

3ª Sesión

Viernes 26 de mayo

236

ENFERMEDAD DE KAWASAKI: PRESENTACIÓN DE UNA SERIE DE 19 CASOS

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

Antecedentes: La enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis multisistémica febril aguda de etiología desconocida. El diagnóstico se realiza en función de una serie de signos y síntomas agrupados según unos criterios mayores: Fiebre, conjuntivitis bilateral no purulenta, exantema cutáneo, adenopatías laterocervicales, alteraciones orales y cambios en extremidades. La presentación clínica puede ser típica, incompleta o atípica. El tratamiento actualmente empleado consiste en la administración de una dosis única de γ -globulina intravenosa y de AAS.

Objetivo: Descripción de las características de una serie de pacientes diagnosticados de enfermedad de Kawasaki.

Métodos: Se trata de un estudio transversal, retrospectivo y descriptivo realizado en pacientes con el diagnóstico de EK del servicio de Pediatría del Hospital Clínico San Carlos (Madrid). Se seleccionaron las historias clínicas de aquellos pacientes con el diagnóstico de EK y se obtuvieron los datos referentes a características epidemiológicas, manifestaciones clínicas, pruebas complementarias realizadas, tratamiento recibido y secuelas y complicaciones aparecidas. El análisis de los datos se realizó mediante Stata 7.0 statistical software (Stata Corporation, College Station, TX).

Resultados: La edad media fue de 4 años (6 meses-15 años), siendo más frecuente en niños (57,9% de los pacientes), con un predominio de la enfermedad durante los últimos meses de invierno e inicio de la primavera. La fiebre, el exantema y las alteraciones orales estaban presentes en todos los pacientes. Las manifestaciones digestivas son también muy habituales en estos pacientes (59,7%). Las alteraciones analíticas más frecuentes fueron la leucocitosis con neutrofilia, la anemia y la trombocitosis, acompañados de elevación de la VSG y de la PCR. El ECG y el Ecocardiograma resultaron normales en todos los casos, tanto en la evaluación inicial, como en el seguimiento. La mediana de desaparición de la fiebre tras el tratamiento con γ -globulina es de 12 horas (6-24). Se observó una evolución favorable en todos los casos. No se registraron secuelas significativas en ninguno de los pacientes durante las revisiones periódicas realizadas.

Conclusión: La prevalencia de la EK es baja, pero hay formas atípicas e incompletas que pueden pasar desapercibidas. No se han observado complicaciones de origen cardiaco en nuestra serie, lo que apoya la eficacia del tratamiento combinado de γ -globulina y AAS.

237

ANÁLISIS DE FACTORES QUE INFLUYEN EN EL RECUENTO DE ARTICULACIONES TUMEFACTAS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DE INICIO RECIENTE

C. Aguilera Cros¹, A. Aranda Dios², J.P. Sánchez Serrano³, M. Lisboa Muñoz¹, P. Cejas Cáceres¹ y A. García López¹

¹Sección de Reumatología. ²Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ³Departamento de Ciencia Animal. Universidad Politécnica de Valencia. Valencia.

Introducción: Es ampliamente conocido que reactivantes de fase aguda, como la VSG y la PCR, se utilizan de forma rutinaria en la monitorización de la actividad inflamatoria de la Artritis Reumatoide (AR). Aunque la VSG se usa más para este propósito, muchos estudios han sugerido que los niveles de PCR se correlacionan mejor con el grado de actividad. Por esta razón, comprobamos estos resultados en una cohorte de pacientes con AR de Inicio reciente.

Fundamento y objetivo: Analizar la influencia de diferentes factores (VSG y PCR entre otros) en el recuento de articulaciones tumefactas (RAT) en la visita basal en pacientes con AR de inicio reciente.

Pacientes y método: Se incluyeron 50 pacientes con AR de inicio reciente, que cumplen criterios de la ACR 1987. Se estudian 35 mujeres y 15 hombres, con una edad media de $54,54 \pm 15,84$ años y una media de duración de la enfermedad de $5,87 \pm 3,66$ meses, analizando la influencia de diferentes factores (sexo, tabaco, HTA, DM, dislipemia, PCR, VSG, FR, colesterol, LDL-c, HDL-c y TG) en el recuento de articulaciones tumefactas (RAT). Las variables de tipo cuantitativo se describieron mediante la media y la desviación típica. Las variables cualitativas se describieron mediante sus frecuencias con porcentajes relativos. Para estudiar la asociación o no asociación estadística entre variable dependiente (RAT basal) y diferentes variables independientes se realizó un ANOVA.

Resultados: En nuestro estudio se observó que variables como el sexo, PCR, VSG o dislipemia previa están asociadas con el RAT en la visita basal, con un p-valor con significación estadística de 0,02, 0,04, 0,06 y 0,08, respectivamente. Utilizamos un modelo de regresión lineal en el se asume que el efecto de los factores que se van a estudiar actúan de manera aditiva.

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que variables como el sexo femenino y la PCR están asociadas con el RAT en la visita basal, mostrando escasa influencia la VSG y el antecedente de dislipemia previa.

238

RELACIÓN ENTRE ESPONDILITIS ANQUILOPOYÉTICA Y DISFUNCIÓN SEXUAL

O. Paez Mena, A. Argüelles Zayas, A. Infante Amorós y R. Vallín Castro

Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras. Hospital Ortopédico Docente Fructuoso Rodríguez.

Se encuestaron 30 hombres portadores de Espondilitis Anquilopoyética (E.A.) con el objetivo de determinar la frecuencia de disfunción sexual. El 36,6% de la muestra (GRUPO A) presentaron disfunción sexual (D.S.) y el 63,3% no la refirieron (GRUPO B). La edad media del GRUPO A fue de (38,9 años) mientras que la del GRUPO B fue de (30,1 años) lo que fue altamente significativo para una $p = 0,0024$. El tiempo de evolución del GRUPO A, fue de (10,36 años) y la del GRUPO B, fue de (2,73 años) siendo también altamente significativo para una $p = 0,00001$. La disfunción sexual eréctil se encontró en 9 pacientes para un (81,1%) y la eyaculación precoz se encontró en 2 pacientes para un (18,2%). Al realizar el estudio multidisciplinario a los enfermos con D.S.E. se encontró que el 77,7% fueron diagnosticados como predominantemente orgánicos, el 11,1% como predominantemente psicológico y un caso no pudo ser clasificado. La latencia inicial (L 1) del Reflejo Bulbo Caveroso (R.B.C.) resulto prolongada en 3 enfermos y el pico (N1,P1) se prolongo en 4 enfermos, solamente 2 casos estudiados tuvieron R.B.C normal. Los potenciales evocados Somatosensoriales peneanos fueron normales en todos los enfermos. En el estudio hemodinámico solamente se encontró 1 paciente con índice anormal. Se concluye que la disfunción sexual es frecuente en el grupo estudiado. Las alteraciones en los dife-

rentes parámetros del R.B.C. traducen el daño neurológico del arco reflejo de la erección que pudiera explicar la alta frecuencia de la disfunción sexual encontrada en el estudio.

239

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA AFECTACIÓN DE LA COLUMNA CERVICAL ALTA (C0-C1-C2) POR LA ARTRITIS REUMATOIDE. ¿TRATAMIENTO CONSERVADOR O RETRASO TERAPÉUTICO?

S. Martín-Ferrer, J. Lafuente Baraza, M.C. Joly Torta, J. Rimbau Muñoz y P. Cano Granda

Servicio de Neurocirugía. Hospital Universitario Josep Trueta de Girona. Girona.

Objetivo: En estudios necrópsicos hasta un 60% de pacientes afectados de artritis reumatoide (AR) presentan afectación de su columna cervical; este porcentaje se eleva hasta el 80% en historias con más de 20 años de evolución. El segmento atloaxoideo es el más implicado, por su mayor movilidad y número de articulaciones sinoviales, seguido de la invaginación basilar, rotación atloaxoidea y de la columna subaxial. La AR es una enfermedad crónica y evolutiva. Las lesiones cervicales son también crónicas y evolutivas llegando a producir severas lesiones vasculomedulares. La utilidad y el momento más adecuado para tratar quirúrgicamente estas lesiones tras su diagnóstico todavía son controvertidas y representa un reto decisivo para reumatólogos, pacientes y cirujanos. Del análisis de los casos diagnosticados en el Hospital Trueta y de la literatura se establecen pautas de actuación terapéuticas.

Material y método: En nuestro Servicio han sido tratados 33 pacientes con lesiones cervicales por AR. *Edad:* 41-82 años (EM 64 años), *Seguimiento:* 3 meses-8 años (SM 5 años), *Clinica:* Ranawat I 12 casos, Ranawat II 15 casos, Ranawat III-a 3 casos, Ranawat III-b 3 casos. Se describen los distintos tipos de lesión objetivadas así como las indicaciones terapéuticas, tipo de cirugía y momentos decisivos para la misma.

Resultados: La estabilización espinal, mejoría del dolor y liberación neural se ha conseguido en todos los casos. La gran mayoría con afectación neurológica mejoraron en la escala de Ranawat. Un paciente presentó una lesión vascular vertebral. Se ha constatado rupturas de material de instrumentación en dos pacientes sin repercusiones evolutivas.

Conclusiones: Las indicaciones y tratamiento quirúrgico adecuado en los pacientes con lesiones cervicales por AR representan un reto para el cirujano y está rodeado de importantes controversias decisivas en su manejo. El fin de la cirugía debe dirigirse a tratar el dolor incoercible o mejorar o detener las alteraciones neurológicas o la inestabilidad espinal. La combinación en mayor o menor grado de estos factores va a condicionar actuaciones quirúrgicas en momentos determinados de su evolución que según nuestro criterio deben ser ejecutadas en fases muy iniciales de su diagnóstico. Sólo así evitaremos el tener que tratar a pacientes con muy severas deformaciones.

240

THE DELPHI TRIAL (RCT)2. INTERNATIONAL RANDOMIZED CLINICAL TRIAL OF RHEUMATOID CRANIOCERVICAL TREATMENT. AN INTERVENTION-PROGNOSIS TRIAL COMPARING "EARLY" SURGERY WITH NATURAL HISTORY

S. Martín-Ferrer, J. Lafuente Baraza, M.C. Joly Torta, J. Rimbau Muñoz y P. Cano Granda

Servicio de Neurocirugía. Hospital Universitario Josep Trueta de Girona. Girona.

El tratamiento, médico y/o quirúrgico, de la afectación de la columna cervical alta por la artritis reumatoide es un tema de vigen-

te controversia con falta de consenso a nivel internacional. Para unos las indicaciones quirúrgicas se hacen demasiado tarde mientras que para otros se establecen demasiado pronto. A fin de intentar clarificar, evidenciar y unificar las mejores pautas terapéuticas para estos pacientes, bajo la dirección de la Universidad de Leiden (Holanda), se ha elaborado un Protocolo (Ensayo Clínico Randomizado) para intentar dar respuesta a todas estas cuestiones. Este estudio se llevará a cabo en 13 países por 23 cirujanos con especial implicación en este tipo de cirugía (atornillado interarticular o transarticular C1-C2, fijaciones occipitocervicales) en estrecha relación con los servicios de Reumatología correspondientes. En España el primer firmante ha sido invitado a participar en este estudio, siendo el Hospital Trueta de Girona el único centro estatal que participa en el mismo. El estudio se ha puesto en marcha en esta ciudad recientemente con la estrecha colaboración y participación de los reumatólogos del área sanitaria de Girona. En esta Comunicación se presenta el diseño, funcionamiento, requerimientos y objetivos del estudio.

241

FRACTURAS VERTEBRALES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL ÁREA DE SALUD DE LAS PITIUSAS

A. Urruticochea Arana, O. Ripoll Domenech*, I. Laucirica Alonso* y C. Rodríguez Ribas**

Hospital Can Misses de Ibiza. Servicio de Reumatología, Medicina Familiar y Comunitaria, Servicio de Urgencias**.*

Introducción: En un Servicio de Urgencias la consulta por dolor vertebral agudo constituye un hecho importante a estudio. Ante un traumatismo mayor habrá que descartar siempre la fractura vertebral por su relevancia clínica.

Objetivos: Estudiar la trascendencia de las fracturas vertebrales diagnosticadas en un Servicio de Urgencias, ante la consulta por un dolor vertebral agudo. Se valoran las características etiológicas, clínicas, diagnósticas y terapéuticas.

Métodos: Realizamos un estudio de los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias del Hospital Can Misses del Área de Salud de Ibiza y Formentera, durante un periodo de un año con el diagnóstico de fractura vertebral. Se considera este diagnóstico cuando existe una reducción del 20-25% en la altura del cuerpo de la vértebra. Se recoge la edad, sexo, trauma previo, antecedente de osteoporosis, etiología, forma de presentación clínica, pruebas complementarias y necesidad de ingreso hospitalario.

Resultados: Se recogen 13 pacientes con el diagnóstico de fractura vertebral del total de pacientes vistos en un año (51.853). El 69,2% fueron mujeres frente al 30,8% de varones. La edad media de presentación fue de $51,4 \pm 23,48$ (media \pm DS). El 76,9% refería episodio traumático previo, el 23,1% presentaba antecedente de osteoporosis y un 7,7% antecedente neoplásico. El motivo de consulta fue el dolor vertebral agudo en todos los casos. Las pruebas complementarias realizadas fueron: radiología simple de raquis en todos los casos, TAC en el 15,4% y analítica en un 23,1%. La localización más frecuente fue dorsal T12 y lumbar L1. Seis pacientes requirieron ingreso de los cuales el 100% presentaba traumatismo previo. Ninguno de los pacientes precisó tratamiento quirúrgico.

Conclusiones: Las fracturas vertebrales constituyen un motivo poco frecuente de consulta en urgencias, pero es un diagnóstico a considerar por su repercusión clínica. El motivo de consulta predominante es el dolor vertebral agudo, con el antecedente de traumatismo en la mayoría de los casos. La localización vertebral dorsolumbar D12-L1 es la más afectada. Dada la gravedad de la patología se requiere ingreso hospitalario en un porcentaje destacable de casos.

242

IONTOFORÉISIS EN UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA REUMATOLÓGICA: APLICACIÓN PRÁCTICA Y RESULTADOS

G. Ciudadreal, C. Isasi y J. Mulero

Servicio de Reumatología. Hospital Puerta de Hierro. Madrid

Objetivo: Explorar la utilidad de la iontoforesis con dexametasona en el tratamiento de la patología de partes blandas en una consulta de reumatología

Método: La iontoforesis consiste en la aplicación local vía transdérmica de medicación polar vehiculada a través de una corriente galvánica de baja intensidad. Esta técnica terapéutica se ha investigado en la práctica clínica en una consulta de enfermería reumatológica desde febrero de 2003 hasta noviembre de 2005. Se ha administrado una corriente galvánica de 1,5 miliamperios durante 20 minutos con una dosis total de 30 MA-min a través de parches de iontoforesis de 14 cm² saturados con 4 ml de una solución de dexametasona con una concentración de 4 mg/ml. Las sesiones de tratamiento se han realizado con intervalos semanales hasta un total de cinco sesiones dependiendo de la respuesta clínica. Se ha registrado de forma prospectiva abierta no controlada la escala analógico visual (de 0 a 100) del dolor antes y después del tratamiento

Resultados: Se ha tratado a un total de 79 sujetos con diagnósticos que incluyen tendinitis trocantera, síndrome ilio-lumbar, sdr de fascia lata y tendinitis superficiales. La valoración del dolor antes del tratamiento fue de 76 ± 18 mm y después del tratamiento de 35 ± 26 mm con una mejoría de 41 mm con un intervalo de confianza de 35 a 46 mm, p < 0,001. Doce sujetos abandonaron el tratamiento por ineficacia y dos por efectos secundarios (reacción cutánea).

Conclusión: Este estudio prospectivo abierto no controlado sugiere que la iontoforesis administrada de forma intermitente y a baja dosis es bien tolerada y puede ser útil en la práctica clínica reumatológica. Son necesarios estudios aleatorizados controlados para confirmar este beneficio.

243

ARTRITIS SÉPTICA EN PACIENTES HEMODIALIZADOS

L. Rodríguez Rodríguez, R. López González, D. Clemente Garulo, E. Loza Santamaría, L. Abásolo Alcázar, B. Fernández Gutiérrez, J.A. Jover Jover y C. Hernández García
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Antecedentes: La artritis séptica es una patología potencialmente grave tanto para la vida del sujeto como para la viabilidad futura de la articulación afectada. El objetivo de este estudio es analizar las características diferenciales de la artritis séptica en pacientes sometidos a hemodiálisis.

Métodos: Se recogieron y revisaron las historias clínicas de los pacientes mayores de 18 años hospitalizados en el Hospital Clínico San Carlos (Madrid) con el diagnóstico al alta de artritis séptica (CIE9M: 711,0 y 711,9), entre 1996 y Junio de 2005, excluyéndose las infecciones óseas. Se compararon los pacientes que se encontraban en ese momento en hemodiálisis de forma crónica con los que no estaban sometidos a dicho procedimiento.

Resultados: Se registraron 130 episodios de artritis séptica, 16 de los cuales (12,3%) tuvieron lugar en pacientes que se encontraban en ese momento en hemodiálisis de forma crónica. La edad media fue de 63 ± 19 años en los pacientes no hemodializados y de 68,3

± 10 años en los pacientes hemodializados (p = NS), con un porcentaje de mujeres del 51% y 56%, respectivamente (p = NS). No se observaron diferencias en la presencia de patología articular previa (artrosis, prótesis articulares, enfermedad inflamatoria, artritis microcristalina, cirugía articular, punción, o infección y traumatismo articular previo) o comorbilidad (diabetes mellitus, uso de drogas por vía parenteral, infección concomitante por VIH, VHB, o VHC, infección bacteriana concomitante en otro lugar del organismo, o neoplasia maligna). La localización en la articulación glenohumeral (14,9% vs. 43,7%, p < 0,05) y codo (0,8% vs. 12,5%, p < 0,05) fue más frecuente en hemodializados. El germen más frecuente en los cultivos de líquido sinovial de pacientes no hemodializados fue el *Staphylococcus aureus* meticilín-sensible (28,4% vs. 0%, p < 0,05), mientras que las infecciones polimicrobianas fueron más frecuentes en pacientes hemodializados (1,9% vs. 20%, p < 0,05). No hubo diferencias con respecto al porcentaje de hemocultivos obtenidos, positividad de los mismos ni gérmenes cultivados entre ambos grupos. Fue necesario recurrir a la cirugía como parte del tratamiento en un porcentaje similar de casos de ambos grupos (43,7% vs. 31,2%, p = NS). Mientras que la cloxacilina fue significativamente más utilizada en no hemodializados (35% vs. 0%, p < 0,05), la vancomicina fue el antibiótico más empleado en hemodializados (10,53 vs. 93,75, p < 0,05). Respecto al resultado final, la mortalidad fue notablemente mayor en hemodializados (25% vs. 4,3%, p < 0,05), mientras que los otros parámetros analizados (curación, deterioro funcional, colocación de prótesis o necesidad de otro tipo de cirugía) resultaron similares.

Conclusión: La artritis séptica en pacientes hemodializados es un proceso que asienta con mayor frecuencia a nivel de la articulación glenohumeral y codo, con más riesgo de ser polimicrobiana y menos frecuentemente debida a SAMS, y con un mayor riesgo de mortalidad.

244

VASCULITIS INFANTIL: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA SERIE DE CASOS

S. Rodríguez Rubio, P. García de la Peña Lefebvre, M. Valero Expósito y M.L. Gámir Gámir

Unidad de Reumatología Infantil del Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Introducción: Las vasculitis infantiles son enfermedades poco frecuentes que constituyen un grupo muy heterogéneo de etiología desconocida en la mayoría de los casos.

Objetivos: Describir las características clínicas, analíticas y la evolución de una serie de pacientes diagnosticados de vasculitis en la edad infantil.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de una serie de 23 pacientes diagnosticados de vasculitis infantil en la unidad de reumatología pediátrica de nuestro hospital.

Resultados: De los 23 pacientes (11 niños y 12 niñas, con edades comprendidas entre los 15 meses y los 13 años), 13 estaban diagnosticados de púrpura de Schönlein-Henoch (SH), 6 de enfermedad de Kawasaki (KW), 1 de enfermedad de Wegener (GW), 2 de Panarteritis Clásica Nodosa (PAN) y 1 de enfermedad de Behçet (EB). La edad media al inicio de los síntomas fue de 6,43 años. El intervalo entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico fue de 0-4,2 años. Requirieron ingreso 13 de los 23 pacientes con una estancia media de 16,39 días (rango: 4-212). Los síntomas iniciales más frecuentes fueron las lesiones muco-cutáneas (86,9%) seguido por la fiebre (30,4%). Analizando las características clínicas de las distintas entidades observamos: -SH: el 100% desarrollaron púrpura, el 15,3% presentó dolor abdominal, el 92,3% artralgiás, un 61,5% artritis y alteraciones leves del sedi-

mento urinario sin desarrollo de insuficiencia renal, un 23% tenía adenopatías y se objetivó un caso aislado de elevación transitoria de CPK sin debilidad muscular asociada. -KW: elevación de reactivos de fase aguda, fiebre y exantema un 100%, el 50% artralgias, un caso de artritis, el 83,3% conjuntivitis y adenopatías, un 33,3% diarrea, un caso de hepatitis leve transitoria, un 33,3% alteraciones leves del sedimento urinario sin deterioro de función renal, un 66,6% trombocitosis y hasta en un 50% se detectó la presencia de aneurismas coronarios. Todos estos pacientes recibieron al inicio de la enfermedad AAS e Igs iv salvo un caso, en que, por error diagnóstico, recibió inicialmente glucocorticoides (GC). -PAN: los dos pacientes presentaron disminución de peso, artralgias, mialgias, fiebre, astenia y púrpura y uno de ellos también adenopatías. El otro caso desarrolló además de lo descrito, nódulos subcutáneos, poliartritis, derrame pericárdico, edema de papila, orquitis, hepatoesplenomegalia y positividad de p-ANCA. Los dos casos tuvieron una buena evolución. -EB: aftas orales y genitales, artralgias y artritis. Recibió tratamiento con GC a dosis altas y colchicina presentando buena evolución. -GW: afección cutánea (púrpura, úlceras y nódulos), articular (artralgias, mialgias y artritis), oftalmológica (parálisis oculomotora, exoftalmos, conjuntivitis y compromiso del nervio óptico), ORL (destrucción en silla de montar, rinorrea, otitis y estenosis subglótica), pulmonar (nódulos pulmonares cavitados, hemoptisis, hipoxemia transitoria y obstrucción espirométrica persistente), renal (alteraciones del sedimento sin deterioro de función renal) y desarrollo de osteoporosis grave con aplastamientos vertebrales. Recibió tratamiento con GC a dosis elevadas, MTX, CF vía oral e intravenosa e Infliximab. La paciente presentaba p-ANCA y x-ANCA que se negativizaron al inicio. Actualmente se encuentra pendiente de iniciar tratamiento con rituximab.

Conclusiones: Las vasculitis en los niños presentan un curso favorable en general, incluso las formas que no son típicamente infantiles. Dada la escasa prevalencia se requerirían estudios multicéntricos con mayores tamaño muestrales para un mejor conocimiento de estas entidades.

245

INFliximab: EFICACIA CLÍNICA EN EL CONTROL Y SUPERVIVENCIA DE LA AMILOIDOSIS SECUNDARIA

C.A. Pereda*, J. García Feito**, M. Llamas Pérez***, M. Utrilla Utrilla**, I. Linares Fernández** y F.J. Velasco Albendea***

*Reumatología, Clínica Mediterráneo, Almería. **S. de Reumatología, *

**S. de Anatomía Patológica, C.H. Torrecárdenas, Almería.

Introducción: La amiloidosis secundaria aparece en un 5% de los pacientes con enfermedad inflamatoria de desarrollo lento, destacándose entre ellas, la Artritis Reumatoide (AR) y espondiloartritis como la Artritis Psoriásica (APs). La nefropatía (proteinuria y/o insuficiencia renal de rango variable) suele ser su manifestación principal en el 70-90% de los casos, mientras que en un 20% puede afectar a otros órganos. Su pronóstico y supervivencia han sido considerados extremadamente pobres. Sin embargo, con la incorporación de agentes anti-TNF, han surgido trabajos que muestran su beneficio terapéutico en la amiloidosis secundaria a estas enfermedades, con seguimiento de hasta 2 años de trata-

miento. En el presente trabajo mostramos nuestra experiencia en dos pacientes (APs y AR) con más de 4 años de seguimiento.

Casos clínicos: *Caso 1:* Varón de 64 años con APs diagnosticada en 1995, con afectación poliarticular severa y erosiva principalmente periférica. Tras fracaso de metotrexate (MTX), ciclosporina y en combinación, con persistente corticodependencia, desarrolla a finales de 2000 deterioro del estado general, compromiso multiorgánico incluyendo disfunción renal y proteinuria progresivas. En Julio de 2001, tras obtener una biopsia renal positiva para amiloidosis, se inicia tratamiento con Infliximab bajo uso compasivo. *Caso 2:* Mujer de 56 años, con AR diagnosticada en 1995, poliarticular, erosiva y seropositiva. Se observa fracaso y/o intolerancia a MTX, antipalúdicos, leflunomide, sola y en asociación con MTX. A partir de Septiembre de 2001 se detecta progresión de la actividad inflamatoria articular con proteinuria creciente, que alcanza rango nefrótico. Con biopsia rectal positiva para amiloidosis iniciamos tratamiento con Infliximab.

Resultados: (véase tabla a pie de página).

Conclusiones: En ambos casos, se confirma lo descrito en la literatura en períodos menores de observación. A más de 4 años de tratamiento, se observó una mejoría significativa de la proteinuria, y estabilización y/o involución del cuadro clínico articular, a pesar de la escasa modificación histológica. Pero además en nuestro primer caso, también resultó en una mejoría significativa de la afectación sistémica constitucional. Son necesarios trabajos con mayor población y a largo plazo que permitan valorar la efectividad de los anti TNF en las manifestaciones extrarrenales de la amiloidosis secundaria.

246

ARTRITIS SÉPTICA POLITÓPICA: PRESENTACIÓN DE 15 CASOS

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

Servicio de Reumatología, S. Microbiología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona.*

Objetivo: Evaluar las características de los pacientes con artritis séptica de varias articulaciones.

Material y método: Análisis retrospectivo de las artritis sépticas periféricas registradas en un servicio de reumatología, en el ámbito de un hospital universitario. Se seleccionaron para los fines del estudio los casos con afectación de más de una articulación. El criterio microbiológico fue el aislamiento del germen en líquido articular o en hemocultivos con una artritis compatible. Se excluyeron los casos producidos por *Mycobacterium tuberculosis* así como las artritis del esqueleto axial.

Resultados: Entre 1985-2005 se registraron 15 casos de artritis séptica politópica. *Sexo:* 10 hombres/5 mujeres. *Edad media:* 52 años. Siete de ellos fueron ingresados por el Servicio de Reumatología, 5 por Medicina Interna y 3 por Traumatología. El tiempo medio transcurrido entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico fue de 5,9 días. La articulación infectada con mayor frecuencia fue la rodilla (8/15), seguida del tobillo (5/15). El número medio de articulaciones infectadas por paciente fue de 2,8 (rango 6-2). Los factores de riesgo más frecuentes fueron: enolismo (4), cirrosis (4), insuficiencia renal crónica (4), diabetes (2),

Pacientes	Edad/Evol	Tiempo evol. amiloidosis	Tratamiento de Fondo	PCR/VSG al inicio tto.	Proteinuria/creatinina al inicio de tto.	PCR/VSG actuales	Proteinuria/creatinina actuales	Biop. amiloide inicial/actual
APs (v)	64/10 años	54 meses	IFX+MTX	8,7/104	3,1g/24 hs/1,5 mg/dl	0,6/53	0,2g/24hs/2,1 mg/dl	Renal+/rectal+
AR (m)	56/10 años	52 meses	IFX+MTX	10/123	1,3g/24 hs/1,0 mg/dl	1,3/96	0,6 g/24 hs/0,9 mg/dl	Rectal+/rectal+

neutropenia (2), artritis reumatoide (2), neoplasias (3), gota (2), SIDA (1), ADVP (1). Algunos enfermos tuvieron más de un factor de riesgo, mientras que 5 casos no tuvieron factor de riesgo reconocido. En 3 casos se identificó como puerta de entrada una herida o punción y artrocentesis previa en 1. Los gérmenes aislados más frecuentes fueron: *S. aureus* (4 casos); *S. agalactiae* (3 casos); *S. pyogenes*, *S. epidermidis*, *S. viridans*, gonococo, *E. Coli* y salmonella en 1 caso cada uno. El líquido articular tuvo una celularidad media de 43.500 células/mm³ (14.000-100.000). En 5 casos los hemocultivos fueron positivos para el mismo agente aislado en líquido articular. En 2 casos se constató endocarditis concomitante. La evolución fue buena en 8 casos, tórpida en 5 y 2 éxitos. Se realizó desbridamiento en 2 casos. Se produjeron secuelas articulares en 5 casos.

Conclusiones: La presencia de oligo-poliartritis no excluye el diagnóstico de artritis infecciosa. La existencia de factores de riesgo es importante en esta serie, incluyendo las artropatías inflamatorias previas. La morbilidad y mortalidad de este proceso es importante en nuestra experiencia.

247

ETANERCEPT EN ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL REFRACTARIA. VALORACIÓN DE EFICACIA Y SEGURIDAD EN NIÑOS

J.L. Romo Camino, F.J. Toyos Sáenz de Miera, B. Hernández Cruz y F. Navarro Sarabia

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Objetivo: Evaluar la eficacia y seguridad de etanercept en una cohorte de pacientes con diagnóstico de artritis idiopática juvenil tratados en el servicio de reumatología del Hospital Universitario Virgen Macarena.

Método: Se han analizado a todos los pacientes que han realizado tratamiento con etanercept por AIJ refractaria a tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad. La eficacia se midió mediante el recuento de articulaciones dolorosas e inflamadas (NAD y NAI), cambios en los valores de las pruebas de laboratorio (VSG y PCR), EVA del dolor, EVA de actividad, cuestionarios de capacidad funcional (HAQ), y DAS 28, comparando la visita basal previa al inicio del tratamiento con etanercept, y la última visita. La seguridad se evaluó recogiendo los efectos adversos que aparecieron durante el seguimiento.

Resultados: Se encontraron 8 niños que habían iniciado tratamiento con etanercept antes de cumplir los 16 años, de los cuales 5 eran mujeres y 3 varones, 2 presentaban forma de inicio sistémica, 3 poliarticular y 3 oligoarticular. La edad media de los pacientes es de 11,1 años (rango 6-15) El tiempo medio de tratamiento fue de 21,3 meses (rango 5-39). El 100% de los niños presentaron una disminución en NAI y NAD. En un 75% los reactantes de fase aguda se normalizaron. El 75% presentan una EVA del dolor y EVA de actividad menor a 30 mm. Un 87,5% presentan un HAQ menor de 1,3. El 75% de pacientes alcanzan un DAS 28 por debajo de 2,6

	NAI	NAD	VSG	PCR	EVA dolor	EVA activ.	HAQ	DAS28
Media inicio	4,37	3,12	56 mm	34,7 mg/l	40,25 mm	41,37 mm	0,47	4,69
Media final	0,37	0,12	15 mm	11,9 mg/l	16,75 mm	17,75 mm	0,28	2,17

Los efectos adversos fueron leves. Se cuantificaron un total de 12 efectos adversos, siendo los mas frecuentes las infecciones de vias respiratorias altas en cuatro pacientes (50%), cefalea en dos pacientes (25%) y astenia y mialgias en otros dos (25%)

Conclusión: Etanercept es clínicamente efectivo y es bien tolerado en niños con Artritis Idiopática Juvenil refractaria, aunque en la forma de inicio sistémica hubo respuesta clínica, pero no se normalizaron los reactantes de fase aguda.

248

IMPLICACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ADMINISTRACIÓN DE LOS ANTI-TNF, EVALUAR SU TOLERANCIA, AUTOINYECCIÓN Y EVOLUCIÓN

M. Garro Lara

Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Centro Periférico de Especialidades Almería.

Con el póster que he elaborado pretendo poner en conocimiento, en mi experiencia como enfermera, los datos que he registrado de los pacientes con los tratamientos de Anti-TNF durante los años 2004-2005. Ya sabemos que esos tratamientos biológicos son utilizados como último recurso después de haber probado otra serie de fármacos con los cuales los pacientes no consiguen una buena mejoría. En la introducción menciono esos otros medicamentos y sus efectos adversos. Cuando están indicados los Anti-tnf, mis datos van dirigidos a los de administración subcutánea. Me estoy refiriendo a Etanercept (Enbrel) y Adalimumab (Humira). Hablo en los objetivos de ellos y en qué patologías se prescribe. La enfermería tiene una parte activa importante, en la información, orientación y en la autoinyección, en el que se guía al paciente a marcarse metas, registrar los sitios de inyección y comprobar sus progresos; observando la tolerancia de esa primera dosis que se le administra; anotando cualquier adversidad, si ha cambiado de medicación por no considerarse la eficacia esperada, o si se le ha retirado la medicación por infecciones reiteradas. Enfermería valora distintos aspectos del paciente y desempeña una actividad. *Ejemplo:* Frente a la alteración de la autoestima que sufre el paciente, relacionado con la invalidez producida por el dolor, inflamación, a causa de cambios físicos y fisiológicos impuestos por la enfermedad. La enfermera anima al paciente a que haga preguntas sobre su problema de salud, tratamiento, progreso y pronóstico, informándole sobre los errores que tenga en si mismo y en su cuidado. También expongo otras valoraciones. En los resultados, reflejo el crecimiento con los datos recopilados de dos consultas en los años 2004-2005, con un porcentaje de retirada del 22% y del 16% en los distintos tratamientos biológicos. En la conclusión plasmo el logro conseguido mediante grafica de un 47% de pacientes que se autoinyectan, así ganan en independencia proporcionándole todos los materiales necesarios, aportándole mucha información sobre ejercicios indicados y contraindicados y estar disponible para cualquier duda que surja de su enfermedad e intentar solucionársela.

249

EXPRESIÓN Y REGULACIÓN DE LA METALOPROTEINASA ADAM-8 EN NEUTRÓFILOS DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

M.J. Domínguez Luis, A.M. Herrera García, M.V. Gómez Gavero, S. Machín, C. Luna, S. Talaverano, T. González y F. Díaz González

Hospital Universitario de Canarias.

Las ADAMs son proteínas de la familia de las glicoproteínas transmembrana con expresión heterogénea y actividad proteolítica

ca, que participan en funciones de adhesión celular, fusión celular, y degradación de matriz extracelular. Uno de sus miembros, el ADAM-8, está expresado en diferentes células incluyendo neuronas, osteoclastos y leucocitos. Es conocida su implicación en procesos neurodegenerativos y osteoclastogénesis, pero es muy poco conocido su papel en la respuesta inmune.

Objetivo: Determinar la regulación de la expresión de ADAM-8 y su potencial función en neutrófilos de sangre periférica (SP) y líquido sinovial (LS) de pacientes con Artritis Reumatoide (AR).

Material y métodos: Se aislaron neutrófilos procedentes de SP humana y de LS de 7 pacientes con AR activo y 5 con Osteoartritis. Por citometría de flujo se estudió la expresión del ADAM-8 en superficie. Por ELISA se analizó la concentración del ADAM-8 soluble en LS y su correlación con la cantidad de células inflamatorias presentes en el mismo.

Resultados: Los neutrófilos de LS de pacientes con AR tienen una mayor expresión de ADAM-8 que los procedentes de SP y además, liberan una mayor cantidad de esta proteína al medio. El pretratamiento de los neutrófilos con 10 μ M de KDI-X (inhibidor de metaloproteinasas) bloquea completamente el corte de esta proteína producido por TNF- α (20 ng/ml), lo que sugiere un procesamiento por metaloproteinasas paralelamente al de selectina-L. El análisis por ELISA del LS, mostró una concentración del ADAM-8 soluble de 6 veces mayor en pacientes con AR que en pacientes con Osteoartritis. Sorprendentemente, hay una correlación directa significativa entre el incremento de la concentración del ADAM-8 soluble y la cantidad de células inmunes en LS (coeficiente de correlación $r = 0,87$, $p < 0,01$).

Conclusiones: El ADAM-8 de neutrófilos puede tener un papel fundamental en la respuesta inflamatoria en AR, pudiendo actuar, en el proceso de la cascada inflamatoria (modulando la expresión de selectina-L) y en la degradación de la matriz extracelular.

250

EFFECTO DE ALFA-2 ADRENÉRGICOS EN LA RESPUESTA INFLAMATORIA IN VIVO

A.M. Herrera García, M.J. Domínguez Luis, S. Machín, C. Luna, S. Talaverano, M. Fera, T. González y F. Díaz González

Hospital Universitario de Canarias, Tenerife.

Las vías del stress, el eje hipotalámico-hipofisiario-adrenal y el sistema nervioso simpático, liberan glucocorticoides y norepinefrina, respectivamente que son capaces de regular la respuesta inmune. La norepinefrina reconoce receptores de membrana (α y β 1 adrenérgicos) implicados en la respuesta inflamatoria. Sin embargo, el verdadero papel de esta interacción en la inflamación no ha sido aclarado.

Objetivos: Estudiar el efecto de los agonistas α 2 adrenérgicos en la respuesta inflamatoria en dos modelos animales de inflamación aguda.

Métodos: Se utilizó el modelo de Air-pouch por zimosán-A y el de peritonitis por Tioglicolato en ratones CD-1 machos. Los animales fueron pretratados por vía i.m. con dosis diversas de los agonistas α 2, Xilacina, Clonidina y UK 14,304, 10 min. antes de inducir la respuesta inflamatoria. En algunos experimentos se utilizó el antagonista α 2, RX 821002 como control. El número de neutrófilos en la bolsa o peritoneo fue determinada mediante citometría de flujo después de 4 horas. El efecto de los agonistas α

2 sobre moléculas de adhesión fue testado in vitro en PMN de ratón (Selectina-L y CD11b) y en HUVEC -Human Umbilical Vein Endothelial Cells-, (ICAM-1, VCAM-1 y CD15) por citometría de flujo. Los datos fueron analizados utilizando el ANOVA de Fisher.

Resultados: En los animales no tratados, la presencia de Zimosán en la bolsa causó una importante acumulación de neutrófilos, ($= 5.993.333 \pm 647.942$) respecto a los animales control en cuya bolsa se inyectó buffer fosfato, ($= 341.000 \pm 106.857$). El número total de neutrófilos/ml se redujo en $68,9 \pm 16,4\%$ ($p = 0,0001$) en los animales tratados con Xilacina y en $70,7 \pm 6,21\%$ ($p = 0,0001$) en los tratados con UK 14.304. Este efecto se revirtió completamente con el pretratamiento con RX 821002. El incremento de ICAM-1 inducido por TNF- α en HUVEC fue revertido por Xilacina de forma dosis dependiente y no se observó efecto sobre VCAM-1. Los PMN de los ratones tratados con los agonistas α 2 no mostraron diferencias en la expresión de Selectina-L y CD11b respecto a los controles.

Conclusiones: Los agonistas α 2 interfieren en la interacción neutrófilo-células endoteliales, aparentemente reduciendo la capacidad de adhesión del endotelio en la respuesta inflamatoria, por lo que podrían servir para el desarrollo de nuevos fármacos antiinflamatorios.

251

SÍNDROME DE ACTIVACIÓN MACROFÁGICA. REGISTRO MULTICÉNTRICO

J. García-Consuegra¹, R. Merino¹, S. Camacho², S. Rodríguez³, F. Montes de Oca⁴, P. Moreno⁴, M.J. Rúa⁵ y P. Solís⁶

¹Hospital Infantil La Paz, Madrid. ²Hospital Virgen del Rocío, Sevilla.

³Hospital Ramón y Cajal, Madrid. ⁴Hospital Materno-Infantil Carlos Haya, Málaga. ⁵Hospital de Cruces, Bilbao. ⁶Hospital Universitario, Valladolid.

Introducción: El Síndrome de activación macrofágica (SAM) es la denominación con la que se conoce al síndrome hemofagocítico secundario a la Artritis Idiopática Juvenil (AIJ).

Objetivo: Describir los pacientes con SAM diagnosticados en nuestro medio.

Material y método: Se elaboró un protocolo de recogida de datos que se distribuyó a los facultativos que atienden pacientes con enfermedades reumáticas infantiles, utilizando los sistemas de información de la Sociedad Española de Reumatología Pediátrica.

Resultados: Participaron seis hospitales que aportaron los datos de 13 pacientes. Once habían tenido un único episodio de SAM, otros 2 episodios y un último niño 4 episodios. Seis eran mujeres y 7 varones. La edad fue de 4,8 años (1 – 8,8). El diagnóstico de la enfermedad de base fue AIJ sistémica “definida” en 9 pacientes y AIJ “probable” en 4. El SAM precedió al diagnóstico de AIJ en 5 niños, fue coincidente en 6 y posterior en 2. El síntoma más frecuente fue la fiebre, seguido de exantema purpúrico o no, alteraciones neurológicas y digestivas. Los datos analíticos más frecuentes fueron el aumento de los enzimas hepáticos y la trombopenia. Solo en 3 pacientes se objetivó hemofagocitosis en el examen de médula ósea. Dieciséis episodios fueron tratados con dosis altas de corticoides. Uno se resolvió con medidas de soporte. Un paciente falleció.

Comentarios: El SAM es una complicación grave, potencialmente fatal, de la AIJ en su forma sistémica. Las alteraciones características de la enfermedad de base dificultan el diagnóstico. Un alto grado de sospecha, un diagnóstico y un tratamiento precoz, son esenciales para la resolución del cuadro.

EVALUACIÓN DE LAS REACCIONES ADVERSAS DURANTE LA PERFUSIÓN DE INFlixIMAB. ESTUDIO MULTICÉNTRICO RETROSPECTIVO

J. Lozano¹, P. Pérez², J.A. García³, J. de la Torre⁴, S. Escandón⁵ y E. Ogando⁶

¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona),

²Hospital Universitario de Salamanca, ³Hospital Virgen Macarena (Sevilla),

⁴Hospital General de Alicante, ⁵Hospital Xeral (Lugo),

⁶Hospital La Paz (Madrid).

Introducción: Infliximab constituye un avance fundamental en el tratamiento de la Enfermedad de Crohn, Artritis Reumatoide y Psoriasis, Espondilitis Anquilosante y Psoriasis. El uso de Infliximab se ha asociado con reacciones agudas relacionadas con la perfusión y reacciones de hipersensibilidad tardía. De acuerdo con la gravedad de los síntomas las reacciones pueden ser leves, moderadas y severas.

Objetivos: Evaluar frecuencia y gravedad de las reacciones adversas durante la perfusión de Infliximab e identificar posibles factores que pudieran influir en su aparición.

Pacientes y métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo de una muestra de 388 pacientes en tratamiento con Infliximab en Hospital de Día de Reumatología de 6 centros en el periodo Enero 2003-Junio 2005, tratados según práctica clínica y uso autorizado de Infliximab. Los datos demográficos, clínicos y los relacionados con la administración de la perfusión se han obtenido de las historias clínicas y registros de enfermería. El paquete estadístico utilizado en toda la memoria ha sido el SPSS (V11.5).

Resultados: En la tabla se muestran los datos demográficos y clínicos de los pacientes evaluados.

Pacientes estudiados	388
Mujeres	63,10%
Edad (media)	53 años
Artritis Reumatoide	69,30%
Espondilitis Anquilosante	24,50%
Artritis Psoriásica	6,20%
Alergias	5,90%
Hipertensión	12,50%
Diabetes	3,60%
Hipercolesterolemia	5,70%
Tratamiento concomitante	
Metotrexate	80,50%
Leflunomida	15,90%
Dosis/infusión 100-700 mg	200 mg: 18,3%; 300 mg: 17%
Administración con filtro 1,2 micras o menor	91,70%
Velocidad de infusión	125ml/h: 60,8%; 150 ml/h 20,6%; 10 ml/h 12,1% 100 ml/h 5,7%
Periodicidad del tratamiento	
cada 8 semanas	66,20%
6 semanas	20,90%
4 semanas	6,40%
Nº total de infusiones (Enero 2003-Junio 2005)	4100. (50% pacientes recibió una media de 10,59 infusiones y un caso de 24 infusiones)
Pacientes con RA	57(14,7%) IC = 11,2-18,2
Perfusiones que han presentado RA	1,39%
Frecuencia de aparición de RA dependiendo de la infusión	Entre la 4ª y la 6ª (15,5%) (13,8%), en la 5ª y 7ª (8,6%)

Apareció la sintomatología en un 72,4% de los pacientes en los primeros 30 minutos del tratamiento, el 19% entre los 30 y 60

minutos y al finalizar la perfusión fue del 1,7%. El 9,8% de los pacientes recibió premedicación previa al tratamiento de Infliximab. Los efectos adversos más frecuentes fueron: Prurito en 23 pacientes (5,9% de las reacciones adversas), Rubefacción (20), Urticaria (13), Náuseas/vómitos (9), Hipotensión (8), Rash cutáneo (7), Cefalea (6), Hipertensión (6), Disnea (6), Dolor lumbar (4), Dolor torácico (4), Disfagia (4), Fiebre (3), Odinofagia (2), Broncoespasmo (2), Edema facial (1), Edema laríngeo/faríngeo (1). La duración de los síntomas fue entre 5-10 minutos, excepto un caso de prurito que duró 24 horas. El número de reacciones fue de 119, ya que hubo pacientes que presentaron más de un síntoma simultáneo y el grado fue: 31,12% leves, 61,3% moderadas, 7,6% severas o graves. La aparición de RA está relacionada con la utilización del filtro (16,1%, vs. 0%, p = 0,008), con la baja velocidad de perfusión, (29,8% a 10 ml/h, 12% a 90-100 ml/h, 14,4% a 125 ml/h, 7,5% a 150 ml/h vs. respectivamente, p = 0,012), con la premedicación (78,9% vs. 7,7%, p = 0,001) y la suspensión temporal del tratamiento (7,0% vs. 1,2% p = 0,019). No hubo diferencias significativas entre los pacientes alérgicos y no alérgicos. El 100% de los pacientes se recuperó sin secuelas y el 60% de los pacientes continuaron el tratamiento con Infliximab.

Conclusiones: Una de cada 72 perfusiones administradas presentó RA. La mayoría de las reacciones fueron de grado moderado, siendo las más frecuentes: prurito, rubefacción y urticaria. No influye en su aparición la dosis administrada. No se han observado RA en las perfusiones en las que no se utiliza filtro. Las perfusiones que se administraron a 150 ml/h tuvieron menos RA. La premedicación no evita la aparición de RA. Los pacientes se recuperaron sin secuelas y la mayoría continuaron con el tratamiento. Los resultados obtenidos indican que se debería centrar la atención de enfermería en los primeros 30 minutos de administración del fármaco y sobre todo en la 4ª y 6ª perfusión.

253

ESPONDILODISCITIS: ¿UNA ENTIDAD INFRADIAGNOSTICADA?

P. del Río Martínez, M. Colazo, C. Delgado Beltrán, J. Pons Dolset y C. Armas Ramírez de Verger

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Introducción: La espondilodiscitis infecciosa (EDI) es una entidad poco frecuente que corresponde al 7-9% de todas las osteomielitis. Puede presentarse de forma subaguda como raquialgia mal definida, o incluso de forma atípica como radiculopatía, dolor torácico ó abdominalgia, lo que complica el diagnóstico.

Material: Revisamos los ingresos por EDI en nuestro servicio durante el período 2000-2005, cuantificando un total de 8 casos, de los que analizamos los siguientes aspectos (véase tabla en página siguiente).

Conclusión: A todos los pacientes se les realizó Resonancia Magnética diagnóstica y de control. El elevado índice de resultados microbiológicos negativos se explica por el antecedente de tratamiento antibiótico en ingresos previos en unos casos, y en otros por el decalaje entre inicio de tratamiento antibiótico empírico y punción-cultivo de la lesión discal. 4 de los 8 pacientes revisados habían ingresado previamente en otros servicios por clínica similar sin que se llegase al diagnóstico de EDI en ese momento. La heterogeneidad en la forma de presentación, la ausencia de fiebre en más del 50% de los casos y la evolución subaguda del cuadro pueden retrasar el diagnóstico de EDI por

Abstract 253

Sexo y edad	Presentación	Localización	Pruebas diagnósticas	Complicaciones	Tratamiento	Ingreso previo	Factores de riesgo
Mujer 61 años	Dolor dorso-lumbar	D11-D12	Hemocultivo negativo. Cultivo de PAAF de disco negativo. Serología de <i>Brucella</i> positiva	No	Rifampicina+ Vibracina v.o.	No	Consumo de leche de cabra casera.
Mujer 57 años	Fiebre+dorsalgia	D10-D11 L5-S1	Hemocultivo negativo. Cultivo de PAAF de disco negativo. Mantoux positivo	No	Rifampicina+ Pirazinamida+ Isoniacida v.o.	No	Mieloma múltiple
Varón 52 años	Lumbociatalgia derecha	L4-L5	Hemocultivo negativo. Cultivo de PAAF de disco negativo. Mantoux positivo.	Abceso intrarraquídeo anterior	Rifampicina+ Isoniacida+ Pirazinamida v.o.	Sí	Diabetes Mellitus Tipo II
Mujer 69 años	Fiebre+lumbalgia	L3-L4	Hemocultivo negativo. Cultivo de PAAF de disco negativo.	Abceso posterovertebral L3-L4	Cloxacilina+ Ceftriaxona i.v.	Sí	Esplenectomía. ITUs de repetición por <i>E. coli</i> .
Mujer 68 años	Lumbociatalgia	L4-L5	Hemocultivo y Cultivo de PAAF de disco positivo para <i>S. aureus</i> .	No	Cloxacilina+ Gentamicina i.v.	No	Artritis reumatoide. Neoplasia de mama.
Varón 76 años	Lumbalgia	D8, D12, L2, L4	Hemocultivo negativo. Cultivo de PAAF de disco negativo.	Aplastamientos vertebrales múltiples	Cloxacilina+ Ceftriaxona i.v.	No	Cirugía abdominal reciente.
Mujer 83 años	Dolor en hipocondrio derecho+síndrome confusional	D9-D10	Hemocultivo negativo. Cultivo de PAAF de disco negativo.	Mielopatía compresiva D9-D10. Abceso paravertebral	Cloxacilina+ Ceftriaxona i.v.	Sí	ITU previa (Enterococo <i>faecalis</i>).
Mujer 60 años	Fiebre+lumbociatalgia derecha.	L4-L5	Hemocultivo, Cultivo de PAAF de disco y urocultivo positivo para <i>S. aureus</i> .	Abceso paravertebral y de partes blandas	Cloxacilina+ Gentamicina i.v.	Sí	No se conocen

PAAF: Punción-Aspiración con Aguja Fina, i.v.: intravenoso, v.o.: oral, ITU: Infección del Tracto Urinario).

baja sospecha, por lo que puede aumentar la morbi-mortalidad y las secuelas del cuadro.

