por US fueron: MTF, MCF, IFP y carpos. Se encontró correlación clínica significativa entre las todas las variables ecográficas y los parámetros clínicos y de laboratorio excepto con EAV paciente. La presencia de FR + se asoció estadísticamente con índices de inflamación. En visitas sucesivas (1, 3, 6 meses) los índices ecográficos también se correlacionaron con parámetros clínico/laboratorio de inflamación y se modificaron significativamente con respecto a la basal en el seguimiento evolutivo ($p < 0,001$).

Conclusiones: La PDUS detecta de forma estadísticamente significativa más articulaciones inflamadas que la exploración clínica y muestra sensibilidad al cambio en el seguimiento evolutivo, manteniendo la correlación con variables clínicas de inflamación. Son precisos estudios a largo plazo con mayor número de pacientes para establecer importancia de la ecografía en el manejo de la artritis de reciente comienzo.

233

ECOGRAFÍA CON POWER DOPPLER (PDUS) EN UNA CONSULTA DE ARTRITIS PRECOZ. ¿PUEDE CAMBIAR NUESTRO DIAGNÓSTICO?

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

Objetivos: La ecografía de alta resolución con power doppler es útil en el estudio de la sinovitis en artritis reumatoide y otras enfermedades inflamatorias articulares. La detección precoz de sinovitis permite una correcta clasificación y tratamiento de pacientes con enfermedad inflamatoria articular. Se diseñó un estudio longitudinal prospectivo en una población de pacientes remitidos a una clínica de artritis precoz para determinar si la exploración con PDUS además de la evaluación clínica estandarizada podía cambiar significativamente nuestro diagnóstico y manejo clínico.

Pacientes y métodos: Se estudiaron longitudinalmente 47 pacientes con criterios de dolor y/o tumefacción y/o rigidez matutina en articulaciones de carpos, metacarpofalángicas o metatarsofalángicas que hubieran comenzado <1 año antes de la primera visita. La edad media de los pacientes fue 51 años (21-85), 31 mujeres (66%), con una media de duración de los síntomas de 5 meses (0,5-11). Se obtuvieron parámetros clínicos y de laboratorio estandarizados de rutina (nº de articulaciones dolorosas (NAD) e inflamadas (NAI), EAV dolor y valoración global paciente, HAQ, VSG; PCR, DAS28) en visitas 0, 1, 3 y 6 meses. Se utilizó un equipo con sonda multifrecuencia 5-13 Mhz con power doppler. La PDUS ciega se realizó consecutivamente o en <24 horas por un reumatólogo experimentado. Se evaluaron 44 articulaciones por paciente (2068) para la presencia de derrame (D), hipertrofia sinovial (S) y señal de PD (PD) y se gradaron de 0 a 3 en cada articulación. Se recogieron en cada visita el número de articulaciones

con D, S y señal PD además del índice articular promedio para cada uno de E, S y PD. Se utilizaron test estadísticos: Wilcoxon, Friedman and Mann-Witney y test correlación (Pearson).

Resultados: Se encontró una correlación significativa entre las variables ecográficas de inflamación y el DAS28, NAD; NAI ($p < 0,001$) y otros parámetros clínicos y de laboratorio, pero no con EAV. Después de 1, 3 y 6 meses los parámetros ecográficos mejoraron significativamente con respecto a la visita basal ($p < 0,0001$). La PDUS detectó significativamente más articulaciones inflamadas: 429/2068 (20,7%) en más pacientes (44/47 (93,6%) que la exploración clínica 305/2068 (14,7% wn 37/47 pacientes (78,7%), $p < 0,0001$. Estos hallazgos por PDUS permitieron reclasificar a 6 pacientes como afectación oligoarticular, 7 pacientes como poliarticular y 7 pacientes tendrían inflamación subclínica de una articulación.

Conclusiones: PDUS detecta inflamación en articulaciones donde la exploración clínica no, de modo que permitiría así la reclasificación de pacientes en afectación mono, oligo y poliarticular. Se requieren estudios a más largo plazo con mayor número de pacientes para establecer definitivamente la relevancia de la inflamación subclínica y la utilidad de la PDUS en el manejo de la artritis precoz.

234

CRIOGLOBULINEMIA: ANÁLISIS DE UNA SERIE DE ENFERMOS DEL INSTITUTO PORTUGUÉS DE REUMATOLOGÍA

F. Barcelos, J.V. Pato, M. Parente, M.J. Mediavilla, L. Miranda, E. Simões, C. Silva, A. Faustino, M. Micaelo, H. Madeira y A. Teixeira

Instituto Português de Reumatologia, Lisboa.

Introducción: El término crioglobulinemia (CG) define la presencia en el suero de globulinas que precipitan con el frío, dando lugar a la activación del complemento y vasculitis. Puede ser asintomática o confundirse con las enfermedades asociadas o con otras manifestaciones que pueden incluir la tríada (púrpura, fadiga y artralgias), fenómeno de Raynaud, síndrome seco, neuropatía periférica, glomerulonefritis, involucramiento hepático o pulmonar, o el desarrollo de neoplasias linfoides.