Deyo RA, Wenstein JN. Low back pain. *N Engl J Med*. 2001;344:363-70.
Turgut Tali E. Spinal infections. *Eur J Radiol*. 2004;50:120-33

254

ANÁLISIS DE UN POLIMORFISMO FUNCIONAL DEL GEN BTNL2 EN ARTRITIS REUMATOIDE Y LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

G. Orozco¹, E. Sánchez¹, M.A. González-Gay²,
M.A. López-Nevot³, J.L. Callejas⁴, C. Hidalgo⁵, A. García⁶,
R. Cáliz⁶, D. Pascual-Salcedo⁷, A. Balsa⁷,
M.F. González-Escribano⁸ y J. Martín¹

¹Instituto de Parasitología y Biomedicina López-Neyra (CSIC). Granada.
²Servicio de Reumatología. Hospital Xeral-Calde. Lugo. ³Servicio de
Inmunología, Hospital Virgen de las Nieves. Granada. ⁴Servicio Medicina
Interna, Hospital Clínico San Cecilio. Granada. ⁵Servicio Medicina
Interna, Hospital Virgen de las Nieves. Granada. ⁶Servicio de Reumatología. Hospital
Virgen de las Nieves. Granada. ⁷Servicio de Inmunología y Reumatología.
Hospital La Paz. Madrid. ⁸Servicio de Inmunología, Virgen del Rocío
Hospital. Sevilla.

El objetivo de este trabajo fue estudiar si la variante funcional rs2076530 del gen butyrophilin-like 2 (BTNL2) confiere susceptibilidad a las enfermedades autoinmunes artritis reumatoide (AR) y lupus eritematoso sistémico (LES). Nuestras poblaciones a estudio consistieron en 808 pacientes con AR y 1137 controles sanos, y 372 pacientes con LES y 280 controles sanos. El genotipado del polimorfismo rs2076530 del gen BTNL2 se realizó mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR) a tiempo real, sirviéndonos del ensayo de discriminación alélica TaqMan 5'. Observamos diferencias estadísticamente significativas en la distribución de los alelos BTNL2 rs2076530 entre los pacientes de AR y LES y los controles sanos (valores de P de 0,000003 y 0,00002, respectivamente), pero de forma opuesta: el alelo G se encontraba asociado a AR, y el alelo A a LES. Sin embargo, el

polimorfismo mostró un alto desequilibrio de ligamiento con los haplotipos HLA DQB1-DRB1 previamente identificados como de susceptibilidad a las enfermedades. Cuando el polimorfismo de BTNL2 se estudió condicionado a los haplotipos HLA DQB1-DRB1, el efecto de BTNL2 dejaba de ser significativo en las dos poblaciones. Como conclusión del estudio podemos decir que el polimorfismo BTNL2 rs2076530 confiere susceptibilidad a AR y LES debido a su desequilibrio de ligamiento con los haplotipos HLA DQB1-DRB1 que corresponden a estas enfermedades en población caucásica.

255

LA ASOCIACIÓN DEL ALELO A5.1 DEL GEN MICA CON SUSCEPTIBILIDAD A LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO ES DEPENDIENTE DE LOS GENES HLA DE CLASE I

E. Sánchez¹, B. Torres², J.R. Vilchez³, M.A. López-Nevot³,
N. Ortego-Centeno⁴, J. Jiménez-Alonso⁵, M.A. González-Gay⁶,
E. de Ramón⁷, J. Sánchez-Román⁸, A. Núñez-Roldán², J. Martín¹
y M.F. González-Escribano²

¹Instituto de Parasitología y Biomedicina "López-Neyra" (CSIC), Granada,
²Servicio Inmunología, Hospital Virgen del Rocío, Sevilla, ³Servicio
Inmunología, Hospital Virgen de las Nieves, Granada, ⁴Servicio de Medicina
Interna, Hospital Clínico San Cecilio, Granada, ⁵Servicio de Medicina
Interna, Hospital Virgen de las Nieves, Granada, ⁶Servicio de Reumatología,
Hospital Xeral-Calde, Lugo, ⁷Servicio de Medicina Interna, Hospital Carlos-
Haya, Málaga, ⁸Servicio de Medicina Interna, Hospital Virgen del Rocío,
Sevilla.

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune sistémica con una compleja patogénesis, la cual intervienen tanto factores genéticos como ambientales. Algunas moléculas del complejo mayor de histocompatibilidad (HLA) de clase I y II se encuentran asociadas con susceptibilidad a LES. En el gen MICA, perteneciente a la familia de moléculas

relacionada con el MHC, se ha descrito en el exón 5 un microsatélite consistente en un número variable de repeticiones CGT, además de una inserción nucleotídica GCT-GGCT (alelo MICA A5.1) que codifica para un codón de stop prematuro. La localización del gen MICA en la región HLA y su asociación con otras enfermedades autoinmunes hacen de este, un posible gen candidato en susceptibilidad o desarrollo de LES.

Objetivo: En este trabajo se estudió el papel del microsatélite GCT, y de los alelos HLA de clase I (locus B) y de clase II (locus DRB1*) en susceptibilidad a LES.

Material y métodos: Se analizaron un total de 333 pacientes de LES y 361 controles sanos. El tipaje del microsatélite GCT se realizó mediante un método de PCR combinado con tecnología fluorescente. El tipaje HLA-B* y DRB1* fue realizado mediante PCR con oligonucleótidos específicos de secuencia inversa (SSO).

Resultados: Se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre pacientes y controles con B*08 ($P < 10^{-7}$, OR = 3,17, 95% CI 2,02-5,00), DRB1*0301 ($P < 10^{-7}$, OR = 2,07, 95% CI 1,59-2,68) y el alelo MICA5.1 ($P = 0,01$, OR = 1,23, 95% CI 1,04-1,46). Las combinaciones formadas por: DRB1*0301-MICA5.1-B8 y DRB1*0301-B*08 positivos y MICA5.1 negativos son más frecuentes en pacientes de LES que en controles (11,4% vs. 3,3%, $P = 3,9 \times 10^{-5}$, OR = 3,76, 95% CI 1,85-7,73 y 6,9% vs. 1,7%, $P = 0,0007$, OR = 4,32, 95% CI 1,68-13,10 respectivamente). Además, individuos DRB1*0301-B*08 negativos y MICA5.1 positivos eran menos frecuentes en pacientes que en controles (22,2% vs. 31,3% $P = 0,007$, OR = 0,63, 95% CI 0,44-0,89) siendo el valor de OR similar a la obtenida en el caso de individuos negativos para esos tres factores (OR = 0,69, 95% CI 0,50-0,94). Análisis realizados para detectar una posible asociación independiente entre MICA5.1 y SLE demuestran que esta asociación es debida al desequilibrio de unión que existe con este alelo y el alelo B*08.

Conclusión: Nuestros datos sugieren que no existe una asociación independiente entre las variantes genéticas del gen MICA y susceptibilidad a LES.

256

PERFIL DE LA NEFRITIS LÚPICA: HISTORIA DE UN SERVICIO

E. García-Casares, E. Riera, E. García-Melchor, A. Olivé, S. Holgado, L. Mateo, M. Sallés, X. Tena, J. Ara* y D. López**
Sección de Reumatología, *Servicio de Nefrología y **Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.

Introducción: Un 45% de los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) presentan nefritis; existen sesgos según el área geográfica o el tipo de hospital, que pueden hacer variar este porcentaje.

Objetivo: Describir el tipo histológico renal de los pacientes con nefritis lúpica diagnosticados en nuestro hospital entre 1984 y 2005.

Método: *Diseño:* Estudio retrospectivo. *Ámbito:* Hospital universitario referencia de un área de 700.000 habitantes. Se identificaron aquellos pacientes diagnosticados de nefritis lúpica mediante biopsia renal, extraídos de la base de datos CIPER de la Sección de Reumatología y del Servicio de Anatomía Patológica (SNO-MED) de nuestro hospital. Para este estudio se ha utilizado la nueva clasificación para la nefritis lúpica de la Sociedad Internacional de Nefrología / Sociedad de Patología Renal (ISN/RPS) del 2003; todas las biopsias renales fueron examinadas por el mismo patólogo.

Resultados: Se revisaron 229 pacientes con LES, de los cuales 36 (15,72%) presentaban nefritis lúpica (26 mujeres [72,22%] y 10 hombres [27,77%]). El porcentaje de distribución de la nefritis lúpica según el tipo histológico fue el siguiente:

Tipo histológico	Mínima mesangial tipo I	Proliferativa mesangial tipo II	Focal tipo III	Difusa tipo IV	Membranosa tipo V	Esclerosante avanzada tipo VI
Nº pacientes (%)	1 (2,7%)	4 (11,1%)	7 (19,4%)	16 (44,4%)	8 (22,2%)	0 (0%)

De los 36 pacientes, 4 (11,1%) fueron biopsiados por segunda vez debido a un aumento de la proteinuria o deterioro de la función renal. Se constató transformación del tipo histológico en todos: 2 del tipo II evolucionaron al tipo V, 1 del tipo IV a tipo V, 1 del tipo V a tipo IV. El tipo histológico pareció ser un marcador pronóstico: 4 pacientes (11,1%) fallecieron, (1 del tipo III, 2 del tipo IV, 1 del tipo V); dos pacientes (5,5%) iniciaron diálisis (1 del tipo IV, 1 del tipo V); este último fue el único paciente transplantado renal.

Conclusión: El porcentaje de pacientes con nefritis lúpica de esta serie es del 15,72%, porcentaje menor comparado con otras. Existe un peor pronóstico en pacientes con nefropatía difusa tipo IV y membranosa tipo V.

257

PRIMOINFECCIÓN POR PARVOVIRUS B19: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE 83 PACIENTES ESTUDIADOS EN LA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA

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

Introducción: Aproximadamente el 50% de los adultos con primoinfección por parvovirus B19 presenta artritis. Ésta es la manifestación más frecuente de la infección en adultos, y se calcula que entre un 3 y un 12% de los pacientes con artritis de reciente comienzo presenta evidencia de infección aguda por parvovirus B19.

Objetivo: Describir las características epidemiológicas y clínicas de pacientes valorados en consulta de reumatología en los que se demuestra primoinfección por parvovirus B19.

Pacientes y métodos: Estudio descriptivo de los pacientes atendidos en reumatología, procedentes de atención primaria, urgencias u otras especialidades, en los que se demuestra una infección reciente por parvovirus B19, mediante la determinación de IgM frente al virus.

Resultados: Se incluyeron 83 sujetos con infección aguda por parvovirus B19, de los cuales 71 (85,5%) son mujeres. La edad media de los pacientes es de 38 años (± 12). Más del 60% de los pacientes tiene hijos en edad pediátrica, de los cuales, la mitad había tenido clínica sugestiva de parvovirus. 45 (54,2%) pacientes se diagnosticaron en primavera, y 22 en verano. La mayoría de ellos no refirió pródomos. El 76% fue remitido por poliartrosis aguda simétrica no erosiva. Habitualmente la clínica articular fue autolimitada, con un tiempo medio de evolución de 30 días (3-270), habiéndose observado recidivas en 10 pacientes, y enfermedad crónica en 3. La mitad de los pacientes permanecieron sin fiebre, y sólo en un 18% la temperatura superó los 37,5°C. La afectación cutánea se observó en el 48% de los pacientes, siendo el exantema reticular en EEII, seguido del eritema en guante y calcetín las mani-

festaciones cutáneas más frecuentes. Asimismo un 20% presentó edema distal en manos y pies. El 90% de los pacientes tuvieron buena respuesta al tratamiento con paracetamol y/o AINEs. En la analítica se detectó linfopenia en el 37,3% de los sujetos. 6% presentó leucopenia, y un 25% anemia leve. Los reactantes de fase aguda estaban moderadamente elevados en casi la mitad de los pacientes (VSG: media, 30 mm/h (4-84); PCR, media, 12,5 mg/L (2-93)). En 13 de 74 pacientes en los que se determinó el FR, éste era positivo, 5 de presentaron 65 ANAs, 9 de 29 hipocomplementemia, 10 de 14 anticuerpos antifosfolípido y 2 de 9 p-ANCA.

Conclusiones: La primoinfección por parvovirus B19 en adultos es más frecuente en mujeres jóvenes con hijos en edad pediátrica, que sufren una poliartritis simétrica no erosiva. Habitualmente se trata de una entidad autolimitada, aunque en ocasiones puede coincidir con el debut de una enfermedad crónica autoinmune. Pueden existir alteraciones analíticas que dificulten a veces el diagnóstico diferencial entre la viriasis y artritis reumatoide de inicio, o lupus.

258

EFICACIA Y SEGURIDAD DEL ANTAGONISTA DEL RECEPTOR DE IL-1 (ANAKINRA) EN ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS INFANTILES

P. de Abreu Trigueros, A. Bardal Ruiz, J. Rubio García, J.L. Morell Hita, A. Burguet Arfelis y M.L. Gámir Gámir
Unidad de Reumatología Infantil. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: La IL-1 juega un papel primordial en la patogénesis de las enfermedades inflamatorias autoinmunes. Por lo tanto, el bloqueo de IL-1 supone una opción terapéutica en los casos refractarios a tratamientos con terapia convencional y/o antagonistas del TNF α .

Objetivo: Evaluar la eficacia y seguridad de anakinra en pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas infantiles (AIJ sistémica y CINCA).

Método: Estudio descriptivo y observacional de 5 pacientes, 4 diagnosticados de AIJ sistémica y 1 de CINCA. Como parámetros de eficacia del componente sistémico analizamos manifestaciones clínicas (Fiebre, rash, adenopatías, hepatoesplenomegalia...) y analítico (leucocitosis, plaquetas, VSG y PCR). Como parámetro de eficacia del componente articular se usaron los criterios de mejoría del ACR pediátrico 30, 50, 70. Para valorar la seguridad se vigilo la presencia de reacciones adversas imputables al tratamiento con Ankinra y la necesidad de su retirada. Todos eran varones, con una edad media de 15 años (5-21) y un tiempo medio de evolución de la enfermedad de 10 años y 2 meses (1 año y 7 meses-21 años). Los pacientes presentaban enfermedad activa sistémica y articular al inicio del tratamiento. Todos habían recibido previamente tratamiento con AINEs, corticoides y MTX. 4 pacientes recibieron terapia biológica previa con antagonistas del TNF α (3 etanercept y 1 infliximab). Anakinra se administró en una dosis diaria subcutánea de 2mg/kg de peso (33-100 mg/día).

Resultados: De los 4 pacientes con AIJ sistémica, 3 presentaban al inicio de tratamiento con anakinra fiebre, rash y adenopatías, 2 de 4 hepatoesplenomegalia. Todos los pacientes presentaban leucocitosis, trombocitosis y elevación de VSG y PCR que se resolvieron desde el inicio del tratamiento con anakinra. En relación al componente articular, todos los pacientes alcanzaron un ACR pediátrico 70 a los 3 meses del inicio del tratamiento, manteniéndolo en la actualidad. 1 paciente con CINCA presentaba antes de

empezar tratamiento con anakinra fiebre, rash, adenopatías, hepato-esplenomegalia, meningitis aséptica recurrente, urticaria crónica, hipoacusia, artritis-entesis. Analíticamente mantenía leucocitosis y trombocitosis sostenidas, elevación de VSG y de PCR. Todos los parámetros clínicos y analíticos se normalizaron con anakinra. En 3 de 5 pacientes la administración de anakinra permitió suspender los AINE. La corticoterapia se pudo suspender en 2 de 5 pacientes, disminuyendo significativamente la dosis en los otros 3. No se observaron acontecimientos adversos en ningún paciente y todos permanecen actualmente asintomáticos y en tratamiento. La interrupción temporal del agente provocó la reactivación inmediata de la enfermedad.

Conclusiones: 1. El tratamiento con anakinra es eficaz y seguro en nuestra serie de niños con enfermedades autoinmunes sistémicas mediadas por IL-1. 2. Anakinra permite disminuir las dosis e incluso suspender el tratamiento con AINE y corticoides en estos pacientes. 3. En nuestra serie, las interrupciones temporales del agente biológico se asociaron a reactivación de la enfermedad. 4. Dada la escasa prevalencia de estas patologías son necesarios estudios más amplios para confirmar perfiles de eficacia y seguridad.

259

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: UNA SERIE DE 46 PACIENTES. FIBROMIALGIA, TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO Y ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD

V. Torrente Segarra, N. Segalés Plana y J. Carbonell Abelló
Servicio Reumatología. Hospital del Mar y de la Esperanza.

Introducción: La presencia de fibromialgia (FM) y de trastornos del estado de ánimo, como son el trastorno depresivo (TD) y el trastorno de ansiedad (TA), se presentan en pacientes afectos de lupus eritematoso sistémico (LES). La relación entre los trastornos del estado de ánimo, la hipersensibilidad al dolor y la actividad del LES no ha sido bien establecida.

Objetivo: 1) determinar la prevalencia de FM, TA y TD en una cohorte de pacientes con LES; 2) establecer su relación con la actividad de la enfermedad.

Métodos: 1) diagnóstico de LES (criterios ACR'82), 2) diagnóstico de FM (criterios ACR'90), 3) presencia de TA y TD (mediante Test Hamilton para Depresión y Test Hamilton para Ansiedad, ambos con un puntaje >14), 4) medida de la actividad del LES (mediante escala de SLEDAI -actividad = puntaje > 5- y alteración de los siguientes parámetros biológicos: VSG (velocidad de sedimentación globular) > 20, PCR (proteína C reactiva) > 0,8, C3 (complemento C3) < 80 y C4 (complemento C4) < 10. Se evaluaron de forma consecutiva y prospectiva 46 pacientes afectos de LES de la consulta ambulatoria de Reumatología. Análisis estadístico de prevalencia y de asociación mediante la prueba de chi2 de Pearson por medio del programa SPSS.

Resultados: Se evaluaron 46 pacientes evaluados (44/95,5% mujeres). Diagnóstico de FM un 36,9%; TD un 13,6%; TA un 29,5%; SLEDAI > 5 un 6,8%; elevación VSG un 31,8%; y elevación PCR un 11,4%. En los pacientes con LES que presentaban clínica de FM realizamos análisis de asociación obteniendo los siguientes resultados: ausencia de asociación entre pacientes con FM y TD; diferencias no significativas entre pacientes con FM y TA ($p = 0,185$); la presencia de FM se relaciona de forma significativa con la normalidad de la VSG ($p < 0,05$); ausencia de asociación entre pacientes con FM y SLEDAI (> 5); ausencia de asociación entre pacientes con FM y elevación de la PCR, descenso de C3 y descenso de C4.

Conclusión: En nuestra cohorte prospectiva de pacientes con LES se observa una prevalencia elevada de FM y TA aunque sin asociación estadísticamente significativa entre ellos. La presencia de TA en pacientes con FM es mayor que en la población no FM (43,8% vs. 24%). La prevalencia de FM en pacientes con LES no es desdeñable, por lo que, debemos pensar en este diagnóstico en pacientes afectados de LES con dolor crónico generalizado sin evidencia de actividad clínica. Esta actitud evitará tratamientos innecesarios y permitirá informar al paciente y mejorar su estado con tratamientos orientados a mejorar su FM.

1. Psychological distress and changes in the activity of systemic lupus erythematosus. *Rheumatology* 2002;41:184-188.
2. Fibromyalgia in systemic lupus erythematosus: prevalence and clinical implications. *Buskila D. Clin Rev Allergy Immunol.* 2003;25:25-8.

260

SERIE DE PACIENTES ANTI-CCP POSITIVOS: ESPECTRO CLÍNICO Y SU RELACIÓN CON LA SEVERIDAD DE LA ENFERMEDAD

M. Bonfill, V. Torrente, B. Nishishinya, J.F. Delgado, M.A. Cortés, A. Acosta, A. Rodríguez, C. Geli, J.M. Llobet y C. Díaz

Servicio de Reumatología, Servicio de Inmunología. Hospital Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción: El diagnóstico de artritis reumatoide (AR) utiliza como criterio analítico el FR. Debido a que el FR no está presente en todas las AR (especialmente en las forma iniciales) se han determinado nuevos marcadores serológicos que pueden orientar a su diagnóstico ya en formas iniciales, como son los anticuerpos contra el péptido citrulinado (anti-CCP). Se ha observado una mayor especificidad para el diagnóstico de AR que la establecida para el FR en diferentes estudios (1), así como la capacidad de predecir una evolución más agresiva de la AR en forma de erosión articular (2).

Objetivo: 1. determinar la asociación de los Anti-CCP con diferentes patologías articulares; 2. establecer el pronóstico (erosiones articulares) de los pacientes con AR y anti-CCP+; 3. Establecer las correlaciones con otros Auto- anticuerpos.

Material y métodos: Estudio retrospectivo mediante la revisión de los historiales clínicos de forma consecutiva de 50 pacientes con anti-CCP positivos, a partir de una muestra cedida por el laboratorio de inmunología, de la consulta ambulatoria de Reumatología. Se evaluaron las siguientes variables: edad, sexo, diagnóstico clínico, tiempo de evolución, niveles de FR, niveles Ac-ANA y DNAs, tratamiento con corticoides orales/FAME/anti-TNF alfa, presencia de erosiones en radiología simple de manos (palmoplaca) y pies (plantoplaca).

Resultados: n = 50, 31 mujeres (62%) media edad 59,48 años (13-85), media tiempo evolución 5.36 años (1-12), < 2 años evolución 20%; diagnóstico: AR 86%, polimialgia reumática (PMR) 4%, artritis reactiva (ARe) 4%, reumatismo palindrómico (RP) 2% y poliartritis no filiada 2%, mixta 2%; Sjögren asociado a AR 2%, Sjögren asociado a ARe 2%; laboratorio: presencia FR 84%, presencia de ANA > 160 50%; presencia DNAs 0%, presencia Ac-Ro 4% (diagnóstico Sd Sjögren primario con poliartritis no erosiva), presencia Ac-Sm 0%, presencia Ac-La 4% (ninguno presentaba AR); tratamiento: con metotrexate 51,16%, leflunomida 18,6%, ciclosporina 4,6%, salazopirina 7%, corticoide 34,8%, antiTNF-alfa 14%, metotrexate-leflunomida 9%, frecuencia de erosiones elevada.

Conclusión: Como ya es conocido el anti-CCP se asocia a pacientes con AR (86%). Una gran parte de ellos presentan alteraciones estructurales (erosiones). El resto de pacientes (14%) con

anti-CCP+ correspondían a pacientes con artritis del anciano que inicialmente fueron diagnosticados de PMR y que presentaron inflamación persistente articular, 2 pacientes con Sd Sjögren primario y 2 paciente con ARe, 1 con poliartritis no filiada y RP. La prevalencia de FR en pacientes anti-CCP positivos con AR (84%) fue muy similar a la observada en otras series (3). No se ha encontrado correlaciones significativas con otros autoanticuerpos (Ac-Sm, Ac-Ro, Ac-La, DNAs), a excepción de la presencia en la mitad de los pacientes CCP+ de Ac-ANA (título > 160).

1. The diagnostic properties of rheumatoid arthritis antibodies recognizing a cyclic citrullinated peptide. *Arthritis Rheum* 2000.
2. The prognostic value of anti-cyclic citrullinated peptide antibody in patients with recent-onset rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2000.
3. Clinical utility of the anti-CCP assay in patients with rheumatic diseases. *Ann Rheum Dis* 2003.

261

RITUXIMAB EN ARTRITIS REUMATOIDE: UN ENSAYO CLÍNICO DOBLE CIEGO, CONTROLADO CON PLACEBO, DE RANGO DE DOSIS

J.J. Gómez-Reino¹, P. Emery², R.M. Fleischmann³, A. Filipowicz-Sosnowska⁴, J. Schechtman⁵, C. Ramos-Remus⁶, S. Agarwal⁷, N.F. Li⁷, E.W. Hesse⁸ y T.M. Shaw⁸

¹Hospital Universitario, Santiago, Spain; ²Uni of Leeds, Leeds, UK; ³Uni of Texas Southwestern Medical Center, Dallas, TX, USA; ⁴Inst of Rheumatology, Warsaw, Poland; ⁵Sun Valley Arthritis Center Ltd, Glendale, AZ, USA; ⁶Centro Medico de Occidente, IMSS, Guadalajara, Mexico; ⁷Genentech Inc., So San Francisco, CA, USA; ⁸Roche Products, Welwyn Garden City, UK.

Objetivo: Examinar la eficacia de una sola tanda de rituximab (RTX), terapia selectiva sobre los linfocitos B CD20+, con o sin glucocorticoides (GC), en pacientes (pts) con artritis reumatoide (AR) activa a pesar del tratamiento con metotrexato (MTX).

Métodos: Pts (18-80 años) fueron randomizados a 1 de los 9 brazos de tratamiento en una configuración 3x3: RTX (placebo [PLR], 500 mg ó 1000 mg) días 1 y 15 y una de las 3 opciones de GC (placebo [PLC], metilprednisolona [MP] 100 mg IV x 2 ó MP 100 mg IV x 2 + prednisona oral 60 mg /día días 2-7 y 30 mg/día días 8-14). La randomización se estratificó por regiones (EEUU/ no EEUU) y positividad o no del factor reumatoide (FR). Los criterios de inclusión principales fueron el recuento de articulaciones tumefactas (RAT) y articulaciones dolorosas (RAD) = 8; PCR o VSG elevada; mantener tratamiento con MTX 10-25 mg/semana y 1-5 tratamientos previos con DMARDS/fármacos biológicos distintos de MTX. Los pacientes FR- fueron incluidos en el brazo de tratamiento con RTX 2x1000 mg y PLR/PLC. El objetivo primario fue ACR20 en la semana 24. Los objetivos secundarios incluyeron ACR50/70, DAS28, VSG y respuesta Euler.

Resultados: De los 465 pts incluidos la población para el análisis de eficacia por intención de tratar (ITT) incluyó a 367 pts FR+. Los datos basales medios fueron RAT/RAD 21/33; DAS28 6,8; MTX 15,5 mg/semana; duración de la AR moderada a severa 10,4 años; 2,4 DMARs previos; 32% con terapia biológica previa. La tabla muestra los resultados a 24 semanas.

Sem 24 FR+ pts	Placebo (n = 122)	RTX 500 mg (n = 123)	RTX 1000 mg (n = 122)
ACR20 (%)	28	55*	54*
ACR50 (%)	13	33**	34**
ACR70 (%)	5	13***	20***
Sem 24 DAS28	6,1	4,9	4,5
Cambio en DAS28	-0,67	-1,79*	-2,05*
Buena respuesta EULAR (%)	4	14*	28*

*p < 0,0001, **p < 0,001, ***p < 0,05 vs. placebo. Analizado por NRI.

El uso concomitante de GC no contribuyó a la eficacia de RTX ($p = 0,17$). No se observó un efecto significativo dosis-respuesta, aunque ACR70 y buena respuesta EULAR tendían a ser mejores con RTX 2x1000 mg. Hubo un efecto regional significativo ($p = 0,002$) sin relación con el tratamiento con RTX. La eficacia permaneció inalterada cuando se añadieron los pts FR- al modelo de efectos principales ($p = 0,452$ para el FR \pm). Las tasas de abandono fueron del 35% con PLR (31% respuesta inadecuada [IR]; 0% por efectos adversos [AE]); 9% con RTX 2x500 mg (6,5% IR, 2,5% AE); 14% con RTX 2x1000 mg (8,3% IR, 3,1% AE). RTX fue bien tolerado; los AEs más comunes fueron asociados a la infusión y la incidencia total de infecciones fue baja. AEs severos ocurrieron en 2,7%, 7,3% y 6,8% de los grupos PLR, 2 x 500 mg y 2 x 1000 mg respectivamente.

Conclusiones: Estos resultados confirman la eficacia de una única tanda de RTX en el tratamiento de la AR activa moderada severa. Ambas dosis de RTX fueron eficaces y bien toleradas cuando se administraron con MTX, independientemente del uso de GC.

262

EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS REPETIDOS CON RITUXIMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE ACTIVA, RESULTADOS PRELIMINARES

E. Martín-Mola¹, R.M. Fleischmann², K. Pavelka³, A. Baldassare⁴, P. Chatpar⁵, P. Nash⁶, P. Emery⁷, D. Gray⁸, P.B. Lehane⁸, N.F. Li⁹ y K.L. Sewell⁹

¹Hospital Universitario La Paz, Madrid, Spain; ²University of Texas Southwestern Medical Center at Dallas, Dallas, TX, USA; ³Institute of Rheumatology, Prague, Czech Republic; ⁴Arthritis Consultants Inc., St Louis, MO, USA; ⁵L.I. Osteoporosis and Arthritis Center, New York, NY, USA; ⁶University of Queensland, Cotton Tree, Australia; ⁷Leeds General Infirmary, Leeds, UK; ⁸Roche Products Ltd, Welwyn Garden City, UK; ⁹Genentech Inc., South San Francisco, CA, USA.

Objetivo: Evaluar la eficacia de varios tratamientos repetidos con rituximab (RTX), la terapia selectiva sobre los linfocitos B CD20+, en pacientes (pts) con artritis reumatoide (AR) activa.

Métodos: Pts con AR reclutados en cualquiera de los ensayos clínicos fase II con RTX (IIa/DANCER) podían ser tratados con RTX en un protocolo de extensión (Ext) en abierto si habían tenido una mejoría definida en la actividad de la AR durante la primera tanda (C1) y AR activa con = 8 articulaciones tumefactas/dolorosas. Durante C1 pts recibieron una sola tanda de RTX 500 o 1000 mg IV los días 1 y 15, con metotrexato (MTX), ciclofosfamida o sin DMARDs (además de alguna de las siguientes: placebo de glucocorticoides [GC], premedicación con GC IV [100 mgx2] o premedicación con GC IV más 510 mg de GC orales durante las primeras 2 semanas). A los pts que recibieron placebo de RTX en el ensayo clínico inicial se les administró su primer tratamiento con RTX (C1) en el estudio de Ext. Los pts en el estudio de Ext 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. Las respuestas en la semana 24 se analizaron utilizando la aproximación de no respondedor, relativo a los valores basales tanto de la C1 original como de la segunda tanda (C2).

Resultados: Hasta la fecha, 192 pts han entrado en el estudio Ext y 141 pts han recibido la segunda tanda de RTX. La eficacia de C2 fue evaluada en 78 pts que, en el momento de la evaluación de los datos, o bien habían completado la semana 24 de seguimiento o bien habían abandonado C2. Las características basales de los 78 pts fue similar en toda la población a estudio. Según todas las

medidas evaluadas, el tratamiento repetido con RTX después de C1 fue efectivo.

n = 78	C1 Basal	C1 Sem 24	C2 Basal	C2 Semana 24
Media DAS28	6,95	4,58	6,43	4,16 (n = 72)
Media δ DAS28 (\pm SD)		-2,37 (\pm 1,2)		-2,87 (\pm 1,3) (desde C1 día 1) -2,28 (\pm 1,5) (desde C2 día 1)

En la semana 24 posterior a C2, 60% de los pts habían alcanzado una respuesta ACR20 y el 73% habían alcanzado una buena/moderada respuesta EULAR. Los niveles de proteína C reactiva y títulos de factor reumatoide se redujeron significativamente durante los periodos de observación tanto en C1 como en C2. El número de linfocitos B CD19+ en sangre periférica no predijo la respuesta al tratamiento, tanto los pacientes con los linfocitos B deplecionados como los que los habían recuperado respondieron en C2.

Conclusiones: Una tanda de tratamiento repetido con RTX fue efectiva en pts con AR activa que habían respondido previamente a RTX independientemente del número de linfocitos B en sangre periférica. La comparación directa entre C1 y C2 fue limitada debido al uso variable de MTX en C1; sin embargo, el DAS28 continúa mejorando de forma acumulada a lo largo del estudio.

263

LA EFICACIA DE RITUXIMAB EN ARTRITIS REUMATOIDE ES INDEPENDIENTE DE LA COADMINISTRACIÓN DE GLUCOCORTICOIDES: RESULTADOS DEL ESTUDIO CLÍNICO INTERNACIONAL PARA LA EVALUACIÓN DEL RANGO DE DOSIS DE RITUXIMAB EN ARTRITIS REUMATOIDE (ESTUDIO DANCER)

E. Chamizo¹, R.M. Fleischmann², A.J. Racewicz³, J. Schechtman⁴, M.M. Khraishi⁵, G.F. Ferraccioli⁶, E. Hessey⁷, T.M. Shaw⁷, N.F. Li⁸ y S. Agarwal⁸

¹Servicio de Reumatología, Hospital de Mérida, Mérida, España; ²University of Texas Southwestern Medical Center at Dallas, Dallas, TX, USA; ³Department of Rheumatology, Bialystok Regional Hospital, Bialystok, Poland; ⁴Sun Valley Arthritis Center Ltd, Glendale, AZ, USA; ⁵Memorial University of Newfoundland, St Johns, NF, Canada; ⁶Catholic University - School of Medicine, Rome, Italy; ⁷Roche Products Ltd, Welwyn Garden City, UK; ⁸Genentech, Inc., So San Francisco, CA, USA.

Introducción: Rituximab (RTX) en combinación con una tanda corta de glucocorticoides (GC) está siendo usado en el tratamiento de la artritis reumatoide (AR). El estudio fase IIb DANCER evaluó la dosis y efectos de los GC sobre la eficacia y la seguridad cuando se coadministraba con RTX y metotrexato (MTX) en pacientes (pts) con AR activa moderada-severa.

Métodos: Pts (n = 465) con AR activa (RAT y RAD = 8 y VSG o PCR elevadas) que recibían MTX (10-25 mg/semana) fueron randomizados en uno de los 9 brazos de tratamiento: RTX (placebo, 500 mg o 1000 mg) en los días 1 y 15 más una de las 3 opciones de GC (placebo, metilprednisolona [MP] 100 mg IV x 2 ó MP 100 mg IV x 2 + prednisona oral 60 mg/día de los días 2 al 7 y 30 mg/día de los días 8 al 14). El objetivo principal del estudio (índice de respuesta ACR 20 a la semana 24 en los pacientes con factor reumatoide positivo [n = 367]) fue analizado utilizando un modelo de regresión logística con RTX y GC como los factores efectores principales.

Resultados: RTX fue altamente eficaz comparado con placebo ($p < 0,0001$), la coadministración de GC no mejoró la eficacia signifi-

ficativamente ($p = 0,17$). La premedicación con MP IV reduce la incidencia y severidad de las reacciones asociadas con la infusión de RTX en el día 1 en aproximadamente un tercio (ver tabla). GC (IV o oral) no proporcionaron un beneficio substancial en la segunda infusión de RTX (ver tabla). La tanda de dos semanas con GC orales no proporcionó beneficios adicionales de seguridad en la infusión de RTX más allá de los observados con MP IV. Las infecciones severas no aparentan estar relacionadas con el uso de GC.

Porcentaje de pacientes con efectos adversos relacionados con la infusión

GC	RTX Día 1			RTX Día 15		
	Placebo	500 mg	1000 mg	Placebo	500 mg	1000 mg
Placebo	17% (11/63)	39% (16/41)*	46% (30/65)*	10% (6/63)	5% (2/41)	8% (5/65)
IV	12% (5/42)	27% (11/41)	32% (20/62)	10% (4/42)	2% (1/41)	10% (6/62)
IV+Oral	25% (11/44)	26% (11/42)	35% (23/65)	16% (7/44)	14% (6/42)	12% (8/65)

*Incluye un efecto adverso severo relacionado con la infusión (reacción de hipersensibilidad a la droga; edema generalizado).

Conclusiones: La eficacia de RTX + MTX en pacientes con AR activa es independiente de la administración de GC. La administración IV de MP 100 mg previa a la primera infusión disminuye la incidencia e intensidad de las reacciones adversas relacionadas con la infusión; la adición de una tanda corta de GC orales no proporcionó beneficios adicionales en la seguridad más allá de los ya observados con la premedicación con GC IV.

264

SEGURIDAD Y TOLERABILIDAD DE RITUXIMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE MODERADA-SEVERA: RESULTADOS DEL ESTUDIO CLÍNICO INTERNACIONAL PARA LA EVALUACIÓN DEL RANGO DE DOSIS DE RITUXIMAB EN ARTRITIS REUMATOIDE (ESTUDIO DANCER)

J.M. Alvaro-Gracia¹, R.F. van Vollenhoven², J. Schechtman³, L.J. Szczepanski⁴, R.M. Fleischmann⁵, B.L. Hazleman⁶, P.T. Nash⁷, N.F. Li⁸, K.L. Sewell⁸, K.A. Rowe⁹ y H. Tyrrell⁹

¹Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, Spain; ²Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden; ³Sum Valley Arthritis Center Ltd, Glendale, AZ, USA; ⁴Gabinety Profesorów, Lublin, Poland; ⁵University of Texas Southwestern Medical Center at Dallas, Dallas, TX, USA; ⁶Addenbrookes NHS Trust, Cambridge, UK; ⁷University of Queensland, Sunshine Coast, Australia; ⁸Genentech Inc., So San Francisco, CA, USA; ⁹Roche Products Ltd, Welwyn Garden City, UK.

Objetivos: Evaluar la seguridad y tolerabilidad de rituximab (RTX) en un ensayo clínico que explora diferentes dosis de RTX (terapia selectiva sobre los linfocitos B CD20+) y glucocorticoides (GC), en combinación con metotrexato (MTX), en pacientes (pts) con artritis reumatoide (AR) activa a pesar del tratamiento con MTX.

Métodos: En el estudio DANCER, los pts con AR activa (definida como RAT y RAD = 8 y VSG o PCR elevadas) con fallo previo a 1-5 DMARDs/biológicos distintos a MTX se randomizaron en 1 de los 9 brazos de tratamiento en una configuración 3x3: RTX (placebo, 500 mg ó 1000 mg) días 1 y 15 y una de las 3 opciones de GC (placebo, metilprednisolona [MP] 100 mg IV x 2 ó MP 100 mg IV x 2 + prednisona oral 60 mg/día días 2-7 y 30 mg/día días 8-14). Se mantuvo MTX 10-25 mg/semana a lo largo de todo el estudio.

Resultados: De 465 pts reclutados 317 recibieron RTX. Todos los regímenes de tratamiento fueron generalmente bien tolerados. La mayoría de los efectos adversos (AEs) tuvieron una intensidad leve o moderada. Los AEs más comunes en los grupos de RTX se relacionaron principalmente con la primera infusión, un 18% con placebo, 31% RTX 500 mg y 38% RTX 1000 mg. Las AEs relacionadas con la segunda infusión (día 15) ocurrieron en un 11% con placebo, 7% RTX 500 mg y 10% RTX 1000 mg. Aparecieron dos AEs serios: reacción de hipersensibilidad a la droga ($n = 1$) y edema generalizado ($n = 1$), ambos con la primera infusión en el grupo de RTX que no recibía GC. AEs infecciosos (principalmente infecciones respiratorias de vías altas se reportaron en el 28% y 35% de pts que recibían placebo y RTX respectivamente. Hubo 6 infecciones serias: 2 en pts tratados con placebo (neumonía, infección de vías respiratorias), ninguna con RTX 500 mg x 2, y 4 en pacientes que recibieron RTX 1000 mg x 2 (epiglotitis, bronquitis y 2 pielonefritis). No se reportaron infecciones oportunistas o reactivaciones de TBC. AEs serios se observaron en el 7% de los tratados con RTX 500 mg x 2 y RTX 1000 mg x 2, y 3% del grupo control. Una muerte debida a embolia cerebral se reportó en el grupo RTX 500 mg x 2. Se observaron anticuerpos frente a RTX (HACAs) en la semana 24 en un 0,7% (placebo), 4,9% (RTX 500 mg x 2) y 2,7% (RTX 1000 mg x 2) de pts. Los niveles medios de inmunoglobulinas en pts que recibieron RTX descendieron ligeramente desde valores basales a la semana 24, pero se mantuvieron dentro de límites normales.

Conclusiones: Una sola tanda de dos infusiones de RTX (500 mg o 1000 mg) en pacientes con AR activa que están recibiendo de forma concomitante MTX fue generalmente bien tolerado. El perfil de seguridad de RTX fue coherente con lo hallado en estudios previos.

265

INMUNODEFICIENCIA COMÚN VARIABLE EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

M. Fernández-Castro, S. Mellor, P. Muñoz, L. Silva, M. Yebra y J.L. Andreu

Servicios de Reumatología y Medicina Interna. H.U. Puerta de Hierro. Madrid.

Objetivo: Describir el desarrollo de Inmunodeficiencia Común Variable (ICV) en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) y sus posibles factores desencadenantes.

Métodos: Estudio retrospectivo de las historias clínicas de dos pacientes en las que se había identificado la presencia ICV. Se recogieron datos demográficos, clínicos, serológicos y evolutivos. Se cuantificaron las poblaciones linfocitarias mediante citometría de flujo.

Resultados: Se identificaron dos pacientes diagnosticadas de LES (cumpliendo 4 o más criterios del ACR) que desarrollaron una ICV. Las dos eran mujeres e iniciaron el LES a la edad de 18 y 19 años. El caso 1 presentaba afectación del SNC (convulsiones) y hematológica (anemia hemolítica); el caso 2, afectación renal (proteinuria y sedimento activo). Las dos pacientes presentaban afectación cutánea y serosa. En los dos casos los ANA y anti-DNA eran positivos a títulos altos y los niveles de complemento bajos. En el caso 1, la cuantificación de Ig inicial fue: Ig G 1520 mg/dl, Ig A 7 mg/dl e Ig M 66 mg/dl; y en el caso 2: Ig G 3520 mg/dl, Ig A 114 mg/dl e Ig M 15 mg/dl. Las dos pacientes se trataron con inmunosupresores, con buena respuesta; glucocorticoides a dosis altas; azatioprina e hidroxicloroquina en el caso 1 y

glucocorticoides a dosis altas, ciclofosfamida e hidroxiquina en el caso 2. Tras dos y cuatro años sin incidencias, respectivamente, las pacientes desarrollan neumonías y sinusitis de repetición, una infección urinaria y una otitis. La cuantificación de Ig en ese momento fue: Ig G 75 mg/dl, Ig A 7 mg/dl y Ig M 4 mg/dl en el caso 1 y Ig G 38 mg/dl, Ig A < 6 mg/dl y Ig M 17 mg/dl. La ausencia de células B en el análisis mediante citometría de flujo fue un rasgo común en las dos pacientes; los linfocitos T CD4+ y CD8+ presentaban unos porcentajes dentro de la normalidad. Tras el diagnóstico de ICV, se inició tratamiento sustitutivo con Ig iv en las dos pacientes. Las dos pacientes se encuentran libres de actividad lúpica en el momento actual y no han vuelto a presentar infecciones de repetición.

Conclusión: El desarrollo de HCV en pacientes con LES es una complicación poco frecuente en la que aparece una disregulación del sistema inmune que conlleva un fallo en la diferenciación de las células B y en la que pueden estar implicados múltiples factores (fármacos inmunosupresores, virus, procesos linfoproliferativos y anticuerpos linfotóxicos).

266

ESTUDIO COMPARATIVO DEL PROTEOMA DEL LÍQUIDO SINOVIAL ENTRE DIFERENTES ARTROPATÍAS

J.R. Lamas¹, M. Sánchez-López¹, A. Ortiz², I. González-Álvaro², D. Clemente¹, L. Rodríguez¹ y B. Fernández-Gutiérrez¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid, ²Servicio de Reumatología. Hospital de la Princesa. Madrid.

Objetivo: Realizar un estudio sistemático del proteoma expresado en artropatías de diferente etiología. Con esta finalidad, se ha estudiado el contenido proteómico en los sitios de inflamación de artritis reumatoide (AR) mediante la caracterización del proteoma expresado en líquidos sinoviales (LS) de AR y comparándolo con el componente proteómico de líquidos sinoviales de espondilitis anquilosante (EA), artrosis (OA) y Gota. Para ello se han utilizando diferentes aproximaciones experimentales.

Métodos: En el estudio se han utilizado líquidos sinoviales, libres de células proveniente de 40 pacientes con AR, EA, OA y Gota (10 por patología), extraídas de acuerdo con las normas establecidas por el comité ético del hospital. *Primera aproximación:* Se realizó una electroforesis preparativa bidimensional en geles de acrilamida (2DE) basada en la separación por punto isoelectrónico y masa molecular. La primera dimensión se realizó en tiras con un gradiente de pH 4-7 prehidratadas durante 12 horas y electroenfocadas a diferentes voltajes. La segunda dimensión, se realizó en geles SDS-PAGE del 12%. Los geles se tiñeron con plata, se escanearon y documentaron. Los spots de interés, se digirieron in situ y el digerido se analizó con un espectrómetro MALDI-TOF. Las proteínas se identificaron utilizando bases de datos bioinformáticas, no redundantes, de proteínas humanas. *Segunda aproximación:* El líquido sinovial se digirió con hialuronidasa durante 6h para facilitar la subsiguiente fase de eliminación de albúminas e inmunoglobulinas. Las fracciones deplecionadas se sometieron a una cromatografía de exclusión y las fracciones recogidas se digirieron con tripsina. Los digeridos se analizaron mediante un espectrómetro de masas electrospray. También se utilizó una variante de esta técnica consistente en la separación de las especies peptídicas obtenidas de la digestión triptica. Analizando mediante una cromatografía bidimensional en tandem con un espectrómetro de masas. *Tercera aproximación:* Se procedió al enriquecimiento de la fracción de bajo peso molecular mediante

ultracentrifugación en en filtros con un poro de membrana de 30kDa. El filtrado o fracción < 30kDa se liofilizó antes de su análisis mediante MS.

Resultados: Los patrones de proteínas encontrados son reproducibles entre las patologías estudiadas, de forma particular en la zona por encima de los 30 kDa. La mayor parte de las proteínas caracterizadas se corresponden con proteínas muy abundantes en el plasma. También se han detectado proteínas de la fase aguda inflamatoria, y diferentes proteínas implicadas en la respuesta inmune. En la zona inferior a 30 kDa, los patrones parecían más heterogéneos. Aunque la 2DE ha sido la técnica convencional en los análisis proteómicos, es poco insensible para detectar proteínas de bajo peso molecular y presentes en bajas concentraciones.

Conclusiones: La proteómica de expresión diferencial, es una valiosa herramienta para comprender sistemas biológicos complejos, mediante la comparación de los patrones de proteínas expresados en diferentes estados celulares. La detección de posibles biomarcadores asociados diferencialmente a enfermedad y susceptibles de su utilización como dianas terapéuticas específicas, es una tarea dificultosa debido a la presencia de grandes cantidades de proteínas irrelevantes en la patogénesis. Este estudio hace necesario el enriquecimiento y detección de las proteínas poco abundantes y de bajo peso molecular.

267

SUPERVIVENCIA DEL TRATAMIENTO CON TERAPIAS BIOLÓGICAS EN PACIENTES CON ARTRITIS IDOPÁTICA JUVENIL

P. de Abreu Trigueros, J. Rubio García, G. Ruiz Bonilla, M. Laño Piñeiro, A. Bardal Ruiz y M.L. Gámir Gámir
Unidad de Reumatología Infantil. Servicio de reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivo: Determinar la supervivencia del tratamiento con Terapias Biológicas (TB), en pacientes diagnosticados de Artritis Idiopática Juvenil (AIJ).

Método: Revisamos todos los niños diagnosticados de AIJ que recibieron TB entre Octubre de 1999 y Enero de 2006. Analizamos la supervivencia terapéutica de las TB mediante curvas de supervivencia de Kaplan-Meier. Evaluamos las causas de retirada del tratamiento, bien por ineficacia, bien por reacción adversa o por otras causas. Excluimos las causas de suspensión por remisión de la enfermedad. 36 niños recibieron tratamiento con TB, 23 niñas y 13 niños, con una edad media al inicio de la enfermedad de 6 años y 5 meses y un tiempo medio de evolución de la enfermedad de 15 años y 5 meses. La distribución por categorías clínicas fue: 8 AIJ Sistémica, 12 AIJ Oligoarticular, 5 AIJ Poliarticular FR positivo, 4 AIJ Poliarticular FR negativo, 5 Artritis Entesitis y 2 Artritis Psoriasis. Se administraron un total de 48 tratamientos: 8 Adalimumab (ADM), 4 Anakinra (ANK), 19 Etanercept (ETN) y 17 Infliximab (IFM).

Resultados: De los 48 tratamientos administrados, 32 (66,66%) continúan en la actualidad, con un tiempo medio de supervivencia de 1505 (80-2303) días. Se observaron 16 eventos que obligaron a suspender el tratamiento. Los 8 tratamientos con ADM continúan en la actualidad con un tiempo medio de tratamiento de 633 (312-970) días; así mismo continúan los 4 de ANK con un tiempo medio de administración de 218 (80-273) días. De los 19 con ETN, 12 (63,16%) permanecen bajo tratamiento con un tiempo medio de supervivencia de 1344 (228-1933) días. 7 (36,84%) suspendieron el tratamiento: 4 por ineficacia y 3 por

acciones adversas (1 reacción alérgica, 1 lupus inducido y 1 vasculitis leucocitoclástica). De los 19 con IFM, 8 (47,05%) mantienen el tratamiento con un tiempo medio de supervivencia de 1363 (168-2303) días. 9 (52,94%) abandonaron el tratamiento: 3 por ineficacia, 5 por reacciones adversas (4 reacciones alérgicas y 1 episodio de hematuria que requirió ingreso en UCI) y 1 por incesibilidad de vía periférica.

Conclusiones: No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la supervivencia terapéutica entre los diferentes agentes biológicos en el periodo de tiempo estudiado; Sí bien cabe destacar la mayor supervivencia del ADM y ANK quizás debido a su menor tiempo de administración. La supervivencia del IFM y ETN fue similar. Las causas de suspensión de tratamiento por ineficacia fueron similares entre IFM y ETN. IFM mostró un número mayor de retiradas por reacciones adversas, siendo la reacción alérgica la causa frecuente.

268

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO TRAS TIMECTOMÍA EN PACIENTES CON MIASTENIA GRAVIS

M. Lisbona, C. Aguilera, P. Cejas, R. Garrido, N. Cid, M. Anaya, S. Reneses y A. García López

Sección de Reumatología y Unidad de Colagenosis de los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: La asociación entre Lupus eritematoso sistémico (LES) y Miastenia Gravis (MG), como enfermedades autoinmunes es frecuente. La timectomía constituye una opción terapéutica muy común en el tratamiento de la MG, sin embargo se han descrito trastornos inmunológicos incluso años después de este procedimiento. El desarrollo de LES en estos pacientes timectomizados ha sido referido de manera infrecuente en la literatura. Presentamos dos casos de aparición de LES en pacientes con MG timectomizadas.

Casos clínicos: *Caso 1:* Mujer de 26 años que comienza con malestar general y cuadro poliarticular que afecta a carpos, MCFs e IFPs de ambas manos de más de 2 semanas y rigidez matutina de una hora de duración. Asocia dolor costal de características pleuríticas. Diagnosticada previamente de MG, fue timectomizada por hiperplasia tímica seis años antes del comienzo del cuadro articular. En la exploración física destacaba livedo reticularis, alopecia, y artritis de carpos. No presentaba eritema malar ni fotosensibilidad, no úlceras orales ni fenómeno de Raynaud. Analíticamente se observó una VSG 55 mm/h, anemia 9,5 g/dl, leucocitos 4,14 con linfopenia de 700 y plaquetas normales. Los ANAS fueron positivos a 1/320 con anti-DNA nativo positivo y un FR 245. Se realizó un TAC toracoabdominal mostrando un derrame pleural bilateral. Se diagnosticó de LES e inició tratamiento con dosis bajas de esteroides y antipalúdicos controlándose la sintomatología. *Caso 2:* Mujer de 25 años con antecedentes de hepatitis B durante la infancia y MG diagnosticada hace dos años, en base a cuadro típico de debilidad generalizada, disfagia, caída de párpados y estudio electromiográfico compatible, en tratamiento con Mestinon. Tras exposición prolongada al sol presenta cuadro de dolor e inflamación de carpos y tobillos, sin asociar manifestaciones cutáneas ni mucosas. Había sido timectomizada tres meses antes del inicio de los síntomas. Analíticamente presentó leucolinfopenia, con serie roja y plaquetas normales. ANAS positivos a títulos de 1/80, con patrón moteado fino sobre sustrato triple y 1/260 con patrón moteado fino sobre sustrato

Hep-2. anti-DNA nativo positivo. Cumpliendo criterios de LES se inició tratamiento con esteroides a dosis bajas y AINEs con control del cuadro sintomático.

Discusión: La pérdida de la función tímica tras la cirugía de la hiperplasia del timo o el timoma puede contribuir al desarrollo de LES y otros trastornos inmunológicos en pacientes genéticamente predispuestos. Este hecho ha sido llamado "el caleidoscopio de la autoinmunidad". Entre los factores genéticos estaría la expresión de determinados HLA (A1, B8). Otros autores proponen que la timectomía puede reducir la actividad de los linfocitos T-helper, o alternativamente puede mejorar la actividad de los linfocitos T supresores. En nuestros pacientes la timectomía se realizó seis años y tres meses antes de la aparición del LES. En otros estudios el LES se desarrolla en un intervalo de tiempo variable entre 3 meses y 18 años. Las principales manifestaciones del LES posttimectomía fueron, al igual que en nuestros pacientes, cuadro poliarticular, fiebre, citopenias y pleuritis.

269

ESTUDIO DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ESPONDILODISCITIS TUBERCULOSA INGRESADOS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO JUAN CANALEJO DE A CORUÑA DESDE EL AÑO 1996 HASTA EL 2005

T.R. Vázquez Rodríguez, A. Sanmartín Álvarez, M.C. López Sánchez, F.J. de Toro Santos* y M. Acasuso**

Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Juan Canalejo.

**Departamento de Medicina, Universidade da Coruña. **Centro de Saúde San Xosé, Xerencia de Atención Primaria A Coruña.*

Se estudian los episodios de hospitalización de los pacientes diagnosticados de espondilodiscitis tuberculosa en nuestro hospital utilizando para ello la búsqueda en los servicios de admisión desde el año 1996 a 2005 de los pacientes con el GRD de espondilodiscitis tuberculosa (720,81). El diagnóstico se realizó por criterios clínicos, radiológicos, histopatológicos y microbiológicos.

Resultados: Se han analizado 28 episodios de hospitalización de pacientes diagnosticados de ET. Se han excluido 8 pacientes porque el diagnóstico fue hecho por sospecha mediante las manifestaciones clínicas y las pruebas radiológicas. La edad media de los 20 pacientes a los cuales se había identificado el bacilo tuberculoso es de 55 años (entre 22 y 88 años). La mayor incidencia es en menores de 40 y mayores de 70 años. No hay diferencias en función del sexo (55% varones y 45% mujeres). Sólo 4 pacientes (20%) presentaba factores predisponentes o de riesgo para padecer la ET (tratamiento con esteroides, mieloma, insuficiencia renal crónica). La manifestación clínica más frecuente fue el dolor crónico a nivel lumbar (85%). En el 60% de los pacientes la ET se localizó en la charnela dorsolumbar y columna lumbar. El Mantoux fue positivo en el 75% de los pacientes. El diagnóstico se realizó en el 55% de los pacientes mediante cultivo y en el 45% mediante estudio histopatológico. Hubo 11 pacientes con absceso paravertebral y en 5 (25%) compromiso neurológico (radicular o medular). La Resonancia Magnética fue patológica en el 100% de los casos. Fueron tratados con ortesis de descarga y tuberculostáticos (triple terapia durante 2 meses seguido de rifampicina e isoniazida entre 6 y 10 meses).

Conclusión: La espondilodiscitis tuberculosa es una enfermedad con un elevado número de pacientes jóvenes (<40 años) sin factores de riesgo asociados y con frecuente compromiso neurológico. Debe tenerse en cuenta como posibilidad diagnóstica en pacientes con dolor lumbar de larga duración.

270

EFICACIA DEL ÁCIDO ZOLEDRÓNICO EN LA ENFERMEDAD ÓSEA DE PAGET: 3 AÑOS DE EXPERIENCIA

A. Conesa Mateos, D.D. Rotés Sala, L. Pérez Edo y J. Carbonell Abelló

Servicio de Reumatología del I.M.A.S. Hospitales Universitarios del Mar y Esperanza. Barcelona.

Los bisfosfonatos, análogos de los pirofosfatos inorgánicos, son potentes inhibidores de la resorción ósea osteoclástica, ello nos permiten disminuir el excesivo remodelado del hueso pagético, reducir o parar la actividad biológica, influir en las manifestaciones clínicas de la misma, prevenir su progresión y/o la aparición de complicaciones. Por todo ello son considerados fármacos de primera línea para el tratamiento de la enfermedad ósea de Paget (EOP). El ácido zoledrónico, bifosfonato de tercera generación, compuesto por un anillo imidazólico, ha demostrado en diferentes ensayos preclínicos una potencia antirresortiva extremadamente elevada (10.000 veces superior al etidronato y 120 veces superior al pamidronato) 1-5, y sin evidencia de efectos adversos sobre la mineralización ósea.

Objetivo: Evaluar la eficacia terapéutica y seguridad del ácido zoledrónico en pacientes afectos de EOP activa, que han presentado ineficacia o escasa respuesta a diferentes terapias antirresortivas.

Pacientes y métodos: Se incluyeron en el estudio 5 pacientes con diagnóstico previo confirmado (por gammagrafía, radiología y/o marcadores de remodelado óseo) de EOP activa (nivel de fosfatasas alcalinas séricas $> = 2$ veces al límite superior de la normalidad) y refractaria a otras terapias antirresortivas. Todos los pacientes antes de la infusión realizaron un año de blanqueo terapéutico, y firmaron el consentimiento informado. Cada paciente recibió una única infusión e.v. de 5 mg de ácido zoledrónico perfundido durante 15 min. Se administró concomitantemente 1000 mg de calcio y 800 UI de vitamina D diarios, durante 7 días antes de la infusión y hasta 3 meses posterior a la misma. Se determinaron los siguientes marcadores bioquímicos de remodelado óseo: fosfatasa alcalina sérica total (FAT) (v.n.: 65-300 UI), isoenzima de la fosfatasa alcalina ósea (FAO) (v.n.: 5,5-21,9 UI) y NTx en orina (v.n.: 5-65), basal (pre-infusión), y a los 6, 12, 18, 24, 30 y 36 meses de finalizar el tratamiento. Se evaluó el porcentaje de respuesta terapéutica (normalización o reducción de al menos el 75% en el exceso de FAT, respecto a los valores báseles, observado a los 6m), evolución en el tiempo y el número acontecimientos adversos (AA).

Tabla. Promedio de los marcadores de remodelado óseo durante los tres años de seguimiento

Marcadores del remodelado óseo	Basal (pre-infusión)	6 meses	12 meses	18 meses	24 meses	30 meses	36 meses
FAT sérica	858 (798-892)	159,6 (121-207)	162,4 (129-181)	184,6 (131-290)	178 (150-241)	195 (290-155)	112 (64-160)
FAO sérica	90,3 (65,7-109,5)	8,5 (6,4-11,1)	10,4 (7,7-17,6)	11,9 (7,8-22,6)	12,9 (9,5-23)	16,1 (9,9-27,9)	11,8 (10,9-12,7)
Ntx orina	197 (280-152)	32,1 (12,9-54,1)	25,5 (11,1-48,5)	38,6 (23,1-55,7)	58,6 (22,1-110)	51,6 (21,7-119,6)	41,35 (20,3-62,4)

Resultados: 5 pacientes afectos de EOP activa (2 mujeres/ 3 hombres), edad media de diagnóstico $62 \pm 1,7$ años (rango: [47-73] años), con un tiempo medio de evolución de la enfermedad de $7 \pm 1,2$ años. La distribución gammagráfica basal presentó afectación poliostótica en todos los casos. Se observó que a los 6 meses de la infusión, el total de los pacientes presentan una normalización de los niveles de los marcadores tanto de formación (FAT, FAO) como de resorción (NTx), persistiendo esta tenden-

cia a los tres años de finalizar el tratamiento (tabla). La respuesta más importante (respuesta nadir), se observa en cada uno de ellos a los 6 meses de la infusión. Todos los pacientes presentaron un cuadro artro miálgico leve-moderado postransfusional de unos tres días de duración como único AA.

Conclusiones: El zoledronato es bien tolerado obteniéndose en el 100% de los pacientes una excelente respuesta terapéutica de los parámetros de remodelado óseo tanto de formación como de resorción, con normalización de la actividad a corto-medio y largo plazo (36 meses desde la infusión). Estos resultados demuestran la eficacia y seguridad del ácido zoledrónico en la inhibición de la resorción ósea en pacientes afectos de EOP activa.

271

DERIVACIÓN A REUMATOLOGÍA: ANÁLISIS DE LA DEMANDA EN UNA CONSULTA ESPECIALIZADA DE ÁREA

E. Garmendia Sánchez, M. Calabozo Raluy, F. Pérez Ruiz, E. Uriarte Itzazelaia, J. Duruelo Etxebarrieta, I. Hernando Rubio, J. Atxotegui Sáenz de Buruaga y A. Alonso Ruiz

Servicio de Reumatología, Hospital de Cruces. Barakaldo. Bizkaia.

Introducción: La Reumatología es la especialidad que estudia la patología médica del aparato locomotor. Los reumatólogos somos especialistas específicamente formados para la asistencia adecuada y eficiente del paciente reumático. Los usuarios que han tenido acceso a las consultas de Reumatología valoran positivamente la calidad de la atención recibida. Sin embargo, a menudo percibimos que desde los Servicios de Salud aún no se nos considera la especialidad de referencia o la primera opción de derivación.

Objetivo: Responder, en nuestro Área Sanitaria, a las siguientes cuestiones: ¿quién nos consulta?, ¿cómo lo hace?, ¿cuándo se solicita nuestra opinión?, ¿qué itinerario sigue un paciente hasta llegar a Reumatología? y ¿qué pacientes ya valorados desean ser revisados?.

Método: Durante 16 semanas (47 días de actividad asistencial) se recogen 196 volantes consecutivos de primera visita, en una consulta especializada de Área. En cada volante se anota: quién remite al paciente, si hay constancia de que lo haga a instancias de otro especialista, qué consultas especializadas ha visitado el paciente con el mismo motivo de consulta y qué pacientes valorados con anterioridad en Reumatología vuelven como primera visita.

Resultados: El 72,5% de los volantes procedían de Atención Primaria, el 17% de Traumatología, el 4% de Urgencias Hospitalarias, un 1,5% de Rehabilitación y el 5% restante de otras especialidades. El 58% de las remisiones de Traumatología a Reumatología se hacen a través del médico de Familia. En un 75,5% de los casos se ha consultado antes a otros especialistas (tabla).

Tabla. ¿Cuándo se solicita nuestra opinión?

Reumatología	Nº de pacientes	Porcentaje de pacientes
1º especialista consultado	48	24,5%
2º especialista consultado	90	46%
3º especialista consultado	44	22,5%
4º ó > especialista consultado	14	7%

El 46,5% de los pacientes han sido valorados en Traumatología, el 18% en Rehabilitación, el 14,8% en nuestro Servicio, el 8% en Urgencias Hospitalarias, un 3% en Reumatología de otros Centros, un 3% en Ginecología (osteoporosis), un 2,5% en Medicina Interna, un 2,5% en Mutuas y un 10,7% en otras especialidades. Solicitan una nueva valoración 29 pacientes atendidos previamente en Reumatología: 10 diagnosticados de Síndrome de Fibromialgia, 10 de artrosis (7 artrosis de manos), 3 de artralgias ines-

pecíficas, 2 con artropatías microcristalinas, 2 altas hospitalarias y 2 pérdidas en el seguimiento (un paciente con síndrome de Sjögren y otro con espondilitis anquilosante).

Conclusiones: En nuestro Área: 1. La derivación a Reumatología se realiza fundamentalmente desde Atención Primaria y Traumatología. 2. Traumatología sigue siendo considerada por los médicos de Atención Primaria la especialidad de referencia para valorar la patología médica del aparato locomotor, aunque los traumatólogos comienzan a expresar por escrito su disconformidad. 3. Así, más de la mitad de los pacientes derivados por Traumatología vuelven al médico de Familia con la recomendación de "remitir a Reumatología". 4. Tres de cada cuatro personas, atendidas en primera visita en Reumatología, han consultado antes sin éxito a otros especialistas, situación que genera un alto grado de insatisfacción en el usuario y un elevado consumo de recursos. 5. Tras el alta médica en nuestras consultas, solicitan ser reevaluados principalmente pacientes diagnosticados de Síndrome de Fibromialgia y algunos con artrosis de manos.

272

EFFECTO SOBRE EL TURNOVER ÓSEO Y LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA, 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: La actividad de la enfermedad y citoquinas proinflamatorias como el TNF alpha, juegan un papel que está todavía por definir dentro del metabolismo óseo.

Objetivo: Analizar prospectivamente el efecto de las terapias anti-TNF alpha sobre el metabolismo óseo y la densidad mineral ósea 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, clínicos, medidas de actividad de las enfermedades, marcadores de remodelado óseo (fosfatasa alcalina, osteocalcina, cross-laps), datos de laboratorio (calcio, fósforo, PTH, vit.D), densidad mineral ósea lumbar y femoral (DMO; mediante absorciometría de rayos X con energía dual) y los tratamientos utilizados. Los marcadores de remodelado óseo se analizaron al inicio y a los 3 meses de terapia. Y la DMO al inicio y a los 6 meses del tratamiento. 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: Siete pacientes (41,2%) recibieron tratamiento con infliximab a dosis entre 3-5 mg/kg (a la semana 0,2 y 6), seis pacientes (35,3%) etanercept a dosis de 25 mg/ 2 veces en semana y cuatro pacientes (23,5%) 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 41,2% de los pacientes tomaban esteroides durante un tiempo medio de 4,7 años, el 53% recibían tratamiento con FAMEs, el 6% tomaban bifosfonatos y un 59% recibían suplementos de calcio y vitamina D. Los niveles de fosfatasa alcalina disminuyeron significativamente ($71,4 \pm 26,5$ UI vs. $60,5 \pm 19,6$ UI, $p = 0,03$), mientras que no hubo cambios significativos en las concentraciones de osteocalcina ($15 \pm 6,7$ ng/ml vs. $19,3 \pm 9,3$ ng/ml, p

$= 0,1$) a los 3 meses. Había un aumento significativo en los niveles de cross-laps ($0,27 \pm 0,13$ ng/ml vs. $0,40 \pm 0,16$ ng/ml, $p = 0,01$). Los niveles de PTH aumentaron de forma significativa (34 ± 16 pg/ml vs. 51 ± 22 pg/ml, $p = 0,01$). No se encontraron cambios en las concentraciones plasmáticas de calcio, fósforo ni vitamina D tras la terapia. La DMO a nivel lumbar ($0,6 \pm 0,58$ gr/cm² vs. $0,8 \pm 0,7$ gr/cm², $p = 0,3$) y femoral ($0,8 \pm 0,15$ gr/cm² vs. $0,7 \pm 0,5$ gr/cm², $p = 0,4$) a los 6 meses de tratamiento no presentaba cambios significativos. Los cambios de los marcadores de remodelado óseo y la DMO no se correlacionaban con el tratamiento esteroideo, con los suplementos de calcio ni con los cambios en la PCR.

Conclusión: En nuestro estudio la terapia anti-TNF alpha se asocia con una disminución de los marcadores de formación ósea (FA) y un incremento de la resorción ósea (CTX) a los 3 meses, y un aumento de la masa ósea lumbar no significativo a los 6 meses. Es necesario un mayor número de pacientes para confirmar todos estos resultados.

273

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON OSTEOPOROSIS

F. Pérez Torres, P. Pérez Caballero, A. Pérez Torres
y D. Ybáñez García

Hospital General de Requena. Valencia. Hospital Arnau Vilanova. Valencia.

Objetivo: Valorar la cumplimentación terapéutica (CT) de pacientes con osteoporosis en tratamiento con Raloxifeno.

Material y método: Reclutados 50 pacientes > 65 años con osteoporosis que se pauta tratamiento con raloxifeno, calcio y vitamina D, realizamos visita basal y a los 48 meses con Rx y densitometría. La CT se valora con 2 preguntas: 1. Toma la Medicación a diario?; 2. Toma la dosis recetada?. La paciente responde: 1: No, nunca. 2: No, casi nunca. 3: Si, casi siempre. 4: Si, siempre. Del resultado de las combinaciones se agrupan: 1. Insuficientemente cumplidora (IC); 2. Cumplidora baja (CB); 3. Suficientemente cumplidora (SC); 4. Altamente cumplidora (AC). Se cita a los pacientes las 72 horas previas a la consulta y se valora exclusivamente la adherencia al tratamiento con raloxifeno.

Resultados: Edad media de 71,2 años (65-80) y tiempo medio de tratamiento de 31,5 meses. Un total de 6 pacientes (12%) no se presentaron a la visita basal por lo que restan 44 pacientes (88%). De estos se retiraron 2 (4,6%) por efectos secundarios y hubo un total de 11 abandonos (25%) que no acudieron a los controles. De los 31 pacientes (70,3%) que terminaron los controles fueron AC 17 (38,6%), SC 7 (15,9%), CB 5 (11,3%) e IC 2 (4,6%).

Conclusiones: 1. La adherencia al tratamiento fue del 70% del total de los pacientes. 2. El 54% de los pacientes realizó una buena cumplimentación terapéutica durante el periodo de control, y el 16% de los pacientes realizaron una terapia insuficiente.

274

TASA DE MANTENIMIENTO DEL TRATAMIENTO CON INFlixIMAB EN CONDICIONES DE PRÁCTICA CLÍNICA EN ARTROPATÍAS INFLAMATORIAS. RESULTADOS A TRES AÑOS DE SEGUIMIENTO

M.V. Hernández, J.A. Gómez-Puerta, I. Vázquez, E. Graell,
M.J. Gonçalves, J.D. Cañete y R. Sanmartí
Servicio de Reumatología. Hospital Clínic. Barcelona.

Introducción: La terapia biológica con infliximab, anticuerpo monoclonal quimérico anti-TNF alfa, se ha mostrado eficaz en diversas enfermedades inflamatorias articulares como artritis reumatoide (AR), espondilitis anquilosante (EA) y artritis psoriásica

(APs). Sin embargo, existen pocos estudios que analicen su efectividad y seguridad a largo plazo.

Objetivo: Analizar la tasa de mantenimiento del tratamiento con infliximab y las causas de su discontinuación en los pacientes de un Servicio de Reumatología que iniciaron tratamiento con dicho fármaco, en un contexto de práctica clínica habitual.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de los pacientes que iniciaron terapia con infliximab desde febrero de 2000 a junio de 2005 en el Servicio de Reumatología de un hospital terciario. Los pacientes incluidos se distribuyeron según su diagnóstico: AR, EA, Aps, y otras enfermedades. Se analizó la supervivencia del tratamiento de las tres principales enfermedades a los 6 meses, 1 año, 2 años y 3 años, así como las causas de discontinuación de la terapia. Se analizaron también los acontecimientos adversos registrados que motivaron la retirada del fármaco.

Resultados: Se incluyeron 120 pacientes, 78 mujeres (edad media 55,4 años; rango 27-81) y 42 hombres (edad media 48,2 años; rango 26-69), distribuidos en 4 grupos según su diagnóstico: AR: 65 pacientes (54,2%); EA: 26 (21,6%); Aps: 17 (14,2%) y otras enfermedades: 12 (10%). Del global de pacientes, después de una media de tratamiento de $93,9 \pm 70,8$ meses, 48 (40%) continuaban tratamiento con infliximab, y 72 discontinuaron el tratamiento por diversas causas: 35 por ineficacia (29,2%); 27 por efectos adversos (22,5%), principalmente reacción infusional (14 pacientes; 11,7%), infecciones (8 pacientes, 6,7%) y patología cardiovascular (5 pacientes, 4,1%); y 10 por otros motivos (8,3%). Cuando se analizó la supervivencia al tratamiento (curvas de Kaplan-Meier) se observó diferente evolución en las tres principales patologías, siendo inferior en la AR ($p = 0,002$)

	6 meses	1 año	2 años	3 años
AR	81,2%	60,5%	35,1%	24%
APs	82,3%	76,5%	63,7%	57,3%
EA	88,5%	88,5%	73,3%	62%

Conclusión: El tratamiento con infliximab resulta efectivo en muchos pacientes con artropatías inflamatorias aunque, a largo plazo, se observa una tasa elevada de discontinuación por ineficacia y por efectos adversos. La supervivencia al tratamiento varía según las distintas enfermedades siendo mayor en EA y menor en AR.

275

SÍNDROME CINCA SIN MUTACIÓN GENÉTICA CIAS1 CON BUENA RESPUESTA A ANAKINRA

P. Morillas Arques*, J.L. Callejas**, E. Iglesias Jiménez*, F. Navarro Pelayo**, N. Ortego Centeno** y E. Raya Álvarez*

*Departamento de Reumatología, **Unidad de Enfermedades Sistémicas. Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Cecilio. Granada.

Introducción: El síndrome neurológico-cutáneo-articular crónico infantil (CINCA), es un trastorno inflamatorio congénito, muy poco frecuente, pero con un carácter muy agresivo en la gran mayoría de los casos. Se caracteriza por comenzar con una erupción cutánea palpable tipo rash, que cambia de localización; una artropatía crónica con proliferación anormal de cartilago, osificación patológica y una meningitis crónica por infiltración de polimorfocitos nucleares, que produce daños neurológicos progresivos. Pudiéndose acompañar además de otras muchas y muy variadas manifestaciones. Recientemente éste síndrome se ha asociado con una mutación en el gen CIAS1. Esta mutación implica la presencia de altos niveles de interleuquina 1. La utilización de antagonistas del receptor de dicha interleuquina, produce mejoría clínica de los pacientes aquejados de dicha enfermedad.

Objetivo: Presentamos el caso de un paciente diagnosticado de síndrome CINCA sin mutación en el gen CIAS1. La vida de nuestro paciente de 15 años de edad estaba muy limitada, tenía retraso en el desarrollo físico y mental, que junto al dolor crónico incoercible originaban una pésima calidad de vida. A pesar de no ser portador de la mutación, al llegar a nuestro servicio, fue tratado con antagonistas del receptor de IL-1: Anakinra. La respuesta al mes de tratamiento, ya fue valorable, y tras 6 meses de seguimiento, la mejoría clínica espectacular.

Conclusión: A pesar de que cerca de la mitad de todos los pacientes diagnosticados clínicamente de Síndrome de CINCA no son portadores de la mutación CIAS1, la respuesta clínica al tratamiento con Anakinra ha sido muy favorable.

(El caso se presenta con fotos del paciente y de las alteraciones articulares).

276

ESTUDIO DE LAS INDICACIONES DE PETICIÓN DE ESTUDIO DE DENSIDAD MINERAL ÓSEA MEDIANTE DENSITOMETRÍA ÓSEA CON RAYOS X DE DOBLE ENERGÍA (DXA), EN EL COMPLEJO UNIVERSITARIO HOSPITALARIO JUAN CANALEJO DURANTE EL AÑO 2004

F.J. de Toro Santos*, 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.

Diversos organismos han propuesto criterios para la identificación de personas con baja masa ósea o riesgo aumentado de fractura con el fin de destinar a ellos los recursos diagnósticos y terapéuticos disponibles. Entre ellos la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Agencia de Evaluación de Tecnología Médica de Cataluña y el Comité de Guías Clínicas en Osteoporosis (CIGCO).

Objetivos: Analizar la calidad en la indicación de peticiones de densitometría ósea axial, realizadas durante el año 2004 en los distintos servicios del Complejo Universitario Hospitalario Juan Canalejo y estudiar el diseño de la hoja cuestionario, analizando los criterios de indicación de densitometría.

Material y métodos: Se trata de un estudio descriptivo. Se analizó las frecuencias de los distintos criterios de petición de densitometría ósea axial mediante el estudio de forma retrospectiva de las 622 peticiones de densitometría ósea axial realizadas por diferentes servicios del C. H. U. Juan Canalejo durante el año 2004 que se realizan mediante un cuestionario protocolizado de petición.

Resultados: La distribución de la muestra en función del servicio médico de procedencia es la siguiente: 457 peticiones del S. Reumatología (74%), 44 del servicio de Ginecología (7%), 11 del servicio de Traumatología (2%), 65 casos procedían de otros servicios hospitalarios (10%) y 45 casos (7%) en los que no se registró la procedencia. El 73,95% de las peticiones se realizaron a pacientes entre 50 y 79 años. En 44 peticiones no se pudo averiguar la edad. El 85% fueron mujeres. El 30% de las peticiones eran nuevas peticiones, un 29% fueron controles y en el 41% restante no se indicaba ninguna de las dos posibilidades. El 50,1% no indicaron el tratamiento de los pacientes. Cuando estaba registrado el más frecuente fueron los bisfosfonatos asociados a la vitamina D y Calcio (42,7%). En el 58% de las peticiones no recubrieron los

antecedentes de fractura y en el 75% las caídas. En cuanto a los factores de riesgo fueron: menopausia en 271 pacientes (40,9%), tratamiento con corticoides en 148 (22,3%), conectivopatías en 99 (14,9%), alteraciones radiológicas en 86 (12,9%) y 133 casos no registrados (20%).

Conclusiones: Es importante diseñar cuestionarios fáciles de cumplimentar y útiles para poder establecer la prevalencia de indicación de densitometría ósea. Una vez más, se demuestra la "es-tanqueidad" de la información de las diferentes especialidades médicas y quirúrgicas (incluida la nuestra) y el deber de nuestra sociedad de sensibilizar del problema potencial de la osteoporosis.

277

SUPERVIVENCIA DEL TRATAMIENTO CON ANTAGONISTAS DEL TNF EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y CON ESPONDILOARTROPATÍAS

P. de Abreu Trigueros, J. Rubio García, O. Illera Martín, J.L. Morell Hita, G. Ruiz Bonilla y A. Zea Mendoza

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

Objetivos: Determinar la supervivencia del tratamiento con antagonistas del TNF en pacientes diagnosticados de Artritis Reumatoide (AR) y de Espondiloartropatías (SPA).

Método: Revisamos a todos los pacientes diagnosticados de AR y de SPA que recibieron tratamiento con antagonistas del TNF entre Octubre de 1999 y Enero de 2006. Analizamos la supervivencia terapéutica de dichos agentes mediante curvas de supervivencia de Kaplan-Meier. De las causas de su retirada (ineficacia, reacción adversa y otras causas) excluimos los casos de suspensión por remisión de la enfermedad. Se incluyeron 161 pacientes (AR = 124; SPA = 37), los cuales recibieron un total de de 182 (142 AR y 40 SPA) tratamientos: 46 (45 AR y 1 SPA) Adalimumab (ADM), 48 (30 AR y 18 SPA) Etanercept (ETN) y 88 (67 AR y 21 SPA) Infliximab (IFM).

Resultados: De los 142 tratamientos administrados en AR, 100 (70,42%) continúan en la actualidad con un tiempo medio de supervivencia del fármaco de 1529 (14-2151) días. Se observaron 42 eventos que obligaron a suspender el tratamiento. De los 45 tratamientos con ADM, 38 (88,44%) permanecen en tratamiento con un tiempo medio de supervivencia del fármaco de 860 (28-1002) días. Siete (15,56%) suspendieron el tratamiento: 3 por ineficacia, 3 por reacciones adversas y 1 por gestación. De los 30 tratamientos con ETN, 23 (76,67%) mantienen el tratamiento con un tiempo medio de supervivencia de 1311 (64-1603) días. Siete (23,33%) tratamientos fueron interrumpidos: 3 por ineficacia y 4 por reacciones adversas. De los 67 tratamientos con IFM, 39 (58,21%) se mantienen con un tiempo medio de supervivencia de 1444 (14-2151) días. 28 (41,79%) se han suspendido: 9 por ineficacia, 16 por reacción adversa y 3 por abandono voluntario del tratamiento. De los 40 tratamientos en pacientes con SPA, 36(90%) continúan en la actualidad con un tiempo medio de supervivencia de 1718 (87-2074) días. De los tratamientos con ETN y ADM todos (100%) se mantienen actualmente. De los 21 con IFM, 17 (80,95%) se mantienen con un tiempo medio de supervivencia de 1615 (129-2074) días y 4 (19,05%) se han suspendido: 1 ineficacia, 2 reacciones adversas, 1 por sospecha no confirmada de linfoma. No se observaron diferencias significativas al comparar la supervivencia de cada uno de los agentes ($p = 0,14$). En conjunto el 29,58% de los tratamientos en AR fueron suspendidos el tratamiento, mientras que solo el 10% de los tratamientos en SPA (OR = 3,78 IC 95% 1,29-11,28).

Conclusiones: 1. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de tratamientos suspendidos. Las pequeñas diferencias observadas pueden deberse al diferente tiempo de tratamiento con cada agente más que a diferencias directamente imputables a los mismos. 2. Los antagonistas del TNF tienen una mayor supervivencia en los pacientes con SPA que en los pacientes con AR. 3. Las causas de suspensión con ADM y ETN fueron imputables, por igual, a ineficacia y reacciones adversas; mientras que las interrupciones del IFM fueron más frecuentemente debidas a reacciones adversas y, más rara vez, a ineficacia.

278

PREVALENCIA DE AMILOIDOSIS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

C. García Gómez, J.M. Nolla, C. Masuet*, A. Rozadilla, M. Romera, J. Rodríguez y J. Valverde

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

Objetivo: Determinar la prevalencia de amiloidosis en pacientes con artritis reumatoide (AR) y evaluar posibles factores de riesgo.

Métodos: Se estudiaron 110 pacientes afectados de artritis reumatoide, de más de 2 años de evolución, que acudieron a la consulta externa entre noviembre del 2002 y mayo del 2004. Sistemáticamente se realizó: *a*) una punción-aspiración de la grasa abdominal para analizar la posible presencia de depósitos de amiloide (mediante técnica de rojo congo), *b*) una muestra de sangre y de orina (24 horas) para evaluar los valores de creatinina, VSG, PCR, albúmina y proteinuria, y *c*) una evaluación clínica, en la que se obtuvo información acerca de la edad, género, tiempo de evolución de la AR, presencia de factor reumatoide, nódulos y erosiones, tratamiento realizado (AINE, glucocorticoides, FME actual y número de FME previos) y grado de actividad de la enfermedad según el DAS-28. El aclaramiento de creatinina se calculó mediante la fórmula de Cockcroft-Gault. La amiloidosis clínica se definió por la presencia de proteinuria $>0,5$ g/24 horas y/o insuficiencia renal (creatinina $>1,3$ mg/dl). Las variables se compararon según el test de chi cuadrado o de tendencia lineal si se trataba de variables categóricas, y el test de la *t* de Student o de la *U* de Mann Whitney para variables continuas según presentaran o no una distribución normal. Se consideró como asociación estadísticamente significativa aquella que presentaba un *p*-valor $<0,05$.

Resultados: La prevalencia de amiloidosis fue del 9% ($n = 10$) (IC95%: 3,72-14-46%), siendo más frecuente en las mujeres 9/89 (10,11%, IC 95%: 3,85-16,38), que en los varones 1/21 (4,76%, IC95%: 0,00-13,87) ($p = 0,393$). La edad media en los pacientes que presentaban amiloidosis (61,75 \pm 9,51 años) era similar a los que no la presentaban (60,41 \pm 11,63 años), ($p = 0,726$). El tiempo de evolución medio fue de 12,99 años (DE 8,32), sin observarse diferencias entre los pacientes con o sin amiloidosis ($p = 0,677$); todos los pacientes con depósitos de amiloide tenían un tiempo de evolución de la enfermedad superior a 5 años. La media de aclaramiento de creatinina en los pacientes con o sin amiloidosis fue de 69,95 \pm 23,70 mL/min y 71,77 \pm 23,56 mL/min, y el valor medio de la proteinuria fue de 0,15 g/24 horas (rango 5,25) y 0,1255 g/24 horas (rango 1,08), respectivamente. Sólo un paciente de los 10 presentaba manifestaciones clínicas (proteinuria 24 horas de 5,29 g/24 horas, creatinina 0,8 mg/dl). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto a ninguna de las variables estudiadas, entre los pacientes con amiloidosis y los que no la presentaban.

Conclusión: La presencia de depósitos de amiloide en la grasa subcutánea de los pacientes con AR es una circunstancia frecuente. En la mayoría de los pacientes no comportan afección orgánica.

279

PREVALENCIA DE LOS ANTICUERPOS ANTI-CITOPLASMA DE NEUTRÓFILO EN LA ARTRITIS PSORIÁSICA: ¿UN MARCADOR SEROLÓGICO DE LA ARTRITIS PSORIÁSICA?

J.L. Fernández Sueiro¹, A. Willisch Domínguez², J.A. Pinto¹, S. Pertéga³, 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.

Introducción y objetivos: Los anticuerpos anti-citoplasma de neutrófilo pANCA, se dividen en 4 subgrupos, uno de ellos presenta un patrón de tinción perinuclear y se encuentra fundamentalmente en pacientes con colitis ulcerosa. Teniendo en cuenta la relación existente entre las espondiloartritis y la enfermedad inflamatoria intestinal, el objetivo del presente estudio fue evaluar la asociación de los pANCA con las espondiloartritis.

Pacientes y métodos: a) *Material:* se recogieron sueros de pacientes en seguimiento en el servicio de reumatología que presentaban los siguientes diagnósticos: EA primaria n = 80, Artritis Psoriásica (APs) n = 74, controles sanos n = 86 (HLA-B27+ 35, HLA-B27 negativos 51). Los pacientes con EA y APs forman parte de una cohorte de seguimiento en consultas monográficas. Las muestras se tomaron previa información y consentimiento informado del paciente. b) *Métodos:* La determinación de los pANCA se realizó con el kit comercial NOVA Lite TM ANCA, INOVA Diagnostics®. La visualización de los pANCA se realizó por el método estándar de inmuno fluorescencia indirecta. En cada grupo se determinó la presencia de pANCA con su 95% intervalo de confianza. Para contrastar si existían diferencias significativas en la presencia de pANCA entre los distintos diagnósticos se utilizó un modelo de regresión logística usando como control el grupo de pacientes sanos.

Resultados: un total de 240 muestras fueron analizadas para la presencia de pANCA, de acuerdo a los grupos diagnósticos se obtuvieron los siguientes resultados: EA primaria negativo/positivo 76,3%/23,8%, APs 20,3%/79,7%, sujetos sanos 84,9%/15,1%, (HLA-B27 + 80%/20%, HLA-B27 - 88,2%/11,8%). En conjunto la presencia de pANCA fue significativamente más alta en pacientes con APs (p < 0,001, OR = 22,08) que en pacientes con EA o en personas sanas. En 57 pacientes con APs y pANCA positivos, 37 eran varones y 20 mujeres, 24 presentaban psoriasis tipo I, 33 tipo II, 18 presentaban historia familiar positiva. 19 presentaban oligoartritis, 6 poliartritis, 2 afectación distal aislada, 4 espondilitis y 26 no tenían actividad. El Factor reumatoide fue en todos los pacientes < = 20UI/L. 4 pacientes estaban sin tratamiento, 11 solo AINES y 42 AINES más FAME. Los FAMES eran: 27 MTX, 2 Ciclosporina, 5 Salazopirina, 3 LEF, MTX, 2 MTX más Salazopirina y 3 terapia biológica (infliximab 2, etanercept 1).

Conclusiones: la prevalencia de pANCA con tinción perinuclear, es significativamente mayor en pacientes con artritis psoriásica comparándola con pacientes con espondilitis anquilosante y controles sanos. Los pacientes con APs que son pANCA positivos, no presentan ninguna característica singular tanto desde el punto de vista clínico como terapéutico. Nuestros datos sugieren, basándonos en la alta prevalencia en nuestra serie, que los pANCA pueden ser un nuevo marcador biológico diagnóstico en la artritis psoriásica.

280

ANÁLISIS DE UNA COHORTE DE PACIENTES TRATADOS CON RITUXIMAB

S. Rodríguez Montero, M.L. Velloso, L. Mayordomo, E. Rejón y J.L. Marengo

Sº Reumatología. Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

Introducción: La depleción transitoria de linfocitos B mediante Rituximab, anticuerpo monoclonal quimérico antiCD20, es una de las nuevas opciones terapéuticas más prometedoras en el campo de las enfermedades autoinmunes que se han mostrado refractarias a la terapia inmunosupresora mayor. Presentamos un análisis de los resultados obtenidos al tratar a un grupo de 8 pacientes con patología autoinmune, en su mayoría lupus.

Material y métodos: Dado el carácter refractario de su enfermedad iniciamos tratamiento con Rituximab en 8 pacientes: 1 enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC), 1 solapamiento lupus-esclerodermia, 1 trombopenia autoinmune, y 5 lupus. En este grupo de lupus la afectación predominante era poliartritis en dos casos, nefritis lúpica tipo IV en dos casos, y actividad cutánea severa en un caso. Se evalúa la respuesta al tratamiento mediante los valores de CD19, SLEDAI, SLAM, SF36, y analítica basal, a las 4 y a las doce semanas. La pauta de administración fue de dos dosis de 1 gramo de Rituximab separadas dos semanas, salvo un caso en que se administró 375 mg/m² repetidas 4 semanas consecutivas. El periodo de seguimiento medio fue 6 meses.

Resultados: En el 75% de los pacientes se obtiene depleción efectiva del nivel de CD19 (<1%) en el primer mes, que se mantiene a los 3 meses. El descenso medio de SLEDAI al cabo de 12 semanas en pacientes con lupus fue 44% (18,7%-84,6%). El descenso medio trimestral del SLAM fue 53,25% (25%-81,8%). No se aprecia diferencia estadísticamente significativa en el valor medio de salud física de SF36 a los tres meses de tratamiento, si bien el valor medio de salud mental SF36 asciende un 17,5%. En cuanto al valor de la proteinuria en los pacientes con nefritis lúpica este desciende un 41% en uno de los pacientes mientras que en el otro no se aprecia variación. En el paciente con trombopenia autoinmune no se obtuvo depleción efectiva de CD19 ni mejoría del nivel de plaquetas. En la EMTC que inició el tratamiento por poliartritis se obtuvo depleción completa de CD19 asociado a un descenso del 57% en el conteo de articulaciones inflamadas, mientras que el esclerolupus que también presenta poliartritis no mejora el conteo articular. Se registran dos efectos adversos en una misma paciente con lupus, una bacteriemia por Salmonella enteritidis, y una reacción infusional anafilactoide. Dicha paciente ha sido retratada a los 8 meses, con una pauta de prednisona e hidroxocina las 48h previas a la infusión, tras experimentar una recuperación de CD19 simultáneamente a una exarabación de la poliartritis y las necesidades de prednisona.

Discusión: La experiencia obtenida en esta pequeña cohorte de pacientes tratados con Rituximab, en los que aproximadamente el 75% consiguen una rápida y marcada reducción en los índices de actividad global, habla a favor de una eficacia clínica a corto-medio plazo en enfermedades autoinmunes con diverso espectro de afectación órgano-específica, y con buena tolerancia del fármaco en la mayoría de pacientes (solo hay que destacar una infección en un paciente tratado con ciclofosfamida de forma simultánea). Sin embargo la heterogeneidad clínica, diferentes pautas posológicas, y variados tratamientos concomitantes, hacen necesarios estudios controlados prospectivos, doble ciego, para determinar con mayor precisión la eficacia clínica, perfil de seguridad de Rituximab, y el papel de las células B en estas enfermedades de origen autoinmune.

281

EL REUMATÓLOGO CONSULTOR EN URGENCIAS. ANÁLISIS DE LOS PACIENTES EVALUADOS DURANTE 20 MESES POR NUESTRO SERVICIO

S. Rodríguez Montero, M.L. Velloso, L. Mayordomo, E. Rejón y J.L. Marengo

Servicio Reumatología, Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

Introducción: La falta de coordinación entre los servicios de Urgencias y Reumatología es uno de los puntos deficitarios de nuestro ámbito hospitalario. La figura del médico especialista consultor es uno de los instrumentos que se han desarrollado en los últimos años para intentar solventar esta carencia. Exponemos a continuación la experiencia de nuestro servicio en esta interacción directa con el servicio de Urgencias.

Material y métodos: Con el fin de establecer un sistema de comunicación directa entre los médicos de urgencias y el Servicio de Reumatología, se designó hace dos años una figura de reumatólogo consultor (que recae sobre el especialista encargado de la planta de hospitalización), que atendería en horario de 8:30 a 15:00 las llamadas de los médicos de urgencias según un protocolo previamente acordado.

Resultados: Desde enero de 2004 a agosto de 2005 se han evaluado un total de 396 pacientes, 52% mujeres, con edad media de 47,8 años. Los motivos de consulta fueron los siguientes:

	Nº pacientes	Porcentaje
Sintomatología monoarticular periférica	196	49,5%
Monoartritis estéril	53	
Microcristales	56	
Artrosis reagudizada	23	
Bursitis / tendinitis	55	
Hemartros	6	
Séptica	2	
Sintomatología axial	13	3,3%
Brote enfermedad Inflamatoria previa	42	10,6%
Cuadro Sistémico (fiebre + artritis + lesiones cutáneas)	24	6%
Lesiones cutáneas	36	9%
Fiebre	9	2,5%
Poliartritis de debut	27	6,8%
Polimialgia Reumática	7	1,8%
Artralgias sin artritis	24	6%
Otros	18	4,5%

Ingresan 38 pacientes (9,6%): 13 cuadros sistémicos, 7 artritis periféricas, 5 por fiebre, 5 poliartritis. Se evaluaron 10 pacientes pediátricos, destacando 3 casos de artritis crónica juvenil, y un caso de osteomielitis.

Conclusión: Mediante este sistema de interacción urgencias-reumatología conseguimos: el diagnóstico precoz de artropatías inflamatorias evitando el retraso de la lista de espera habitual, una gestión adecuada de los ingresos obviando aquellos innecesarios, así como optimizar la derivación de pacientes a consultas.

282

OSTEOMIELITIS TUBERCULOSA PERIFÉRICA EN PACIENTES INMUNOCOMPETENTES

N. Cid Boza, J. Palomino Nicás*, C. Aguilera Cros, M. Lisbona Muñoz, P. Cejas Cáceres y A. García López

*Servicio de Reumatología, *Servicio de E. Infecciosas. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

Introducción: La tuberculosis (TB) osteoarticular supone el 10% de las formas extrapulmonares de TB y el 1-3% de los casos globales de TB. Las principales formas clínicas de TB osteoarticular

son la osteomielitis (OM) vertebral y la artritis. La OM de origen TB (OMTB) y localización exclusiva extravertebral es una manifestación poco frecuente y comporta dificultad diagnóstica en pacientes inmunocompetentes. Analizamos la epidemiología y clínica de la OMTB periférica en nuestro medio.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de los pacientes inmunocompetentes diagnosticados de osteomielitis tuberculosa extravertebral en nuestro centro en el período 1989-2005, describiendo la epidemiología, clínica, diagnóstico, tratamiento y evolución.

Resultados: Entre 45 episodios de TB osteoarticular en pacientes sin infección VIH controlados en nuestro servicio en el período 1989-2005, 5 (11,1%) pacientes (80% mujeres, 20% hombres) presentaron OMTB extravertebral. Las características de los mismos se exponen a continuación:

Descripción	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5
Edad	57	51	66	65	39
Localización	Fémur	Clavícula	Fémur	Pelvis	Húmero
Clinica	Dolor + Tumefacción	Dolor + Supuración + Fístula	Dolor + Meningitis	Dolor + Febrícula	Dolor
Demora diagnóstica	36 meses	40 meses	4 meses	1,5 meses	24 meses
Antec TB/inmigrac	No / No	No / No	No / No	No / No	Si / No
Microbiología	ZN+ Low-	ZN- Low+	ZN- Low+	ZN- Low+	ZN- Low NR
Histología	Gr. caseif	Gr. caseif	Gr. caseif	Gr. caseif	Gr. no caseif
Patrón radiológico	Mixto	Espina ventosa	Quístico	Infiltrativo	Quístico
Tto quirúrgico	Si	Si	Si	No	No
Evolución	Curación	Curación	Curación	Seguimiento	Curación

Conclusiones: La osteomielitis tuberculosa extravertebral es una forma poco frecuente de tuberculosis en pacientes inmunocompetentes. A pesar de la clínica de dolor focal, el diagnóstico suele hacerse de forma tardía, precisando de la asociación de estudio histológico y microbiológico específico. El pronóstico es bueno tras la instauración de tratamiento tuberculostático, precisando en algunas ocasiones cirugía coadyuvante.

283

ARTRITIS SÉPTICA DE SÍNFISIS PÚBLICA

S. Rodríguez Montero, M.L. Velloso, P. González, L. Mayordomo, E. Rejón y J.L. Marengo

Sº Reumatología. Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

Introducción: Presentamos dos casos de artritis séptica de sínfisis pública, una rara entidad clínica de difícil diagnóstico, registrados en nuestro servicio durante los últimos ocho años.

Métodos: *Caso 1.* Mujer, 38 años, sin antecedentes de interés, que ingresa por dolor pélvico con impotencia funcional para la deambulación, acompañado de fiebre y malestar general de cuatro días de evolución. En pruebas complementarias destacan anemia 7,5 gr/dL, VSG 140, y erosiones más esclerosis en TAC de pubis. Se cultiva en sangre y aspirado de sínfisis pública *S. Aureus coagulasa* positivo. Tras breve estancia en UCI por cuadro séptico la evolución fue satisfactoria con antibioterapia específica que se mantuvo durante seis semanas. *Caso 2.* Varón, 52 años, HTA sin otros antecedentes de interés que ingresa por dolor púbico con incapacidad para la deambulación de una semana de evolución sin sintomatología general acompañante. Destaca leucocitosis 15400, elevación RFA, TAC pubis con erosiones corticales, y RMN con hiperintensidad de musculatura abductora y obturadora. Cultivo aspirado sínfisis pública: *P. Aeruginosa*. Buena evolución tras antibioterapia parenteral precisando tratamiento rehabilitador para el déficit funcional.

Discusión: La artritis séptica de pubis es una enfermedad poco frecuente, de riesgo en atletas, ADVP, neoplasias pélvicas, y tras cirugía de incontinencia urinaria. El diagnóstico es difícil, preci-

sando diferenciarla de la osteopatía púbrica (afectación inflamatoria estéril), ya que puede presentarse exclusivamente con manifestaciones locales y sin síntomas generales. La clave diagnóstica es la artrocentesis púbrica guiada por TAC, necesitando antibioterapia iv prolongada, y en algunos casos desbridamiento quirúrgico, para garantizar el éxito terapéutico.

284

FIBRODISPLASIA OSIFICANTE PROGRESIVA. PRESENTACIÓN DE CINCO CASOS

B. Varas de Dios, G. Ruiz Bonilla, F.J. Bachiller Corral, M.L. Gámir Gámir, M. Vázquez Díaz y A. Zea Mendoza
Servicio de Reumatología. Hospital Ramón y Cajal.

Introducción: La Fibrodisplasia osificante progresiva (FOP) es un raro desorden genético autosómico dominante. Se caracteriza por una extensa osificación subepidérmica durante la infancia seguido de osificación heterotópica generalizada e invalidante de tendones, ligamentos, músculo esquelético y otros tejidos conectivos.