Objetivos: Describir las características clínicas, laboratoriales y las enfermedades asociadas, en un grupo de enfermos con CG seguidos en nuestra consulta.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de un grupo de 31 enfermos con CG, seguidos en la Consulta Externa do IPR. Se registraron las manifestaciones clínicas, las enfermedades asociadas y parámetros laboratoriales como: caracterización de las crioglobulinas, presencia de factor reumatoide (RF), anticuerpos antinucleares (ANA), complemento, gamaglobulina sérica, encimas hepáticos, creatinina, y serología de los virus de las hepatitis B y C (HBV y HCV).

Resultados: La media de edades fue de 44,1 años (19-71), y 81% eran del sexo femenino (25 enfermos). Catorce enfermos (45%) cumplían criterios de clasificación: 4 (13%) con Síndrome de Sjögren Primario, 4 (13%) con Lupus Eritematoso Sistémico (LES), en 2 asociado a Síndrome Antifosfolípidos, 4 (13%) con Enfermedad de Behçet (DB), 1 (3%) con Artrite Reumatoide, y 1 (3%) con Artrite Psoriática. Los restantes 17 enfermos (55%), que no cumplían criterios de clasificación, tenían varias manifestaciones del espectro de vasculitis crioglobulinémica, tal como 6 (19%) de los enfermos con el diagnóstico específico. Todos los enfermos presentaban artralgias fatiga. Dieciséis (52%) tenían manifestaciones cutáneas, con púrpura confirmada en 3 (10%) y urticaria

inducida por el frío en 1 (3%). El fenómeno de Raynaud estaba presente en 10 enfermos (32%) y las quejas secas en 10 (32%). Otras manifestaciones fueron: neuropatía periférica en 1 enfermos (3%), necrosis del semi-lunar en 1 (3%) y estenosis de la aorta abdominal en 1 (3%). Todos los casos fueron CG mixtas del tipo III. Se encontraron marcadores de infección por HCV en 8% de los enfermos (2 en 25), y ausencia de marcadores de HBV. Fue detectado FR en 20 enfermos (65%), ANA = 1/160 en 24 (77%), bajo complemento en 17% (5 en 30), y elevación de las encimas hepáticas (<400 UI/ml) en 4 (13%). No se registro un aumento de la creatinina. Había hipergamaglobulinemia en 32% (7 en 22), monoclonal en 1(5%), pero sin neoplasias linfoides.

Discusión y conclusión: En nuestra serie encontramos varias manifestaciones, clínicas y laboratoriales, atribuidas a la CG. Sin embargo el diagnóstico de síndrome crioglobulinémico no fue colocado en ningún de los 23 enfermos (74%) en que aparecieron tales manifestaciones. Fue encontrada una baja frecuencia de alteraciones hepáticas, probablemente por la reducida prevalencia de marcadores de infección por HCV y HBV. No se registraron manifestaciones graves de vasculitis, lo que puede deberse al facto de muchos enfermos se encontraran medicados con corticoides e inmunomoduladores, lo que puede modificar el curso natural de la enfermedad.

235

TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO EN EL SÍNDROME DE PINZAMIENTO SUBACROMIAL

P. Morales Garrido, A. Rueda Cid, M. Tevar Sánchez, I. Jiménez Moleón, T. García Contreras y E. Raya Álvarez
H.U. Clínico San Cecilio de Granada.

Objetivo: El síndrome de pinzamiento subacromial es uno de los síndromes de dolor regional apendicular muy frecuente en con-

sulta de reumatología. Hasta el momento hay evidencia de que la inyección local de glucocorticoides mejora la movilidad del hombro en comparación con placebo. En este estudio valoramos la mejoría sintomática de dicho síndrome tras infiltración, tras programa de rehabilitación y la combinación de ambas actuaciones terapéuticas.

Métodos: Estudio prospectivo con 42 pacientes diagnosticados de síndrome de pinzamiento subacromial. A 14 de ellos se le infiltra con una ampolla de Trigón Depot, a otros 14 pacientes se les remite a rehabilitación para seguir un programa específico y a los 14 restantes se les realiza infiltración combinada con rehabilitación posteriormente. A todos ellos antes de iniciar tratamientos y seis meses después del mismo se les realiza la escala analógica visual del dolor EVA y se le explora el hombro mediante la maniobra del arco doloroso.

Resultados: De 42 pacientes (31 mujeres y 12 varones) con una edad media de 49,9 años, mejoran tras tratamiento independientemente del realizado 37 de ellos (88,04%); de los 14 pacientes a los que sólo se le infiltra, mejoran 8 (57,14%). El EVA medio inicial fue de 92 y el EVA medio final de 38. Mejora el arco de movilidad en el 90% de ellos. De los 14 que sólo reciben rehabilitación, mejoran 6 (42,85%), el EVA medio inicial fue de 89 y el EVA medio final fue de 56. Mejora el arco de movilidad en el 76%. De los 14 pacientes que reciben tratamiento combinado, mejoran 13 (92,86%). El EVA medio inicial fue de 87 y el final de 26, mejorando el arco de movilidad en el 94% de ellos.

Conclusiones: Según el estudio realizado, es el tratamiento concomitante de infiltración, seguido de un programa específico rehabilitador, la mejor opción terapéutica en el síndrome de pinzamiento subacromial. De forma independiente, parece ser que la infiltración con glucocorticoides tiene mejor resultado tanto en la mejoría del dolor como en la función del hombro, respecto al programa rehabilitador. Queda por ver los resultados a más largo plazo.