Objetivos: Describir las características clínicas y radiológicas de cinco pacientes con FOP que han estado en seguimiento en nuestro hospital, tres de ellos en la actualidad.

Presentación clínica: Presentamos cinco casos de FOP de entre 7 y 42 años, 3 mujeres y dos varones, que son o han sido tratados y seguidos por el servicio de Reumatología de nuestro hospital. Todos ellos presentan malformaciones congénitas características: hallux valgus, pulgares de implantación baja y acortamiento de 1ª metatarsfalángica. Han presentado clínica en forma de brotes con aparición recurrente de bultomas dolorosos que posteriormente se osifican, con la consiguiente rigidez y limitación severa de la movilidad de las áreas afectadas. Los estudios radiológicos muestran la formación de hueso sobre múltiples elementos de partes blandas. Varón de 34 años, presenta afectación severa de columna vertebral, caderas, rodillas y hombros. Tiene además restricción pulmonar por osificación torácica y disfgia por afectación de musculatura mandibular. Ha recibido tratamiento con Etidronato, Alendronato, Rofecoxib y AINEs. El segundo caso, de 17 años, desde el comienzo de la enfermedad ha presentado afectación de columna cervical, hombros, caderas, codos y toda la musculatura paravertebral. Ha recibido ciclos quimioterápicos (por diagnóstico inicial de Fibromatosis Infantil Difusa), Etidronato, Clodronato, AINEs y bolos de Metilprednisolona sin claro beneficio. Niña de siete años y medio diagnosticada a los 18 meses, presenta episodios de tumefacción, calor y rubor en forma de varios brotes anuales, localizados en región cervical y dorsal con posterior osificación de partes blandas de las zonas inflamadas con gran limitación a la movilidad vertebral más hiperlordosis. En tratamiento con Etidronato desde los 2,5 a 5 años en ciclos trimestrales. Mujer nacida en 1963, diagnosticada de FOP a los 3 años de edad con retraso del crecimiento. Última revisión a los 42 años con posterior abandono por parte de la paciente de su seguimiento, con situación de microstomía de 2 mm, anquilosis axial, cintura escapular, codos y rodillas. Clinodactilia de manos y pies. Antecedentes personales de TVP sóleo-gemelar y cardiopatía secundaria a FOP y numerosos cuadros de infección respiratoria. Mujer diagnosticada de FOP a los 7 años con afectación severa de columna vertebral, extremidades superiores e inferiores con tratamiento sintomático desde el inicio de la enfermedad y posterior fallecimiento a los 45 años de edad por cuadro de insuficiencia cardiorrespiratoria. En la actualidad los tres primeros pacientes reciben tratamiento con ciclos de Pamidronato intravenoso trimestral de uso compasivo. No han presentado efectos secunda-

rios, y ninguno de los dos casos ha presentado nuevos brotes inflamatorios, manteniéndose clínica y radiológica mente estables.

Conclusiones: La Fibrodisplasia osificante progresiva provoca una osificación músculo-tendinosa generalizada y progresiva sin tratamiento curativo conocido. El uso de los nuevos bifosfonatos puede ser una alternativa terapéutica útil en estos enfermos.

285

LEFLUNOMIDA ASOCIADA A ETANERCEPT. MEJORÍA FUNCIONAL TRAS 24 SEMANAS DE TRATAMIENTO

M. Romero Gómez, R. Cáliz, M. Guzmán y E. Collantes
Servicio Reumatología. Hospital Universitario Virgen de Las Nieves. Granada, Servicio Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Objetivo: Valorar capacidad funcional de pacientes con AR durante 24 semanas de tratamiento con Etanercept.

Métodos: Se incluyeron 70 pacientes con AR en tratamiento con Etanercept durante 24 semanas. Todos los pacientes tienen enfermedad moderada o grave y no han respondido a un mínimo de 2 FAME solos o en combinación (protocolo de la SER modificado). Se administró dosis de Etanercept de 25 mg dos veces a la semana asociado a MTX o Etanercept asociado a Leflunomida, y solo un 10% con otros FAME o en combinación de más de uno, según protocolo habitual. Para valorar capacidad funcional se utilizó el HAQ como indicativo de mejoría funcional realizándolo al inicio del tratamiento y tras 24 semanas. Se recoge así mismo de las historias clínicas DAS 28 al inicio y tras 24 semanas.

Resultados: De los 70 pacientes, 18 varones y 52 mujeres, con una media de edad de 52 años y un tiempo medio de evolución de enfermedad de 7,3 años; 40% tratados con Leflunomida asociada a Etanercept; 30% tratados con Etanercept más MTX y el resto con otros FAME o en combinación. Si hacemos diferenciación en cuanto al FAME utilizado obtenemos que más del 80% de los que estaban con Etanercept y Leflunomida obtienen una capacidad funcional normal, 70% de los que tenían asociado MTX adquieren una capacidad funcional normal y similar resultado cuando estaban con más de un FAME y uno de ellos era Leflunomida. Así mismo el DAS 28 en la semana 0 fue de 6,02 y tras 24 semanas 3,7 con reducción de 2,32 sin evidenciar diferencias en cuanto al FAME utilizado.

Conclusión: En nuestra experiencia el tratamiento con Etanercept en pacientes con AR activa y refractaria proporciona una mejoría clínica y funcional de la enfermedad evidenciando ligera superioridad, sin resultados estadísticos, cuando el DMARD utilizado es la leflunomida frente a otros.

286

VALORACIÓN DE RESULTADOS DE ANTICUERPOS ANTIPÉPTIDOS CITRULINADOS (ANTI-CCP), SOLICITADOS POR UN SERVICIO DE REUMATOLOGÍA HOSPITALARIA A LO LARGO DE UN AÑO

E. Uriarte Itzazelaia*, J. Atxotegi Sáenz de Buruaga*, A. Prada Iñurrategi**, M. Calabozo Raluy*, F. Pérez Ruiz*, E. Garmendía Sánchez*, A. Arrieta Gutiérrez** y A. Alonso Ruiz*

**Servicio de Reumatología, **Servicio de Inmunología. Hospital de Cruces. Barakaldo-Bizkaia.*

Objetivos: Análisis de los resultados obtenidos en 321 solicitudes de anti-CCP a lo largo del año 2005, en pacientes con patología osteomuscular. Análisis de los resultados obtenidos en pacientes diagnosticados de Artritis Reumatoide (AR).

Materiales y métodos: Se analizaron los resultados obtenidos durante el primer año de la aplicación de la determinación de los anti-CCP, en los 321 pacientes estudiados en la consulta de reumatología. Estos 321 pacientes se clasificaron según su diagnóstico inicial en: AR: 86p; Artritis psoriásica (Aps): 8p; Artritis sin filiar: 37p; otras patologías: 187p. Como grupo control se escogieron 187 sujetos sin artritis. La determinación de los anti-CCP se realizó mediante la técnica ELISA (QUANTA Lite TM CCP Ig ELISA (INOVA Diagnostics). Se compararon los resultados con la determinación del Factor Reumatoide realizada por Nefelometría (Dade-Boering).

Resultados: De los 321 pacientes (235 m/86 v): 86 pacientes fueron diagnósticos de AR (59m/27v). 1. Dentro del grupo de AR obtuvimos los siguientes resultados: Tabla1. 2. Resultados del total de pacientes: de los CCP+ (64): 49 AR; 5 A. sin filiar; 1 Aps; 9 otras patologías. De los CCP- (257): 37 AR; 36 A. sin filiar; 7 Aps; 177 otras patologías. 3. Valor diagnóstico de los anti-CCP en la AR: Los resultados de Sensibilidad (S), Especificidad (E), Valor Predictivo Positivo (VPP), Valor Predictivo Negativo (VPN) se resumen: S: 56,92% E: 96,25% VPP: 84,48% VPN: 82,94%. 4. Correlación de los títulos entre anti-CCP/FR. Se estudia mediante el test de Spearman (Pruebas no paramétricas). Spearman's rs: 0,33 (p: 0,02). Existe una débil correlación entre los títulos de las dos variables.

AR: (n: 86)	CCP+	CCP-	FR+	FR-
CCP + n: 49 (56,97%)	-	-	44 (51,16%)	5 (5,81%)
CCP- n: 37 (43%)	-	-	9 (10,46%)	28 (32,55%)
FR+ n: 35 (61,62%)	42(48,83%)	11 (12,79%)	-	-
FR- n: 33 (38,37%)	4(4,65%)	29 (33,72%)	-	-

Conclusiones: En nuestro grupo de enfermos diagnosticados de AR hemos encontrado que los anti-CCP aumentan la eficiencia en el diagnóstico de AR. También Hemos encontrado una débil aunque significativa correlación entre los títulos de los anti-CCP y el FR.

287

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE LAS ESPONDILODISCITIS INFECCIOSAS DIAGNOSTICADAS EN LOS PERÍODOS 1976-1990 Y 1991-2005

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

Objetivo: Comparar los aspectos epidemiológicos, clínicos, microbiológicos y evolutivos de las espondilodiscitis diagnosticadas entre 1976-1990 (grupo 1) y 1991-2005 (grupo 2) en nuestro servicio.

Métodos: Se revisó una base de datos actualizada que contiene datos de 91 espondilodiscitis infecciosas en las que fue posible aislar un microorganismo causal. Los diagnósticos etiológicos se realizaron por medio de: 1) Punción-biopsia positiva. Siempre y cuando existiesen clínica y hallazgos radiológicos sugestivos de espondilodiscitis se aceptaron asimismo como métodos diagnósticos: 2) Hemocultivos (2 ó más). 3) Granulomas caseificantes (TBC) en el foco estudiado o a distancia. 4) Serología a Brucella. Se revisaron edad, sexo, factores de riesgo, días entre el comienzo de los síntomas y el diagnóstico, tipo de dolor, presencia de fiebre, localización, compromiso neurológico, microorganismos identificados, hallazgos de laboratorio, radiológicos y evolutivos. El análisis estadístico se realizó por medio del test de Fischer.

Resultados: Se encontraron 42 casos en el grupo 1 y 49 en el grupo 2. La edad media fue de 60 años (límites 15-87) y 56 años (lí-

mites 14-86) respectivamente. Se encontraron 22 mujeres en el grupo 1 (52%) y 15 en el grupo 2 (30%). Se encontraron factores de riesgo en 20 (47%) y 27 (55%) casos. La fiebre estuvo presente en 26 (61%) y 32 (65%) pacientes. El retraso medio diagnóstico fue amplio en ambos grupos (108 y 86 días respectivamente). La localización fue en el grupo 1: cervical 1 (2%), dorsal 9 (21%), lumbar 31 (75%), asociaciones 1 (2%). En el grupo 2: cervical 4 (8%), dorsal 14 (28%), lumbar 29 (63%), asociaciones 1 (1%). Existía compromiso neurológico al ingreso en 7 (16%) y 9 (18%) casos respectivamente. Los microorganismos aislados se muestran en la tabla 1. Los hallazgos de laboratorio y radiológicos fueron similares en ambos grupos. Precisarón cirugía 5 (11%) y 10 (20%) pacientes respectivamente. Aproximadamente un 20% de los individuos en ambos grupos quedaron con secuelas estáticas o neurológicas. Se produjeron 5 óbitos (1 en el grupo 1 [2%] y 4 [8%] en el 2).

	Grupo 1 (n = 42)	Grupo 2 (n = 49)
<i>Staphylococcus aureus</i>	9	17
<i>Staphylococcus coagulasa negativo*</i>	2	7
<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	8	13
<i>Brucella melitensis*</i>	10	4
<i>Escherichia coli*</i>	8	1
<i>Streptococcus spp</i>	3	5
<i>Candida albicans</i>	1	1
<i>Proteus mirabilis</i>	0	1
<i>Haemophilus influenzae</i>	1	0

* p < 0,05

Conclusión: En las últimas décadas en nuestro medio han disminuido el número de casos de espondilodiscitis causados por Brucella spp y E. coli y han aumentado los causados por Staphylococcus coagulasa negativos, probablemente por el incremento en el número de venoclisis. Se mantienen similares Streptococcus, Mycobacterium tuberculosis y Staphylococcus aureus.

288

MAYOR FRECUENCIA DE SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO PORTADORES DE GENOTIPOS DEFICIENTES DE LECTINA FIJADORA DE MANANO

J. Font¹, J. Plaza¹, P. Brito-Zerón¹, N. Nardi¹, S. Aguiló¹, A. Vargas¹, R. Belenguer², F. Lozano² y M. Ramos-Casals¹

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

Objetivo: Investigar el papel de los genotipos deficientes de la lectina fijadora de manano (MBL) en la asociación de síndrome antifosfolipídico (SAF) en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES)

Métodos: Se incluyeron 114 pacientes consecutivos con diagnóstico de LES. Los polimorfismos de la MBL se estudiaron mediante la secuenciación de DNA tipificando la región del promotor y exon 1 del gen MBL2. Los genotipos considerados deficientes fueron 0/0, 0/XA y XA/XA.

Resultados: Los pacientes con LES portadores de genotipos deficientes de MBL tuvieron una frecuencia de SAF 3,5 veces superior respecto a los portadores de otros genotipos (39% vs. 12%, p = 0,005). El grupo de pacientes con LES y genotipos deficientes de MBL tuvo una mayor prevalencia de trombosis venosa (22% vs. 4%, p = 0,016), lesiones valvulares (71% vs. 32%, p = 0,026), disfunción valvular grave (57% vs. 7%, p = 0,0004), insuficiencia

renal crónica (30% vs. 4%, $p = 0,001$) así como una mayor puntuación de SLICC (2,09 vs. 1,26, $p = 0,029$). No hubo diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la prevalencia de anticuerpos antifosfolípido incluyendo anticoagulante lúpico (44% vs. 31%), IgG-aCL (43% vs. 26%) e IgM-aCL (9% vs. 19%). Los pacientes portadores de genotipos deficientes de MBL tuvieron niveles mayores de colesterol total (228,6 vs. 202,3 mg/dL, $p = 0,017$) y colesterol LDL (139,9 vs. 121,9 mg/dL, $p = 0,045$). En el análisis multivariado la insuficiencia renal crónica ($p = 0,024$) y el SAF ($p = 0,046$) demostraron ser variables independientes.

Conclusión: La existencia de genotipos deficientes de MBL aparece como un marcador genético importante en la asociación de SAF en los pacientes con LES. Nuestros resultados pueden explicar la asociación de los genotipos deficientes de MBL con la enfermedad cardiovascular de los pacientes con LES descrita en estudios previos, a través de la relación detectada entre deficiencia de MBL y SAF.

289

DIFERENCIAS EN LOS FACTORES DE RIESGO Y LA CALIDAD DE VIDA ENTRE PACIENTE CON OSTEOPOROSIS ESTABLECIDA Y SEVERA. RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE LA COHORTE ESPAÑOLA DEL ESTUDIO OSSO

E. Martín-Mola¹, J.C. Vesga², M.L. Rentero³, A. Rodríguez⁴, A. Aragón⁵ y M.D. Toledo⁶

¹Hospital La Paz. Madrid, ²H. Txagurritxu. Vitoria, ³Lilly Research Center. Madrid, ⁴H. Ramón y Cajal, ⁵H. Ntra. Sra. del Prado, ⁶H. Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

OSSO es un estudio europeo observacional prospectivo en pacientes con osteoporosis severa en una cohorte en España.

Objetivo: Describir en un estudio a doce meses las diferencias en los factores de riesgo y la calidad de vida entre dos cohortes de pacientes, un grupo constituido por osteoporosis severa y un grupo control con osteoporosis establecida. Este resumen muestra los datos de seguimiento a los 12 meses.

Método: Se recogieron datos demográficos y factores de riesgo de osteoporosis de mujeres con osteoporosis establecida de 64 centros. Un mayor riesgo de fractura fue definido como a) historia de 2 o más fracturas por fragilidad y/o b) inadecuada respuesta a los antirresortivos. Se obtuvieron 104 pares, cada par estaba formado por una paciente con osteoporosis severa (caso) y otra con osteoporosis establecida (control). Las variables de emparejamiento fueron la edad, los años desde la menopausia y los años con tratamiento antirresortivo. Estos pares se compararon para los factores de riesgo de osteoporosis y la calidad de vida durante un periodo de seguimiento de 12 meses.

Resultados: Más del 90% de las pacientes tomaban uno o más medicamentos para el tratamiento de la osteoporosis durante el tiempo de seguimiento. La mayoría tomaban calcio y vit D. Alendronato, Risedronato y Raloxifeno fueron los antirresortivos más utilizados en ambos grupos (54,6%, 23,5 y 18,8% respectivamente). En el grupo de osteoporosis establecida el 61% tomaban una o más medicación relacionada con el riesgo de osteoporosis y caídas y el 54,7% en el grupo de osteoporosis severa. Los fármacos hipotensores fueron los más frecuentes en ambos grupos (54%).

En el grupo de osteoporosis establecida los antidepresivos y las benzodiazepinas fueron los siguientes utilizados 32,3% y 26,2% respectivamente. En el grupo de osteoporosis severa las benzodiazepinas se tomaron en un 48,1% y los antidepresivos en un 21,2%. La incidencia de fracturas en los 12 meses de seguimiento

fue de un 8,6%. No hubo diferencias significativas entre los pares. Dentro de las enf. concomitantes la artritis reumatoide fue la más frecuente seguida de enf. Obstructiva crónica y urolitiasis (28,5%, 21,1% and 17,1% respectivamente). El dominio de autocuidado en el test Euroqol es el único con diferencias estadísticamente significativas. **Qualeffo:** la cohorte de osteoporosis establecida presentó una mejoría significativa en el apartado de dolor (10,3 $p = 0,01$), función física (8,3 $p < 0,01$) total **Qualeffo** (6,9 $p = 0,01$) y percepción general de salud (9,71 $p < 0,01$).

Conclusiones: En este tipo de pacientes la comorbilidad es muy importante y además toman varios medicamentos que pueden incrementar el riesgo de osteoporosis y caídas. La calidad de vida es mejor en el grupo de OP establecida. Estos aspectos podrían tener influencia en la utilización de recursos y en el gasto sanitario.

290

LA REDUCCIÓN DE LOS VALORES DE PROTEÍNA C REACTIVA DESPUÉS DE LA FASE DE INDUCCIÓN CON INFLIXIMAB PUEDE PREDECIR LA RESPUESTA MANTENIDA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

M.V. Hernández, J.A. Gómez-Puerta, E. Graell, I. Vázquez, C. Moll, J.D. Cañete y R. Sanmartí

Servicio de Reumatología. Hospital Clínic. Barcelona.

Introducción: El tratamiento con infliximab se ha mostrado eficaz a corto plazo en muchos pacientes afectados de artritis reumatoide que no han mejorado con tratamiento inductor de remisión (FAME). Sin embargo, a largo plazo, un porcentaje de estos pacientes discontinúan la terapia biológica por ineficacia.

Objetivo: Analizar, en pacientes con artritis reumatoide, si existe algún factor predictivo de respuesta mantenida a la terapia biológica con infliximab.

Material y métodos: Análisis de una serie de pacientes con artritis reumatoide (AR) que iniciaron tratamiento con infliximab, a dosis de 3mg/kg según pauta establecida, en un hospital terciario entre febrero de 2000 y junio de 2005. En caso de pérdida de eficacia se aumentaba la dosis o se disminuía el intervalo entre infusiones antes de valorar su retirada. Se analizaron basalmente: edad, género, factor reumatoide, tiempo de evolución de AR, nº de FAME previos, y tratamiento concomitante con metotrexato y/o glucocorticoides. Antes de iniciar el tratamiento y en cada una de las visitas siguientes se valoró: nº de articulaciones dolorosas (NAD) e inflamadas (NAI), capacidad funcional (HAQ modificado), VSG, proteína C reactiva (PCR), índice DAS-28 e IL6. Se analizaron si existían diferencias en los parámetros demográficos, clínicos y analíticos en los pacientes que mantenían el tratamiento con infliximab (grupo 1) y en los que se había retirado por ineficacia (grupo 2) de forma basal y a las 2, 6 y 14 semanas.

Resultados: Durante este período iniciaron tratamiento con infliximab 65 pacientes con AR: 56 mujeres (edad media: 57,3 años; rango: 28-81 a) y 9 hombres (edad media: 58,2 años; rango: 46-69 a). El período de tratamiento con infliximab fue de: 199,5 \pm 50,2 semanas en el grupo 1 y 75,4 \pm 47,2 semanas en el grupo 2. De estos 65 pacientes, 15 siguen tratamiento con infliximab en la actualidad (23,2%) (grupo 1), 25 se retiraron por ineficacia primaria o secundaria (pérdida de eficacia con el tiempo) (38,5%) (grupo 2), 22 se retiraron por efectos adversos (33,8%), y 3 por otros motivos (4,5%). Al inicio, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en las características demográficas, clínicas y analíticas. A las 2 y 6 semanas se observó una mejoría de los parámetros de actividad inflamatoria en ambos

grupos, sin embargo, a las 14 semanas, se observó un incremento de los valores de PCR en el grupo 2, que resultaron más elevados que en el grupo 1, aunque las diferencias no fueron significativas ($2,5 \pm 2,5$ mg/dl vs. $1,3 \pm 1,5$ mg/dl, respectivamente; $p > 0,05$). Cuando se analizó el porcentaje de reducción de la PCR respecto a los valores basales, a las 14 semanas el 85,7% de los pacientes del grupo 1 presentaba una reducción de PCR $> 50\%$ respecto a su valor basal, mientras que en el grupo 2 sólo se observó en el 47,6% de los pacientes ($p = 0,02$). No se observaron diferencias significativas entre ambos grupos en el resto de parámetros analizados.

Conclusión: En pacientes con AR, una disminución de la PCR superior al 50% a las 14 semanas de iniciado el tratamiento con infliximab podría identificar a aquellos pacientes que presentarán una respuesta mantenida al tratamiento.

291

POLIMORFISMOS DE CTLA4 Y SU RELACIÓN CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN POBLACIONES EUROPEAS

I. Ferreiro-Neira¹, F. Coteló Romar¹, E. Pérez Pampin¹, S. D'Alfonso², S. Migliaresi³, G. Domenico Sebastiani⁴, E. Balada⁵, J. Ordí⁵, F.N. Skopouli⁶, M. Mavromati⁶, R.E. Schmidt⁷, T. Witte⁷, R. Pullmann⁸, P. Carreira⁹, M. Marchini¹⁰, R. Scorza¹⁰, E. Endreffy¹¹, A. Kovacs¹², C. Papasteriades¹³, I. Kappou-Rigatou¹³, S. Ruzickova¹⁴, C. Dostal¹⁴, M. Bijl¹⁵, C.G. Kallenberg¹⁵, J.J. Gómez-Reino¹ y A. González¹

¹Laboratorio de Investigación 2, Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario de Santiago. Santiago de Compostela, ²Dipartimento di Scienze Metiche. Università del Piemonte Orientale. Novara, ³Rheumatology Unit. Second University of Naples. Nápoles, ⁴Ospedale S. Camillo. Forlanini. U.O. Complessa di Reumatologia. Roma, ⁵Medicina Interna. Laboratorio de Investigación en Enfermedades Autoinmunes. Hospital Vall d'Hebrón. Barcelona, ⁶Pathophysiology Department. Athens University Medical School. Atenas, ⁷Division of Clinical Immunology. Department of Internal Medicine of the Hannover Medical School. Hannover, ⁸Medical Clinic II. Martin Faculty Hospital. Jessenius Medical Faculty. Martin. Eslovaquia, ⁹Unidad de Reumatología. Hospital 12 de Octubre. Madrid, ¹⁰Clinical Immunology. University of Milan and Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico. Mangiagalli e Regina Elena. Milan, ¹¹Paediatrics Department. Albert Szent-Györgyi Medical and Pharmaceutical Centre. University of Szeged. Hungría, ¹²Department of Rheumatology and City Hospital. Szeged. Hungría, ¹³Department of Histocompatibility and Immunology. Evangelismos Hospital. Atenas, ¹⁴Molecular Biology and Immunogenetics. Dept. Institute of Rheumatology. Praga, ¹⁵Department of Internal Medicine. Division of Clinical Immunology. University Hospital Groningen. Groningen. Holanda.

Objetivos: Se pretende definir el papel de los polimorfismos de CTLA4 en la susceptibilidad al LES en población caucásica europea. CTLA4 es una molécula inmuno-inhibidora esencial para la prevención de la autoinmunidad. Algunos de sus polimorfismos se han encontrado asociados con diversas enfermedades autoinmunes (diabetes tipo 1, enf. de Graves...) lo que parece indicar que estos polimorfismos predisponen a múltiples formas de autoinmunidad. Sin embargo, aunque se han realizado múltiples estudios de asociación de CTLA4 con LES en un amplio número de poblaciones, los resultados han sido contradictorios e inconsistentes.

Métodos: Se obtuvieron 13 colecciones de muestras de DNA de 8 países europeos: España (3), Italia (3), Grecia (2), Alemania, República Checa, Eslovaquia, Hungría y Holanda. Cada colección incluye unos 100 pacientes con LES (según los criterios de clasificación de la ACR) y 100 controles de la misma procedencia hasta un total de 1688 pacientes y 1718 controles. Se han estudiado 9 SNPs en CTLA-4 que incluyen los que habían mostrado asociación con susceptibilidad a LES u otras enfermedades au-

toinmunes en trabajos previos: CTAF343, rs1863800, MH30, -1722, +49, CT60, JO31, JO30 y JO27. El genotipado se realizó mediante la técnica de extensión de base única (SNaPshot Multiplex Kit de Applied Biosystems). El análisis de los resultados se realizó considerando la procedencia heterogénea de las muestras.

Resultados: Un primer análisis no muestra diferencias significativas en la frecuencias alélicas de los polimorfismos estudiados ni en la distribución de haplotipos entre pacientes con LES y controles en la población europea. Un análisis más detallado de las muestras españolas sugiere la posibilidad de que existan dos fenotipos clínicos en los pacientes con LES, cada uno asociado con distintos alelos de polimorfismos de CTLA4. Esta hipótesis está siendo explorada en las otras colecciones de muestras.

Conclusión: No encontramos evidencia de asociación entre susceptibilidad a LES y polimorfismos de CTLA4 en uno de los estudios de epidemiología genética más amplios realizado en LES. Sin embargo, es posible que exista asociación de algún fenotipo particular con alelos específicos.

292

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE ARTRITIS PRECOZ. PREVALENCIA DE ALTERACIÓN TIROIDEA

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

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

Objetivos: 1. Estudio descriptivo de los pacientes con artritis reumatoide (AR) atendidos en una consulta monográfica de artritis precoz (UAP) del ámbito IMAS (Hospitales del Mar y Esperanza). 2. Comparar diferencias de prevalencia de alteración tiroidea entre los pacientes con AR y un grupo control (GC).

Material y métodos: Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de AR según los criterios de clasificación de la ACR de 1987 y como GC los pacientes sin enfermedad articular inflamatoria derivados a la UAP desde enero 2003 hasta la actualidad. De los pacientes con AR se recogieron las siguientes variables: demográficas (edad, género, antecedentes familiares de AR), de enfermedad (curso, extensión, simetría, rigidez matutina, localización y síntomas-enfermedades asociadas), clínicas (NAT66, NAD68, EVA dolor-0-100 mm, HAQ, DAS28), biológicas (VSG-mm/h, PCR-mg/dl, FR-U/ml, PCC, ANA) y tipo de tratamiento. De ambos grupos (AR y C) se recogieron, además, los valores analíticos de TSH y los antecedentes familiares de enfermedad tiroidea. Se definió "alteración tiroidea" cuando los niveles de TSH eran $< 0,35$ y/o > 5 mcUI/ml. Los datos se analizaron mediante SPSS (v14.0).

Resultados: 1. 33 pacientes con AR (25M/8H), edad media $55,9 \pm 15,2$ años y duración media de la enfermedad de 32 ± 24 semanas. Las características basales de enfermedad se presentan en la Tabla. El 66,7% de los pacientes presentaban FR positivo (+) con un valor medio de $75,1 \pm 60,9$ mg/dl, el 42,4% PCC + y el 46,5% ANA +, en su mayoría a títulos bajos ($< 1/80$). 3 pacientes (9,1%) referían antecedente familiar de AR. El porcentaje de pacientes activos definido por un DAS28 $\geq 3,2$ o un NAT66 > 5 fue del 76% y 33,2% respectivamente. Los valores medios de VSG, PCR, NAT66, NAT68, EVA dolor, HAQ, y DAS28 se presentan en la Tabla. Los pacientes seguían tratamiento con analgesia (6,1%), AINE (63,6%) y corticoides (54,5%) y no había ninguno con FAME en la primera visita. 18 pacientes aportaban radiología de manos y/o pies con presencia de erosiones en 4 casos

(22,2%). 2. De 30 pacientes con AR (N total = 33) y de 24 del GC (N total = 27) se disponen valores de TSH. No se encontraron diferencias de prevalencia de alteración tiroidea entre los 2 grupos (AR = 10%, GC = 8,3%). 4 pacientes con AR y 2 del GC presentaban antecedentes familiares de enfermedad tiroidea.

Parámetro	Media	± DE	Rango
VSG (1-20 mm/h)	24,7	16,1	6-80
PCR (0-0,2 mg/dl)	1,4	1,8	0,2-7,1
NAT66	4,8	5,3	0-22
NAD68	6,6	6,6	0-22
DAS28	4,1	1,3	1,8-6,9
HAQ (0-3)	0,6	0,5	0-2
EVA dolor (0-100 mm)	40,1	24,3	0-100

Conclusiones: 1. El inicio poliarticular, simétrico, asociado a rigidez matutina, con afectación de manos y seropositivo (FR y/o PCC) fue la forma más prevalente de presentación de la AR en nuestra serie. 2. Casi el 50% de los enfermos eran ANA + y en 4 casos se detectaron nódulos reumatoideos al inicio. 3. Aunque no se encuentran diferencias de prevalencia de alteración tiroidea entre AR precoz y controles, tal como se ha demostrado en AR establecida, quizás la inclusión de un mayor número de pacientes permita alcanzar significación estadística.

293

DESCRIPCIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE ARTRITIS PRECOZ. EXPERIENCIA DE TRES AÑOS

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

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

Introducción: El desarrollo de unidades de artritis precoz (UAP) hospitalarias, permite un diagnóstico precoz y la instauración de una estrategia terapéutica adecuada para intentar mejorar el pronóstico de los pacientes.

Objetivo: 1. Estudio descriptivo de los pacientes con artritis remitidos a la UAP del ámbito IMAS (Hospitales del Mar y la Esperanza) desde enero de 2003 hasta enero del 2006.

Material y métodos: Se incluyeron todos los pacientes mayores de 16 años, con artritis de una o más articulaciones y menos de un año de evolución. Se excluyeron del seguimiento los pacientes que tras la primera visita fueron diagnosticados de: fibromialgia, artrosis, microcristalina, séptica, lupus eritematoso sistémico, vasculitis u otra conectivopatía. En todos los pacientes se recogieron las siguientes variables: demográficas (edad, género, antecedentes familiares), de enfermedad (tiempo de evolución, extensión, curso, localización, evolución, presencia de manifestaciones asociadas), clínicas (NAT66, NAD68) y tratamiento. Los datos se analizaron según el paquete estadístico SPSS para windows v14.0.

Resultados: 146 pacientes han sido derivados a la UAP en un periodo de tres años, procedentes de CAP (67,8%), urgencias (14,4%) y otro servicio (17,8%). El tiempo medio de espera hasta la primera visita fue de $11,5 \pm 9,7$ días. 31 pacientes (21,2%) fueron excluidos en la primera valoración: 3,4% por evolución mayor de un año, y el 17,8% por diagnóstico excluyente (6,8% artrosis, 8,2% microcristalina, 2,8% otras) y de 14 no se disponen datos por pérdida de seguimiento. Se atendieron en la unidad 101 pacientes (30,7% H / 69,3% M), de edad media $49,7 \pm 16,4$ años y con una duración media de los síntomas de $6,6 \pm 4,6$ meses. En la

figura 1 se muestran los diagnósticos obtenidos en la primera visita. Las características clínicas, de enfermedad y tratamiento se presentan en la tabla.

Característica		%
Curso	Agudo	35,6
	Subagudo	64,4
Extensión	Monoarticular	6,9
	Oligoarticular	36,6
	Poliarticular	55,4
	Polimiálgico	1
Rigidez matutina	Ausente	26,7
	Presente	73,3
Simetría	Simétrico	53,5
	Asimétrico	46,5
Localización	Manos	55,4
	Pies	12,9
	Manos y pies	24,8
	Otras	6,9
	Otras manifestaciones	Anemia
	Nódulos	4
	Sjögren	7,9
NAT66	≤ 5	81,1
	> 5	18,9
NAD68	≤ 5	69,3
	> 5	30,7
Tratamiento	Analgesia	5
	AINES	61,4
	Glucocorticoides	50,5

Conclusiones: 1. La puesta en marcha de UAP permite una rápida asistencia de los pacientes con artritis para establecer con celeridad una estrategia diagnóstica y terapéutica. 2. El inicio subagudo, poliarticular, simétrico, con afectación de manos y asociado a rigidez matutina fue la forma de presentación más frecuente. 3. La artritis reumatoide y el grupo de las espondilartropatías fueron los principales diagnósticos (56,6%).

294

FACTORES DE RIESGO DE OSTEOPOROSIS EN MUJERES POSMENOPÁUSICAS EN EL HOSPITAL DE FIGUERES: ¿SE TIENE EN CUENTA?

M. Valls Roc y M. Sala Gómez

Hospital de Figueres.

Objetivos: Evaluar los factores de riesgo de osteoporosis (OP), la realización de densitometría ósea (DMO) y el tratamiento prescrito en mujeres posmenopáusicas ingresadas y si todo ello es considerado por los especialistas de nuestro hospital.

Diseño y metodología: Estudio de 100 ingresos consecutivos de mujeres posmenopáusicas en el Hospital de Figueres (servicios de medicina interna, traumatología y cirugía) mediante entrevista personal y revisión de la historia clínica. Se recogieron datos de filiación, motivo de ingreso, factores de riesgo de OP, indicación y realización de DMO según las recomendaciones de la SER y tratamientos prescritos.

Resultados: De los 100 ingresos, 20 se desestimaron por presentar deterioro físico o de las funciones superiores.

De los 80 estudiados: 42 (53%) ingresadas en medicina interna, 9 (11%) en cirugía, y 29 (36%) en traumatología. Edad media de 70,5 años (47-94). *Motivo de ingreso:* procesos cardiorespiratorios 27 (34%), quirúrgicos 23 (28%), fractura de fémur 11 (14%), otros 19 (24%). 46 mujeres (57,5%) presentaban 1 o más factores de riesgo de OP y criterios para realización de DMO: 24 mujeres (52%) fractura previa, 18 (39%) menopausia precoz, 9 (19%) historia materna de fractura de fémur y 6 (13%) tratamiento con

corticoesteroides previo. 16 (34%) presentaban dos o más factores de riesgo. Solo 9 mujeres (19%) tenían realizada una DMO. En cuanto al tratamiento 21 pacientes (26%) tomaba algún fármaco. El más prescrito fue calcio y vitamina D [20 mujeres (25%)] y sólo 6 (7,5%) tomaba un antiresortivo. De las 11 mujeres que ingresaron por fractura de fémur, 10 tenían factores de riesgo de OP: 6 fractura periférica previa, 3 fractura de fémur previa y 4 menopausia precoz, sólo 1 mujer tenía realizada una DMO. 4 tomaban calcio y vitamina D y 1 tomaba antiresortivo desde hacía 4 meses. Ninguna historia clínica contenía datos sobre factores de riesgo de osteoporosis.

Conclusiones: La osteoporosis está muy poco considerada por los especialistas de nuestro hospital. En la anamnesis no se tienen en cuenta los factores de riesgo de OP. La mayoría de mujeres con factores de riesgo de OP no tienen practicada una densitometría y de las pacientes que realizan tratamiento el más frecuente es calcio y vitamina D. Una gran mayoría de las mujeres que ingresaron por fractura de fémur presentaban factores de riesgo y tan sólo una tenía practicada una densitometría.

295

VARIACIÓN GENÉTICA EN LA RUTA DE SEÑALIZACIÓN DEL FACTOR NUCLEAR KAPPA B (NFκB) EN RELACIÓN CON LA SUSCEPTIBILIDAD A ARTRITIS REUMATOIDE

Servet Akar¹, E. Pérez Pampín¹, J. Costas², M. Torres², A. Carracedo^{2,3}, J.J. Gómez-Reino^{1,4} y A. González¹

¹Laboratorio de Investigación 2 y Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario de Santiago, ²Centro Nacional de Genotipado. Santiago de Compostela, ³Instituto de Medicina Legal. Universidad de Santiago de Compostela, ⁴Departamento de Medicina. Universidad de Santiago de Compostela.

Objetivos: Analizar el efecto de la variación genética en los genes centrales de la ruta de señalización del NFκappaB en relación con la susceptibilidad a artritis reumatoide (AR). La AR es una enfermedad compleja con un componente de herencia genética mediado por múltiples loci, la mayoría desconocidos. La ruta de señalización del NFκappaB tiene un papel crítico en la patogenia de la enfermedad ya que está implicada en la expresión de muchos de los genes de respuesta inmune e inflamatoria. Sin embargo, no se ha realizado ningún estudio sistemático para conocer el papel que las variantes genéticas en esta ruta pueden tener en la AR.

Métodos: Se han reclutado en 12 hospitales unos 2000 pacientes con AR según los criterios de clasificación de la ACR y un número similar de controles. Todos pertenecen a la población española caucásica. Se seleccionaron 181 polimorfismos de nucleótido único (SNPs) para cubrir la variación genética en 17 genes centrales en la ruta de señalización del NFκappaB. El genotipado se realizó mediante espectrometría de masas con la técnica Matrix Assisted Laser Desorption /Ionization- Time Of Flight (MALDI-TOF) en un equipo MassARRAY® (SEQUENOM, San Diego, CA). El estudio se ha dividido en una fase exploratoria, que incluye todos los SNPs y una fracción de las muestras (sólo del Hospital Clínico Universitario de Santiago) y una segunda fase de replicación, en la que sólo se analizan, en un segundo grupo de muestras, los SNPs que muestran diferencias significativas en la fase exploratoria.

Resultados: En la primera fase del estudio, se han incluido 458 pacientes y 657 controles. La mayoría de los SNPs, 158 de 181, fueron polimórficos en nuestra población y pasaron la evaluación de control de calidad. Nueve SNPs en dos genes mostraron asociación con RA ($p < 0,05$). El análisis de haplotipos mostró que también los haplotipos de estos dos genes estaban asociados con

AR. En la actualidad estamos en la fase de replicación para confirmar estos resultados.

Conclusión: Nuestros resultados preliminares sugieren que variantes genéticas en los genes centrales de la ruta del NFκappaB están asociadas con susceptibilidad a AR. Esperamos que estas asociaciones proporcionen información sobre pasos críticos en la patogenia de la enfermedad que sean útiles para el manejo de la AR.

296

VALORACIÓN DE LOS FACTORES CARDIOVASCULARES EN NUESTRA POBLACIÓN DE PACIENTES CON AR

A. Laiz*, M.B. Nishishinya*, M.A. Cortes*, C. Geli*, M. Bonfill*, M. Franco**, C. Díaz* y J.M. Mestres***

*Unidad de Reumatología, **Servicio de Medicina Interna, ***Servicio de Cirugía Cardiovascular. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

Objetivo: Describir los parámetros clínico-bioquímicos de riesgo cardiovascular y la presencia de placas carotídeas en pacientes con AR.

Material y métodos: Durante un año se evaluaron prospectivamente y de forma ambulatoria 51 pacientes con AR según ACR (1987). Se registraron los antecedentes familiares y personales así como marcadores clínico-bioquímicos de riesgo cardiovascular y se les midieron las placas carotídeas mediante ecografía (TOSHIBA, sonolayer SSH-140^a).

Resultados: De los 51, 44 eran mujeres (86,27%) y 7 (13,73%) hombres, la edad fue $61,96 \pm 11,38$ (rango 29-83) años. La duración de la enfermedad fue de $12,74 \pm 9,0$, rango de 1-35 años. El FR y la filigrina positivos en un 49,02% y 46% respectivamente. El dolor (VAS) fue de $29,48 \pm 21,3$, el DAS28 $3,8 \pm 1,45$ y el HAQ $0,77 \pm 0,72$. Resultados de factores cardiovasculares, clínicos y bioquímicos (tabla). Datos de ecografía carotídea: Presentaban placa carotídea 17/46 (36,96%), el grosor era menor a 2 mm en 14/46 (30,43%) y mayor en sólo 3/46 (6,52%). La repercusión en el flujo sanguíneo fue normal (<30% de obstrucción) en 14/46 (30,43%), entre 30-50% en 2 pacientes y mayor al 50% en un solo paciente.

Factor	n/N	Porcentaje	Rango
No fumaban	35/48	72,92	
Fumaban	6/48	12,5	
Ex fumadores	7/48	14,58	
Antec cardiovasculares familiar	10/50	20	
Antec cardiovascular personal	4/51	7,84	
HTA	11/49	22,45	
AVC	2/51	3,92	
EPOC	5/45	9,8	
Arteriopatía periférica	3/51	5,88	
Insuficiencia renal	6/51	11,76	
Posmenopáusicas	37/44	85	
BMI <25	14/49	29	
BMI 25-30	26/49	53	
BMI >25	9/49	18	
Perímetro cintura mujer	44	100	
<88	27/41	66	
>88	14/41	44	
Hipercolesterolemia >240 mg/dl	15/51	29,4	125-291
HDL >45 mg/dl, normal	40/50	80	12-114
LDL > 160 mg/dl	13/50	26	60-196
LDL <190 mg/dl	2/13	15,3	
Triglicéridos >200 mg/dl	0/51	0	39-165
Lp(a) >300 mg/dl	12/45	27	10-1642
Homocisteína <14,4 micromo	7/49	14,28	4,72-24,57
Fg coagulante >4g/l	424/44	55	2,87-6,63
PCR >5	29/51	57	1-79
VSG >20	31/51	61	5-103

Conclusiones: En nuestra población se observó: Una frecuencia elevada de antecedentes familiares y personales de enfermedad cardiovascular. Un aumento del colesterol, a expensas de un aumento moderado (>160<190 mg/dl) de la LDL, pese a que se acompaña de un HDL alto (valor normal). Un aumento de las mediciones de la Lpa. Un aumento de los reactantes de fase aguda. Un aumento de la prevalencia de placas carotídeas (comparado con población normal).

297

REGISTRO NACIONAL DE ESPONDILOARTRITIS (REGISPONER). ACTUALIZACIÓN DE 1385 PACIENTES INCLUIDOS

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.

Objetivos: Determinar las características clínico-demográficas, radiológicas y metrológicas de los pacientes con espondiloartritis (EspA) asistidos en centros reumatológicos en España.

Métodos: Estudio observacional y transversal con la participación de 12 centros reumatológicos de toda España. A la base de datos ya existente se han incorporado 424 pacientes que cumplan los criterios de clasificación del grupo europeo para el estudio de las espondiloartropatías (ESSG) o los de Amor (Total actual 1385 pacientes). 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: La edad media (DS) de los 1385 pacientes registrados fue de 47,9 (13,4) años, el 68,2% eran hombres. El 60,9% tenían espondilitis anquilosante (EA), el 20,9% artritis psoriásica (APso), el 14,8% EspA indiferenciada (EspA-ind), el 1,2% artritis reactiva, un 0,9% presentaban artritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal, un 0,9% EspA juvenil y un 0,4% fueron mal clasificados. El tiempo medio de evolución desde los primeros síntomas atribuibles a la enfermedad se cifró en 18,5 (12,9) años. El 23,2% no tuvieron retraso en su diagnóstico y fue superior a 10 años en el 20,6%. El 25,5% había presentado algún tipo de incapacidad laboral. En la tabla se dan algunas de las características clínicas mas relevantes de los pacientes incluidos en el registro, los datos se expresan como media (DS) ó n (%).

	EA (n = 842)	EspA-ind (n = 205)	Artritis psoriásica (n = 290)
Entesitis	212 (25,2%)	26 (19,0%)	41 (14,1%)
HLA-B27	658 (78,1%)	131 (63,9%)	36 (12,4%)
SI (grado II/III/IV) %	17/33/46	09/07/2004	29/17/2
VSG (mm/h)	18,7 (16,9)	16,6 (12,6)	19 (15,4)
PCR (mg/L)	9,9 (16,8)	7,4 (14,9)	8,1 (10,6)
EVA dolor (0-10)	4,1 (2,7)	4,0 (2,9)	2,8 (2,9)
Expansion torácica (cm)	3,6 (2,1)	5,0 (2,2)	3,8 (1,4)
Schöber (cm)	2,8 (1,8)	4,2 (1,6)	4,0 (1,4)
Occipucio-pared (cm)	4,6 (6,0)	0,8 (2,3)	1,1 (3,2)
BASRI-columna (0-12)	6,4 (3,2)	2,2 (1,8)	P< 0,001
BASRI-total (0-16)	7,4 (3,9)	2,3 (1,9)	P< 0,001
BASDAI (0-10)	4,1 (2,4)	4,0 (2,5)	Ns
BASFI (0-10)	3,6 (2,7)	2,7 (2,6)	P< 0,001
ASQoL (0-18)	7,0 (5,1)	5,9 (5,3)	P< 0,01

Conclusión: Los registros de enfermedades son un instrumento de gran utilidad para esclarecer aspectos epidemiológicos, pronósticos, de eficacia y tolerancia terapéutica, calidad de vida y socioeconómicos, ya que se basan en grandes bases de datos elaboradas con información multicéntrica obtenida de forma estandarizada a partir de grandes poblaciones de pacientes.

298

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON AR CONTROLDOS EN LA UNIDAD DE REUMATOLOGÍA DEL H. DE STA CREU I SANT PAU

M.A. Cortes, C. Geli, J.M. Llobet, M.B. Nishishinya y C. Díaz
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

Objetivos: Conocer la adherencia al tratamiento, grado de implicación y estrategias para su cumplimiento.

Material y métodos: Estudio descriptivo realizado en la consulta de enfermería del Hospital de la Sta. Creu i Sant Pau. Se evaluaron 50 pacientes diagnosticados de AR por criterios de ACR-87, durante la primera quincena de diciembre del 2005. Se paso un cuestionario con variables sociodemográficas, estabilidad del tratamiento en meses (anti-inflamatorios no esteroideos- AINEs, glucocorticoides (GC), fármacos modificadores de la enfermedad-FME, trat osteoporosis (Top), responsabilidad en la obtención y preparación de la medicación y estrategias utilizadas para cumplirlo. Para evaluar el cumplimiento se paso el test de Morisky-Green y la metodología de Haynes-Sackett. El análisis de las frecuencias observadas se realizó mediante el paquete estadístico SPSSv.11.

Resultados: Se evaluaron 50 pacientes, 41 mujeres (825) y 9 hombres (18%), de edad media 61,7±11,2 años y rango de (40-83). El 76% eran casados, jubilados el 42%. Están activos el 12%. No había cambio del tratamiento por el médico en un promedio de 17,4±14,5 meses, rango (2-72). El 98% no tiene dificultad en tomar diariamente la medicación, y el 90% la toma cada día. El 84% se responsabiliza de su compra y el 16% la delega, el 92% dice que se la prepara, el 84% cuando toca, la guarda (en la cocina el 52% y el 32% en el comedor), a la vista el 42% y solo el 14% utiliza el pastillero. El 96% asocia la toma con el horario de comidas, y el 74% no utiliza ningún método de control para evitar olvidos. El 38% (19/50) dice que alguna vez olvida tomar algún medicamento, de estos, 13 son no cumplidores (7 en 1 medicamento, 3 en 2, 2 en 3 y 1 en 4). Los toma a la hora indicada el 96%, dicen no dejar la medicación al sentirse bien el 96% y el 98% aunque se sienta mal. El cumplimiento fue: En los que tomaban AINES 30 cumplían y 3 no, FME 46 /1, GC 17 /2, Cal-

cio y vitamina D 10/10, bisfosfonatos 8 / 2, protección gástrica 36/4, Ac fólico 20/2. En 18 partes el motivo de incumplimiento fue por olvido y 2 por intolerancia. El 74% son cumplidores y el 26% no cumplidores.

Conclusiones: Se observó un alto cumplimiento en el tratamiento de la AR (FME, GC y AINEs). El tratamiento de la osteoporosis o su prevención (Ca + vit. D y Bisfosfonatos) fue seguido solo por la mitad de los pacientes. La utilización del pastillero diario o semanal así como señalar en un calendario de las medicaciones semanales o quincenales mejorarían el cumplimiento y su auto control.

299

REGISTRO NACIONAL DE ESPONDILOARTRITIS (REGISPONER): ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE TRATAMIENTOS UTILIZADOS Y SITUACIÓN LABORAL DE 1385 PACIENTES INCLUIDOS

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.

Antecedentes: Los registros de enfermedades son un instrumento de gran utilidad para esclarecer aspectos epidemiológicos, pronósticos, de eficacia y tolerancia terapéutica, calidad de vida y socioeconómicos, ya que se basan en grandes bases de datos elaboradas con información multicéntrica obtenida de forma estandarizada a partir de grandes poblaciones de pacientes.

Objetivos: Conocer que medicamentos usan los reumatólogos españoles para tratar a los diversos grupos de pacientes con espondiloartritis y la situación laboral de los pacientes en el día de inclusión en el estudio

Métodos: Estudio transversal de observación y con la participación de 12 centros de la reumatología españoles. Los pacientes incluidos cumplían los criterios de ESGO o los criterios de Amor. Dos cuestionarios fueron utilizados; el primero fue cumplimentado por el reumatólogo con las variables socio-demográficas, año de los primeros síntomas, año del diagnóstico, movilidad espinal, entesitis, BASRI, VSG, PCR, Antígeno HLA-B27 y tratamientos actuales. El segundo cuestionario fue cumplimentado por los pacientes incluyendo el dolor espinal nocturno medido en EVA, BASFI, BASDAI y ASQoL. Los datos fueron recogidos durante un año, usando el software puesto en el Web site de la Sociedad Española de la Reumatología.

Resultados: 726 (52,4%) pacientes trabajaban en el día de la inclusión, 119 (8,6%) eran amas de casa y 501 (36,2%) no trabajaban. 353 pacientes (25,5%) había presentado un cierto tipo de incapacidad de laboral a lo largo de su vida, de ellos 54 (3,9%) estaban en incapacidad laboral transitoria (debido a la enfermedad, accidente u otras enfermedades), esta categoría se aplica generalmente en las fases de la actividad de la enfermedad y no se extiende mas de seis meses continuados; 61 (4,4%) tenían incapacidad laboral parcial (definitiva para ciertos trabajos especialmente pesados), 77 (5,6%) estaban con incapacidad total (para el trabajo habitual), 152 (el 11%) con incapacidad absoluta (para cualquier tipo de actividad de trabajo) y 9 (0,6%) tenían gran invalidez (necesita a otra persona para la ayuda en

las tareas de la vida de cada día). Con respecto a los diversos tratamientos usados por los pacientes, aparecen representados en tabla.

Tratamientos	EA (n = 842)	APso (n = 290)	EspA-ind. (n = 205)	Otras (n = 42)
AINEs	584 (69,4)	175 (60,3)	141 (68,8)	21 (50)
Corticoides	51 (6,1)	54 (18,6)	26 (12,7)	5 (12)
Metotrexate	56 (6,7)	125 (43,1)	23 (11,2)	6 (14,3)
Salazopirina	98 (11,6)	24 (8,3)	21 (10,2)	7 (16,7)
Leflunomida	4 (0,5)	13 (4,5)	2 (1)	1 (2,4)
Infliximab	115 (13,7)	17 (5,9)	10 (4,9)	8 (19)
Etanercept	24 (2,9)	18 (6,2)	2 (1)	0

300

ASOCIACIÓN ENTRE COMPOSICIÓN CORPORAL Y MASA MINERAL ÓSEA DE UNA MUESTRA POBLACIONAL

A. Romero Pérez*, A. Rivas Velasco, M. Mariscal, G. López, B. Feriche y F. Olea Serrano
Reumatología. Hospital de Baza.

Introducción: Son numerosos los estudios que establecen una correlación entre masa ósea, peso, masa muscular y grasa; las personas con sobrepeso presentan un factor de protección frente a fractura. Están implicados factores mecánicos (papel de almohadillado frente a traumatismos como en cadera), hormonales (reserva grasa estrogénica-endógena importante sobre todo en el periodo crítico de la menopausia) y metabólicos (adquisición de adecuado "capital óseo" y "corporal" para resistir mejor la depleción estrogénica) ect.

Objetivo: Estudiar la relación existente entre diferentes variables antropométricas de composición corporal y DMO en una muestra de sujetos sanos.

Metodología: Procedentes de un estudio transversal de corte, 112 sujetos sanos de diferentes edades y sexos se someten voluntariamente a realización de pruebas densitométricas de calcáneo por absorciometría dual de rx (pixi) y determinaciones de medidas antropométricas obtenidas por un mismo investigador previamente adiestrado. Para lo cual se utiliza báscula calibrada, cinta métrica y plicómetro estándar para obtener datos: [peso, talla circunferencias de brazo (CB), de abdomen (CA), de caderas (CC) y de muslo (CM), pliegues de tríceps (PT), bíceps (PB), subescapular (PS), abdominal (PA) y del muslo (PM)]. Utilizando las fórmulas de Durnin y Womersley se obtienen el resto de valores diferenciados por rangos de edad y sexo [índice de masa corporal (IMC), peso graso (PG), peso magro (PM), área magra, grasa y total de brazo y muslo; y radios de brazo y muslo]. Se aplican test estadísticos paramétricos para obtener las diferentes correlaciones.

Resultados: *Descriptiva del grupo:* edad media: 41,5 (rango 18-67), sexos: mujeres 91(81%), hombres 21(19%). En conjunto (incluyendo ambos sexos) existe gran fuerza de asociación positiva (nivel de $p < 0,01$) entre la DMO y el peso, IMC, PM, CA, CB, área total y muscular de brazo y radio de brazo; existe correlación positiva (nivel $p < 0,05$) con CM y PM (esta última en sentido negativo). Entre los hombres una asociación fuerte positiva ($p < 0,01$) entre DMO y peso, IMC, CA, CC, CB, área total y grasa de brazo y radio de brazo y a nivel de ($p < 0,05$) con PG. Entre las mujeres asociación fuertemente positiva ($p < 0,01$) de la DMO con el radio de brazo y correlación positiva a nivel de ($p < 0,05$) con el peso, IMC, CM, PS y área de brazo magra y total.

Conclusiones: 1. De forma conjunta, y en ambos sexos por separado, los valores antropométricos comunes con mayor fuerza de asociación a DMO son: el radio de brazo, peso, índice de masa

corporal y área total de brazo. 2. Si excluimos peso e IMC, de todos los compartimentos analizados, el brazo obtiene la mayor rentabilidad, ya que la mayoría de sus parámetros presentan correlaciones significativas con la DMO, igualmente la circunferencia abdominal y de muslo presentan rentabilidades muy similares. 3. La realización de sencillas determinaciones antropométricas en la consulta podría ser de gran utilidad como método de detección de pacientes con riesgo osteoporótico, sobre todo si estos presentan factores de riesgo de fractura añadidos (fx. previa, depleción precoz de estrógenos, genética desfavorable, etc).

301

PAPEL DE LA FUERZA MUSCULAR Y EL CONSUMO DE VITAMINA D EN LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA

A. Rivas Velasco*, A. Romero Pérez, M. Mariscal, G. López, B. Feriche y F. Olea Serrano

Reumatología. Hospital de Baza, *Universidad de Granada.

Introducción: La autorregulación local del modelado y remodelado óseo se ejerce por estímulos biomecánicos (microdeformaciones) resultado de la acción locorregional de la fuerza muscular y de la resistencia contragravitacional según define "la teoría mecanostática ósea"; cualidades óseas tan importantes como la resistencia, rigidez y la propia densidad mineral ósea (DMO), se derivan de esta acción. Sobre las consabidas acciones de la vitamina D (vitD) en el metabolismo óseo-mineral: (aumento la absorción de calcio, mineralización ósea, remodelado óseo ect.). Recientes publicaciones le otorgan propiedades ergocinéticas (aumento de fuerza, vigor muscular, ect) que revierten muy positivamente a nivel óseo y en reducción del riesgo de caídas (muy frecuentes en población físicamente depauperada como son los ancianos).

Objetivo: Establecer relaciones entre valores de fuerza muscular de miembros superiores (MMSS) e inferiores (MMII), ingesta de vitD y densitometrías de calcáneo.

Metodología: Estudio de corte que utiliza adultos sanos de ambos sexos que realizan actividades físicas livianas similares, que acuden voluntariamente para realizar pruebas de dinamometría (DNM) en brazos y miembros inferiores, densitometría ósea de calcáneo (pixi) y encuesta nutricional de recuerdo de 24 horas que determina con programa informático (Dietsource) la cantidad de vitD consumida.

Resultados: Sujetos 112: mujeres 91 (81%), hombres 21 (19%). Edad media: 41,5 (rango 18-67). DMO (g/cm²): mujeres 0,519 (0,26-0,78) y hombres 0,665 (0,47-0,88). Consumo medio vitD: varones: 10,1 µgrms, mujeres: 5,17 µgrms. DNM media por sexos (libras): [mujeres (b. Dcho) 26,3, (b. Izdo) 25,1 (piernas) 98,82 hombres (b. Dcho) 46,79 (b. Dcho) 45,17 (piernas) 178,19]. Entre las mujeres: Existe asociación significativa entre la DNM de piernas y la DMO de calcáneo (p < 0,05); mientras que no encontramos significación con DNM en brazos. En ambos sexos: existe correlación significativa entre la DMO de calcáneo y DNM tanto de miembros inferiores y superiores (p < 0,01). El consumo de vitD se correlaciona significativamente con los niveles de DMO calcaneana, en el grupo y en subgrupo de mujeres con valor de (p < 0,05) y (p = 0,01) respectivamente. No hallamos asociación entre vitD y DNM.

Conclusiones: 1. La DMO en calcáneo viene determinada por el efecto loco-regional de la fuerza muscular del tren inferior en la dinamometría, según rige la "teoría mecanostática ósea". 2. El consumo de vitD del grupo está dentro de las recomendaciones de La OMS, asociándose significativamente con la DMO de ambos grupos (p < 0,05), y especialmente en las mujeres (p = 0,01). 3. No he-

mos hallado asociación entre consumo de vitD y parámetros de fuerza muscular; por un lado los niveles activos totales de vitD difieren del aporte exógeno al existir fuentes endógenas como la exposición solar, y por otro; desconocemos si sus efectos ergocinéticos se alcanzan con niveles mayores a los recomendados actualmente.

302

FACTORES ASOCIADOS AL DAÑO RADIOLÓGICO EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE: ESTUDIO TRANSVERSAL EN EL REGISTRO DE ESPONDILITIS REGISPONSER

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

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

La espondilitis anquilosante (EA), es una enfermedad inflamatoria que afecta al esqueleto axial y a las articulaciones periféricas. El dolor, la rigidez y la anquilosis ósea, son causa de restricción de movilidad y de afectación funcional. Diversos factores se han asociado con un curso más grave de la enfermedad.

Objetivo: Determinar en pacientes con EA qué factores se asocian a un mayor daño radiológico.

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 23 variables incluyendo BASRI total y BASRI de columna. 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 realizado tres modelos de análisis de regresión multivariante con el fin de analizar los factores asociados con el BASRI total.

Resultados: En la fase piloto, se han incluido 1385 pacientes, habiéndose analizado 706 casos diagnosticados de EA. Los factores asociados con BASRI total son recogidos en la tabla. El coeficiente de determinación ajustado (R²) es de 0,657.

	Coefficiente de regresión No-estandarizado (IC95%)	Sig.
Edad (años)	0,046 (0,03-0,07)	<0,001
Sexo varón	1,158 (0,74-1,57)	<0,001
BASDAI (cm)	-0,300 (-0,40- -0,20)	<0,001
BASFI (cm)	0,208 (0,10-0,31)	<0,001
Afectación de caderas	0,760 (0,31-1,21)	0,001
Distancia occipucio-pared	0,129 (0,09-0,17)	<0,001
Expansión torácica	-0,143 (-0,24- -0,05)	0,003
Schober modif.	-0,256 (-0,38- -0,13)	<0,001
Rotación cervical 20°-70° (ref >70°)	1,073 (0,62-1,53)	<0,001
Rotación cervical <20° (ref >70°)	2,292 (1,60-2,98)	<0,001
Duración de los síntomas	0,045 (0,002-0,07)	<0,001
Prótesis de caderas	2,063 (1,07-3,06)	<0,001
Ejercicio físico	-0,380 (-0,73- -0,03)	0,033

Conclusión: El modelo presentado explica en un 65% la variación del BASRI. Sin embargo, la mayoría de los factores asociados con el daño radiológico, son inherentes a la evolución general del proceso.

303

FACTORES PRONÓSTICOS DE REMISIÓN EN ARTRITIS REUMATOIDE DE COMIENZO RECIENTE

I. Vázquez¹, E. Graell¹, C. Moll¹, J. Gratacós², A. Gómez-Centeno², M. Larrosa², M.G. Ercilla³, M.V. Hernández¹, J.D. Cañete¹ y R. Sanmartí¹

¹Unidad de Artritis. Hospital Clínico de Barcelona, ²Servicio de Reumatología. Hospital Parc Taulí, ³Servicio de Inmunología. Hospital Clínico de Barcelona.

Objetivo: Determinar la frecuencia y factores pronósticos de remisión en una cohorte de pacientes con artritis reumatoide (AR) de inicio tras dos años de la aplicación de un algoritmo terapéutico con fármacos modificadores de la enfermedad (FAMEs) y dosis bajas de glucocorticoides.

Métodos: Un total de 105 pacientes (81% mujeres) con artritis reumatoide de menos de dos años de evolución, fueron tratados con el mismo protocolo terapéutico que incluía sales de oro IM como primera opción y metotrexate (en terapia secuencial o combinada) en caso de respuesta inadecuada o aparición de efectos adversos, junto con dosis bajas de glucocorticoides (5 mg/prednisona). La duración media de la enfermedad fue de 10 ± 6,7 meses. El 75,7% de los pacientes presentaban un DAS28 > 5,1 al inicio del tratamiento. El FR y los anti CCP fueron positivos en el 74,3% y el 70,6% de los pacientes respectivamente. La actividad clínica (NAD28, NAI28, VSG, PCR, DAS28) y la respuesta terapéutica EULAR se analizó cada 6 meses. Se determinaron también parámetros demográficos, inmunogenéticos (genotipo HLA-DRB) y radiológicos (índice de Larsen). La medida de desenlace principal fue la presencia de remisión (DAS28 < 2,6) a los 2 años de seguimiento. Se realizó un análisis estadístico bivariable y multivariante (regresión logística) para determinar qué parámetros basales se asociaban a remisión a los dos años.

Resultados: A los dos años de seguimiento, el 32,4% de los pacientes estaban en remisión. En el análisis bivariante, el índice de actividad clínica basal (DAS28 < 5,1) (p = 0,004), la hemoglobina (p = 0,04) y el género masculino (p = 0,02) se asociaron a remisión. No se encontró asociación con la edad, el genotipo HLA-DRB1, el daño radiológico basal, VSG, PCR ni la presencia de FR o antiCCP. En el análisis de regresión logística, el único factor independiente asociado a remisión clínica fue el tener un DAS28 < 5,1 (OR 4,1, 95% CI 0,09; 0,64, p = 0,004).

Conclusión: Un tercio de los pacientes con AR de inicio están en remisión después de un protocolo estructurado con FAMEs. El índice de actividad clínica basal se constituye como el principal factor pronóstico asociado a remisión a los dos años de seguimiento.

304

TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL INICIO DE LOS SÍNTOMAS DE LA ARTRITIS REUMATOIDE HASTA EL COMIENZO DE TRATAMIENTO CON EL PRIMER FÁRMACO MODIFICADOR DE LA ENFERMEDAD

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

Objetivo: Analizar el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas de la Artritis Reumatoide (AR) hasta el comienzo del primer fármaco modificador de la enfermedad (FME).

Material y métodos: Estudio observacional. Se incluyeron sujetos diagnosticados de AR que acudieron a consultas de reumatología desde 1989 hasta diciembre de 2005. Se recogieron datos socio-demográficos, clínicos y FMEs utilizados. Se analizó el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas de la AR hasta la prescripción del primer FME a lo largo del tiempo transcurrido desde Junio 1963 hasta Diciembre 2005, dividiéndolo en 6 períodos: Período 1: Junio 1963-Diciembre 1989, Período 2: Enero 1990-Diciembre 1995, Período 3: Enero 1996-Diciembre 1999, Período 4: Enero 2000- Diciembre 2001, Período 5: Enero 2002-Diciembre 2003, Período 6: Enero 2004-Diciembre 2005. Se realizó un estudio descriptivo.

Resultados: Se analizaron 1280 pacientes, 954 (75%), fueron mujeres, con una edad media al inicio de la AR de 54 años ± 17,16. Un total de 671 pacientes (63%) estaban casados, sin estudios 59 (11,68%), y 759 (68%) eran amas de casa o jubilados. La media de tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas de la AR hasta el inicio del primer fármaco modificador de la enfermedad fue de: en el período 1: 14,07 años ± 9,45; en el período 2: 4,37 años ± 3,45; en el período 3: 1,95 años ± 2,01; en el período 4: 1,55 años ± 1,42; en el período 5: 1,12 años ± 0,86; y en el período 6: 4,45 meses ± 4,31.

Conclusiones: Nuestros datos ponen de manifiesto la progresiva y drástica disminución del tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas de la AR hasta el uso del primer FME, siendo sólo de 4 meses en los últimos años, sugiriendo que los pacientes con AR tienen garantizado el acceso a la terapia con FME en un plazo de tiempo razonable.

305

GESTIÓN DE LAS CONSULTAS DE REUMATOLOGÍA EN FUNCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES

E. Loza, L. Abásolo, D. Clemente, R. López-González, L. Rodríguez, C. Hernández-García, B. Fernández-Gutiérrez y J. Jover

Servicio de Reumatología. Hospital Clínico de San Carlos. Madrid.

Introducción: Uno de los grandes problemas de nuestro Sistema Nacional de Salud son las listas de espera. La gestión de nuestra actividad asistencial debe garantizar que el acceso sea adecuado a las necesidades del paciente.

Objetivos: Examinar diferencias en la calidad de vida de los pacientes que acuden a consultas de reumatología de un hospital terciario en relación al tipo de acceso empleado y la lista de espera del mismo.

Material y métodos: Estudio transversal. Se incluyeron todos los sujetos que acudieron a consultas del Servicio de Reumatología, desde marzo del 2005 hasta octubre del 2005 (primera visita). Sus datos sociodemográficos, clínicos y tipo de acceso por el que acuden al servicio se recogen en una base de datos relacional (SGR). Variables de calidad de vida: Índice de Roser [0-1, (0 = estar muerto, 1 = calidad de vida perfecta)] y sus dos componentes distress (A = no distress, B = distress leve, C = distress moderado, D = distress severo) y discapacidad [1-8, (1 = no discapacidad, 8 = estar en coma)]. Variables de tipo acceso: 1) Acceso general (sujetos que acuden desde Atención Primaria); 2) Acceso IT (sujetos con incapacidad laboral temporal que son citados a partir de los partes de baja laboral de inspección laboral); y 3) Acceso CRU (sujetos procedentes del Servicio de Urgencias). Se realizaron estudios descriptivos y regresión logística.

Resultados: Se analizaron 3.594 pacientes, 70% mujeres con una edad media de 55,5 años ± 16,8. El 30% pertenecían al acceso

CRU (vistos en un plazo máximo de 3 días), 30% al acceso IT (evaluados en un plazo máximo de 3 días) y 40% al acceso general (esperaron a ser valorados un mínimo de 30 días y un máximo de 84). La media del Índice de Rosser fue de 0,941 en el acceso CRU, 0,966 en el acceso IT y 0,979 en el general. Una discapacidad superior a 4 puntos (pacientes que como máximo podían realizar labores habituales ligeras) se obtuvo en el 41% de los pacientes con acceso CRU, 36% en el acceso IT y 14% en el acceso general. Un peor distress (C y D) se describió en el 35% de los pacientes de CRU, 25% en la IT y 18% en nuevos generales. El acceso CRU tuvo mayor riesgo de presentar un Rosser peor, [OR = 1,01 (IC 95% 1,01-1,38)] en relación con el acceso IT, y [OR = 3,64 (IC 95% 3,30-3,38)] respecto al acceso general, de presentar peor discapacidad, en relación con los nuevos generales [OR = 4,5 (IC 95% 3,59-5,34)] y de tener peor distress en relación con el acceso IT [OR = 1,43 (IC 95% 1,17-1,73)], y [OR = 2,53 (IC 95% 2,09-3,05)] en relación con el acceso CRU.

Conclusiones: Nuestros resultados ponen de manifiesto la existencia de diferencias en cuanto a la calidad de vida de los pacientes que acuden por primera vez a las consultas de Reumatología, siendo aquellos con peores valoraciones los que antes se atienden. La implementación de valoraciones de la calidad de vida como el Índice de Rosser, de forma rutinaria y sistemática, tanto en Atención Primaria como en Especializada, puede ayudar a la hora de optimizar la gestión de las consultas de Reumatología, y servir también como una herramienta de ayuda en la práctica clínica.

306

UNA BUENA RESPUESTA TERAPÉUTICA AL INICIO DEL TRATAMIENTO CON FAMES PREDICE LA REMISIÓN CLÍNICA A LOS DOS AÑOS DE SEGUIMIENTO. ESTUDIO PROSPECTIVO EN 105 PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DE INICIO

C. Moll, I. Vázquez, E. Graell, J. Gratacós, A. Gómez-Centeno, O. Viñas, M. Larrosa, J.A. Gómez-Puerta, J.D. Cañete y R. Sanmartí

Unidad de Artritis, Servicio de Inmunología, Hospital Clínico de Barcelona, Servicio de Reumatología. Hospital Parc Taulí.

Objetivo: Determinar si una respuesta terapéutica precoz (a los 6 meses) tras la introducción de FAMES, predice la remisión clínica a los dos años de seguimiento, en paciente con artritis reumatoide (AR) de inicio reciente.

Métodos: Un total de 105 pacientes (85M/20H) con AR de inicio reciente (<2años de duración de la enfermedad) fueron tratados con un mismo protocolo terapéutico estructurado que incluía sales de oro parenterales como primera opción y metotrexato (en terapia secuencial o combinada) en caso de respuesta inadecuada o aparición de efectos adversos, junto con dosis bajas de glucocorticoides (5 mg/ prednisona). Todos los pacientes fueron seguidos de forma prospectiva durante un período de 2 años. En el momento de la inclusión y cada 6 meses se analizaron diferentes parámetros de actividad de la enfermedad (NAD28, NAI28, DAS28, PCR, VSG, HAQ), así como el grado de respuesta terapéutica (criterios de la ACR y de la EULAR). Se determinó si existía asociación entre la presencia de remisión a los 2 años y la obtención de una significativa respuesta terapéutica (ACR50 y buena respuesta EULAR) a los 6 meses de iniciada la terapia anti-reumática.

Resultados: A los dos años de seguimiento, el 32,4% (n = 34) de los pacientes estaban en remisión. A los 6 meses, un 51% de los

pacientes había obtenido una respuesta ACR50 y un 30,7% una buena respuesta EULAR. Dicho porcentaje de respuesta ACR 50 a los 6 meses era significativamente mayor en los pacientes que estaban en remisión a los dos años que en los que no (66,7% frente 43,3%; p = 0,04). Dicha circunstancia también se observó al evaluar la buena respuesta EULAR (50% frente 20,9%; p = 0,003). Asimismo, la tasa de remisión a los 2 años, fue significativamente superior en los pacientes que obtuvieron una respuesta ACR50 a los 6 meses frente a aquellos que no la obtuvieron (44,1% frente 20%; p < 0,01). Resultados similares se obtuvieron al considerar la buena respuesta EULAR (54,8% frente 25,7%; p = 0,01).

Conclusión: Una buena y significativa respuesta terapéutica durante los primeros meses de la introducción de un protocolo terapéutico con FAMES en pacientes con AR de inicio, predice mayores tasas de remisión clínica a los dos años de seguimiento.

307

VARIABILIDAD EN EL USO DE ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS EN LA ARTRITIS REUMATOIDE

E. Loza, L. Abasolo, D. Clemente, R. López-González, L. Rodríguez, C. Lajas, B. Fernández-Gutiérrez, J. Jover y C. Hernández-García

Servicio e Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivos: Examinar el uso y factores asociados al empleo de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) en pacientes con Artritis Reumatoide (AR).

Material y métodos: Estudio transversal, a partir de historias clínicas de sujetos diagnosticados de AR seleccionados aleatoriamente de un "pool" de pacientes atendidos en 46 servicios clínicos de 16 comunidades autónomas españolas durante 1998-1999. Se analizaron variables sociodemográficas, clínicas, tratamientos recibidos y haber tomado algún AINE. Se realizaron análisis descriptivo, bivariados y multivariados.

Resultados: Se analizaron un total de 1379 pacientes, 1133 (85%) tomaron algún AINE durante la evolución de su enfermedad. De éstos, el 73% fueron mujeres, con una duración media de la enfermedad de 10,7 años \pm 7,9. La mayoría estaban casados y tenían algún tipo de estudios (77% y 82% respectivamente). El 75% de los pacientes tenían el factor reumatoide positivo, y casi el 85% estaban en clase funcional III-IV y tenían actividad inflamatoria. Más del 80% de los pacientes que tomaron AINEs presentaron comorbilidad asociada y complicaciones extraarticulares. Casi el 90% estaban tomando protectores gástricos. En el análisis multivariado encontramos un menor uso de AINEs en: pacientes mayores de 65 años [OR = 0,59 (IC 95% 0,39-0,89)], AR con manifestaciones extraarticulares [OR = 0,56 (IC 95% 0,37-0,85)], y en pacientes que tomaron analgésicos [OR = 0,48 (IC 95% 0,31-0,74)]. El uso de AINES se asoció fuertemente con la toma de protectores gástricos [OR = 3,74 (IC 95% 2,42-5,76)], pero también con las AR con actividad inflamatoria persistente [OR = 1,87 (IC 95% 1,17-3,58)]. Por último, los pacientes que tomaron AINEs generaron mayor número de consultas relacionadas con la AR [OR = 1,17 (IC 95% 1,08-1,26)].

Conclusiones: El uso de AINES se asoció a AR más agresivas (con manifestaciones extraarticulares, actividad inflamatoria persistente). Como esperábamos su uso se asoció fuertemente a la prescripción de protectores gástricos. Sin embargo, a pesar de no ser fármacos que precisen una monitorización estrecha, generaron mayor número de consultas relacionadas con la AR.

308

CAMBIOS EN LA TERAPIA DE INICIO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

M. Blanco, E. Loza, P. Macarrón, D. Clemente, R. López-González, L. Rodríguez, L. Abásolo y J. Jover
Servicio de Reumatología. Hospital Clínico de San Carlos. Madrid.

Objetivo: Examinar los cambios en el tratamiento de inicio de la Artritis Reumatoide (AR) a lo largo del tiempo.

Material y métodos: Estudio observacional. Se incluyeron sujetos diagnosticados de AR que acudieron a consultas de reumatología desde 1989 hasta diciembre de 2005. Se recogieron datos socio-demográficos, clínicos y tratamientos farmacológicos. Se analizaron las características del tratamiento de inicio de la AR (tipo de fármaco: corticoide o fármacos modificadores de la enfermedad (FME), y uso en monoterapia o terapia combinada de los FME, en los 100 primeros días desde la instauración del primer fármaco independientemente del origen del mismo), a lo largo del tiempo transcurrido desde Junio 1963 hasta Diciembre 2005, dividiéndolo en 6 periodos: Período 1: Junio 1963-Diciembre 1989, Período 2: Enero 1990-Diciembre 1995, Período 3: Enero 1996-Diciembre 1999, Período 4: Enero 2000- Diciembre 2001, Período 5: Enero 2002-Diciembre 2003, Período 6: Enero 2004-Diciembre 2005. Se realizó un estudio descriptivo.

Resultados: Se analizaron 1280 pacientes, 954 (75%), fueron mujeres, con una edad media al inicio de la AR de 54 años \pm 17,2. Un total de 671 pacientes (63%) estaban casados, sin estudios 59 (12%), y 759 (68%) eran amas de casa o jubilados. Los fármacos más utilizados durante el periodo 1 fueron las sales de oro (66%) y los corticoides (15%), durante el periodo 2 las sales de oro (43%) y el metrotexato (25%), en el periodo 3 los corticoide (32%) y las sales de oro (27%), durante el periodo 4 los corticoides (36%) y el metrotexato (30%), en el periodo 5 los corticoides (39%) y el metrotexato (35%) en tanto que en el periodo 6 el metrotexato (42%) y los corticoides (28%). El tratamiento de inicio exclusivamente con corticoides disminuyó desde el 11% en el periodo 1, al 6% en el periodo 6. El tratamiento de inicio con monoterapia con FMEs varió del 84% en el periodo 1, al 60% en el periodo 6. La terapia combinada con 2 o más FME fue del 5% en el periodo 1, y del 34% en el periodo 6.

Conclusiones: Nuestros datos ponen de manifiesto el aumento de uso de metrotexato y de terapia combinada en el tratamiento de inicio de la AR.

309

EFICACIA DEL CAMBIO DE TERAPIA ANTI-TNF-ALFA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE QUE HAN FALLADO A TRATAMIENTO PREVIO CON INFLIXIMAB

M.C. Castro Villegas, G. Huerta-Sil*, V. Pérez Guijo, P. Font Ugalde, E. Muñoz Gomariz, M.D. Miranda García, J.A. Carrasco Fernández, A. Ruiz Ruz y E. Collantes Estévez
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba,
**Servicio de Reumatología. Hospital General de México.*

Introducción: Los agentes biológicos antagonistas de TNF-alfa (infiximab, etanercept y adalimumab) han demostrado ser efectivos en el control de los síntomas y signos de inflamación e inhibir la progresión radiológica en pacientes con artritis reumatoide (AR). Sin embargo, algunos pacientes tienen que discontinuar el tratamiento, bien por falta de eficacia, o bien por la aparición de efectos adversos. En la bibliografía existen pocos datos que nos permitan justificar el cambio otro anti-TNF en pacientes con AR, u otros reumatismos

inflamatorios, que fallan a una terapia biológica, teniendo ésta cuestión importantes implicaciones clínicas en la práctica clínica.

Objetivo: Presentar nuestra experiencia clínica en cuanto a eficacia en el cambio de terapia biológica a etanercept y adalimumab en pacientes con AR que han fallado o presentado intolerancia a tratamiento con infiximab.

Métodos: Realizamos un estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron a un total de 87 pacientes que habían sido tratados con infiximab en el servicio de Reumatología entre 1999 y 2005, de los cuales se seleccionaron aquellos que habían precisado cambio de terapia biológica anti-TNF-alfa. 16 pacientes (14 mujeres, con una media de edad de 49,4 \pm 13,1 años) habían suspendido el tratamiento con infiximab, tras una media de tratamiento de 95,7 \pm 49,4 semanas, a causa de pérdida de eficacia tras una respuesta satisfactoria inicial (14 pacientes) o a causa de efecto adverso (2 pacientes). Se evaluó la eficacia inmediata con infiximab (respuesta a la semana 2 con respecto a la basal) y la eficacia al cambio (respuesta después de 1 mes tras el cambio con relación a la basal con el segundo anti-TNF). La respuesta clínica se valoró mediante el índice de actividad DAS28 al inicio, a la semana 2 y en la última infusión de infiximab y basal y al mes del inicio del segundo anti-TNF. Se calculó el porcentaje de mejoría según criterios ACR20. La comparación de las diferencias se basó en test no paramétricos (test Wilcoxon).

Resultados: De los 16 pacientes, 12 cambiaron de infiximab a etanercept (media de semanas en tratamiento con infiximab 96,3 \pm 50,3, rango: 2-174) y 4 a adalimumab (media de semanas en tratamiento con infiximab 94 \pm 54,2, rango: 30-150). La tabla muestra la puntuación en el índice DAS28 (media \pm DS) en cada grupo de tratamiento. No se encontraron diferencias significativas respecto a la basal en el grupo de adalimumab, probablemente a causa del pequeño tamaño de muestra. En el grupo de etanercept 7/12 pacientes (58,3%) y 2/4 pacientes (50%) en el grupo de adalimumab, cumplieron criterios de mejoría ACR20.

Puntuación DAS28	Grupo infiximab a etanercept (n = 12)	Grupo infiximab a adalimumab (n = 4)
Basal antes infiximab	6,1 \pm 1,5	6,3 \pm 0,7
Infiximab semana 2	3,9 \pm 1,6*	4,6 \pm 0,7
Última infusión infiximab	4,9 \pm 2,5	6,8 \pm 0,7
Basal antes segundo anti-TNF	6,9 \pm 1,2	6,3 \pm 2,1
Segundo anti-TNF 1 mes	4,3 \pm 1,9†	5,2 \pm 1,9

*significación estadística vs. basal con infiximab; †significación estadística vs. basal con 2nd anti-TNF

Conclusiones: En nuestra serie, el cambio entre terapia anti-TNF-alfa parece ser eficaz en pacientes con AR que fallan a una terapia biológica previa, aunque se precisan estudios más amplios en este sentido, dada la importancia clínica en el manejo de este tipo de pacientes refractarios, en los que existen escasas alternativas terapéuticas.

310

EL COSTE DE LA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE EN ESPAÑA. ESTUDIO OBSERVACIONAL DE 600 PACIENTES

G. Kobelt¹, P. Andlin-Sobocki², E. Collantes-Estévez³, J. Gratacos-Masmitja⁴, A. Pocovi⁵, J. Mulero-Mendoza⁶ y el grupo de estudio COST-EA

¹European Health Economics. Estocolmo. Suecia, ²Stockholm Health Economics. Estocolmo. Suecia, ³Hospital Reina Sofía. Córdoba, ⁴Hospital de Sabadell. Barcelona, ⁵Schering-Plough SA. Madrid, ⁶Clínica Puerta de Hierro. Madrid.

Objetivo: Evaluar el impacto de la espondilitis anquilosante (EA) en España, para utilizarlo como valor basal en las estimaciones del coste-efectividad para uso de agentes biológicos.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y transversal en una cohorte de 600 pacientes con EA en 51 centros de España usando la metodología desarrollada en los estudios del Reino Unido y Canadá. Se envió por correo a los pacientes un cuestionario específico en el que se preguntaba por la utilización de recursos sanitarios, desembolsos varios, capacidad laboral y necesidad de asistencia informal en los 3 meses anteriores. El estado funcional y la actividad de la enfermedad se evaluaron usando los índices de funcionalidad y actividad de la enfermedad de Bath (BASFI y BASDAI), mientras que la calidad de vida se midió con la clasificación del estado de salud EQ 5D de cinco dimensiones. Se realizó un análisis descriptivo para estimar los costes y la calidad de vida según la muestra y el grado de intensidad de la enfermedad.

Resultados: La media de edad era de 48 años y la duración media de la enfermedad, de 18,8 años. El 80% de los pacientes eran varones y algo más de la mitad de los menores de 65 años trabajaba. La media de las puntuaciones BASDAI y BASFI era de 4,3 y 3,8, respectivamente, y estaban representados todos los grados de gravedad. Se calcula que la media del coste anual total por paciente es de €20.328. Los resultados se presentan en la siguiente tabla:

	Media	Mediana	Percentil 25	Percentil 75
Edad (años)	48	47	39	47
BASDAI	4,3	4,4	2,3	6,3
BASFI	3,8	3,4	1,2	6,1
Coste anual por paciente (€)	20.328	7.920	794	25.259
Calidad de vida (0-1)	0,59	0,68	0,51	0,79

Los costes sanitarios directos representaron el 22,8%; las inversiones (adaptación) y la asistencia informal, el 43,5% y las pérdidas por productividad, el 33,7%. Los costes se incrementaron de forma significativa conforme empeoró la enfermedad, en especial con la disminución de la función física, y fueron de entre €5.000 y €75.000 por paciente y año. La media de calidad de vida fue de 0,59. La calidad de vida mostró una relación inversamente proporcional con las escalas BASFI y BASDAI y varió entre 0,80 en los pacientes con una puntuación BASFI/BASDAI <3 y 0,25 en aquellos con una puntuación BASFI/BASDAI ≥ 7.

Conclusiones: Al igual que en los estudios anteriores, todos los tipos de costes se incrementan vertiginosamente conforme empeora la enfermedad, mientras que la calidad de vida disminuye de forma significativa. Por tanto, los tratamientos que controlen la actividad de la enfermedad y mantengan la función de los pacientes, pueden compensar con el tiempo los costes elevados y la escasa calidad de vida asociada a la enfermedad.

311

EXPERIENCIA DE LA UNIDAD DE ARTROSCOPIA EN UN SERVICIO DE REUMATOLOGÍA

I. Vázquez, F.J. Rodríguez-Martínez*, M.V. Hernández, E. Graell, C. Moll, R. Sanmartí y J.D. Cañete

*Servicio de Reumatología. Hospital Clínico de Barcelona, *Servicio de Reumatología. Hospital Virgen de la Arrixaca, Murcia.*

Introducción: La artroscopia reumatológica es una técnica que permite la visualización directa de la cavidad articular y la obtención de muestras de tejido sinovial de manera selectiva. Se realiza con anestesia local y de forma ambulatoria. Las complicaciones son raras, siendo las más importantes el hemartros, la artritis séptica y la trombosis venosa profunda. Otras complicaciones meno-

res son: infecciones de la herida quirúrgica, reacciones alérgicas cutáneas y el enfisema del tejido subcutáneo.

Objetivo: Descripción de nuestra experiencia respecto a la utilidad y complicaciones de la artroscopia reumatológica.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de los informes quirúrgicos y revisión de las historias clínicas. Se han utilizado artroscopios de 1,8, 2,7 y 4 mm, según el tamaño de la articulación explorada. La artroscopia se llevó a cabo en un quirófano de cirugía ambulatoria con anestesia local y sedación oral (diazepam 5 mg sl.). Se realizó revisión sistemática de la cavidad articular evaluando la membrana sinovial (grado y distribución de la sinovitis y morfología vascular), el cartílago articular (grado de condropatía), ligamentos y meniscos, obteniéndose biopsias sinoviales de las zonas representativas. Se practicó lavado articular con suero fisiológico estéril, cierre de los portales y vendaje compresivo de la articulación, recomendándose reposo articular durante 48 horas.

Resultados: Durante un período de 6 años se practicaron 332 artroscopias (199M/133H). Las localizaciones fueron: rodilla (n = 299), muñeca (n = 19), MCF (n = 4), IFP (n = 1), codo (n = 7) y tobillo (n = 2). En 38 pacientes (19H/19M) se realizaron dos artroscopias. Las indicaciones fueron en un 19% diagnósticas (artropatía indiferenciada y monoartritis rebelde al tratamiento), en un 21% terapéuticas (artrosis, artritis y artropatía microcristalina), en un 50% diagnóstico-terapéutica (revisión, lavado y biopsia) y en un 10% de investigación (artritis de inicio, respuesta a terapias, etc.). En cuanto al diagnóstico pre-artroscópico de los casos, 56 eran artritis reumatoide, 38 artropatía psoriásica, 8 espondilitis anquilosante, 5 espondiloartropatía indiferenciada, 114 artritis indiferenciadas, 53 artrosis y 31 miscelánea (Behçet, artritis crónica juvenil, Reiter, gota entre otras). La artroscopia contribuyó a establecer el diagnóstico final en 68 de las 114 artritis indiferenciadas, basándose en las características macroscópicas y/o el estudio anatomopatológico, siendo la AR el diagnóstico definitivo en el 50% (n = 34) de los casos. En el grupo de pacientes con artrosis, el lavado articular produjo una mejoría clínica de 6 meses como promedio. La tolerancia a la intervención fue excelente ya que no se interrumpió ningún procedimiento a causa del dolor. Respecto a las complicaciones (n = 4), se produjo 1 artritis séptica y 1 celulitis (ambas en pacientes con tratamiento anti-TNF previo a la artroscopia), 1 trombosis venosa profunda y 1 enfisema subcutáneo de la extremidad artroscopiada.

Conclusiones: la artroscopia es una técnica sencilla, segura, bien tolerada, que contribuye a optimizar el diagnóstico y tratamiento de la patología articular, así como a incentivar la investigación clínica, en un Servicio de Reumatología.

312

LOS PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA CON VARIANTES GENÉTICAS DE CARD15 REQUIEREN MÁS CIRUGÍA PROTÉSICA

E. Graell, J.I. Arostegui*, M.V. Hernández, I. Vázquez, C. Moll, J. Riust*, S. Plaza*, M. Masot*, R. Sanmartí, J. Yagüe* y J.D. Cañete

Unidad de Artritis. Servicio de Reumatología. Servicio de Inmunología. Hospital Clínico de Barcelona.*

Antecedentes: La artritis psoriásica (APs) es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta las articulaciones y la piel, con gran heterogeneidad clínica y genética. Además de la región HLA, recientemente se ha descrito asociación entre variantes genéticas del CARD15 y la APs, aunque algunos estudios posteriores no lo han confirmado. Sin embargo, la mayoría de estudios no incluyen

estratificación clínico-radiológica de los pacientes. El gen CARD15 se encontró originalmente asociado a la Enfermedad de Crohn (EC), y variantes alélicas de este gen aumentan la necesidad de cirugía de la EC.

Objetivo: Analizar la asociación entre las variantes genéticas de CARD15 (R702W, G908R y L1007finsC) y la APs, así como entre variantes genéticas con el fenotipo clínico de APs.

Métodos: Todos los pacientes eran visitados en consultas externas del HCB y cumplían criterios de Moll and Wright para APs. Se recogieron los siguientes datos de forma retrospectiva: patrón articular (poliartritis/oligoartritis), afectación de interfalángicas distales (IFD), onicopatía, entesitis, dactilitis, dolor axial inflamatorio, sacroileitis radiológica, enfermedad erosiva periférica, cirugía protésica articular, número de FAME y terapias anti-TNF- α realizadas. Se realizó la discriminación alélica de las variantes del gen CARD15 (R702W, G908R y L1007finsC), usando la técnica TaqMan[®]. También se determinó el Factor reumatoide (FR), anti-CCP, ANA y HLA-B27.

Resultados: Se incluyeron 98 (51% mujeres) pacientes con APs. Se observaron las siguientes características; la edad de inicio de la APs y los años de evolución (media \pm SD) 40 (\pm 14) y 14 (\pm 16) respectivamente; poliartritis 58%, IFD 39%, cirugía protésica 12%; FR 7%, citrulina 4% y HLA-B27 21%. El porcentaje de pacientes con variantes genéticas de CARD15 fue similar al de la población control (18% vs. 15%), aunque la variable L1007finsC fue más frecuente en pacientes que en controles (6% vs. 1,6%, $p = 0,07$). Se halló asociación entre la presencia de los genotipos R702W y G908R y el requerimiento de cirugía protésica ($p = 0,002$), aunque aisladamente sólo R702W alcanzó significancia ($p = 0,023$) y G908R sólo mostró una tendencia ($p = 0,083$). Los pacientes con la variante G908R tenían menor frecuencia de entesitis y tendinitis ($p = 0,015$) así como una mayor frecuencia de patrón poliarticular, afectación de IFD y enfermedad erosiva, aunque sin alcanzar significado estadístico.

Conclusión: En nuestra población de pacientes con APs, los portadores de la variante R702W del gen CARD15, y posiblemente también los de la variante G908R, tienen un aumento de cirugía protésica. Por otro lado, sólo la variante L1007finsC exhibió una tendencia a la asociación con la APs. Para confirmar la posible utilidad de las variantes del gen CARD15 como factor pronóstico en la APs, se requieren estudios prospectivos con una muestra superior de pacientes.

313

CRITERIOS SEGUIDOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL CAMBIO DE FÁRMACOS MODIFICADORES O BIOLÓGICOS EN LA ARTRITIS REUMATOIDE

J.M. Martín Santos, A. García Chillón, M. González Sagrado* y L.M. Altuzarra Corral

Hospital del Río Hortega. Valladolid, *Sección de Reumatología y Unidad de Apoyo a la Investigación.

Se ha propuesto que una monitorización sistemática de la actividad de la artritis reumatoide (AR) puede mejorar su control y el pronóstico de la enfermedad. Sin embargo, la utilidad de los índices DAS28 y de los criterios de respuesta del ACR diseñados para los ensayos clínicos es cuestionada en la práctica clínica habitual para el seguimiento de los pacientes, en parte por el mayor consumo de recursos y en parte por las dificultades de interpretación en casos de larga evolución.

Objetivos: Establecer los parámetros clínicos que más condicionan la opinión del médico sobre el estado del paciente en la prác-

tica clínica y determinar cómo influyen en sus decisiones sobre el uso de fármacos modificadores o biológicos en la AR.

Material y métodos: Pacientes con AR seguidos desde 2002 y durante 3 años en una consulta externa de Reumatología con historia electrónica que recoge la totalidad de los datos clínicos en una aplicación de base de datos.

Resultados: Fueron incluidos 230 pacientes con AR. Se analizaron los datos de los 158 que seguían revisiones después de 3 años [edad media de inclusión 57 años, evolución media de la enfermedad de 8,1 \pm 6,8 años; fármacos modificadores previos 1,8 (0-6)]. Estos pacientes fueron objeto de 1296 consultas, en las que se observó una elevada correlación del índice DAS28 con la valoración global por el médico antes de calcular dicho índice (coeficiente Rho de Spearman 0,791, $p < 0,001$) y mayor que con cualquier otro de los parámetros considerado individualmente. De todas las consultas, 636 fueron de control de fármacos modificadores o biológicos ya en curso y en 59 de ellas se cambió el tratamiento con estos fármacos por ineficacia. Considerados como grupo, las consultas en las que se modificó el tratamiento difirieron significativamente de aquellas en las que no se hizo en las variables DAS28 (5,2 vs. 3,6, en promedio), en todos y cada uno de los parámetros de los que depende este índice, en la valoración por el médico, en el HAQ y en la PCR, sin diferencias en cuanto a la edad y tiempo de evolución ($p < 0,001$). La decisión de cambiar un determinado tratamiento o de interrumpirlo se asoció más con no haberse obtenido con él una respuesta DAS28 moderada (RR 26,5, IC 95% 12,6-55,6) o ACR20 (RR 25,0, IC 95% 9,8-63,6) que con una valoración por el médico del estado del paciente superior a 30 mm (RR 11,9, IC 95% 6,0-23,6) (Chi-cuadrado, $p < 0,001$ en todos los casos).

Conclusión: El índice DAS28 y su evolución tras el tratamiento son una ayuda en el seguimiento de pacientes con artritis reumatoide y en nuestra serie fueron índices mejores que la valoración global del médico sobre la actividad de la enfermedad en la toma de decisiones terapéuticas.

314

¿PUEDEN LOS ANTICUERPOS ANTI-PCC DISTINGUIR SUBGRUPOS ENTRE PACIENTES AFECTOS DE ARTRITIS REUMATOIDE?

A. Gómez¹, O. Viñas³, G. Ercilla³, J.D. Cañete², I. Vázquez², J. Rodríguez², E. Graell², J. Rodríguez², M. Larrosa¹, J. Gratacos¹, E. Casado¹ y R. Sanmartí²

¹Unidad de Reumatología. Hospital de Sabadell. Institut Universitari Taulí. UAB. Sabadell, ²Unidad de Artritis. Servicio de Reumatología, ³Servicio de Inmunología. IDIBAPS. Hospital Clínic. Barcelona.

Los anticuerpos anti péptidos citrulinados cíclicos (anti-PCC) se han convertido en los últimos años en uno de los marcadores pronósticos emergentes para la artritis reumatoide (AR). Sin embargo no queda claro si estos autoanticuerpos distinguen subgrupos de pacientes con AR.

Objetivo: Estudiar si la determinación de los anti-PCC en la primera visita distingue subgrupos clínicos o inmunogenéticos entre los pacientes diagnosticados de AR.

Material y métodos: Se analizó la presencia de anti-PCC en la primera visita en un grupo de pacientes consecutivos que formaban parte de una cohorte de AR (criterios ACR) de reciente comienzo (<2 años) y que siguieron un mismo protocolo terapéutico que incluía AINEs, dosis bajas de corticoides, sales de oro y metotrexate de forma escalonada como FAME. Se controlaron prospectivamente durante un mínimo de 2 años. En la visita ini-

cial se recogieron las características clínicas (NAD, NAT, EAVD, DAS-28, HAQ, etc.), analíticas (VSG, PCR, Hb) e inmunogenéticas (FR, anti-PCC, Epítipo Reumatoide [ER], HLA-DRB04) de los pacientes. Se realizaron visitas de seguimiento cada 6 meses que incluían valoración clínica y analítica. En la inclusión, a los 12 y a los 24 meses se practicaron radiografías de manos y pies evaluándose el número de erosiones y el índice de Larsen modificado.

Resultados: Se incluyeron en este estudio un total de 105 pacientes con las siguientes características; sexo femenino 81%, edad $55 \pm 14,9$ años, T. evolución $10 \pm 6,7$ meses, PCC+ 70,4%, FR 74,3%, ER 70,6%, HLA-DRB04 44,1%. Al comparar los pacientes anti-PCC+ y anti-PCC- no encontramos diferencias al inicio en la edad, sexo, tiempo de evolución DAS 28, HAQ, número de erosiones ni media del índice de Larsen. Sin embargo, los pacientes anti-PCC+ presentaron un mayor % de FR+ (89 vs. 41 $p < 0,001$), de ER ($70,4$ vs. $29,6$ $p = 0,001$) y de HLA-DRB04 (56 vs. 44 $p = 0,01$). Al cabo de 2 años de seguimiento los pacientes con anti-PCC+ mostraron una clara tendencia a la diferencia en el índice de Larsen ($8,19$ vs. $3,96$; $p = 0,059$) y una diferencia estadísticamente significativa en el número de erosiones en los pies ($0,81$ vs. $0,14$ $p = 0,008$). No se observaron diferencias en el resto de los parámetros analizados.

Conclusiones: La determinación de anti-PCC al inicio de la enfermedad distingue subgrupos inmunogenéticamente distintos de pacientes con AR. Estas diferencias pueden condicionar una peor evolución radiológica de los pacientes anti-PCC+ cuando son tratados con FAME clásicos a pesar mantener una respuesta clínica similar a los anti-PCC-.

315

COSTE-EFECTIVIDAD DE INFLIXIMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE EN ESPAÑA

G. Kobelt¹, P. Andlin-Sobocki², E. Collantes-Estévez³, J. Gratacos-Masmitja⁴, A. Pocovi⁵, J. Mulero-Mendoza⁶ y el grupo de estudio COST-EA

¹European Health Economics, ²Stockholm Health Economics. Estocolmo. Suecia, ³Hospital Reina Sofía. Córdoba, ⁴Hospital de Sabadell. Barcelona, ⁵Schering-Plough SA, ⁶Clínica Puerta de Hierro. Madrid.

Objetivo: Calcular el coste-efectividad del tratamiento de la espondilitis anquilosante (EA) con infliximab en España a largo plazo y comparar los resultados obtenidos en los ensayos clínicos y la práctica clínica habitual.

Métodos: Se adaptó a España un modelo de coste-efectividad publicado previamente y basado en la capacidad funcional y la actividad de la enfermedad, para lo cual se incorporó el uso de recursos y la calidad de vida procedentes de un estudio transversal español sobre el impacto de la enfermedad realizado en 601 pacientes con EA. Las estimaciones del coste-efectividad se basaron en un ensayo clínico controlado con placebo de 3 meses con una extensión abierta de 2 años, así como en un estudio abierto de 62 semanas realizado en España. En el modelo se suspendió el tratamiento de los pacientes que no presentaban una respuesta suficiente al tratamiento al cabo de 12 semanas (puntuación BASDAI < 4 o reducción > = 50%).

Resultados: Se presentan los resultados desde una perspectiva social. En el caso base, se supone en la mejor de las situaciones que en los pacientes tratados con infliximab la velocidad de progresión de la discapacidad funcional (BASFI) será la mitad de la observada en los pacientes con tratamiento habitual, si bien la pun-

tuación BASFI en la extensión del ensayo clínico no habrá empeorado. El tratamiento con infliximab es superior al tratamiento habitual cuando se usan tanto la eficacia como el régimen terapéutico del ensayo doble ciego (5 mg/kg cada 6 semanas) y del estudio abierto español (5 mg/kg cada 8 semanas). Cuando se incluyen sólo los costes sanitarios directos, el coste por AVAC ganado con infliximab es de €22.520 y €8.866 en los estudios doble ciego y abierto, respectivamente. La suposición de que los pacientes no mostrarán progresión durante el tratamiento reduce estas el coste-efectividad a €15.150 y €5.307, mientras que la inclusión de los costes indirectos produce un ahorro de los costes en ambos ensayos. Los resultados son sensibles al régimen de administración adoptado, a la tasa de interrupciones del tratamiento y a las suposiciones relativas a la progresión de la enfermedad durante el tratamiento.

Conclusiones: Nuestros resultados indican que el tratamiento con infliximab de los pacientes con EA activa está por debajo del umbral de coste-efectividad considerado aceptable en España.

316

ETANERCEPT EN PACIENTES CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL: RESULTADOS DE UN REGISTRO RETROSPECTIVO MULTICÉNTRICO ESPAÑOL

I. Calvo, B. López, R. Merino*, J. García-Consuegra*, P. Moreno**, B. Bravo*** y L. Lacruz****

Hospital Infantil la Fe Valencia, *Hospital Infantil La Paz Madrid, **Hospital Carlos Haya Málaga, ***Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada, ****Hospital son Dureta Mallorca.

Introducción: Estudios previos han demostrado la eficacia y seguridad de Etanercept en el tratamiento de la artritis reumatoide y artritis psoriásica en adultos, así como en niños afectados de AIJ en su forma poliarticular que no toleraban o presentaban una respuesta insuficiente al metotrexate (MTX).

Objetivo: Evaluar de manera retrospectiva la eficacia, seguridad y calidad de vida del tratamiento con Etanercept durante 48 meses de pacientes con artritis idiopática juvenil.

Métodos: Estudio postautorización, observacional, retrospectivo, abierto y multicéntrico, con seguimiento de los pacientes durante 48 meses. En la visita basal se recogió información sobre características demográficas (edad, sexo, talla y peso), antecedentes (Rx tórax, Test PPD, quimioprofilaxis y tratamientos previos), datos de la artritis (edad, forma y fecha de inicio de la enfermedad, fecha de inicio del tratamiento con Etanercept y tratamientos concomitantes). A los 6, 12, 24, 36 y 48 meses se recogieron: datos de laboratorio (bioquímica, hematológicos y reactantes de fase aguda); Evaluación articular: número de articulaciones activas (AA) y limitadas (AL), evaluación global por el médico de la actividad de la enfermedad (EGM) (0-10), evaluación global por el paciente / tutor (EGP) de la actividad de la enfermedad (0-10) e índice CHAQ (0-3). La eficacia del tratamiento se evaluó mediante los índices de mejoría pediátrica (Pavía).

Resultados: Se incluyeron 103 pacientes, 44 varones y 53 mujeres, con una edad media de 12,33 años (Rango 1-23 años) y edad media de inicio de la enfermedad de 5,6 años. El 97,1% de los pacientes habían recibido tratamiento en los últimos 3 años, destacando en un 91,6% el MTX. Todo los pacientes fueron formas poliarticulares, con factor reumatoide negativo en el 55,3%, seguida de la sistémica de inicio en el 15,5%. En el momento del análisis, 83 pacientes (80,6%) estaban en el mes 6, 72 (69,9%) el mes 12, 49 (47,6%) el 24, 29 (28,2%) el 36 y 15 (14,6%) el 48. El

tiempo medio de tratamiento con Etanercept hasta la evaluación fue de 6,12 meses. Se observaron diferencias significativas respecto de la situación basal en todas las variables medidas, pasando a los 48 meses las AA de un basal de 9,09 a 0,3, el número de AL de 9,24 a 3,13, la EGM de 5,96 a 1,13, la EGP de 5,43 a 1,30, y un CHAQ_medio de 1,61 a 0,44. La VSG mediana pasó de 43 a 11 mm/hr y la PCR de 12 a 0,1 gr/l. Los índices de PAVIA fueron, PAVIA 30 de 84,6%, PAVIA 50 de 84,6% y de PAVIA 70 del 76,9%. No se observaron efectos adversos graves ni una incidencia de infecciones superior a la habitual en esta población.

Conclusión: En pacientes con AIJ, el tratamiento con Etanercept se ha mostrado seguro y altamente eficaz al conseguirse precozmente mejorías significativas en todas las variables de actividad de la enfermedad, que se mantienen a lo largo del tiempo, que nos permite plantearnos a edades y fases más tempranas de la enfermedad.

317

CLAUDICACIÓN INTERMITENTE COMO MANIFESTACIÓN CLÍNICA EN PACIENTES CON LES

M.L. Velloso, S. Rodríguez, P. González, C. Pastor, L. Mayordomo, E. Rejón y J.L. Marengo
Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

Objetivo: A continuación exponemos una pequeña serie de casos de claudicación intermitente en lupus, manifestación poco frecuente en esta enfermedad.

Caso 1: Paciente de 39 años, fumadora, diabética tipo I con lupus eritematoso sistémico de predominio articular, refractaria a múltiples fármacos. Consulta por dolor en miembro inferior izquierdo en reposo y claudicación de la marcha, objetivándose frialdad y cianosis con ausencia de pulso pedio. La Ecografía-Doppler dio el diagnóstico de trombosis arterial subaguda en eje poplíteo. Se inició doble antiagregación, alprostadil intravenoso y anticoagulación, con evolución lenta pero favorable. Se realizó arteriografía, objetivando obstrucción segmentaria de arteria poplíteo izquierda con 3 vasos distales, decidiendo tratamiento médico.

Caso 2: Paciente de 39 años, fumadora, con antecedente de tuberculosis pulmonar hace 15 años tratada correctamente. Presenta claudicación intermitente en miembros inferiores de rápida progresión, con dolor de reposo, sin respuesta a vasodilatadores. Pulsos indetectables. En el estudio inicial se detecta leucopenia, con criterios de lupus. La exploración física fue normal. La arteriografía realizada es característica de la enfermedad de Buerger, con afilamiento de vasos distales y arterias en sacorchos. Tras esteroides, vasodilatadores (pentoxifilina, antagonistas del calcio) y antiagregación, mejoría evidente con aumento del radio de marcha.

Caso 3: Paciente de 30 años, exfumador, con ANAs y anticoagulante lúpico positivo, sin reunir criterios de LES u otra conectivopatía, antiagregado con AAS.

Consulta por claudicación gemelar a corta distancia de 1 mes de evolución. Destacaba la ausencia de pulsos poplíteo, pedio y tibial izquierdos. Mediante estudio con ultrasonografía -Doppler se objetivó oclusión poplíteo de tres centímetros de longitud con recanalización distal; que se confirma con la arteriografía. Tras iniciar anticoagulación oral, evolución favorable.

Caso 4: Varón de 23 años con LES con anticuerpos antifosfolípido positivos. Presenta claudicación intermitente desde hace dos meses. En la exploración: Hepatoesplenomegalia, y abolición de los pulsos femorales, poplíteos y pedios. En las pruebas complementarias: Trombosis parcialmente recanalizada vena cava inferior en eco-doppler, y trombosis aorta infrarrenal de 7 cm. de diá-

metro craneocaudal con recanalización de iliacas externas en angioRMN. Se inició anticoagulación, desarrollando el paciente su actividad normal a los tres meses.

Discusión: Presentamos dos casos de claudicación intermitente en mujeres jóvenes (caso 1 y 2), fumadoras, con LES activo, anticardiolipina y anticoagulante lúpico negativos. En el primer caso, se añade la diabetes mal controlada como factor de riesgo para eventos trombóticos. En los pacientes 3 y 4, los eventos trombóticos se atribuyen a la presencia de anticuerpos antifosfolípidos. La aparición de claudicación intermitente en LES se ha descrito de forma infrecuente en la literatura. La mayor parte de los casos están asociados a SAF, hay descritos casos de enfermedad oclusiva de grandes arterias de extremidades, con cambios en arteriografía similares al Buerger. En los casos 1 y 2 existe un origen multifactorial (DM, LES, tabaquismo) sin asociación a anticuerpos anticardiolipina. El manejo conservador ha cursado con evolución favorable en ambos casos.

318

ANTROPOMETRIC CHARACTERIZATION IN OSTEOPOROSE

D. Medeiros, L. Coelho¹, A. Abreu², A. Cardoso², R. Fernandes², F. Rosa², L. Miranda¹, M. Parente¹, J. Vaz Pato¹, F. Mesquita² y A. Teixeira¹

¹Portuguese Rheumatology Institute, ²Egas Moniz Superior Institute in Health Sciences.

Objectives: To describe a population of patients with the diagnosis of osteoporosis according to anthropometrics and body composition parameters and associated cardiovascular risk factors.

Introduction: Osteoporosis is a disease in which the bone mineral density is reduced and microarquitectural changes occur, resulting in a greater risk fracture. It's prevalence represents a huge physical, social and economic impact in the population. Prevention of fractures is the physician's main goal and the identification of risk factors is an important measure. Little is known about anthropometrical measures and cardiovascular risk factors in osteoporosis. Some recent studies reveal a deleterious effect of diabetes mellitus in bone mineral density. In the other hand, elevated body mass index (BMI) appears to be protective, either for representing an alternative source of estrogens, in post-menopausal women, but also for the reduced physical impact with falls.

Materials and methods: A total of 535 patients with osteoporosis were assessed during a 2 month period. The patients were submitted to several body measures: height, weight, BMI, waist diameter, hip diameter, waist/hip relation, fat mass percentage, free fat mass, and total water percentage. These parameters were measured through 2 bio impedance machines: (OMRON HBF-300) and (TANITA TBF-350). Cardiovascular risk factors were also evaluated.

Results: A total of 535 patients with osteoporosis was registered, 46 (8,6%) men and 489 (91,4%) women. The medium age was 65,1 ± 10,52 years old [92;18], and the medium BMI was 27,3 ± 4,72 Kg/m². We verified that 7 (1,3%) had underweight, 154 (28,8%) had normal weight, 223 (41,7%) had overweight, 120 (22,4%) had type I obesity, 14 (2,6%) had type II obesity and 8(1,5%) had type III obesity. The hands bio impedance revealed a medium fat mass percentage of 38 ± 6,71%, 455 (85%) of the patients had a overload in fat mass [36 (8%) male and 419 (92%) female]. The feet bio impedance revealed a medium fat mass percentage of 32,4 ± 8,37%, with a total of 319 (60%) patients with increased fat mass [23(7,2%) male and 296 (92,8%) female].

tratamiento biológico, presentando las formas ganglionar y pulmonar. En las 40 infecciones restantes, 17 fueron en pacientes sin patología reumática de base: 2 casos de endocarditis subagudas, 1 viriasis y 14 infecciones osteoarticulares, siendo el germen causante aislado más frecuentemente *E. Coli* (14,3%). En los 23 casos con patología reumática de base, 9 de ellos en tratamiento biológico, las infecciones que motivaron ingreso fueron: 19 infecciones respiratorias, 2 pielonefritis aguda, 1 gastroenteritis y 1 caso de abscesos cutáneos múltiples.

Variable	Total	Autóctonos	Inmigrados
Edad media	59,1 ± 17,2	62,9 ± 15,3	41,3 ± 14,2
Mujeres	65,6%	69,8%	45,9%
Hombres	34,4%	30,2%	54,1%
Artritis reumatoide	17,7%	18%	16,2%
Espondiloartropatías	7,7%	7%	10,8%
Patología mecánica	8,6%	8,7%	8,1%
Infecciones	22,5%	23,9%	16,2%
Artritis microcristalinas	3,8%	4,7%	0%
Neoplasias	5,7%	6,4%	2,7%
Psicógenas	1,4%	1,2%	2,7%
Vasculitis	7,7%	8,1%	5,4%
LES	7,7%	4,7%	21,6%
Terapia endovenosa	1,4%	0,6%	5,4%
Otras	3,3%	3,5%	2,7%
Metabolismo fosfo-cálcico	7,7%	9,3%	0%
Esclerodermia	2,4%	2,9%	0%
Colagenopatías (excepto LES y ES)	2,4%	1,2%	8,1%

Conclusiones: El 17,7% de los ingresos hospitalarios en la Unidad de Reumatología correspondieron a pacientes inmigrados, con una edad media inferior a la de los autóctonos. Las infecciones representaron el 22,5% de los ingresos, correspondiendo el 40% a patología respiratoria y el 30% a patología osteoarticular. En el grupo de pacientes que seguían tratamiento biológico, las infecciones que motivaron ingreso fueron: dos tuberculosis (una forma pulmonar y una forma ganglionar), dos neumonías cavitadas, tres infecciones bronquiales, dos pielonefritis, una gastroenteritis y un episodio de abscesos cutáneos múltiples. En la población inmigrada todos los casos de tuberculosis se presentaron en el grupo indo-pakistaní y fueron de localización extrapulmonar, representando el 8,1% del total de los ingresos en inmigrados.

328

DESARROLLO Y VALORACIÓN PRELIMINAR DE UN ÍNDICE ECOGRÁFICO SINTÉTICO EN LA CLASIFICACIÓN DIAGNÓSTICA DE LA ESPONDILOARTROPATÍAS

E. de Miguel¹, T. Cobo¹, S. Muñoz¹, C. Acebes², J.L. Andreu³, E. Naredo⁴, J. Usón⁵, J. Garrido⁶ y E. Martín-Mola¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid, ²Servicio de Reumatología. Fundación Jiménez Díaz. Madrid, ³Servicio de Reumatología. Clínica Puerta de Hierro. Madrid, ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Severo Ochoa. Leganés. Madrid, ⁵Servicio de Reumatología. Hospital de Móstoles. Móstoles. Madrid, ⁶Unidad de Investigación Sociedad Española de Reumatología. Madrid.

Introducción: El valor de los criterios diagnósticos y de clasificación de la espondiloartropatías (EA) está sometido a un profundo debate. Se plantea la hipótesis de que la ecografía puede ser una herramienta útil para resolver este problema. Se estudia la utilidad de un índice ecográfico sintético en el diagnóstico de EA.

Objetivos: Desarrollar un índice ecográfico sintético para el diagnóstico de EA.

Material y métodos: Se examinó a 15 pacientes con EA y 19 controles sanos utilizando un ecógrafo General Electric Logic-5 pro

con sonda de 7-12Mhz, y se realizó una lectura de las imágenes capturadas por 6 ecografistas experimentados sin entrenamiento previo en común. Tanto la ecografía como las lecturas se realizaron sin conocer los diagnósticos previos. Se exploró la inserción proximal de la fascia plantar, distal del tendón de Aquiles, distal y proximal del tendón rotuliano, y distales del cuádriceps y tríceps braquial. Se desarrolló un índice ecográfico sintético que valora los siguientes aspectos en la entesis: grosor, ecoestructura, calcificaciones, erosiones, bursas y señal power-Doppler. Como la mayoría de los pacientes no estaban activos en el momento de la exploración, se valora fundamentalmente el daño estructural. Se utiliza como patrón oro los criterios de clasificación diagnóstica propuestos por el ESSG (European Spondyloarthropathy Study Group). El análisis de regresión logística y curvas COR permitió determinar la capacidad predictiva del índice para cada ecografista. Se estudió la fiabilidad interlector por medio del coeficiente de correlación intraclass. Finalmente se estudió si la modificación del índice asignando ponderaciones a sus componentes mejora su capacidad predictiva.

Resultados: Una mayor puntuación en el índice ecográfico se asocia significativamente con un mayor riesgo de diagnóstico de EA. Tanto el explorador como los lectores son capaces de conseguir altos valores de sensibilidad y especificidad en la técnica explorada según el punto de corte elegido. El área bajo la curva COR aumenta al pasar del índice bruto al ponderado. Los puntos de corte obtenidos a partir de las lecturas de diferentes ecografistas no son suficientemente homogéneas ni en el índice original ni en el ponderado.

Lector	OR (IC95%)	Índice bruto		Corte	OR (IC95%)	Índice ponderado	
		ABC	COR (IC95%)			ABC	COR (IC95%)
1	1,229 (1,062-1,422)	0,847 (0,720-0,975)	14-15	1,181 (1,053-1,325)	0,849 (0,720-0,978)	17-18	
2	1,292 (1,084-1,538)	0,832 (0,694-0,969)	13-14	1,245 (1,080-1,434)	0,875 (0,759-0,991)	21	
3	1,403 (1,121-1,755)	0,851 (0,721-0,981)	10-11	1,236 (1,081-1,412)	0,896 (0,789-1,000)	14-15	
4	1,189 (1,045-1,354)	0,777 (0,616-0,938)	13-14	1,158 (1,045-1,283)	0,832 (0,690-0,974)	16-17	
5	1,146 (1,031-1,273)	0,791 (0,632-0,951)	18-19	1,146 (1,042-1,259)	0,812 (0,658-0,967)	24-25	
6	1,247 (1,049-1,482)	0,784 (0,630-0,938)	8-9	1,223 (1,061-1,410)	0,835 (0,701-0,970)	18	

ABC COR: área bajo la curva COR

Conclusiones: 1) El índice ecográfico tiene capacidad para discriminar pacientes con EA y controles. 2) El refinamiento del índice asignando pesos a las puntuaciones brutas mejora su capacidad predictiva. 3) Aunque la heterogeneidad de las lecturas no permite.

329

REMISIÓN Y REFRACTARIEDAD EN PACIENTES AFECTOS DE ARTRITIS REUMATOIDE TRATADOS CON ADALIMUMAB. VALOR PREDICTOR DE LA PCR

C. García-Gómez, X. Juanola, C. Masuet*, N. Busquets, D. Reina, E. Sirvent y J. Valverde

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

Introducción: El tratamiento de la artritis reumatoide (AR) ha cambiado de manera importante con la introducción de fármacos biológicos anti-TNF, que en muchos casos consiguen la remisión de la enfermedad. Sin embargo, existen pacientes que no responden y algunos autores han señalado que la proteína C reactiva (PCR) puede ser predictora de respuesta.

Objetivos: Evaluar el porcentaje de pacientes tratados con Adalimumab que presentan criterios de remisión y de refractariedad y determinar el valor de la PCR, al inicio del tratamiento, como factor predictivo de remisión o refractariedad.

Pacientes y métodos: Estudio observacional de práctica clínica en el que se han incluido a 29 pacientes (27 mujeres y 2 varones) tratados con Adalimumab a dosis habituales y visitados de forma protocolizada durante un período de 2 años. Al inicio del estudio se recogieron la variables: edad, tiempo de evolución, factor reumatoide y tratamiento realizado (glucocorticoides, FAME actual y número de FAME previos). Se evaluó la actividad de la enfermedad según el número de articulaciones dolorosas (NAD) y tumefactas (NAT), VSG, PCR y DAS-28 en la semana 0 y 12 y en los meses 12 y 24. Se consideró remisión un DAS-28 < 2,6 y refractariedad una mejoría respecto al DAS-28 inicial < 0,6 ó entre 0,6 y 1,2, pero con un DAS-28 > 5,1 (criterios EULAR). Se realizó un estudio comparativo entre los pacientes que presentaban o no refractariedad y entre los que presentaban o no remisión. Se evaluó la PCR inicial como probable factor de refractariedad o de remisión. Se compararon las variables mediante Ji cuadrado, T Student, U de Mann Whitney o test de Wilcoxon. Las variables que mostraron una asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) fueron estudiadas mediante un modelo de regresión logística.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 52 ± 12 años y el tiempo de evolución de 9 ± 7 años. El 71% era seropositivo, el 48% habían seguido un mínimo de 3 FAME previos a la introducción de Adalimumab y el 51% fue tratado de forma concomitante con metotrexato. Dos pacientes habían seguido tratamiento con otro fármaco biológico previamente. En todos los periodos se observó una mejoría significativa de los parámetros estudiados. El porcentaje de pacientes en remisión fue del 14% a las 12 semanas, del 25% a los 12 meses y del 32% a los 24 meses. Los pacientes con remisión eran significativamente más jóvenes en todos los períodos estudiados ($p < 0,05$). No se ha observado relación significativa entre las cifras de PCR al inicio del tratamiento con la obtención de remisión. El porcentaje de pacientes con refractariedad fue del 14% en la semana 12 y al año y del 16% a los 24 meses. Tampoco se constató relación significativa entre las cifras de PCR al inicio y la falta de respuesta.

Conclusiones: Adalimumab es un tratamiento eficaz en pacientes con AR refractaria a FAME convencionales con un porcentaje alto de remisión a los 2 años, sin embargo hay un pequeño grupo de pacientes que tampoco responden a este fármaco. Las cifras de PCR al inicio del tratamiento no parecen constituir un factor predictor de remisión ni de refractariedad.

330

ANTHROPOMETRIC EVALUATION AND CARDIOVASCULAR RISK FACTORS IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

C. Miguel¹, R. Fernandes², F. Rosa², L. Coelho¹, A. Abreu², A. Cardoso², L. Miranda¹, R. Leitão¹, P. Coelho¹, M. Silva¹, H. Santos¹, M. Parente¹, M. Micaelo¹, M. Mediavilla¹, E. Simões¹, H. Madeira¹, C. Silva¹, J. Saraiva Ribeiro¹, D. Medeiros¹, F. Barcelos¹, M. Sousa¹, C. Miguel¹, S. Cortes¹, L. Freire², F. Pimentel¹, V. Las¹, A. Neto, J. Ferreira¹, A. Neto¹, J. Figueirinhas¹, J. Vaz Pato¹, F. Mesquita² y A. Teixeira¹

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

Introduction: Rheumatoid Arthritis (RA) is an inflammatory disease that involves the joints, in a symmetrical and gradual way, usually causing pain, deformity and functional disability. It is as-

sociated with an increase mortality, especially related to cardiovascular diseases. These result not only from RA, but also from other risk factors, as obesity, dyslipidaemia, hypertension and Diabetes. In the last years, several studies have showed that the dietary intervention has a temporary benefit in de disease activity but improves the cardiovascular morbidity and mortality.

Objective: To evaluate a population of RA patients regarding anthropometric characteristics and body composition and the presence of cardiovascular risk factors.

Material and methods: This study was done in the Portuguese Institute of Rheumatology, having been observed all of the outpatients in the rheumatology appointment, during two months in two different periods. A self-reporting protocol of clinical evaluation was applied. The rheumatologic and non-rheumatologic diagnoses were done by the rheumatologist. The Nutrition department evaluated the Body Mass Index (BMI), the Waist and Hip Perimeters, Waist/Hip relation, Abdominal Fat Mass (FM), Fat Free Mass (FFM) and Total Body Water (TBW). It was also determined the number of Diabetes, Hypercholesterolemia and Arterial Hypertension patients.

Results: A total of 597 patients with RA were observed, of which 502 (84,1%) were females and 95 (15,9%) were males, with an mean age of $60,5 \pm 12,6$ years [23-86]. They presented an average BMI of $27,7 \pm 4,8$ Kg/m². An average of 36,5% of FM and 45,4Kg of FFM was obtained. In the female sex, 93% of the patients presented a TBW percentage inferior to the desirable (50-60%), and 67,4% of the male patients also presented TBW content inferior to the desirable (60-70%). Regarding to BMI, the majority of the evaluated patients had Overweight (43,2%). About 28,1% of them presented Normal Weight and 19,6% it Obesity (1st Degree). In the cardiovascular risk factors evaluated it was found 69,5% of the patients presented overweight (with obesity include), 30,3% hypertension, 17,2% hypercholesterolemia and 8% Diabetes. Of the 95 men, 71 presented a Waist/Hip Index superior to 0,90 and a Waist Perimeter superior to 94 cm. Of the 502 women, 424 presented Waist/Hip Index superior to 0,80 and 398 had a Waist Perimeter superior to 80cm.

Conclusion: Comparing to the global Portuguese population, our RA patients presented a higher percentage of overweight (43,2% versus 15%), obesity (27,4% versus 14%) and diabetes (8% versus 4%). Although it has been found a lower prevalence of hypertension (30,3% versus 44%) and hypercholesterolemia (17,2% versus 60%) in the RA patients, comparatively to the Portuguese population, this difference can be a consequence of under diagnosis. About 70% of the studied patients presented overweight, for that a nutritional intervention could be useful, not only in the weight reduction, but also concerning to other risk factors (dyslipidaemias, Diabetes, hypertension, etc). These results suggest that the population of RA patients has in general a superior risk of cardiovascular disease when compared with Portuguese population.

331

ALTERACIONES CLIMATOLÓGICAS, ENFERMEDAD Y DOLOR: LA PERCEPCIÓN DE LOS ENFERMOS CON ARTRITE REUMATOIDE Y OSTEOARTROSE

L. Miranda, M. Parente J. Saraiva Ribeiro, S. Cortes, M. Mediavilla, C. Silva, D. Medeiros, F. Barcelos, M. Sousa, C. Miguel, P. Coelho, J. Vaz Pato, H. Santos, E. Simões, M. Silva, H. Madeira, J. Ferreira, R. Leitão, M. Micaelo, V. Las, A. Faustino, R. Figueiredo, J. Figueirinhas y A. Teixeira
Instituto Português de Reumatologia.

Introducción: El dolor es una experiencia sensorial compleja que se relaciona con varias dimensiones de un individuo: física, psico-

lógica, social, entre otras. Desde nuestra práctica clínica diaria los enfermos refieren alteraciones del dolor y de la actividad de la enfermedad relacionada con las alteraciones climatológicas siendo las bajas temperaturas y la humedad las alteraciones que más influyen en estos enfermos crónicos.

Objetivos: Correlacionar la percepción del dolor y la rigidez sentidas y las alteraciones climatológicas en una población de enfermos con AR y OA.

Material y métodos: Este estudio fue realizado en el Instituto Portugués de Reumatología (IPR), con todos los enfermos que acudieron a consulta externa de reumatología durante cerca de un mes. Fue efectuado un protocolo en que se valoraban la percepción de cada enfermo relacionada con el dolor, la enfermedad y la rigidez con respecto a las alteraciones climatológicas. El diagnóstico reumatológico fue realizado por el reumatólogo responsable de cada enfermo

Resultados: Fueron seleccionados 214 enfermos con AR (172 mujeres y 42 hombres) y 280 (249 mujeres y 31 hombres) con OA. En el 50% de los enfermos cree que su enfermedad esta influenciada por el tiempo. Si comparamos el grupo de enfermos con OA y el grupo con AR existe una diferencia significativa en cuanto a la posibilidad de existir influencia. La convicción de que existe esta influencia en la enfermedad es mas expresiva en los enfermos con OA ($p = 0,007$ por Chi-cuadrado). No hay diferencias entre ambos grupos con respecto al clima seco. En cuanto a las temperaturas bajas la convicción es mayor en el grupo de la AR ($p = 0,001$). La influencia de la lluvia no existe diferencias estadísticas entre ambos grupos. Cuando se analiza cuales son los meses del año que puede tener una influencia negativa hay diferencias significativas en los meses de febrero ($p = 0,02$), Marzo ($p = 0,03$), Octubre ($p = 0,008$), Noviembre ($p = 0,044$) y Diciembre ($p = 0,017$), en los que existe un mayor porcentaje de enfermos con OA que sienten un agravamiento de la sintomatología en relación al grupo de la AR. No se encontró influencia del clima en la rigidez matutina.

Conclusión: Los resultados presentados vienen a confirmar que en ambas enfermedades (AR y OA) puede existir una alteración en cuanto a la percepción del dolor y los cambios climatológicos, siendo mayor la influencia en el grupo de la OA que en la AR habiendo una mayor relación con el tiempo húmedo y las bajas temperaturas (tal y como está descrito en la literatura). Las temperaturas bajas tienen una mayor influencia en el grupo de enfermos con AR.

332

EXPERIENCIA DE UNA UNIDAD FUNCIONAL REUMATOLOGÍA-OFTALMOLOGÍA EN UN HOSPITAL DE 3º NIVEL. RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA

S. Machín, B. Rodríguez-Lozano, M.A. Serrano*, C. Luna, M. Gantes, J.J. Bethencourt, E. Trujillo, S. Bustabad y T. González

*Serv. Reumatología, *Serv. Oftalmología. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. Tenerife.*

Objetivo: Describir las características y la rentabilidad diagnóstica –evolutiva de una consulta funcional integrada de Oftalmología y Reumatología tras un año de su inicio en el manejo de pacientes con patología inflamatoria ocular idiopática o 2ª a enfermedades reumáticas, así como la respuesta a las nuevas terapias utilizadas en pacientes con uveítis refractarias.

Pacientes y métodos: Identificación de posible patología reumatológica subyacente así como orientación terapéutica y fármaco-

vigilancia, si precisan inmunosupresión, en pacientes con patología inflamatoria ocular seleccionados tras una primera valoración protocolizada diagnóstico-terapéutica realizada por el Serv. de Oftalmología y en la que se excluyen etiología infecciosa o síndromes oftalmológicos primarios que no necesitan inmunosupresión. Este módulo de consulta está ubicado espacial y temporalmente en el Serv. de Oftalmología.

Resultados: 60 pacientes fueron valorados durante el año 2005, 28/32 varones/mujeres, edad media 41,3 años. Los diagnósticos oftalmológicos que motivaron consulta reumatológica se describen en la Tabla. De los 8 pacientes con UAAR bilateral B27 positivo, 6 fueron diagnosticados de Espondilitis Anquilosante (3 dg de novo y 3 con dg previo sin realizar controles), 1 de Enf. Inflamatoria Intestinal; 1 dg de Osteítis Condensans Ilii. De los 6 pacientes con UAAR unilateral B27 positivo, 2 fueron diagnosticados de novo de Espondilitis Anquilosante. De los 8 pacientes con UAAR unilateral B27 negativo, en 3 se realizó dg. de novo de Espondiloartropatía Indiferenciada (EInd), 1 SEA, 1 Sarcoidosis. Los otros diagnósticos reumatológicos fueron 1 Connectivopatía Indiferenciada, 2 Sd. de Sjögren (SS), 1 Sd. Overlap SS-CREST. 1 paciente con uveítis intermedia fue diagnosticado como posible Sd. de mascarada de proceso linfoproliferativo. En cuanto al tratamiento 7/8 pacientes con EA, 1 EInd y 1 paciente con UAAR unilateral severa idiopática recibieron salazopyrina con mejoría del cuadro articular y ocular, salvo 2 pacientes que precisaron cambio a terapia biológica por persistente actividad clínica articular, 1 infliximab y 1 etarnecept con buena respuesta y en 1 paciente se inició con etarnecept dada la severidad del cuadro reumático. 2 pacientes con UAAR bilateral idiopática severa se encontraban en curso de ttº con ciclosporina-A (Cs-A) con posterior cambio a metotrexato en uno de ellos con mejor respuesta del cuadro ocular. En 3 pacientes con patología ocular idiopática (panuveítis, vitritis con vasculitis retiniana y coroiditis serpigínosa) realizamos la farmacovigilancia de Cs-A. En 2 pacientes con panuveítis severa bilateral se está utilizando terapia biológica con infliximab con buena respuesta clínica y ausencia de efectos secundarios.

Diagnóstico oftalmológico	Pacientes n (60)
1º Uveítis anterior aguda	34 pacientes (56%)
Uveítis anterior aguda recurrente (UAAR) bilateral con crisis monolateral	14 pacientes (41%)
UAAR Unilateral	8 pacientes (54%) B 27+
	18 pacientes (53%) B 27-
UAA 1er brote	6 pacientes (33%) B 27+
	2 pacientes (6%)
2º Uveítis anterior crónica	1 paciente (2%)
3º Epiescleritis nodular recidivante	5 pacientes (8%)
4º Escleritis necrotizante	1 paciente (2%)
5º Uveítis intermedia	2 pacientes (3%)
6º Vitritis con vasculitis	4 pacientes (7%)
7º Uveítis posterior	2 pacientes (3%)
8º Panuveítis bilateral	3 pacientes (5%)
9ª queratoconjuntivitis sicca	2 pacientes (3%)
10ª Otros (coroiditis serpigínosa, arteritis retiniana, coroidopatía.	6 pacientes (10%)

Conclusiones: 1. En el 32% de los pacientes remitidos bajo protocolo por los oftalmólogos se detectó patología reumática en relación con el cuadro ocular. 2. Destacan las Espondiloartropatías Inflamatorias como agente causal en el 32,3% de las UAA remitidas, estableciéndose el diagnóstico de EA en el 75% del subtipo UAAR con afectación bilateral. 3. Observamos buena respuesta terapéutica con terapias como la salazopyrina, metotrexato en pacientes con UAAR severas permitiendo ahorro de esteroides. 4. Destacamos la buena respuesta clínica, ahorro de esteroides y au-

sencia de efectos secundarios obtenida con el empleo de infliximab en el tratamiento de panuveítis severas y refractarias a otros inmunosupresores. 5. Mayor accesibilidad, mejor seguimiento evolutivo y adecuación terapéutica así como ahorro de visitas hospitalarias para el paciente en la consulta integrada de oftalmólogo y reumatólogo en la evaluación diagnóstica-terapéutica de patología ocular inflamatoria. Tabla 1.

333

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE 2839 PACIENTES CON OSTEOPOROSIS EN DOS CONSULTAS DE DIFERENTE ESPECIALIDAD: REUMATOLOGÍA Y GINECOLOGÍA

I. Möller, C. Moragues*, J. Sánchez García*, N. Martí*, F. Baró Marine** y E. Rodríguez Bueno**

*Instituto Poal de Reumatología, **SAP Sant Andreu Barcelona.

Objetivos: Evaluar las características diferenciales epidemiológicas, clínicas, densitométricas y factores de riesgo asociados en dos poblaciones de pacientes diagnosticados de osteoporosis-osteopenia (OP) en consultas ambulatorias de reumatología y ginecología. **Métodos:** Mediante un programa informático específico de seguimiento de pacientes con OP se han evaluado los pacientes con diagnóstico de OP visitados en consultas de diferentes especialidades: ginecología y reumatología durante un periodo de 30 meses. La recogida de datos incluyó: edad, factores de riesgo de OP, asociación con fracturas vertebrales, no vertebrales y de cadera, presencia de patologías concomitantes y valores densitométricos obtenidos mediante densitometría ósea (DEXA).

Resultados: Se han estudiado un total de 2839 pacientes, 1469 visitados en consulta de ginecología ambulatoria y hospitalaria y 1370 en consulta de reumatología. Para el estudio estadístico se ha aplicado el test de Chi cuadrado y test de Pearson. Al comparar ambas poblaciones son distintas en grupos de edad y esto condiciona que los resultados de la densitometría ósea sean distintos ($p < 0,001$). En cuanto a los factores de riesgo se observa una diferencia significativa en prácticamente todos ellos: el peso es inferior en los pacientes de ginecología, la prevalencia de fractura vertebral es superior en los pacientes de reumatología; la fractura no vertebral es más frecuente en los pacientes de ginecología. En los pacientes visitados en reumatología el uso de esteroides es superior. El porcentaje de pacientes con menopausia precoz es significativamente superior en la consulta de reumatología mientras que los pacientes con amenorrea son más visitados en la consulta de ginecología. El tratamiento previo es más frecuente en reumatología ($p < 0,001$) y en el recomendado al alta no se observan diferencias ($p = 0,11$).

Conclusión: Los pacientes que acuden a diferentes consultas de especialistas con la misma patología como osteoporosis, presentan factores de riesgo significativamente distintos ($p < 0,05$).

334

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y RADIOLÓGICAS DE LA OSTEONECROSIS MÚLTIPLE

J.A. Gómez-Puerta¹, P. Peris¹, A. Monegal¹, R. Reyes¹, J. Pomes² y N. Guañabens¹

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

La osteonecrosis afecta principalmente individuos entre la tercera y quinta décadas de la vida, es un proceso que puede conducir a la destrucción de la articulación y a la discapacidad. La osteonecrosis

múltiple (ONM) se caracteriza por la afectación de 3 o más localizaciones óseas; se trata de una complicación infrecuente y constituye menos del 3% de los casos de osteonecrosis. Los casos de ONM suelen describirse de forma aislada en relación a enfermedades autoinmunes sistémicas y enfermedades hematológicas tratadas con glucocorticoides. Sin embargo, existen pocos estudios que evalúen series de pacientes con ONM.

Objetivo: Describir las características clínicas y radiológicas de una serie de pacientes con ONM de un servicio de Reumatología de un hospital de tercer nivel.

Métodos: Se revisaron los registros de los pacientes con ONM que fueron atendidos en nuestro servicio durante los últimos 20 años. La información de dichos pacientes se realizó de forma sistemática mediante un formato estandarizado que incluía la edad, sexo, enfermedad de base, presencia de trombofilia asociada (mediante la determinación de anticoagulante lúpico [AL] y anticuerpos anticardiolipina [aCL]), la forma de presentación, los huesos afectados y la evolución de la enfermedad. El diagnóstico de osteonecrosis se realizó mediante radiografía simple, gammagrafía ósea con Tecnecio-99 y/o resonancia magnética de las articulaciones afectadas.

Resultados: Se identificaron 10 pacientes con ONM (4 hombres y 6 mujeres) con una edad media de $50,4 \pm 18,6$ años (rango 27-76). Nueve (90%) pacientes habían recibido tratamiento con glucocorticoides (todos con dosis >20 mg/día): 4 por trasplante hepático (TH), 2 por dermatomiositis, 1 asociado a trasplante de médula ósea (por LMC), 1 por enfermedad pulmonar crónica y 1 por una radiculopatía asociada a hernia discal; Un paciente tenía una infección por VIH asociada. Un paciente fue positivo para AL en 3 determinaciones y un paciente fue positivo tanto para AL como para IgG aCL (paciente VIH) siendo diagnosticados de síndrome antifosfolípido (SAF) asociado. El principal síntoma de presentación fue: gonalgia uni o bilateral (5 casos), síndrome de cadera uni o bilateral (3 casos), dolor en ambos muslos (1 caso) y dolor óseo generalizado (1 caso). Se observaron un total de 54 localizaciones de osteonecrosis (5,4 por paciente [rango: 4-6]): 9 tenían afectación uni (3/9) o bilateral (6/9) de rodillas, 8 afectación uni (1/8) o bilateral (7/8) de la cadera, 3 afectación de hombros, 7 afectación de fémur distal, 5 afectación del astrágalo, 5 afectación de tibia proximal y 2 afectación del húmero proximal. La mayoría de pacientes (87%) se presentaron en fases tempranas de la enfermedad (precolapso). Seis pacientes (60%) precisaron artroplastia (5 en cadera y 1 en rodilla). Aquellos pacientes con SAF asociado iniciaron tratamiento anticoagulante sin evidenciar nuevos episodios de osteonecrosis.

Conclusión: El tratamiento con glucocorticoides, especialmente asociado al trasplante, constituye una de las causas más frecuentes de ONM. El SAF también puede estar asociado a este proceso por lo que esta entidad debe descartarse en estos pacientes.

335

ESTUDIO TRANSVERSAL DE MARCADORES DE DESTRUCCIÓN DEL CARTÍLAGO ARTICULAR EN LA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE: YKL-40 Y ÁCIDO HIALURÓNICO

J.L. Fernández Sueiro¹, J.A. Pinto¹, S. Pértega², J.A. Mosquera¹, F. Galdo¹ y F.J. Blanco

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

Introducción y objetivos: La espondilitis anquilosante (EA) se caracteriza por un proceso inflamatorio crónico fundamentalmente en el esqueleto axial, como resultado se produce una destruc-

ción tanto ósea como del cartilago articular. El objetivo del presente trabajo es investigar si componentes del cartilago articular pueden ser marcadores biológicos que permitan medir el grado de actividad o de lesión articular en la EA.

Material y métodos: *a) Material:* se recogieron sueros de pacientes en seguimiento en el servicio de reumatología del Hospital Universitario Juan Canalejo que presentaban los siguientes diagnósticos: EA primaria n = 80, Artritis Psoriásica (APs) n = 74, artritis reumatoide (AR) n = 70, controles sanos n = 86 (HLA-B27+ 35, HLA-B27 negativos 51). Los pacientes con EA primaria y con APs se siguen de forma regular en dos cohortes específicas. Las muestras se tomaron previa información y consentimiento informado del paciente y se almacenaron a -70° hasta su utilización. *B) Métodos:* la determinación de YKL-40 y ácido hialurónico (AH) se realizó mediante ELISA con los siguientes Kit comerciales, YKL-40 con el Metra® YKL-40 kit, el AH con el Kit Corgenix HA test kit. Los resultados se expresaron en valores de forma cuantitativa en ng/ml, las muestras de pacientes con AR no fueron analizadas para YKL-40. Para contrastar si existían diferencias significativas en la presencia de IKL-40 y AH entre los distintos diagnósticos se utilizó el test de Kruskal-Wallis. En 77 pacientes con EA primaria se analizó la correlación de los niveles de YKL-40 y AH con la actividad de la enfermedad (BASDAI > = 4 cm) y se establecieron correlaciones con el BASRI, BASFI, ASQoL, SF12, VSG y PCR. Para comparar los niveles de YKL-40 y AH en los pacientes activos y no activos se utilizó el test de Mann-Whitney. Para el estudio de la correlaciones entre parámetros numéricos se calculó la Rho de Spearman. Así mismo, se obtuvieron las correspondientes curvas ROC con el área bajo la curva y el intervalo de confianza al 95%.

Resultados: Los niveles de YKL-40 y AH según los grupos diagnósticos fueron los siguientes respectivamente: EA 125,64 ng/ml, APs 164,35 ng/ml, sujetos sanos 128,38 ng/ml (p = 0,290); EA 44,02 ng/ml, APs 49,47, AR 79,88, sanos 34,94 (p = 0,319). En 77 pacientes con EA primaria los niveles de YKL-40 y AH fueron 123,87 ng/ml y 47,13 respectivamente. El 28,6% presentaban un BASDAI > = 4; los niveles de YKL-40 y AH en estos pacientes versus BASDAI < 4 fueron respectivamente, 112,27 ng/ml/128,51ng/ml (p = 0,808), 48ng/ml/46,78ng/ml (p = 0,652). El área bajo las curvas ROC para YKL-40, AH, VSG y PCR para predecir actividad de la enfermedad fueron 0,518, 0,533, 0, 526 y 0,511, respectivamente. La correlación entre YKL-40 y AH con el BASRI fue la siguiente respectivamente: BASRIc 0,371/-0,021, BASRI t 0,393/0,036. Analizando formas axiales puras (n = 56) versus mixtas (n = 21) se encontraron los siguientes resultados: YKL-40 114ng/ml/148ng/ml (p = 0,158), AH 49,2ng/ml/41,38 (p = 0,697). Las curvas ROC para predecir las formas mixtas para YKL-40, VSG y PCR fueron 0,607, 0,446, 0,505. La correlación de YKL-40 con el BASRI en las formas axiales y mixtas fue la siguiente respectivamente, BASRIc 0,333/0,496, BASRI t 0,332/0,544.

Conclusiones: En este estudio transversal los niveles de YKL-40 y ácido hialurónico no presentan diferencias significativas al compararlos con la población sana. Su concentración en suero no tiene relación con la actividad de la enfermedad tomando como referencia un BASDAI > = 4. Al igual que la VSG y la PCR se correlaciona pobremente con la inflamación. El grado de deterioro radiológico no presentó correlación con los niveles de YKL-40 y AH. En las formas periféricas existe una correlación mejor con el YKL-40 que con la VSG y la PCR al igual que la correlación del YKL-40 con el BASRI t, sin embargo no se alcanzó una significación estadística.

336

¿INFLUYE LA TERAPIA CON ANTI-TNF EN LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA EN LOS PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA?

J.L. Fernández Sueiro¹, A. Sanmartín Álvarez¹, S. Pertéga², J.A. Pinto¹, M. Acasuso¹, C. Fernández¹, M. Freire¹, A. Atanes¹, G. Graña¹, F.J. de Toro¹, F. Galdo¹ y F.J. Blanco¹

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

Introducción: La artritis psoriásica (APs) es una enfermedad inflamatoria articular crónica, aunque no está demostrado que los mecanismos de destrucción articular sean los mismos que en la artritis reumatoide, en los pacientes con APs se ha observado un incremento en el número de precursores de osteoclastos (Oc) en sangre periférica derivados de células activadas por el TNF α , estos Oc ejercerían su actuación en la sinovial y en el hueso originando erosiones y tal vez osteoporosis generalizada.

Objetivo: el objetivo del presente trabajo preliminar ha sido evaluar la situación de la masa ósea en pacientes con APs tratados con anti-TNF y compararla con aquellos pacientes que no reciben estos tratamientos.

Pacientes y métodos: *A) Pacientes:* se realizó el estudio en dos poblaciones de pacientes con APs; a) pacientes con APs tratados con terapia biológica (TB) en el servicio de reumatología del Hospital Universitario Juan Canalejo de La Coruña, b) pacientes de la cohorte de seguimiento de la consulta monográfica de APs sin tratamiento con TB, esta cohorte se inició en febrero del año 2005. Todos los pacientes se siguen de forma regular y se realizan las siguientes determinaciones, recuento articular, HAQ, evaluación médico, paciente, dolor última semana, SF12, PASI, VSG, PCR, y en los pacientes con espondilitis psoriásica las medidas para la Espondilitis Anquilosante recomendadas por el ASAS. *B) Métodos:* 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. En los dos grupos de pacientes se realizó una DEXA; en los pacientes de la cohorte se realizó en el momento de la inclusión en la misma, mientras que en los pacientes en TB se realizó en todos aquellos que estaban en tratamiento. Se analizaron las características clínicas de los dos grupos, las del grupo en tratamiento con TB fueron las que presentaban previo al inicio de la TB. 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: Se analizaron un total de 61 DEXAS, 24 pacientes estaban en TB (9 infliximab, 15 etanercept) y 37 (cohorte) no lo estaban. En conjunto el 45,8% de los pacientes en TB presentaban una MO normal frente al 59,5% de la cohorte. No hubo diferencias significativas en las siguientes características basales de los dos grupos referidos al total de la serie; tiempo entre la aparición de los síntomas y diagnóstico, edad al diagnóstico de APs, tiempo de evolución de la enfermedad, tipo de psoriasis, patrón articular y tratamiento con FAMES. Si existieron diferencias significativas en los siguientes parámetros; TB/cohorte, edad actual años 46,08/53,8 p = 0,010, dosis media de esteroides mg/24h 10,23/2,38 p = 0,005, NAD 13,7/2,14 p = <0,001, NAT 5,57/1,22 p = <0,001, HAQ 1,17/0,38 p = <0,001. El tiempo medio de tratamiento de los pacientes con terapia biológica en los que se realizó la DEXA fue; infliximab 38, 74 meses y etanercept 16,39 meses respectivamente. La masa ósea según la terapia biológica IFX normal/osteoporosis/osteopenia fue: columna 6/3, cadera 5/4, ETN columna 12/3, cadera 8/7.

Conclusiones: la mitad de los pacientes con artritis psoriásica independientemente del tratamiento recibido presentan una masa ósea baja. En esta serie la actividad de la enfermedad y el tratamiento esteroideo recibido no parecen tener relación con esta disminución de la masa ósea. La terapia biológica no parece influir en la masa ósea en los pacientes con artritis psoriásica, la mitad de los pacientes recibiendo estos tratamientos presentaban una masa ósea baja tras 38 y 16 meses de tratamiento con infliximab y etanercept.

337

UTILIDAD DEL BATH ANKYLOSING SPONDYLITIS FUNCIONAL INDEX (BASFI) PARA VALORAR LA FUNCIÓN FÍSICA EN PACIENTES CON ESPONDILOARTROPATÍAS INDIFERENCIADAS.

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

Objetivo: Determinar la utilidad del BASFI para valorar la función física en pacientes con espondiloartropatías indiferenciadas.

Material y métodos: Se incluyeron en el estudio 114 pacientes ambulatorios: 58 pacientes diagnosticados de espondilitis anquilosante (EAnq), según criterios de Nueva York modificados, y 56 pacientes con espondiloartropatías indiferenciadas (EInd). Se recogieron variables metrológicas como expansión torácica, Schöber, distancias dedo-suelo, occipucio-pared y flexión lateral. Todos los pacientes rellenaron el BASFI y el cuestionario de calidad de vida ASQoL. Este trabajo es parte del estudio de fiabilidad y validez de las versiones españolas de BASDAI, BASFI y ASQoL en pacientes con espondiloartropatías indiferenciadas.

Resultados: Hasta el momento se han analizado 89 pacientes: 45 EAnq, con una edad media de 48 ± 10 años, edad de comienzo de 27 ± 10 años y un tiempo de evolución de la enfermedad de 21 ± 11 años, 87% son hombres, 67% tienen formas axiales puras, 60% con sacroilitis grado II-III y 89% son B27+; y 44 EInd, con una edad media de 38 ± 9 años, edad de comienzo de 27 ± 9 años y un tiempo de evolución de la enfermedad de 11 ± 10 años, 57% son hombres, 81% formas axiales puras, 76% sacroilitis grado II-III y 81% son B27+. En el grupo de pacientes con EAnq, el BASFI correlaciona con la distancia dedo-suelo ($r = 0,486$; $p = 0,000$), con la flexión lateral ($r = -0,472$; $p = 0,000$) y con el ASQoL ($r = 0,757$; $p = 0,000$). En el grupo de pacientes con EInd, el BASFI correlaciona con la distancia dedo-suelo ($r = 0,477$; $p = 0,000$) y con el ASQoL ($r = 0,680$; $p = 0,000$).

Conclusión: El BASFI puede ser un indicador válido de la función física en pacientes con espondiloartropatías indiferenciadas.

338

SPONDYLOARTHROPATHIES AND CARDIOVASCULAR RISK FACTORS

M. Sousa¹, A. Cardoso², R. Fernandes², F. Rosa², L. Coelho¹, A. Abreu², L. Miranda¹, M. Parente¹, R. Leitão¹, P. Coelho¹, M. Silva¹, H. Santos¹, M. Micaelo¹, M. Mediavilla¹, E. Simões¹, H. Madeira¹, C. Silva¹, J. Ferreira¹, D. Medeiros¹, F. Barcelos¹, C. Miguel¹, S. Cortes¹, J. Ribeiro¹, R. Figueiredo¹, L. Freire², F. Pimentel¹, V. Las¹, A. Neto¹, J. Figueirinhas¹, J. Vaz Pato¹, F. Mesquita² y A Teixeira¹

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

Introduction: The Spondyloarthropathies (SpA) as a group have inflammatory arthritis characterised by involvement of the spine,

enthesitis and sometimes peripheral arthritis. As a group they have a similar prevalence to Rheumatoid Arthritis. This wide group includes Ankylosing Spondylitis (AS), Psoriatic Arthritis (PA), Reactive SpA, SpA associated with inflammatory bowel disease and undifferentiated SpA.

Objectives: To evaluate body composition and known cardiovascular risk factors (CV), in rheumatologic patients, with spondyloarthropathies.

Material and methods: All patients with diagnose of spondyloarthropathies (from the Rheumatologist) were evaluated by Nutrition group from Portuguese Institute of Rheumatology (in two months in two different periods): Body Mass Index (BMI), waist and hip perimeters, waist/hip ratio, fat mass, Free Fat Mass (FFM) and Total Body Water (TBW). This parameters were measured with two instruments: hands bioelectrical impedance (OMRON®, HBF300) and foot impedance (TANITA®, TBF350).

Results: This study included 389 patients, 68,6% females, with mean age of $52,5 \pm 15$ years (53 of median). The average weight was $69,3 \pm 12,9$ Kg and BMI $27,3 \pm 5,0$ Kg/m². The hands bioelectrical impedance measurement obtained an average of $32,3 \pm 8,4$ % fat mass. Was verified that 71,3% of male and 75,7% of female had an excess of fat mass. Through feet bioelectrical impedance, was obtained $29,9 \pm 9,3$ % of fat mass: 51% of male and 65,5% of female presented excess of fat mass. Was observed a relation waist/hip mean of $0,88 \pm 0,09$ and the average perimeter of waist was $91,3 \pm 12,8$ cm. Regarding to TBW, 58,6% of studied population was above the desirable's values. In the BMI classification, was verified that 26% of patients had Obesity, followed by 39,1% overweight. Regarding to the analyzed CV risk factors: 64,5% of patients was over weighted (BMI = 25), 24,2% had hypertension, 15,4% with hypercholesterolemia and the Diabetes Mellitus (DM) affected 5,9%. In 75% of male and 80% of female, the ratio waist/hip was higher than desirable. The waist perimeter found in 51% of male was higher than 94cm and in 76% of female, higher than 80cm. AS and undifferentiated SpA patients are more over weighted, than PA patients ($p < 0,001$, t-Student test). The AS patients presented higher incidence of hypertension and hypercholesterolemia than PA patients ($p < 0,001$, t-Student test).

Conclusion: The overweight verified in 65% of patients is considered an overload joint stress factor that leads to physical inactivity which enhances this vicious cycle. The change in alimentary behaviours can be determinant in the prevention and reduction of the overweight, as well as other cardiovascular risk factors, such as diabetes or hypertension. With a multidisciplinary team approach, we can get other benefits: enhanced mobility associated with a better performance in daily activities, with positive psychological aspects and better self-esteem.

339

SÍNDROME DE ACTIVACIÓN MACROFÁGICA (SAM) COMO DEBUT EN DOS ENTIDADES DIFERENTES: ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL FORMA SISTÉMICA (AIJS) Y LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO JUVENIL (LESJ)

B. López e I. Calvo

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

Introducción: El SAM es una complicación de las enfermedades reumáticas y en la infancia asocia un alta morbi-mortalidad. Está caracterizada por fiebre, hepatoesplenomegalia, linfadenopatía, disminución en sangre de las tres series, afectación de la función hepática, coagulación intravascular y disfunción del sistema nervioso

central. Su patogénesis se centra en la activación y proliferación incontrolada de los linfocitos T y macrófagos resultando un aumento exagerado de citoquinas inflamatorias. Presentamos 2 pacientes con distinta enfermedad y que ambos debutaron con un SAM.

Casos clínicos: *Caso 1:* Paciente mujer de 12 años ingresa por pericarditis clínica y fiebre. Se inició tratamiento con Indometacina a 3 mg/Kg/día. Cumpliendo 4 de los 11 criterios se diagnostica de LES juvenil asociando tratamiento con prednisona (1mg/kg/día). A las 24h presenta descenso del nivel de conciencia, dolor generalizado, rash cutáneo, fiebre, hepatoesplenomegalia e hipotensión. Analíticamente destacaba un aumento de la PCR, descenso de la VSG, leucopenia, con trombopenia < 20.000. Dímeros D 4.800, cifras de fibrinogeno < 100, hipertrigliceremia >800, ferritina >5000, hipertransaminasemia. Con la confirmación diagnóstica de SAM con el aspirado medular se pautó tratamiento con bolos i.v de metilprednisolona a 20 mg/Kg/día durante tres días consecutivos y ciclosporina hasta 5 mg/Kg/día para mantener niveles con efectividad terapéutica. Presentando mejoría entre 8-10 día de tratamiento. *Caso 2:* Paciente varón de 11 años con historia de 20 días fiebre de características vespertinas acompañados de exantema y artritis. En las últimas 48h inicia dolor precordial y empeoramiento del estado general y descenso del nivel de conciencia, con poliadenopatías, poliserositis y hepatomegalia. Se confirma una ferritina >25.000, con una disminución de leucocitos hasta 4000, trombopenia < 100.000, hipertransaminasemia, junto disminución del fibrinógeno e hipertrigliceremia de 900, con descenso de la VSG hasta 20 mm/h. Confirmado el diagnóstico de sospecha de SAM en un paciente con AIJs por el aspirado medular, se pauta tratamiento inicial con corticoterapia y ciclosporina, con mejoría clínica de las variables, aunque en el momento actual se le ha asociado Anakinra por persistencia de la actividad sistémica.

Conclusiones: El SAM es una complicación severa de las enfermedades reumáticas en la infancia, principalmente en la AIJs, y con menor frecuencia en el LESj. Hay que tener en mente estas complicaciones que además cuando coinciden con el debut de la enfermedad, como en nuestros dos pacientes, la dificultad diagnóstica aún es mayor, y en estas situaciones clínicas el diagnóstico precoz es necesario para la aplicación dirigida de un tratamiento eficaz. Destacar la posibilidad diagnóstica aun en ausencia de fenómenos de hemofagocitosis. El reciente conocimiento de las mutaciones del gen de la perforina puede tener implicación en la etiopatogénesis y ser la guía de nuevas terapias.

340

IMPORTANCIA DEL ESTUDIO GENÉTICO EN LAS ENFERMEDADES AUTOINFLAMATORIAS: A PROPÓSITO DE TRES CASOS CON CLÍNICA ATÍPICA

B. López e I. Calvo

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

Introducción: Los síndromes de fiebre periódica o enfermedades autoinflamatorias están caracterizados por episodios recurrentes de fiebre asociada a otras manifestaciones inflamatorias, que remiten de forma espontánea alternando con intervalos libres, para reaparecer de forma recurrente. Los síntomas asociados a la fiebre son muy variables y la gran mayoría debutan en edades muy tempranas. En ocasiones el diagnóstico presenta gran dificultad. En los últimos 5 años se ha producido un notable avance en la identificación de los genes y las mutaciones relacionadas con estas enfermedades

Describimos 3 pacientes con enfermedades autoinflamatorias cuya sintomatología presentada fue incompleta y cuyo diagnóstico fue facilitado por el estudio basado en la biología molecular.

Casos clínicos: *Caso 1:* Paciente que durante el periodo neonatal inicia fiebre resistente al tratamiento antibiótico y persistente, acompañado de exantema con descamación de palmas de las manos y plantas de los pies. Con afectación neurológica. El estudio genético confirmó ser heterocigota para la mutación V198M del gen CIAS-1 cuyas mutaciones han sido asociadas a los síndromes periódicos asociados a criopirina (CAPS), específicamente al Síndrome de Muckle-Wells. En seguimiento clínico y hasta el momento actual no ha requerido tratamiento. *Caso 2:* Varón de 5 años que consulta por episodios recurrentes de dolor abdominal (cuadros suboclusivos) que en 3 ocasiones presentó procesos de invaginación intestinal y tratados con neumoenemas. Acompañados de fiebre, diarrea en ocasiones y linfadenopatías. Fue controlado por Gastroenterología por sospecha de enfermedad celíaca que no se confirmó. La frecuencia de los episodios era mensual y de 4-7 días de evolución. Fue remitido a Reumatología por presentar en uno de los episodios una artritis de tobillo. El estudio genético del gen de la mevalonato kinasa confirmó la mutación I268T en el exón 8 y la mutación V377I en el exón 10, ambas implicadas en el síndrome de hiper gammaglobulinemia D. Esta siendo tratado con prednisona, con mejoría parcial de las crisis y en el momento actual se le ha asociado Etanercept. *Caso 3:* Varón de 13 años con pericarditis recurrente sin otro síntoma asociado que requirió ventana pericárdica quirúrgica ante la no respuesta al tratamiento médico. El estudio genético confirmó la mutación M694V del gen MEFV implicadas en la Fiebre Mediterránea Familiar. También se detectó el genotipo alfa/alfa del exón 3 de la proteína sérica del amiloide SAA-1 considerado de alta susceptibilidad al desarrollo de amiloidosis. Actualmente se encuentra en tratamiento con colchicina oral.

Conclusión: Aún existe gran dificultad en el diagnóstico de estas enfermedades bien por la variada expresividad clínica o por la escasa sospecha diagnóstica, tal vez por ser consideradas enfermedades raras o bien por falta de conocimientos. Es de gran ayuda los avances en el conocimiento en biología molecular desarrollado en estos últimos años, que nos están facilitando el diagnóstico y a su vez nos facilitan el poder diseñar tratamiento más eficaces ya que hasta el momento actual no son satisfactorios. Aunque es importante el análisis dirigido de la sintomatología clínica para establecer un diagnóstico previo de presunción.

341

EXPERIENCIA TRAS UN AÑO DE TRATAMIENTO CON ETANERCEPT EN ARTRITIS INFLAMATORIA

A. San Martín, M. Freire, T. Vázquez, C. López-Sánchez, N. Palmou, N. Orebro, C. Fernández, A. Atanes, J. Graña, J. de Toro, F. Blanco, L.F. Sueiro y F. Galdo

Servicio de Reumatología. Hospital Juan Canalejo. A Coruña.

Introducción: La terapia con anti-TNF ha cambiado la calidad de vida de los pacientes con artritis inflamatoria. Con el paso del tiempo se van desarrollando distintas moléculas sobre la misma base fisiopatológica que nos brindan más alternativas terapéuticas. En este caso, mostramos los resultados obtenidos tras un año de tratamiento con Etanercept en nuestro hospital.

Objetivo: Evaluación de la eficacia y seguridad del tratamiento con Etanercept en 22 pacientes con artritis inflamatoria que han alcanzado la semana 52 de tratamiento.

Material y métodos: Pacientes diagnosticados de Artritis Reumatoide (6) y Artritis Psoriásica (16) que no respondieron a un mí-

nimo de 2 FARAL solos o combinados. Todos los pacientes se trataron con Etanercept, a una dosis de 25 mg dos veces por semana, asociado a Metotrexato en el 90% de los casos (20/22) ó Leflunomida en el 10% (2/22). Las primeras dosis de tratamiento fueron administradas en el Centro de Salud correspondiente, con el objetivo de instruir a los pacientes en su correcta aplicación. Como criterio de eficacia se ha utilizado el DAS 28, con una reducción mayor de 1,2 sobre el registro basal realizado en la semana 0. Además, se analizó la evolución de la puntuación en la escala analógica visual para el dolor, para la enfermedad desde el punto de vista del médico y rigidez matutina en minutos. Los controles fueron realizados a las 24 y 48 semanas.

Resultados: Se incluyeron en total 22 pacientes que alcanzaron la semana 48 de tratamiento, siendo 15 de ellos mujeres y 7 varones, con una edad media 51,7 años. El tiempo medio de evolución de la enfermedad antes del inicio de la terapia era de 74 meses. Todos los pacientes fueron tratados en algún momento con Metotrexato, en menor frecuencia con Leflunomida (8 casos) y Sulfasalacina (7 casos). Entre otros fármacos pautados cabe destacar la Cloroquina, Hidroxicloroquina, Ciclosporina A, Sales de Oro y la Azatioprina. La media del DAS 28 de la semana 0 fue de 5,36, alcanzando en la semana 24 un valor de 2,99 y en la semana 48 un valor de 2,76. Analizando los datos del DAS 28 en cada paciente encontramos que en la semana 48 tenían una respuesta buena 15 pacientes. Esta respuesta viene definida por la reducción del DAS 28 mayor de 1,2 asociado a una baja actividad de la enfermedad (DAS 28 menor de 3,2). Se observó una respuesta moderada en 5 pacientes (reducción del DAS 28 mayor de 1,2, pero con DAS 28 mayor de 3,2). El resto de casos, un paciente falleció antes de alcanzar la semana 48 y el otro fue no respondedor (una mejoría en el DAS 28 menor de 0,6). La valoración del dolor mediante la escala analógica visual presentó una mejoría global de 29 mm., con una media en la semana 0 de 65 mm y en la semana 48 de 36 mm. La media de la rigidez matutina en minutos en la semana 0 fue de 48 y en la semana 48 de 11. En cuanto a la valoración de la enfermedad por el médico fue en la semana 0 de 55 mm y en la semana 48 de 17 mm. No se presentaron efectos adversos. Un paciente con antecedente de síndrome mieloproliferativo crónico falleció por una leucemia aguda no linfoblástica.

Conclusiones: Tras un año de tratamiento con Etanercept se consigue una buena respuesta clínica tomando como referencia el DAS 28 en el 68% de los casos. Llama la atención la importante mejoría en la EVA para la enfermedad desde el punto de vista del médico con una reducción respecto al basal del 69% y una reducción de la EVA para el dolor del 45%. La nula comunicación de efectos adversos por parte de los pacientes nos permite afrontar este tratamiento con la seguridad que ya había demostrado en los ensayos clínicos.

342

ESPONDILODISCITIS TUBERCULOSA EN EL ÁREA SANITARIA DE SANTANDER ENTRE LOS AÑOS 1998-2003

J.L. Peña Sagrado, I. Villa Blanco, O. García Regata, J.D. García-Palomo, J.P. Horcajada y M.C. Fariñas

Servicio de Reumatología (Unidad de Espalda) y Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. España.

Objetivos: Analizar las características clínicas, métodos diagnósticos más frecuentes y tipo de tratamiento de las espondilodiscitis (SD) tuberculosas registradas en nuestro área sanitaria.

Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo de pacientes con diagnóstico de SD tuberculosas (clínica o microbiológica) en el periodo comprendido entre 1998 y 2003. En cada caso revisamos la presencia de antecedentes personales patológicos, forma de presentación, localización, métodos diagnósticos, tratamiento realizado y evolución posterior.

Resultados: 21 pacientes fueron diagnosticados de SD tuberculosa, 9 de ellos mujeres (19 – 84 años; media 52.2). En 15 pacientes se objetivó patología clínica asociada. Todos ellos presentaron dolor a nivel espinal apareciendo sintomatología neurológica en el 62% de los casos. La mayor parte de los pacientes mostraron febrícula al ingreso, estando presente la fiebre (>38°C) en únicamente dos casos y siendo el Mantoux positivo en el 75% de los mismos. Desde el punto de vista analítico se observó una marcada elevación de los reactantes de fase aguda (VSG y PCR), apareciendo leucocitosis en únicamente un caso. En todos los pacientes fue necesaria la realización de pruebas de imagen (RMN y/o TAC y/o Gammagrafía) siendo la localización más frecuente a nivel dorsal (66%) y estando afectado en un 40% de los casos más de un espacio intersomático; se visualizó la presencia de absceso en el 71% de los mismos (15/21), precisando tratamiento quirúrgico 7 de ellos. Ningún paciente con ausencia de absceso en pruebas de imagen requirió cirugía (p < 0,05). 4 de los pacientes presentaron secuelas posteriores, pese a tratamiento apropiado, siendo éstas independientes de la terapia recibida. En las revisiones posteriores se demostró un descenso progresivo de los reactantes de fase aguda hasta su práctica normalización asociándose este descenso a una mejoría clínica del cuadro.

Conclusiones: 1) Las espondilodiscitis tuberculosas asientan más frecuentemente a nivel de columna dorsal. 2) La afectación de más de un espacio intersomático se produce en un 40% de los casos. 3) Todos los pacientes presentaron dolor espinal siendo destacable la ausencia de fiebre en la mayor parte de ellos. 4) La presencia de abscesos conllevó la necesidad de cirugía en la mitad de los casos. 5) Ninguno de los pacientes con espondilodiscitis sin absceso precisó tratamiento quirúrgico. 6) La mayor parte de los pacientes tuvo una completa resolución de sus síntomas.

343

EFFECTOS SOBRE LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA (DMO) DE LOS ANÁLOGOS DE LA HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROFINAS (A-GNRH) PARA LA PREVENCIÓN DEL FALLO OVÁRICO PRECOZ DURANTE LA TERAPIA CON CICLOFOSFAMIDA EN MUJERES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO SEVERO

E. Pérez Pampín¹, F. Maceiras Pan¹, A. Figueiras Guzmán², A. Mera Varela¹ y J.J. Gómez-Reino Carnota¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, ²Área de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Santiago de Compostela.

Introducción: Los pulsos intermitentes con ciclofosfamida (piCYC) se usan en el tratamiento de las complicaciones renales y no renales del Lupus Eritematoso Sistémico (LES). Los piCYC están asociados con amenorrea secundaria y fallo ovárico precoz (FOP) en la mitad de las mujeres tratadas. Ambos, edad al inicio de la terapia y la dosis acumulada de CYC, son los principales predictores de FOP. Una inyección mensual con análogos de la GnRH (a-GnRH) durante la terapia con CYC produce una disminución significativa en el riesgo de FOP y también en la pérdida de densidad mineral ósea (DMO).

Objetivos: Analizar el impacto de los piCYC y la protección con a-GnRH para el FOP sobre la DMO, en pacientes con manifestaciones severas de LES.

Pacientes y métodos: Se estudiaron todas las mujeres con LES, según los criterios de la ACR, en edad fértil, que precisaron tratamiento con CYC. El estudio fue aprobado por el Comité Ético y se obtuvo el consentimiento informado de todas las pacientes. Todas las pacientes siguieron un protocolo estándar, consistente en pulsos mensuales intravenosos de CYC (dosis de 500-1000 mg/m²) asociados a una dosis en pauta descendente de prednisona oral diaria (dosis de inicio 0,5-1 mg/kg/d). Se administraron inyecciones mensuales de 3,75 mg de acetato de leuporelina (a-GnRH) durante los seis meses de piCYC. La medida de la DMO en columna lumbar y cadera se realizó por absorciometría de rayos X al inicio de la terapia, a la conclusión de los piCYC y al año de finalizar la terapia.

Resultados: Se estudiaron 18 pacientes, con edades comprendidas entre 15 y 50 años, que comenzaron los piCYC. El tratamiento con acetato de leuporelina fue bien tolerado y todos los pacientes completaron el esquema terapéutico. Los resultados de la DMO al inicio, 6 meses y 1 año están incluidos en la tabla. 3 pacientes presentaron fallo ovárico, las cuales no recuperaron la DMO perdida al año. 15 pacientes con ciclos menstruales normales tras suprimir los a-GnRH presentaron un aumento en los valores de la DMO a nivel de cadera, pero no alcanzaron el valor basal en 8 casos. El descenso significativo de la DMO en columna lumbar no se recuperó al año.

	Media	Intervalo de confianza 95%	p
DMO basal (n = 18)			
T score columna lumbar	-0,989	-1,531 ± -0,447	
T score cadera	-0,786	-1,596 ± -0,616	
DMO 6 meses (n = 18)			
T score columna lumbar	-1,389	-1,887 ± -0,891	0,0001
T score cadera	-1,106	-1,596 ± -0,616	0,0012
DMO 1 año (n = 11)			
T score columna lumbar	-0,736	-1,260 ± -0,213	0,0132
T score cadera	-0,909	-1,306 ± -0,512	0,1397

Conclusiones: En pacientes con LES severo, el tratamiento con a-GnRH durante los piCYC, se asocia a una disminución en el riesgo del FOP, pero a una pérdida parcial reversible o irreversible de DMO. El uso de terapia ósea antirresortiva, garantiza la protección de la integridad ósea en esta población.

344

DAÑO RADIOLÓGICO EN LA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE Y TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

M.J. Moreno Ramos¹ y L.F. Linares Ferrando²

¹Sección de Reumatología. Hospital Santa María del Rosell. Cartagena,

²Sección de Reumatología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción: La Espondilitis Anquilosante (EA) es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta el esqueleto axial, siendo la inflamación de las sacroiliacas su localización más característica. Clásicamente los cambios radiológicos aparecen inicialmente en las sacroiliacas. Al evolucionar la enfermedad, se afectan la zona dorsolumbar y las vértebras cervicales. Las enfermedades reumáticas crónicas conllevan un deterioro del estado de ánimo paralelo al grado de afectación física y evolución en el tiempo de la enfermedad.

Objetivos: Conocer la asociación entre la progresión radiológica y la aparición de síntomas de ansiedad y depresión en nuestros pacientes con EA.

Material y métodos: Estudio transversal en 115 pacientes con EA (97 varones y 18 mujeres), diagnosticados según los criterios modificados de Nueva York. A todos los pacientes se les realizaron radiografías de columna cervical y lumbar, y de pelvis. Cada articulación sacroiliaca fue valorada mediante una escala de 0 a 5 puntos, utilizando las recomendaciones de la conferencia de Nueva York para el estudio de poblaciones. Para la valoración radiográfica lumbar se utilizó la técnica de puntuación descrita por Taylor y cols y para la valoración cervical se usó una modificación del método de Taylor para la columna lumbar. La versión española de la escala de Depresión Geriátrica (GDS) se utilizó para valorar síntomas de depresión, y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI, Versión Española) para los síntomas de ansiedad. Otras variables evaluadas fueron: edad, edad de inicio de la enfermedad, nivel de estudios, duración de la enfermedad, índice de actividad inflamatoria (IAI), capacidad funcional (HAQEA, versión modificada para la EA), Velocidad de sedimentación globular, rigidez axial (EAV), índice de entesis, entre otras. Mediante el paquete estadístico SPSS se analizaron los datos usando análisis de correlación y regresión lineales.

Resultados: El 23% mostró síntomas de depresión (puntuación >7 en el GDS), mientras que el 31% presentó síntomas de ansiedad (puntuación >7 en el STAI). En cuanto a alteraciones radiológicas, el 37% presentó Sacroileitis grado IV; la puntuación media del índice radiográfico cervical fue de 19 ± 19 puntos (rango 0 - 70), y de 12 ± 11 puntos (rango 0 - 36) para la columna lumbar. El 92% de los pacientes presentaba alguna alteración radiológica cervical, siendo el hallazgo más frecuente el pinzamiento de una o más articulaciones interapofisarias, mientras que el 84% presentaba alguna alteración a nivel lumbar, siendo la alteración más frecuente la cuadratura vertebral, apareciendo una "columna en caña de bambú" en el 12% de los enfermos. Las variables que se correlacionaron significativamente con depresión y ansiedad fueron la capacidad funcional (HAQEA) (R² = 0,22 p < 0,001) y el nivel de estudios (R² = 0,27 p < 0,001). No existió correlación entre las puntuaciones de los cuestionarios de ansiedad (STAI) y depresión (GDS) y la presencia de lesiones radiológicas axiales.

Conclusiones: No encontramos asociación entre daño radiológico y síntomas de depresión y ansiedad en nuestros pacientes con EA. Esta ausencia de correlación se puede explicar por varias causas: aunque la limitación de la movilidad vertebral es un importante factor en la predicción de la capacidad funcional y los trastornos del estado de ánimo, existen otros determinantes como la entesitis o el dolor, que influyen sobre la capacidad funcional y que no se pueden evaluar mediante radiología. Por otro lado, las lesiones radiológicas suelen tener un curso lento que permite la adaptación del paciente y atenúa su repercusión funcional y psicológica.

345

SARCOIDOSIS. CARACTERIZACIÓN DE ENFERMOS DEL INSTITUTO PORTUGUÉS DE REUMATOLOGÍA

F. Barcelos, J.V. Patto, E. Simões, M. Mediavilla, M. Micaelo, P. Araújo y A. Teixeira

Instituto Português de Reumatologia, Lisboa.

Introducción: La sarcoidosis es una enfermedad inflamatoria sistémica de etiología desconocida caracterizada por la presencia de granulomas no-caseosos en los órganos envueltos, con mayor ex-

presión a nivel pulmonar, cutánea y ocular, pero pueden aparecer manifestaciones reumatológicas en cerca del 25% de los enfermos.

Objetivo: Describir las manifestaciones reumatológicas y no reumatológicas en una población de enfermos con sarcoidosis

Material y métodos: Fue analizado de forma retrospectiva un grupo de 12 enfermos con sarcoidosis, con respecto a las manifestaciones iniciales y las alteraciones en otros órganos y sistemas durante la evolución de la enfermedad sobretodo para las manifestaciones reumatológicas

Resultados: Todos los enfermos eran caucásicos, once del sexo femenino (92%). La edad media de aparición fue 49,1 años \pm 12,9 (34-80), y el tiempo medio de evolución 8,4 años \pm 12,9 (1-25). En 6 enfermos (50%), el diagnóstico de sarcoidosis fue colocado en el curso de la investigación en consulta de Reumatología. Las manifestaciones constitucionales ocurrieron en 9 enfermos (75%). Las manifestaciones cutáneas estaban presentes en 10 pacientes (83%), las quejas secas aparecen en 7 enfermos (58%), la alteración ocular en 5 enfermos (42%), un enfermo (8%) presentaba insuficiencia cardíaca y miocardiopatía dilatada. El síndrome de Löfgren (adenopatía hilar, poliartralgia/poliartritis y eritema nodoso) en 3 enfermos (25%). Todos los enfermos presentaban manifestaciones reumatológicas: artralgias en 12 (100%), miopatía en 2 (17%), y osteoporosis en 7 enfermos (58%), de los cuales 4 (33%) con fracturas. Las artralgias estaban presentes al inicio de la enfermedad en 9 enfermos (75%), poliarticular en 6 (50%) enfermos y oligoarticular en 3 (25%), siendo el inicio súbito en 78% (7 en 9) y insidioso en 22% (2 en 9). El patrón fue simétrico en 33% (3 en 9) y asimétrico en 67% (6 en 9)), afectando: rodilla (7 enfermos), puño (6), IFP (6), MCF (5), hombro (4), codo (4), cadera (4), tobillo (4) y MTF (3). En cinco enfermos (42%) hubo señales de artritis, a nivel MCF (3 dientes), IFP (3), rodilla (2), MTF (2), puño (1) y tobillo (1). Durante la evolución de la sarcoidosis existe remisión de las artralgias en 2 enfermos (17%), y en 3 enfermos (25%) inicialmente sin quejas articulares comenzaron cuadro de poliartralgias, uno de ellos con artritis del puño y MCF.

Discusión: La prevalencia de las manifestaciones reumatológicas fue elevada, resultado de la referenciación de los enfermos con artralgias/artritis precoces, siendo el diagnóstico de sarcoidosis por veces colocado durante el proceso de diagnóstico. El número significativo de enfermos tenía osteoporosis, probablemente multifactorial. En relación a las manifestaciones no reumatológicas, no es posible establecer comparaciones con otras series, dada la muestra pequeña de nuestra población y los criterios de selección.

Conclusiones: Las alteraciones reumatológicas de la sarcoidosis podrán ser mas frecuentes que lo que es habitualmente descrito. Para conocer mejor la verdadera prevalencia de las manifestaciones reumatológicas en la sarcoidosis, son necesarios mas estudios, multicéntricos, preferencialmente por método transversal o prospectivo. La sarcoidosis debe ser considerada en la investigación de cualquier enfermo con artralgias/artritis reciente.

346

SIROLIMUS: UN TRATAMIENTO POTENCIAL PARA LA NEFROPATÍA LÚPICA PROLIFERATIVA DIFUSA

F. Medina^{1,2}, J. Fuentes², I. Carranza², A. Fraga² y J. Moreno¹

¹Unidad de Investigación en Enfermedades Autoinmunes, ²Departamento de Reumatología. Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS, México.

Antecedentes: El sirolimus es un nuevo fármaco inmunosupresor que inhibe los linfocitos al bloquear la proteína cinasa blanco de rapamicina (TOR), que controla translocación de RNAm, promueve síntesis de proteínas y ciclo celular. Es seguro y general-

mente bien tolerado en pacientes con transplantes, principalmente de riñón, en donde se ha observado mejoría funcional y descenso de proteinuria, por lo que este efecto dual lo ubica como una alternativa plausible en pacientes con enfermedades autoinmunes y nefropatía.

Objetivo: Evaluar la eficacia de sirolimus en pacientes con nefropatía lúpica proliferativa difusa refractaria a manejo inmunosupresor.

Material y método: Definición de caso: Pacientes con LES de acuerdo a los criterios de clasificación del ACR, con evidencia histopatológica de nefropatía proliferativa difusa. Se consideró manejo inmunosupresor refractario al uso de al menos dos de los siguientes fármacos: prednisona 1 mg/kg/día por 12 semanas, azatioprina 1-2 mg/kg/día por 12 semanas, ciclofosfamida IV 0,5-1 g/m² S.C. La actividad fue cuantificada cada 2 meses mediante SLEDAI 2K. Se inició sirolimus a dosis de 2 mg en monodosis, con incremento a 3-4 mg/día. La dosis de prednisona fue registrada durante el seguimiento. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS10.

Resultados: Identificamos 5 mujeres, con edad media de 31 años (rango 20-58), con duración media del LES de 98 meses (26-247). Los marcadores de inflamación (VSG, PCR) estuvieron elevados en todas las pacientes. Todas estaban recibiendo esteroides, ciclofosfamida IV en 4 y azatioprina en 2 casos, sin respuesta en todas ellas. El SLEDAI inicial fue de 13,4 \pm 3,1, y el SLEDAI final de 3,7 \pm 2,4 (p < 0,001). La respuesta terapéutica se observó a partir del segundo mes, siendo sostenida a partir del cuarto mes. En todas las pacientes se observó mejoría en la depuración de creatinina (DCr), 4 en más del 40% DCr inicial 48 \pm 18 ml/min, final 74 \pm 13 ml/min (p < 0,05), así como descenso en los niveles de proteinuria en todas ellas. Se observó descenso de PCR y normalización de niveles de C₃ en 4 pacientes. La duración de la respuesta terapéutica ha sido de 11 meses (rango 8-14 meses). Los efectos adversos han sido la presencia de hipercolesterolemia en 4/5 pacientes, que requirieron terapia con estatinas en 3 de ellas, y dieta en la paciente restante. Se identificó diarrea no infecciosa autolimitada en 1 caso y urosepsis en otra paciente. La dosis de prednisona disminuyó en todos los casos, de 64,8 mg/día (0,7-1,3 mg/kg día) a 22,3 mg/día (0,1-0,5 mg/kg/día), con una p < 0,001.

Conclusiones: Se observó una respuesta sostenida de la nefritis proliferativa difusa refractaria, tanto por clínica como por laboratorio en 4 de las 5 pacientes, logrando remisión sostenida durante el seguimiento. Por lo tanto, el sirolimus puede ser efectivamente utilizado en el manejo de nefritis lúpica refractaria. No se identificaron efectos secundarios severos con sirolimus, por lo que puede ser una alternativa en pacientes con LES con falla o que no toleren la terapia inmunosupresora convencional.

347

ANTI-TNF ALFA EN LA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE. 3 AÑOS DE EXPERIENCIA

I. Cunha, P. Monteiro¹, J. García¹, M.J. Saavedra¹, P. Abreu¹, M.J. Salvador¹, A. Barcelos², P. Valente³, M. Alexandre¹, L. Inês¹, J. Silva¹ y A. Malcata¹

¹Servicio de Reumatología. Hospitales de la Universidad de Coimbra, ²Unidad de Reumatología. Servicio de Medicina de Aveiro, ³Unidad de Reumatología. Servicio de Traumatología de Santa Maria da Feira.

Objetivos: Evaluar la eficacia y seguridad de los anti-TNF alfa en pacientes con Espondilitis Anquilosante.

Métodos: Estudio abierto, incluyendo 17 pacientes, 13 de sexo masculino, con diagnóstico de Espondilitis Anquilosante según los criterios de Nueva York modificados, refractaria a los AINE's y

DMARD's convencionales. De los 17 pacientes 15 recibieron Infliximab en la dosis de 5mg/kg/ev; a las semanas 0, 2, 6, y después de 8:8 semanas y los restantes Etanercept en la dosis de 25 mg/2x sem/sc. Todos los pacientes fueron sometidos a evaluación clínica y laboratorio, prospectiva y protocolizada de acuerdo con las recomendaciones del grupo ASAS, con los intervalos arriba indicados para el Infliximab (test de Shöber, evaluación global de la actividad de la enfermedad por el paciente y por el médico; BASDAI; BASFI; EVA del dolor, fatiga y lumbalgia; HAQAS, PCR y VS). **Resultados:** Todos los pacientes presentaron afectación axial, el 76,5% afectación periférica y solo el 11,8% entesopático. La edad media de los pacientes fue de 34,7 años (16-50 años) y la duración media de la enfermedad de 14,5 años. La media del número de tratamientos realizados con Infliximab fue de 9,6 (4 a 20) con una duración media de tratamiento de 16,2 meses (3,5-35 meses). El valor medio inicial de todos los parámetros evaluados mejora en la última observación, destacando sobre todo el BASDAI (de 6,04 para 2,98), BASFI (de 6,9 para 3,85), EVA de la lumbalgia nocturna (de 6,45 para 2,26), HAQAS (de 1,28 para 0,82). Después de la primera administración se comprobó una marcada mejoría clínica y del bienestar del paciente, acompañados de disminución de PCR y VS. El 60% y el 13,3% de los pacientes alcanzaron una respuesta ASAS 20 y 50, respectivamente, a las 2 semanas de tratamiento. En la última evaluación, el 66,6% y el 53,3% de los pacientes, presentaron una respuesta ASAS 20 y 50, respectivamente. Hubo necesidad de acortar el intervalo de la administración de Infliximab para 6/6 semanas, en 4 pacientes. En tres pacientes fue efectuado el "switch" para etanercept, dos por ineficacia ("no respondedores") y uno por reacción alérgica (urticaria). Se verificaron dos intercorrientes infecciosas, una neumonía y amigdalitis de repetición, tratadas en ambulatorio. Cuatro pacientes hicieron profilaxis contra la tuberculosis.

Conclusiones: Nuestra experiencia confirma los resultados de investigación que revelan una excelente respuesta de los pacientes con Espondilitis Anquilosante a los anti-TNF alfa. Esta terapéutica se reveló también segura en todos los pacientes. La mejoría clínica se comprobó después de los primeros tratamientos y se mantuvo. En algunos pacientes se comprobó la necesidad de acortar el intervalo de administración o hacer el "switch". Tanto el riesgo de complicaciones infecciosas como el elevado coste de estas terapéuticas imponen la aplicación de criterios rigurosos de indicación y mantenimiento del tratamiento.

348

FACTORES PREDICTIVOS DE RESPUESTA CLÍNICA EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE BAJO TERAPÉUTICA BIOLÓGICA

P. Monteiro, I. Cunha¹, J. García¹, M.J. Saavedra¹, P. Abreu¹, M.J. Salvador¹, A. Barcelos², P. Valente³, M. Alexandre¹, L. Inês¹, J. Silva¹, J.A.P. Silva¹ y A. Malcata¹

¹Servicio de Reumatología. Hospitales de la Universidad de Coimbra, ²Unidad de Reumatología. Servicio de Medicina de Aveiro, ³Unidad de Reumatología. Servicio de Traumatología de Santa Maria da Feira.

Objetivos: Evaluar la existencia de factores predictivos de respuesta clínica en pacientes con Espondilitis Anquilosante tratados con fármacos anti TNF alfa.

Métodos: Estudio abierto, incluyendo 17 pacientes con el diagnóstico de Espondilitis Anquilosante, refractaria a otras terapéuticas. Todos los pacientes incluidos en el estudio cumplían los criterios de refractariedad según el grupo ASAS. Quince pacientes habían recibido Infliximab (5mg/kg/ev; a las semanas 0, 2, 6, y después de 8:8 semanas). Dos pacientes fueron medicados con

Etanercept (25 mg/2 x sem/sc). Se recogieron los datos iniciales como sexo, edad, edad de inicio de la enfermedad, duración de la enfermedad y todos los pacientes se sometieron a una evaluación clínica y laboratorio, prospectiva y protocolizada, con los intervalos arriba indicados para el Infliximab (test de Shöber, evaluación global por el paciente y por el médico; BASDAI; BASFI; EVA dolor, fatiga, lumbalgia e dolor nocturno; HAQes; PCR e VS). Se definió como respuesta clínica mayor una mejoría del 50% del BASDAI inicial tras 14 semanas de tratamiento.

Resultados:

Parámetros iniciales	Pacientes con respuesta Mayor	Pacientes sin respuesta Mayor
Media etaria	33,9 A	43,7 A
Edad media de inicio de la enfermedad	22,2 A	23,4 A
Duración de la enfermedad	11,7 A	20 A
Shober inicial < 2 cm	36%	67%
Evaluación Global del paciente	6,3	8,1
Evaluación global del Médico	6,5	7,5
EVA dolor	5,9	6,8
EVA fatiga	6,25	7,25
EVA lumbalgia	6,15	6,9
EVA lumbalgia nocturna	7,4	8
HAQes	1,31	1,5
BASDAI	5,7	6,7
BASFI	6,58	7,6
VS	42	29
PCR	4,2	2,3

Conclusiones: Se verificó respuesta clínica mayor en el 64,7% de los pacientes. Los resultados obtenidos concuerdan con los de la literatura, que apuntan como factores predictivos de mejor respuesta al tratamiento con anti-TNF alfa, una duración de la enfermedad más corta, menor edad, bajo BASFI inicial y VS y PCR elevadas. Los pacientes respondedores presentan todavía una menor limitación de la movilidad lumbar inicial, e índices iniciales menores en las EVAs. Debido al elevado coste y, raros, pero potenciales riesgos de estas terapéuticas, es de extrema necesidad la aplicación de criterios de inclusión rigurosos, para dar de esta forma preferencia a aquellos pacientes con mayor probabilidad de respuesta.

349

INFLUENCIA DEL HÁBITO DE FUMAR Y DEL USO DE PRODUCTOS PARA EL TRATAMIENTO DEL CABELLO EN LA APARICIÓN DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

M. Estévez del Toro, A. Chico Capote, Y. Heredia Mancebo y R. Jiménez Paneque

Servicio de Reumatología. Hospital Hermanos Ameijeiras. La Habana. Cuba.

Se ha señalado que el hábito de fumar y el uso de productos para el tratamiento del cabello pudieran estar asociados a riesgo de desarrollar Lupus Eritematoso Sistémico (LES), aunque esta asociación es controvertida.

Objetivo: Identificar la asociación entre el uso de productos para el tratamiento del cabello y el hábito de fumar y la aparición de LES en mujeres cubanas.

Método: Estudio de casos y controles donde fueron incluidas 180 pacientes con diagnóstico de LES (casos) y 360 sanas (controles). El período de estudio comprendió desde junio de 2003 a mayo de 2005. Las pacientes presentaron un tiempo de evolución de enfermedad no mayor a 10 años. Se realizó una entrevista que recogió datos demográficos e información sobre el hábito de fumar y el uso de tintes, alisadores y rizadores para el cabello, en las en-

cuestadas. El análisis estadístico consistió en determinación de Odds Ratio (OR) con un 95% de Intervalo de Confianza (IC) y análisis multivariado por regresión logística.

Resultados: No se encontró asociación entre el hábito de fumar y el riesgo de aparición de LES, ni tampoco entre el uso de alisadores y rizadores con la aparición de la enfermedad. Se encontró asociación entre el uso de tintes y el riesgo de desarrollar LES (OR 3,22 IC 95% 2,22- 4,67) y esta se incrementó con la prolongación de su uso. Los tintes oscuros fueron significativos.

Conclusiones: El uso de tintes en nuestro estudio resultó ser un factor de riesgo asociado al desarrollo de LES.

350

MARCADORES BIOLÓGICOS DE LA RESPUESTA CLÍNICA AL TRATAMIENTO CON RITUXIMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE: DATOS PRELIMINARES

M.A. Barceló, C. Hernández, C. Palacio*, P. Barceló y S. Marsal
*Unitat de Recerca de Reumatologia. Unitat de Reumatologia. H. Universitari Vall d'Hebron. Barcelona, *Unitat d'Immunofenotipatge i Citometria. Servei d'Hematologia. H. Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.*

Introducción: El Rituximab (MabTheraR, Roche) es un anticuerpo monoclonal quimérico dirigido contra el antígeno de superficie CD20 y que depleciona las células que lo expresan (células pre-B/LB maduros). Recientemente se ha demostrado la utilidad clínica de Rituximab en el tratamiento de la AR activa.

Objetivos: El objetivo de nuestro estudio es valorar la eficacia clínica y la seguridad del tratamiento con Rituximab en pacientes con AR y determinar su efecto sobre las subpoblaciones linfocitarias en sangre periférica.

Métodos: Estudio prospectivo de 24 semanas de duración que incluye a 12 pacientes con AR grave sin respuesta a terapia anti-TNF α y anti-IL-1. Se presentan los resultados de la eficacia clínica de los 7 primeros pacientes. Se administraron 1000mg de Rituximab por vía i.v. a las S0 y S2. Se utilizó la misma pauta de premedicación que en el tratamiento de los linfomas no Hodgkin. Se estableció un protocolo específico de seguimiento que incluye la determinación de variables clínicas, parámetros de laboratorio, recogida de efectos adversos y estudio inmunofenotípico. En las S0, S2, S12 y S24 de tratamiento, se ha llevado a cabo el análisis inmunofenotípico de la fracción linfocitaria. Se determinaron, mediante control isotópico negativo, los porcentajes de células CD3+, CD4+, CD8+, CD25+, CD28+, CD20+. Se usó el Test t con corrección por tests múltiples para comparar los cambios en el porcentaje celular para cada uno de los marcadores para cada una de las semanas respecto la S0. Se determinó la asociación entre el porcentaje de células positivas para cada marcador en la S0 y la disminución del DAS28 respecto la S0 mediante modelos de regresión lineal exploratoria.

Resultados: Las características demográficas y clínicas de los pacientes se muestran en la Tabla.

Paciente	Edad	Tº evol AR (años)	FR	Erosiones	FAMEs previos	Terapias biológicas	DAS28 S0	DAS28 S2 S12 S24
1	41	23	+	+	9	4	6,67	6,4 2,9 2,3
2	67	4	+	+	7	4	8,32	7,6 8,2 7,1
3	43	12	+	+	4	4	6,28	3,8 5,8 4,2
4	47	21	+	+	6	4	5,07	2,3 2,4 2,1
5	57	3	+	-	4	2	7,37	5,5 4,3
6	55	26	+	+	7	3	8	6,7 5,7
7	61	17	+	+	3	3	8,07	7,2

Eficacia clínica: Semana 2: 2 pacientes alcanzaron una respuesta ACR 50 y 5 pacientes no alcanzaron una respuesta ACR 20. Se-

mana 12: 6 pacientes completaron la S12 de seguimiento de los que 2 obtuvieron una respuesta ACR 70, 1 una respuesta ACR 20 y 3 pacientes no alcanzaron una respuesta ACR 20. Semana 24: de las 4 pacientes que completaron la S24, 2 alcanzaron una respuesta ACR 70, 1 alcanzó una respuesta ACR 20 y 1 no consiguió una respuesta significativa. Se observó un incremento significativo del porcentaje de células CD4+CD28+ a la S2 ($P < 0,01$) de tratamiento que se mantuvo durante el seguimiento aunque sin ser estadísticamente significativo. En los análisis exploratorios encontramos asociación entre la disminución de DAS28 (Δ DAS28 = DAS28S0 - DAS28S2) y el porcentaje de linfocitos CD4+28+ y linfocitos CD20+ en la S0: Disminución de 0,29 puntos DAS28 por un aumento del 10% de linfocitos CD4+28+, 95% CI $\pm 0,015$, $P = 0,0034$. Disminución de 1,09 puntos DAS28 por aumento del 10% de linfocitos CD20+, 95% CI $\pm 0,068$, $P = 0,0092$. Seguridad: No se han observado efectos adversos durante la administración del fármaco ni durante el seguimiento.

Conclusiones: Los datos preliminares observados en este estudio confirman la utilidad de Rituximab en el control clínico de la AR. No se han observado reacciones a la infusión ni efectos adversos durante los 6 meses de seguimiento. La respuesta clínica al tratamiento obtenida a la S2 no es predictiva de la respuesta al final del período de seguimiento. La respuesta es superior a la S12 pero puede mejorar durante las 12 semanas restantes. El porcentaje de células CD4+28+ a la S0 así como el porcentaje de CD20 resultó predictivo de la respuesta clínica en la S2 dada su correlación con la mejoría del DAS28.

351

ESTUDIO OBSERVACIONAL NATURALÍSTICO PARA ANALIZAR LA SEGURIDAD DEL PARACETAMOL EN PACIENTES CON ARTROSIS DE RODILLA DURANTE 6 MESES

C. Fernández-López, S. Reboiro, N. Oreiro, A. San Martín, T. Vázquez, J. Graña, M. Freire, A. Atanes, J. de Toro, J.L. Fernández-Sueiro, F. Galdo y F.J. Blanco
Unidad de Investigación Clínica. Servicio de Reumatología. CH Universitario Juan Canalejo. A Coruña.

Introducción: La artrosis es la patología reumática más frecuente y es la causa más importante de discapacidad en los ancianos en España y otros países occidentales. El paracetamol (máx. 4 gr/d), es el fármaco inicialmente recomendado para el tratamiento de la artrosis sintomática por organismos como EULAR, junto con medidas no-farmacológicas. Pero no existen estudios sobre la efectividad y seguridad del paracetamol a largo plazo.

Objetivos: Conocer datos de seguridad del paracetamol a dosis de hasta 4 gr/día en condiciones reales de prescripción (según práctica clínica habitual) a largo plazo. Obtener datos de la efectividad en dichas condiciones.

Métodos: Estudio observacional naturalístico, abierto, prospectivo, no controlado. Todos los pacientes incluidos recibieron paracetamol al comienzo del tratamiento. El seguimiento inicial es de 6 meses. La eficacia fue medida utilizando una EVA del dolor y el WOMAC. Se recogieron datos de seguridad farmacológica.

Resultados: Se reclutaron 219 pacientes. El 87,6% fueron mujeres. La edad fue $65,6 \pm 8,76$, y el IMC $32,93 \pm 5,26$. El tiempo de evolución de la artrosis fue de $49,06 \pm 63,40$. La escala WOMAC basal presentó los siguientes valores: Dolor = $6,9 \pm 2,8$, Rigidez = $3 \pm 1,7$, Función = $25 \pm 11,7$. La EVA basal fue de $44,6 \pm 22,5$. El 92,7% de los pacientes tenían afectadas ambas rodillas. Al

71,2% de los pacientes se le realizó una exploración radiológica, cuyos hallazgos más frecuentes fueron osteofitos (84% RD, 76,9% RI), pinzamiento articular (75,6% RD, 73,7% RI), y esclerosis subcondral (84,6% RD, 78,2% RI). El compartimento más frecuentemente afectado fue el medial (87% RD, 83% RI). Los otros grupos articulares más afectados fueron la columna cervical (33%), la lumbosacra (32%), y las articulaciones interfalángicas (28%). Los pacientes sufrían $3,87 \pm 1,96$ enfermedades concomitantes. Las más frecuentes fueron las de origen metabólico/endorcino (66% de la población), reumatológico (58%) y cardiovascular (57%). El 84% de los pacientes recibió al menos un fármaco como medicación concomitante, el 25% recibían 5, y un 12% tomaban 6. En la actualidad, 171 pacientes han completado el seguimiento de 6 meses. La EVA del dolor a los 6 meses fue de $37,10 \pm 25,8$ con una diferencia significativa ($p < 0,001$). La escala WOMAC a los 6 meses presenta los siguientes valores medios: Dolor = $6 \pm 3,7$, Rigidez = $2,6 \pm 1,7$, Función = 23 ± 12 . Fueron declarados 56 acontecimientos adversos, ninguno de ellos considerado como acontecimiento adverso grave y siendo mayoritariamente leves (76%). El más frecuente la infección del tracto respiratorio superior. Cuatro de los pacientes presentaron reacciones adversas gastrointestinales. Una con probable relación de causalidad con el paracetamol que requirió la suspensión del medicamento (dispepsia). Los otros tres son una acidez y dos pacientes que refirieron ardor de estomago los tres considerados como no relacionados con el tratamiento. Ningún paciente tuvo que abandonar el tratamiento con paracetamol debido a hepatotoxicidad.

Conclusiones: El paracetamol a una dosis máxima de 4 gr al día reduce el dolor de los pacientes con artrosis sintomática de rodilla. El Paracetamol en condiciones reales de prescripción es un tratamiento seguro.

Este estudio ha sido patrocinado por Bristol Myers-Squibb, S.A.

352

¿MEJORA LA LEFLUNOMIDA LAS LESIONES CUTÁNEAS EN PACIENTES CON ARTROPATÍA PSORIÁSICA? RESULTADO DE LOS HOSPITALES UNIVERSITARIOS GENERAL Y LA FE DE VALENCIA

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

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

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria de etiología inmunitaria y con claro componente genético, que afecta a un 1-3% de la población. En un 10% de estos pacientes, existe clínica articular. La disponibilidad actual de tratamientos biológicos, mejora tanto la clínica articular como cutánea de los pacientes, pero su elevado costo, justifica el buscar tratamientos alternativos en este sentido. La eficacia de la leflunomida (LFD) en la artropatía psoriásica (Aps), está avalada por diversos estudios, no siendo tan evidente la respuesta de las lesiones cutáneas.

Objetivo: 1. Valorar la evolución de las lesiones cutáneas en pacientes con APs con el uso de LFD. 2. Valorar el efecto positivo del fármaco sobre el dolor y calidad de vida en pacientes con APs tratados con LFD.

Material y métodos: Evaluamos 28 pacientes diagnosticados de APs en las unidades de Reumatología de los Hospitales Universitarios General y La Fe de Valencia. Clasificación de psoriasis: 26 leves (PASI < 10) y 2 moderadas (PASI 10-50). Distribución por sexos: 16 hombres y 12 mujeres. Edad media: 53,1 años (23-62).

Incluimos a los pacientes tras descartar contraindicaciones para el uso de LFD. Se les administró la dosis habitual (20mg/d tras tres días de dosis de carga de 100mg/d). Mensualmente se realizó control analítico. Tras la visita inicial, se efectúa un nuevo control a los tres meses. En ambas visitas, realizamos PASI (Psoriasis Area and Severy Index) y una triple valoración analógica: evaluación global por el paciente, por el médico y evaluación analógica del dolor. Puntuación de 0 (mejor situación) a 10.

Resultados: *Valoración PASI:* Disminución en 14 pacientes (50%). En 8 pacientes no se constata variación, empeorando en 6 pacientes. La mejoría del PASI ha sido mayor en los casos de mayor afectación cutánea inicial. *Evaluación global por el paciente:* Mejoría en 21 casos (75%). Empeoramiento en 4 casos. *Evaluación global por el médico:* Mejoría en 15 pacientes (53%) y empeoramiento en tres casos. *Valoración del dolor por el paciente:* Mejoría en 20 pacientes (71,5%) con empeoramiento en 5 casos.

Conclusiones: 1. La psoriasis cutánea no es una indicación de la LFD, pero si su uso en APs mejora las lesiones cutáneas, contribuiremos a una mejor calidad de vida de los pacientes. 2. Nuestros pacientes tenían una leve afectación cutánea, mejorando más el PASI en los pacientes con más lesiones. Nuevos estudios en pacientes con Ps. moderada/grave, donde estarían indicados tratamientos sistémicos, quizá incrementen estos resultados. 3. Este estudio confirma que la LFD es un buen fármaco en la APs, mejorando más de un 50% de pacientes, con un efecto rápido (a los 3 meses) y con pocos efectos adversos (ninguna supresión de tratamiento). Un 31% de pacientes, disminuyeron el consumo de AINEs en este tiempo.

353

INFILTRACIÓN LOCAL FRENTE A CIRUGÍA DESCOMPRESIVA EN EL SÍNDROME DEL TÚNEL DEL CARPO. SEGUIMIENTO ABIERTO A 7 AÑOS DE UN ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO CONTROLADO

D. Ly-Pen, J.L. Andreu, I. Millán, G. de Blas y A. Sánchez-Olaso

Centro de Salud Gandhi de Madrid, Servicios de Reumatología y de Bioestadística. H.U. Puerta de Hierro de Madrid, Servicios de Neurofisiología Clínica y de Cirugía Plástica. H.U. Ramón y Cajal de Madrid.

Objetivos: Nuestro grupo ha demostrado que la infiltración con esteroide es de similar eficacia que la cirugía de descompresión en el tratamiento del síndrome del túnel del carpo (STC) idiopático, en el seguimiento a 1 año. En el presente estudio se valora la duración de la respuesta terapéutica a 7 años.

Métodos: Estudio prospectivo de seguimiento abierto, de pacientes reclutados en un ensayo clínico aleatorizado que comparaba la infiltración con esteroide frente a la cirugía descompresiva en el STC. Tras finalizar el estudio inicial, los pacientes recibieron la atención sanitaria estándar que sus equipos médicos habituales consideraron más adecuada. El criterio de valoración principal fue la necesidad de requerir nueva intervención terapéutica sobre el carpo objeto de estudio. La comparación entre el grupo Cirugía (C) y el grupo Infiltración (I), se realizó utilizando la regresión múltiple de Cox y el cálculo de incidencia acumulada del evento, considerando las pérdidas como un riesgo competitivo (prueba de Gooley).

Resultados: Permanecieron disponibles para el seguimiento 148 carpos de los 163 carpos aleatorizados al inicio del estudio. La mediana de seguimiento fue de 5,9 años. A los 7 años, la incidencia acumulada de fracaso terapéutico en el grupo C fue de 11,6%

(IC 95%; 6,0%-22,2%), frente a 41,8% (IC 95%; 32,2%-54,2%) en el grupo I. La regresión múltiple de Cox evidenció un riesgo de fracaso en el grupo I de 4,5 frente a C (IC 95% 2,09-9,86; $p < 0,0001$).

Conclusiones: En el seguimiento a largo plazo, la cirugía descompresiva es superior a la infiltración local con esteroides en el STC idiopático.

354

RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE FORMACIÓN CONTINUADA EN ATENCIÓN PRIMARIA (AP) PARA LA SENSIBILIZACIÓN SOBRE EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO PRECOSES DE LA ARTRITIS REUMATOIDE (AR)

A.M. Ruiz Ruz, J.A. Carrasco Fernández, M.D. Miranda García, M.C. Castro Villegas, E. Collantes Estévez y F.G. Martínez Sánchez

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción: El diagnóstico y tratamiento precoces de la AR se consideran indispensables en el manejo de los pacientes con esta enfermedad, consiguiendo mejores resultados sobre las consecuencias que ésta tiene sobre el paciente (discapacidad física, calidad de vida). En los últimos años, se han creado en los Servicios de Reumatología las Consultas de Artritis de Reciente Inicio (CARI), generadas con el objetivo de prestar asistencia rápida y eficiente a los pacientes con artritis iniciales. Para ello se requiere una AP sensibilizada que los reconozca y remita rápidamente a los Servicios de Reumatología. Como consecuencia de lo anterior, hemos diseñado un programa de formación en AP sobre estos aspectos, además de consensuar un modelo de solicitud de atención de los pacientes, impartándose en los centros de AP del distrito centro de Córdoba durante el curso 2004-2005.

Objetivos: Evaluar los diagnósticos de los pacientes remitidos a la CARI por los 12 centros de salud participantes en este programa de formación. Consensuar un modelo de solicitud de atención de los pacientes a las CARI. Valorar el tiempo medio de espera entre la solicitud y la primera visita en la CARI.

Pacientes y métodos: Desde Octubre de 2004 hasta Diciembre de 2005 han sido remitidos 32 pacientes de los 12 centros de salud participantes, en los cuales se ha evaluado el diagnóstico previo y definitivo tras su valoración en la CARI. Se ha realizado un estudio descriptivo con dichos diagnósticos, reflejándose el porcentaje de los distintos grupos de patologías que presentaban estos sujetos. Además se ha calculado el tiempo medio de espera entre la solicitud y la primera visita en la CARI. *Criterios de derivación a la cari:* Edad mayor de 16 años. Constatación de artritis durante 4 semanas. Artritis de evolución menor o igual a 1 año. Ausencia de síntomas sistémicos (fiebre). Ausencia de antecedentes traumáticos. Cumplimentación del protocolo clínico de derivación.

Resultados: El 25% de los pacientes remitidos fueron diagnosticados de Artritis Reumatoide de Reciente Inicio (ARRI), el 9,3% de conectivopatía (Lupus Eritematoso Sistémico, Enfermedad Mixta de Tejido Conectivo), el 37,5% de patología degenerativa y mecánica (Síndrome del Túnel del Carpo, Rizartrosis) y el 28,9% de Artritis Indiferenciada (AI).

Conclusiones: Nuestros resultados (53,2% de los pacientes) son comparables a los obtenidos en estudios previos sobre modelos de intervención en AP, donde se habían encontrado un 50% de pacientes con artritis (que incluían ARRI y AI) del total de los sujetos remitidos a las CARI, lo cual pone de manifiesto la importancia de la intervención sobre la AP para sensibilizarla sobre la

necesidad del diagnóstico y tratamiento precoces de la AR. El tiempo medio de espera entre la solicitud y primera visita en la CARI es de 39,7 días.

Richard H. Glaizar, Elizabeth M. Badley, Sydney C. Lineler, Annette L. Wilkins, Mary J. Bell. Getting a grip on Arthritis: an educational intervention for the diagnosis and treatment of arthritis in primary care. *J Rheumatol* 2005;32:137-142.

G.J. Gormley, W.K. Steele, A. Gilliland, P. Mulligan, M. Stevenson, D. O'Reilly and A. J. Taggart. Can diagnostic triage by general practitioners or rheumatology nurses improve the positive predictive value of referrals to early arthritis clinics? *Rheumatology* 2003;42:763-768.

355

EL TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB REDUCE EL DAÑO OXIDATIVO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES INFLAMATORIAS CRÓNICAS EN FASE ACTIVA

A. Ruiz, E. Collantes, V. Pérez-Guijo, E. Muñoz, G. Huerta, I. Túnez, M. Feijóo y P. Montilla

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba, Departamento de Bioquímica y Biología Molecular. Facultad de Medicina. Universidad de Córdoba.

Objetivo: Evaluar el efecto de infliximab en el daño oxidativo de pacientes con enfermedades inflamatorias articulares crónicas en fase activa.

Pacientes y métodos: La población de estudio constaba de 12 pacientes: 5 Espondilitis Anquilosantes (EA), 5 Artritis Reumatoides (AR) y 2 Artritis Psoriásicas (AP). Los pacientes fueron divididos en 2 grupos, de acuerdo a los criterios que definen actividad para cada patología: a) 7 pacientes activos y b) 5 pacientes inactivos. Para evaluar actividad se utilizaron los valores de Proteína C Reactiva (PCR) (mg/L), Velocidad de Sedimentación Globular (VSG) (mm/H), valoración global del paciente sobre actividad de su enfermedad (PGA) (mm), Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI) (puntos) para pacientes con EA y Disease Activity Score 20 (DAS 28) (puntos) para pacientes con AR. Los pacientes con enfermedad articular inflamatoria crónica en fase activa fueron incluidos en terapias biológicas con infliximab de acuerdo al siguiente criterio: 1) AR y AP (3mg/kg) y EA (5 mg/kg). Los efectos de infliximab fueron evaluados a las 6 semanas de iniciar el tratamiento como posibles cambios en la actividad de la enfermedad y de cuantificación de productos de lipoperoxidación, grupos de proteínas carboniladas, glutatión reducido (GSH), GSH-peroxidasa (GSH-px), catalasa y superóxido dismutasa total, tanto en pacientes con enfermedad activa como inactiva.

Resultados: Nuestro estudio revela que el tratamiento con infliximab reduce el valor de los parámetros clínicos y analíticos de estrés oxidativo a las 6 semanas de iniciar el tratamiento en pacientes con enfermedades articulares inflamatorias crónicas en fase activa. El valor medio de BASDAI a la semana 0 para los 2 pacientes con EA activa fue 7,1 puntos y pasó a 3 puntos a las 6 semanas de iniciado el tratamiento; en EA inactiva se pasó de un BASDAI de 3,8 puntos a 3 puntos a las 6 semanas de tratamiento. El valor de DAS 28 medio en los 4 pacientes con AR activa fue de 5,6 puntos a la semana 0 y de 4,4 puntos a las 6 semanas de iniciado el tratamiento con infliximab; mientras tanto, el DAS 28 de pacientes con AR inactiva fue de 3,4 puntos. No existen diferencias estadísticamente significativas entre los valores de VSG, PGA y PCR en el grupo de pacientes activos e inactivos, aunque si se muestra una clara tendencia a valores menores de estos parámetros en el grupo de pacientes inactivos. Los datos analíticos son reflejados en la tabla 1, donde representamos mediana y rangos intercuartílicos. Representamos la significación estadística según T-Wilcoxon.

	Pacientes Inactivos(n = 5)		Pacientes Activos(n = 7)	
	Semana 0	Semana 6	Semana 0	Semana 6
Productos peroxidación lipídica	355,72 (308,4-379,6)	354,15 (302,5-389,6) p = 0,893	508,40 (437,6-539,9)	400,11 (385,6-404,7) p = 0,176
Proteínas carboniladas	11,38 (10,8-12,8)	10,76 (10,6-12,5) p = 0,080	14,56 (12,6-15,5)	11,78 (10,2-12,3) p = 0,018
Glutatión reducido	28,69 (27,6-33,3)	31,09 (30,0-32,5) p = 0,345	21,29 (20,4-26,1)	25,52 (24,8-29,6) p = 0,028
Glutatión reducido peroxidado	12,48 (11,2-13,1)	12,96 (11,9-13,1) p = 0,500	8,48 (6,8-9,2)	11,30 (10,3-11,7) p = 0,018
Catalasa	26,27 (22,9-29,4)	26,07 (20,9-28,2) p = 0,500	13,82 (11,9-16,5)	19,45 (14,5-25,0) p = 0,018
Superoxido dismutasa	22,49 (17,8-23,7)	20,88 (19,2-24,1) p = 0,500	12,09 (10,4-14,4)	15,39 (15,0-18,1) p = 0,018

Conclusiones: Nuestros resultados muestran que: Infliximab tiene propiedades antioxidantes. Los pacientes con procesos articulares inflamatorios crónicos, especialmente en fase activa de la enfermedad, muestra niveles elevados de daño oxidativo. El grado de estrés oxidativo podría ser correlacionado con la fase de la enfermedad, dada su alta sensibilidad.

356

AUSENCIA DE EFECTO DE LOS FÁRMACOS ANTI-TNF ALFA SOBRE HÍGADO GRASO NO ALCOHÓLICO

C. Pérez García, J. Maymó Guarch, M.P. Lisbona Pérez, M. Amiral y J. Carbonell Abelló

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

Introducción: Las citoquinas pro-inflamatorias IL₆ y TNF-alfa juegan un papel fundamental en la etiopatogenia del hígado graso no alcohólico (HGNA). Por ello, se ha sugerido la utilización del tratamiento con inhibidores del TNF-alfa en la HGNA. El objetivo de este estudio es valorar el efecto bioquímico y ecográfico de los fármacos anti-TNF alfa sobre el hígado graso.

Métodos: De un total de 281 tratados con anti-TNF alfa (infliximab, etanercept o adalimumab) desde abril de 2000, 4 pacientes han sido diagnosticados de HGNA por bioquímica, ecografía y exclusión de otras etiologías, previo al inicio del tratamiento biológico. Se ha realizado estudio analítico al inicio, 6 meses y al año de tratamiento y estudio ecográfico al inicio y al año.

Resultados: 4 varones con edad media de 37 ± 12,3 años, afectos de una enfermedad reumatológica inflamatoria (1 artritis reumatoide (AR), 2 artritis psoriásicas (Apso) y 1 espondilitis anquilosante (EA)), con una duración media de 3,25 ± 1,8 años, fueron diagnosticados de HGNA, previo al inicio del tratamiento biológico (3 etanercept y 1 adalimumab). Ninguno de ellos había realizado tratamiento con MTX por afectación hepática. Todos los pacientes seguían tratamiento con AINE. El paciente con EA seguía solo tratamiento con AINE y el resto con FAME (AR: ciclosporina, Apso: ciclosporina y salazopirina). 2 pacientes seguían tratamiento con corticoides al inicio del tratamiento (dosis 2,5-5 mg/día prednisona). Tal como muestra la tabla 1, no se evidencian diferencias estadísticamente significativas a los 6 meses y al año de tratamiento respecto a las variables bioquímicas de HGNA, a pesar de la suspensión en todos los casos del tratamiento con AINE y corticoides a los 3 meses de inicio del tratamiento biológico y la mejoría de los reactantes de fase aguda

(VSG: 31 ± 15,5 vs. y PCR: 1,1 ± 0,4). Tampoco se evidenciaron cambios ecográficos al año de tratamiento, persistiendo la imagen ecográfica de HGNA en los 4 casos.

Conclusiones: En nuestros 4 pacientes en tratamiento con anti-TNF alfa no se evidencia mejoría del HGNA. Son necesarios estudios más amplios para valorar su utilidad en esta patología.

357

ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA ACTIVIDAD DEL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA RESPECTO A LOS DEL ÁREA MÉDICA EN LA RED DE HOSPITALES DEL SERGAS. AÑOS 2000 A 2004

F.J. de Toro*, J.R. Gómez-Fernández**, A. San Martín, T. Vázquez, C. López, M. Acasuso***, G. Graña, A. Atanes, M. Freire, F. Blanco, J.L. Rodríguez-Sueiro, J.A. Pinto, C. Fernández, N. Orebro y F. Galdo

Departamento de Medicina. Universidade da Coruña, Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Juan Canalejo. Servicio de Asistencia Sanitaria. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia**, Centro de Saúde San Xosé. Xerencia de Atención Primaria A Coruña***.*

Justificación y objetivos: La hospitalización es una de las líneas de producción más importante de la red sanitaria. El SERGAS está constituida actualmente por 16 centros con un total de 7.554 camas. 1. Analizar la casuística de hospitalización de los servicios de reumatología (SR) de la red de hospitales del Sergas en relación con el resto de la hospitalización del área médica (AM) durante los años 2000 a 2004. 2. Estudiar a través de los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRDs) los más frecuentes del servicio de reumatología.

Material y métodos: Se estudian los episodios de hospitalización válidos utilizando el Conjunto Mínimo Básico de Datos de episodios de hospitalización (CMBD) de la red de hospitales del SERGAS desde el 2000 al 2004. Se emplea la Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª edición modificada (CIE-9-MC) para la codificación de los diagnósticos y procedimientos y como sistema de clasificación de pacientes los GRD (agrupa pacientes que se espera reciban una cantidad similar de servicios hospitalarios).

Resultados: En el período estudiado se han producido un total de 397.116 episodios de hospitalización en el AM de los que el 1,4% (5.684 episodios) lo fueron en los SR (entre el 2,2% y el 0,6% según hospitales). Los episodios del AM se clasifican en 556 grupos relacionados con el diagnóstico (GRDs) y alcanzan una producción de 709.787,80 unidades de producción de hospitalización. Los episodios del SR se clasifican en 237 GRD (un 42,6% del total de GRDs del AM) y la producción alcanza las 6.914,98 UPHs. El C.H. Universitario Juan Canalejo con 151 GRD, el C.H. Universitario de Santiago con 134 GRDs y el C.H. Xeral-Calde de Lugo con 129 GRDs son los de mayor diversidad casuística. Las estancias medias hospitalarias son muy variables entre centros. En el AM el 63,3% de los episodios son en personas de más de 65 años mientras que en los SR el 62,2% de las hospitalizaciones corresponden a personas entre 15 y 64 años de edad. Los GRD más frecuentes en los SR son el GRD 241 (28,4%) (trastornos de tejido conectivo sin complicaciones) y el GRD 240 (9,1%) (trastornos de tejido conectivo con complicaciones).

Conclusiones: Es importante incluir en todos los informes de alta hospitalaria toda la información referente a los antecedentes médicos, los procedimientos realizados y complicaciones de los pacientes durante su ingreso porque los sistemas de registros hospitalarios se basan fundamentalmente en la información incluida en estos informes. Mientras que los episodios de hospitalización en reumatología en los hospitales del SERGAS desde el 2000 al

2004 suponen el 1,4% respecto al área médica, nuestra producción en UPHs solo es del 1,0% y es debido a que la complejidad de nuestros pacientes es más baja (entre 1,00 y 1,01) que en el área médica (entre 1,76 y 1,82). Nuestros pacientes fundamentalmente son mujeres menores de 65 años, con una estancia media inferior entre 2 y 3 días al área médica y el GRD más frecuente es el 241 (trastornos del tejido conectivo sin complicaciones).

358

RESULTADOS PRELIMINARES SOBRE INCIDENCIA DE ARTRITIS REUMATOIDE EN ESPAÑA

T. Cobo*, J. Carbonell**, A. Laffón*** y grupo SERAP****

*Hospital La Paz, Madrid, **IMAS, Barcelona, ***Hospital de la Princesa, Madrid, ****Sociedad Española de Reumatología.

Objetivos: Estimar la incidencia de artritis reumatoide (AR) en el Sistema Público de Salud en España.

Material y métodos: Se estableció un registro poblacional en 39 unidades de artritis precoz españolas (UAPs) participantes en el proyecto "SERAP: Evaluación de un modelo de Atención de la Artritis en España" durante un año, iniciado en noviembre 2004. Se definió caso de AR incidente a un año como aquel sujeto mayor de 16 años perteneciente al área de salud de la UAP, que iniciara síntomas articulares 6 meses antes del inicio del estudio en la UAP correspondiente, que fuera derivado a la misma con sospecha de artritis precoz desde cualquier vía (Atención Primaria, urgencias, otros especialistas, etc.) y que cumpliera criterios clasificatorios de AR (ACR 1997) durante el año de inclusión. El denominador poblacional para el cálculo de la incidencia lo forman todos los pacientes adscritos a los centros de atención primaria (CAPs) participantes en el proyecto. Se estimó la incidencia de AR a un año, global y por sexos, con intervalos de confianza del 95%, para el global de las UAPs que habían concluido su periodo de registro de un año.

Resultados: A 15 de enero de 2006, 21 UAPs habían finalizado su periodo de inclusión, sumando un área total de 3.322.767 habitantes. De un total de 1.278 pacientes derivados de forma correcta a dichas UAPs, 334 cumplían los criterios de clasificación de la ACR en el año de seguimiento, lo que supone una incidencia anual de 0,15 (IC 95% 0,10 – 0,20) por 1.000 habitantes. Por sexos, la incidencia de AR es 0,27 (0,18 – 0,35) en mujeres y 0,11 (0,07–0,15) en hombres.

Conclusiones: Los datos preliminares actuales de incidencia de artritis reumatoide se encuentran por debajo de las estimaciones realizadas en otros países, en torno a 0,5 por 1.000. Se analizarán en detalle las posibles causas en cuanto finalice el periodo de inclusión (abril 2006).

Proyecto SER, patrocinado por Abbott.

359

INFECCIÓN MUSCULAR: PIOMIOSITIS Y MIOSITIS NECROTIZANTE

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

Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona.

Las infecciones de partes blandas son enfermedades frecuentemente atendidas por el reumatólogo. La celulitis se diagnostica y se trata con relativa facilidad, en tanto que las infecciones musculares con frecuencia ven retrasado su diagnóstico.

Objetivo: Describir una serie de 8 casos de infección muscular, presentadas en forma clínica de piomiositis y miositis necrotizante.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de los casos diagnosticados de piomiositis y miositis infecciosa recogidos entre 1995-2005 en un servicio de reumatología de un hospital universitario. Se incluyen en la revisión las siguientes variables: edad, sexo, factores de riesgo de infección (incluyendo diabetes mellitus, hepa-

Abstract 359

Caso	Edad (años)	Sexo	Factores de riesgo	Grupo/s musculares afectos	Presentación clínica	Hemocultivos	Punción muscular	Cultivos punción
Caso 1	25	Varón	HIV Virus hepatitis B EX-ADVP	Muslo derecho Región trocánterea	Dolor local Fiebre	Negativos	Muscular y bursa trocánterea	Negativo
Caso 2	67	Mujer	Mieloma múltiple Neutropenia Prednisona Melfalán	Gemelo izquierdo	Dolor local Fiebre	<i>Escherichia coli</i>	Muscular Articular (tobillo)	Negativo
Caso 3	31	Varón	HIV Virus hepatitis C EX-ADVP Insuficiencia renal crónica	Cuadriceps derecho	Dolor local No fiebre	Salmonella	Muscular	Negativo
Caso 4	51	Varón	VHC Trasplante renal Diabetes mellitus Gota Corticoides Inmunosupresores	Glúteo izquierdo	Dolor local Fiebre	Negativo	Muscular	Nocardia
Caso 5	68	Varón	Hospitalización previa EPOC Infección respiratoria	Ambos gemelos	Dolor local Afectación estado general No fiebre	Salmonella	No	No
Caso 6	41	Varón	HIV Tuberculosis diseminada	Esternocleidomastoideo	Masa laterocervical Fiebre	<i>Staphylococcus</i> Coagulasa negativo	Punción Biopsia masa laterocervical	<i>Mycobacterium tuberculosis</i>
Caso 7	48	Varón	Hepatopatía crónica Corticoides dosis altas Hospitalización catéter I.V. previo	Piomiositis múltiple: Ambos cuádriceps, sartorio, gemelo izquierdo, serrato, dorsal ancho	Dolor local Debilidad muscular intensa Afectación estado general No fiebre	<i>Staphylococcus aureus</i>	Punción muscular	<i>Staphylococcus aureus</i>
Caso 8	67	Varón	Trasplante renal Tacrolimus Prednisona	Musculatura dorsal ambas manos y lumbricales	Dolor local Tumefacción local Fiebre	Negativo	Punción muscular	<i>Streptococcus pyogenes</i>

topatía crónica, insuficiencia renal crónica, infección por HIV o SIDA, adicción a drogas, procesos hematológicos, trasplantes, fármacos inmunosupresores), grupo/grupos musculares afectados, forma de presentación clínica, realización de punción muscular, cultivos de la muestra, hemocultivos, tratamiento antibiótico empleado, desbridamiento quirúrgico, evolución. Así mismo se revisaron las técnicas de imagen realizadas en estos casos (ecografía de partes blandas, TAC, RM, gammagrafía) y los parámetros analíticos en la presentación (VSG, leucocitosis, creatinfosfoquinasa).

Resultados: Se incluyen 8 casos (1 mujer); la edad media fue de 49,7 años (25-68). En la tabla de página anterior recogen las características de los pacientes. El diagnóstico se estableció en base a una sospecha clínica compatible junto a la corroboración microbiológica y de las técnicas de imagen. El agente infeccioso se determinó por hemocultivo con mayor frecuencia que por punción muscular. Tres pacientes precisaron desbridamiento quirúrgico. La evolución fue buena, con rápida mejoría clínica en 6 casos y tórpida en 2. En ninguno de los pacientes se constató endocarditis coincidente. La ecografía de partes blandas confirmó la miositis infecciosa en los 8 casos y la resonancia fue también positiva en los 6 casos en que se realizó. La VSG se halló elevada en todos (media 75 mm/h) y la CK sólo se halló elevada en 2 pacientes. Se presentan imágenes clínicas y radiológicas relevantes.

Conclusiones: La piomiositis y la miositis necrotizante son dos formas de infección muscular grave a considerar. Los factores de riesgo fundamentales son frecuentes, especialmente pacientes HIV. La alta sospecha clínica y la rapidez en el diagnóstico marcan el pronóstico evolutivo.

360

ACTIVIDAD DE LA ARTRITIS REUMATOIDE CONDICIONADA POR EL GÉNERO DEL PACIENTE

E. Iglesias-Jiménez, P. Morillas-Arques, T. García-Contreras, A. Fontalba-Navas*, P. Morales Garrido y E. Raya Álvarez
*Servicio de Reumatología, *Servicio de Psiquiatría. Hospital Clínico San Cecilio. Granada. España.*

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica, progresiva en la que las articulaciones son la principal diana. La alta prevalencia de la AR en mujeres hace sospechar un efecto de las hormonas sexuales en la enfermedad. Esto es apoyado por la tendencia de la AR a mejorar durante el embarazo y con anticonceptivos orales. El DAS28 (disease activity score) es un índice compuesto de actividad de enfermedad que relaciona el número de articulaciones dolorosas e inflamadas, la VSG y la valoración dolorosa de la enfermedad por parte del enfermo (EVA). En base a éste, se establecen los criterios de mejoría que permiten un seguimiento objetivo de la evolución del paciente.

Objetivo: Evaluar si la actividad de la AR está condicionada por el género del paciente utilizando como índice de actividad el DAS28.

Pacientes y métodos: Obtenemos una muestra de 76 pacientes diagnosticados de AR según los criterios del American College of Rheumatology (ACR). Todos ellos reciben tratamiento de fondo, y el único criterio de exclusión es que reciban terapia anti-TNF alfa. La muestra es recogida al azar en una consulta externa de Reumatología de nuestro hospital durante un periodo de dos meses. A todos los pacientes se les realiza exploración clínica completa para determinar el número de articulaciones dolorosas y tumefactas, analítica completa con VSG y PCR, y escala visual analógica del dolor (EVA). Con todos estos parámetros calculamos el DAS28 de cada paciente y comparamos el DAS28 medio

de los hombres con el de las mujeres aplicando el paquete estadístico SPSS, con la prueba t-Student.

Resultados: Del global de la muestra, el 75% (57) eran mujeres y el 25% (19) hombres. El DAS28 medio de las mujeres fue de 3,58 y el de los hombres de 2,93, observando diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$).

Conclusiones: En nuestro caso, hubo diferencias estadísticamente significativas en el DAS28 según género, siendo mayor en el femenino. Esto podría justificarse por múltiples causas: influencia de las hormonas sexuales en la actividad de la enfermedad, factores emocionales/psicológicos a la hora de valorar la intensidad del dolor... Quizá habría que plantearse en un futuro establecer otro parámetro de seguimiento de la enfermedad que no se viese modificado por parámetros como la valoración subjetiva del dolor o la VSG (más afectada por la edad o género que la PCR).

1. John J. Cush, Arthur Kavanaugh, C. Michael Stein. *Rheumatology, Diagnosis and Therapeutics*. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia, 2005.
2. Manual SER de las Enfermedades Reumáticas, 4ª edición. Sociedad Española de Reumatología. Editorial médica Panamericana.

361

¿PRESENTAN LAS MUJERES CON FIBROMIALGIA UN PERFIL DIFERENTE EN EL USO DE MEDICINAS ALTERNATIVAS?

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 en el uso de Medicinas Alternativas (MA), entre las mujeres en seguimiento en consultas de reumatología por fibromialgia (FBM) u otras enfermedades reumáticas.

Método: Estudio prospectivo descriptivo de 200 pacientes consecutivos en seguimiento en las consultas de reumatología. Se recogieron: datos sociodemográficos, clínicos, utilización y modalidad de MA.

Resultados: De las 150 mujeres del estudio, 93 (62%) tenían entre 35 a 65 años de edad. De ellas, el 15% tenían FBM y el 47% no tenían FBM. El 70% de las mujeres con FBM (frente al 47% del grupo de no-FBM), al menos una vez habían utilizado alguna modalidad de MA. En este grupo de mujeres con FBM predominaba de forma significativa ($p < 0,05$), la presencia de enfermedad tiroidea y psiquiátrica (síndrome depresivo) y uso de acupuntura así como un menor consumo de suplementos dietéticos o vitaminas.

Tabla. Características de las mujeres entre 35 a 65 años

	Mujer	No FBM	FBM	OR
Población: N (%)	150	70 (47%)	23 (15%)	
Edad media (años)	57	48	51	
Comorbilidad				
Enfermedad tiroidea	9 (6%)	1 (1%)	5 (22%)	19,17 (2,1-74,5)*
Psiquiátrica	23 (15%)	3 (4%)	11 (48%)	20,47 (4,9-84,4)*
Usa medicina alternativa	74 (49%)	33 (47%)	16 (70%)	2,56 (0,94-7)
Realiza med. alternativa				
Curandero	15 (10%)	4 (12%)	5 (31%)	3,30 (0,75-14,5)
Profesional	35 (23%)	21 (64%)	8 (50%)	0,57 (0,17-1,92)
Modalidad terapéutica				
Herboristeria	33 (22%)	16 (48%)	6 (37%)	0,64 (0,19-2,16)
Dieta, vitaminas	23 (15%)	14 (42%)	1 (6%)	0,09 (0,01-0,77)*
Acupuntura	8 (5%)	2 (6%)	5 (31%)	7,05 (1,19-41,7)*
Masaje	18 (12%)	6 (18%)	6 (37%)	2,70 (0,70-10,3)
Balnearioterapia	10 (7%)	4 (12%)	3 (18%)	1,67 (0,33-8,57)

* $p < 0,05$

Conclusiones: 1. El 70% de las mujeres con FBM, al menos una vez han utilizado alguna modalidad de MA. 2. En estas pacientes se aprecia mayor presencia de enfermedad tiroidea y depresión así como un mayor uso de acupuntura y un menor uso de suplementos dietéticos o vitaminas.

362

CIRUGÍAS PROGRAMADAS Y URGENTES EN PACIENTES TRATADOS CON TERAPIA ANTI-TNF

M.A Matías, A. de Juanes, B. Joven, M.R. González-Crespo e I. Mateo

Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Objetivo: Estudiar el tipo de cirugía y la evolución de los pacientes tratados con terapia anti-TNF a los que se les ha realizado una intervención quirúrgica.

Material y métodos: Revisamos retrospectivamente las historias de los pacientes que habían recibido tratamiento con terapias biológicas en un hospital terciario. El tratamiento se administró siguiendo un protocolo acorde a las normas habituales y todos los datos se cumplimentaron de forma prospectiva. Analizamos los datos clínicos respecto a las características del paciente, tipo de cirugía, prioridad de la misma y sus complicaciones; así como los tratamientos recibidos y los cambios realizados posteriormente tras la intervención, relevantes para el objetivo del estudio. Para el estudio utilizamos estadística descriptiva. Dada la distribución no normal de las variables, definimos las variables cualitativas mediante distribución de frecuencias y las variables cuantitativas mediante la mediana y el rango intercuartil (RI).

Resultados: Hasta el momento del estudio 212 pacientes recibieron terapia anti-TNF (114 Infliximab (I), 36 Etanercept (E), 26 Adalimumab (A), y otros 36 pacientes que recibieron más de una terapia biológica durante la evolución de la enfermedad: 22 I-E; 10 I-A, 3 E-A, y 1 I-E-A). Fueron intervenidos quirúrgicamente 28 pacientes (21 programadas y 7 urgentes), 9 varones (32,1%) y 19 mujeres (67,9%), con una media de 60,5 años (20,75). La mediana de tiempo desde el diagnóstico de la enfermedad reumática hasta la cirugía fue de 132 meses (Rango intercuartil RI: 180), siendo 23 Artritis Reumatoide (82,1%), 4 Espondilitis Anquilosante (14,3%) y 1 enfermedad de Behçet (3,6%). Las intervenciones fueron: 11 ortopédicas (2 prótesis de cadera, 4 de rodilla, 3 trasposiciones tendinosas y 2 artrodesis de metatarsofalángicas), 4 vasculares (3 revascularización arterial y 1 venosa), 4 piel (2 injertos cutáneos, 2 drenajes de abscesos), 2 oftalmológicas (catarata), 3 ginecológicas (2 polipectomía vaginal y 1 ligadura de trompa abierta), 1 urológica (prostatotomía) y 2 digestivas (polipectomía colónica y herniorrafia). Sólo se objetivaron 2 complicaciones en pacientes tratados con Etanercept (cirugías programadas): 1 dehiscencia de la herida y 1 infección asociada a mala respuesta quirúrgica que precisó reintervención y antibioterapia. En el momento de la cirugía 15 pacientes recibían Infliximab (11 a 3mg/Kg, 4 a 5 mg/Kg), 8 Etanercept y 5 Adalimumab (40 mg cada 2 semanas); asociando Metotrexate y esteroides (64,3%) Metotrexate en monoterapia (17,9%) y Esteroides (7,1%). La mediana de tiempo en tratamiento con anti-TNF hasta la intervención fue de 16,5 meses (RI: 15). La mediana de tiempo de suspensión previo a la cirugía fue 3 (RI: 5) semanas en la terapia biológica y 6 (RI 14) días en el FAME y la reintroducción de los mismos fue 4 (RI 4) semanas y 8,5 (RI 12) días después de la cirugía respectivamente. Los pacientes permanecieron 3 (RI 9) días

hospitalizados. Seis pacientes precisaron un aumento mediano de 5 mg de la dosis de prednisona o equivalente por empeoramiento de la actividad inflamatoria.

Conclusiones: Los pacientes que reciben tratamiento con anti-TNF no presentan complicaciones significativas durante y después de la cirugía, con independencia del tipo de intervención, la urgencia de la misma o el tiempo de suspensión previa del tratamiento biológico y FAMES. Se necesitan estudios con un mayor número de pacientes para poder establecer conclusiones definitivas.

363

ALTERACIONES METABÓLICAS EN MÚSCULO DE PACIENTES CON FIBROMIALGIA

M.R. González-Crespo, A. Cabello, M.P. Fernández Dapica, Y. Campos, M.A. Martín, C. Mingote, I. Mateo y J. Arenas

Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Introducción: La etiopatogenia de la fibromialgia (FM) sigue siendo desconocida. Los síntomas musculares son fundamentales en esta enfermedad. El objetivo del trabajo fue estudiar el metabolismo oxidativo, el sistema de la carnitina y la cadena respiratoria en músculo de pacientes con FM.

Pacientes y métodos: Estudiamos 16 pacientes con FM en los que se excluyeron otras enfermedades neuromusculares, a los que se les realizó una biopsia muscular abierta en bíceps braquial. Se recogieron sus datos demográficos, valoraciones de severidad de la enfermedad, actividad física, calidad de vida, aspectos psiquiátricos y situación laboral. Para el estudio muscular se realizaron estudios morfológicos mediante técnicas convencionales y tinciones histoquímicas oxidativas (NADH, succinato DH, Gomori, COX y Sudan rojo), determinación de la actividad de los complejos de la cadena respiratoria mitocondrial mediante espectrofotometría y niveles musculares de carnitina y sus ésteres mediante una técnica radioquímica. El análisis estadístico se realizó mediante pruebas no paramétricas (chi cuadrado, Mann-Whitney, Spearman).

Resultados: Los pacientes tenían una edad media de 51 ± 6 años, un tiempo medio de evolución de 5 ± 3 años y el 70% tenían patologías concomitantes no neuromusculares. La media en mm de la escala de dolor fue 74 ± 18, del HAQ 1,2 ± 0,6 y del SF-36 30 ± 18. El 80% tenían una actividad física inferior a lo correspondiente a su edad, según el SCL-90 el 6% cumplía criterios de depresión y el 18% de ansiedad, el 62% sufrieron situaciones traumáticas previas al diagnóstico y el 56% tenían una elevada respuesta al estrés. El 60% de los que trabajaban fuera de casa habían estado más de 6 meses de baja laboral por su enfermedad. Seis pacientes presentaron alteraciones morfológicas consistentes en alteraciones oxidativas de tipo fibra carcomidas en un 10-60% de las fibras y fibras rojo-rasgadas en 3 de los pacientes que en dos casos fueron COX negativas. Diez pacientes mostraron atrofia de fibras tipo II. Ninguno de los pacientes presentó alteraciones en los complejos de la cadena respiratoria mitocondrial. De los 13 casos en los que se determinó la carnitina hubo alteraciones en 5 de ellos consistentes en aumento de los ésteres de cadena larga (3 pacientes) y aumento de los de cadena corta (2 pacientes), con unas medias de 0,7 ± 0,8 y 4,8 ± 3,5 nmol mg, respectivamente. Solo uno de los pacientes con alteración de la carnitina muscular presentó anomalías morfológicas. No hubo relación de las alteraciones histoquímicas ni del sistema de carnitina con ningún dato clínico.

Conclusión: En músculo de pacientes con FM se observan algunas alteraciones morfológicas que reflejan alteraciones del sistema oxidativo no debidas a defectos de cadena respiratoria. Algunos pacientes muestran alteraciones del sistema de la carnitina muscular que no se relacionan con estas alteraciones oxidativas.

364

PREDICTORS OF FALLS IN RHEUMATIC DISEASES

L. Cunha Miranda, M. Parente, J. Saraiva Ribeiro, S. Cortes, D. Medeiros, F. Barcelos, M. Sousa, C. Miguel, E. Simões, P. Clemente-Coelho, J. Vaz Pato, H. Santos, M. Silva, H. Madeira, M. Mediavilla, C. Silva, J. Ferreira, R. Leitão, M. Micaelo, V. Las, A. Faustino, R. Figueiredo, J. Figueirinhas y A. Teixeira

Instituto Português de Reumatologia

Introduction: Falls are one of the most common geriatric syndromes; when we talked about elderly rheumatic patients this problem is even worse. 15 to 40% of community dwelling seniors fall each year. Because of higher risk of fractures and incapacity rheumatic patients are a high risk patients.

Objectives: to correlate the incidence of falls in the previous year and known risk factors as well as antropometric measurements.

Methods: A protocol of falls evaluation of auto-fulfilling was applied, with rheumatologic and non-rheumatologic diagnosis, filled by the rheumatologist. The Nutrition department evaluate the following parameters: weight, body mass index (BMI), handgrip strength, waist perimeter, hip perimeter, waist/hip relation, Fat mass (% and Kg), Free fat mass [FFM (kg)] (Kg) and Total body water [TBW (%) (Kg)]. These parameters had been measured by two equipments: the bioimpedance of hands (OMRON®, HBF300) and feet (TANITA®, TBF350).

Results: 739 outpatients (121 male and 618 female) were evaluated (OA-231; RA- 185; psoriatic arthritis -55 other spondylarthropathies- 64, UCTD- 39, fibromyalgia -39 osteoporosis- 27, SLE- 27, Sjögren/sicca syndrome - 21, undifferentiated polyarthrititis -18 among others).

Mean Age was $59,22 \pm 13,03$ [16,89] years; 33,25% patients fell the previous year 16,4% once and the rest several times (2 to 12). We found at Spearman correlation a correlation between number of falls and age ($r = 0,168$, $p < 0,0005$) handgrip strength ($r = -0,134$, $p < 0,0005$), FFM (kg) ($r = -0,12$, $p = 0,002$), TBW (Kg) ($r = -0,116$, $p = 0,003$), TBW (%) ($r = -0,096$, $p = 0,015$). Falls increased with age, however we also found fewer falls in patients with better free fat mass and total body water regardless of weight or BMI. There is an inverse relation between handgrip strength and falls even after correction for age ($p = 0,04$). There is a higher prevalence of falls in females (difference of 0,51 falls, in average, $p < 0,0005$, by Mann-Whitney test). By disease we found that the higher prevalence of falls were in: osteoporosis, Sjögren/sicca syndrome, undifferentiated polyarthrititis and OA. The lower prevalence was on: Scleroderma/MCTD, gout and spondylarthropathies. Partially that can be explained by age (mean age of osteoporosis group was 65 years).

Conclusion: there are several leading causes for falls in the elderly more even in rheumatic patients (medication, joint destruction etc). Our work seems to suggest that age, female gender are major risk factors for falls, but changes in body composition with high water composition, higher free fat mass

and handgrip strength, all of them indirect indicators of higher muscle mass are protective factors for falls. There are significant differences between rheumatic diseases regarding the risk of falling.

365

CÉLULAS MADRE MESENQUIMALES AISLADAS DE MEMBRANA SINOVIOL FORMAN IN VITRO UN TEJIDO DE REPARACIÓN SOBRE DEFECTOS FOCALES DEL CARTÍLAGO ARTICULAR

I. Fuentes-Boquete, M.J. Gimeno, M.J. López-Armada, B. Lema, M.J. Sánchez, B. Caramés, F. de Toro y F.J. Blanco
Laboratorio de Investigación Osteoarticular y del Envejecimiento. Centro de Investigación Biomédica. CH Universitario Juan Canalejo. A Coruña. España.

Objetivo: El propósito de este estudio ha sido determinar si células madre mesenquimales (CMM) aisladas de membrana sinovial de pacientes artrósicos pueden reparar lesiones focales del cartilago articular.

Métodos: Se aislaron CMM de membrana sinovial de pacientes artrósicos que resultaron positivas para marcadores característicos de CMM (CD29, CD44, CD73, CD90, CD117, CD166, PAX-7 y STRO-1) y negativas para marcadores hematopoyéticos (CD34 y CD45). De cabezas femorales de pacientes artrósicos se extrajeron discos de cartilago articular de 5 mm de diámetro, en los que se practicaron lesiones de 2 mm de diámetro. Los discos se dividieron en dos grupos. En el Grupo I, se depositó únicamente medio de cultivo sobre el defecto articular. En el Grupo II, se depositaron CMM (200.000 células/10 µl medio de cultivo) en el defecto tratado o no tratado con fibronectina. Los discos de ambos grupos se incubaron durante 4 y 8 semanas a 37 °C en una atmósfera húmeda con el 5% de CO₂ y el 95% de aire. El medio de cultivo consistía de medio condrogénico con 33,3 ng/ml de factor de crecimiento transformante (TGF)-beta3 y 10 ng/ml de factor de crecimiento fibroblástico (FGFb). Se procesaron secciones congeladas para las tinciones histoquímicas e inmunohistoquímicas (colágenos tipo I y II, condroitín-4-sulfato y queratán sulfato, y subunidad beta1 de la integrina).

Resultados: Sólo se observó reparación en los discos pretratados con fibronectina y que recibieron el implante celular. Esta reparación resultó más frecuente y el tejido de reparación fue más consistente en los discos cultivados en presencia de FGFb. Tras 4 semanas de cultivo, no se observó una reparación significativa de la superficie del cartilago. Tras 8 semanas de cultivo, el 40% del defecto del cartilago articular estaba rellenado por un tejido de reparación que consistía de varias capas de células de aspecto redondeado. Este tejido resultó inmunopositivo para colágeno tipo II (característico del cartilago articular) y los glicosaminoglicanos condroitín-4-sulfato y queratán sulfato. Además, las células reparadoras resultaron inmunopositivas para la subunidad β 1 de la integrina, que interviene como mediadora en la unión del condrocito con el colágeno tipo II. No obstante, el tejido de reparación no se teñía con la safranina O (indicando un bajo contenido en proteoglicanos) y resultó inmunopositivo para el colágeno tipo I (no característico del cartilago articular).

Conclusiones: Estos datos demuestran que la fibronectina es un mediador efectivo en la unión de CMM al cartilago, de modo que estas células forman además un tejido de reparación sobre la superficie del cartilago articular.

366

RESPUESTA EULAR Y SUPERVIVENCIA EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE TRATADOS CON ANTI-TNF EN LA PRÁCTICA CLÍNICA: RESULTADOS DEL ESTUDIO DE UNA COHORTE PROSPECTIVA OBSERVACIONAL

F. Navarro¹, S. Marsal², J.J. Gómez-Reino³, E. Pérez Pampón³, C. Cefferino², M.D. Ruiz¹ y B. Hernández-Cruz¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla,

²Unitat de Reumatologia. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona,

³Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario. Universidad de Santiago de Compostela.

Objetivo: Investigar la respuesta EULAR y la supervivencia en el tratamiento en pacientes con AR tratados con Infliximab, Adalimumab o Etanercept.

Diseño: Estudio de cohorte observacional, prospectivo de pacientes con AR tratados con cualquier AntiTNF en tres hospitales públicos universitarios.

Pacientes y métodos: Pacientes con AR (ACR, 1987) recibiendo el antagonista del TNF-alpha durante al menos dos meses para Adalimumab (4 dosis) o Etanercept (16 dosis), y el periodo de inducción en semanas 0, 2 y 6 y, al menos, otra dosis para Infliximab, entre Enero de 1999 y Diciembre 2005. Todos los pacientes fueron seguidos de manera prospectiva según un protocolo preestablecido. Se construyó una base de datos común con definiciones operacionales estrictas. Las variables de desenlace fueron extraídas de los protocolos en el punto basal y, en adelante, con intervalo de tres meses. La eficacia fue evaluada según los Criterios de respuesta EULAR, usando el DAS28.

Resultados: Fueron analizados 417 pacientes (82% mujeres) con edad media de $43,7 \pm 13,4$ años y duración de la enfermedad de $10,4 \pm 8,2$ años. El 68% fueron positivos para el FR IgM, y el 74% presentaban erosiones radiológicas. 238 pacientes (57%) ha-

bían recibido infliximab (INF), 141 (34%) etanercept (ETN) y 38 (9%), Adalimumab (ADA). El tiempo medio de seguimiento fue de $21,4 \pm 15,6$ meses. La exposición al fármaco fue 31.7 pacientes-año para ADA, 200,2 para ETN y 443 para INF. **Eficacia:** El DAS28 basal fue de $5,9 \pm 2,0$, y $3,8 \pm 1,6$ al final del periodo de seguimiento. La tabla resume la respuesta según los criterios EULAR. Hubo diferencias basales significativas entre los grupos de tratamiento, con un DAS28 más alto en el grupo de ETN. Se observaron respuestas EULAR significativas con los tres biológicos. Supervivencia en el tratamiento: La supervivencia de los fármacos biológicos fue 80%, 62%, 53% y 34% a los 12, 24, 36 y 60 meses respectivamente, sin diferencias significativas entre grupos ($p = 0,1$). Un total de 154 pacientes suspendieron el tratamiento, 51% de ellos durante el primer año y el 28% el segundo año. No hubo diferencias significativas entre ETN e INF. Las causas de suspensión fueron ineficacia (40%), eventos adversos (40%) y otras causas (10%). El número de casos de ADA fue demasiado pequeño para una comparación significativa.

Respuesta EULAR	Adalimumab N/%	Etanercept N/%	Infliximab N/%	Total N/%
DAS28 basal	5	6,2	5,9	5,9
DAS28 final	3,5	3,5	4	3,8
Buena	9/27	54/48	60/29	123/35
Moderada	14/43	37/33	87/42	138/39
No respuesta	10/30	21/19	60/29	91/26
Total	33	112	207	352

Conclusiones: En la práctica clínica, los pacientes con AR tratados con fármacos Anti-TNF tienen respuestas EULAR significativas pero una tasa considerable de suspensión del fármaco durante los dos primeros años de tratamiento. Aunque hemos encontrado diferencias en la eficacia entre los anti-TNF, estas podrían atribuirse a diferentes patrones de prescripción, disponibilidad de la droga, vía de administración y gravedad de la enfermedad en el punto basal.