

XXXIV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología

La Coruña, 21-23 de mayo de 2008

Resúmenes aceptados para su publicación

286

EFICACIA DE ANAKINRA EN UN NIÑO CON FIEBRE MEDITERRÁNEA FAMILIAR

R. Roldán Molina., A.M. Ruiz Ruz, M.D. Miranda García, M. Granados Ruiz y E. Collantes Estévez

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción: La Fiebre Mediterránea Familiar (FMF) es la enfermedad autoinflamatoria sistémica más frecuente y representa el prototipo de los síndromes hereditarios de fiebre periódica. Cursa con fiebre recurrente, es de herencia autosómica recesiva y presenta una alta incidencia en poblaciones de la cuenca mediterránea. Habitualmente, los primeros síntomas comienzan durante la infancia o adolescencia en el 80% de los casos y se presenta como episodios inflamatorios de 12-72 h de duración, que tienden a recurrir cada 4-5 semanas con algunos factores desencadenantes como la menstruación, ovulación, situaciones de estrés psicológico o actividad física intensa. Clínicamente se caracteriza por fiebre recurrente asociada a poliserositis, sinovitis inflamatoria y lesiones cutáneas. La principal y más temida complicación de la FMF es la amiloidosis secundaria. En el año 1997 dos grupos de investigadores establecieron que mutaciones en un gen anteriormente no descrito, al que denominaron MEFV, estaba asociado con la FMF. Dicho gen está localizado en el brazo corto del cromosoma 16 y codifica para una proteína de 781 aminoácidos que se denominó: pirina o marenostrina (P/M). En la actualidad se han identificado más de 80 mutaciones asociadas a enfermedad. Aunque la colchicina es la terapia estándar para la profilaxis de los ataques y del depósito de sustancia amiloide, un porcentaje del 5% de pacientes no responden o no toleran efectos secundarios, por lo que debemos buscar alternativas terapéuticas.

Caso clínico: Niño de 9 años de edad con episodios inflamatorios de larga duración, repitiéndose cada 2 ó 3 semanas, consistentes en fiebre (39-40 °C), artralgias, mialgias y artritis de rodillas, tobillos y muñecas, erupción urticarial, dolor abdominal y hepatoesplenomegalia. Presentaba elevación de reactantes de fase aguda (PCR: 168 mg/L; VSG: 95 mm/H; Leucocitos: 16.970 mm³ y anemia de patrón inflamatorio crónico).

Ante la sospecha de un síndrome autoinflamatorio se solicitó estudio genético, presentando una mutación heterocigota para el gen E148Q asociada FMF.

El paciente inició tratamiento profiláctico con colchicina (1,5 mg/día), presentando una respuesta clínica parcial, con persistencia de febrícula, lesiones cutáneas, artralgias y artritis; así como, signos biológicos de inflamación subclínica, con mantenimiento de niveles elevados de PCR y VSG.

Debido a la falta de eficacia, se propuso a los padres iniciar Anakinra. Fue iniciado durante el último episodio inflamatorio por

medio de inyecciones a una dosis de 1 mg/kg peso/día. Se realizaron controles clínicos y analíticos a la semana, dos semanas y después, cada 4 semanas del inicio del fármaco, objetivando una respuesta clínica completa a las 48 horas después de la primera inyección y biológica a la semana del tratamiento, que se ha mantenido durante 6 meses.

Discusión: 1. Aunque, hasta la actualidad, la colchicina se ha considerado la terapia estándar en la profilaxis de los ataques y depósitos de sustancia amiloide en la FMF, es importante para los reumatólogos la posibilidad de una nueva opción terapéutica para aquellos casos resistentes. 2. Destacar que se trata del segundo caso conocido en niños, de FMF con respuesta a tratamiento con Anakinra. 3. Nuestro paciente ha presentado una respuesta clínico-biológica rápida y mantenida, sin efectos secundarios al tratamiento, con mejoría en su calidad de vida y menor riesgo a largo plazo de desarrollo de amiloidosis.

287

CAMBIOS EN LA EVOLUCIÓN DE LA AFECTACIÓN ARTICULAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL ANTES Y A LO LARGO DEL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE BASE

C.A. Guillén Astete¹ y A. López San Román²

¹Servicio de Reumatología. ²Servicio de Gastroenterología. Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Introducción: La sintomatología articular periférica en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) suele ser una queja presente en momentos de ausencia de brotes intestinales. En el seguimiento llevado en nuestras consultas monográficas de EII hemos observado que la sintomatología articular periférica no parece modificarse con el tratamiento de la enfermedad de base.

Objetivo: Estudiar la prevalencia y características de la sintomatología articular en pacientes con EII antes del inicio del tratamiento y a lo largo de este.

Métodos: Se revisaron las historias de 108 pacientes de la consulta de enfermedad inflamatoria intestinal con un seguimiento aproximado de 8 años. Se recabó información clínica epidemiológica de las historias clínicas y se les contactó telefónicamente para aplicarles un cuestionario que fue producto de la adaptación de una herramienta validada para el descarte vía telefónica de artritis y espondiloartropatías. Se excluyeron los periodos de brotes de la EII. Se analizaron las características basales de las afecciones articulares comparadas posteriormente con su situación durante el tratamiento de mantenimiento (Tablas 1 y 2). Los resultados se analizaron con el programa SPSSv12.0®.

Resultados: La tabla 1 muestra las características epidemiológicas más importantes de los grupos de pacientes según diagnóstico de EII. No existieron diferencias significativas en dichos ítems. Antes de realizado el diagnóstico, 32 pacientes declararon algún tipo de afección articular (artralgia con o sin artritis): La afección espondilítica o sacroilíaca se presentó 5 pacientes (3 de los cuales presentaban EC); 27 presentaron afección periférica, 15 con EC (55,56%) y 12 con CU (44,4%); 76 pacientes no presentaron artropatía antes del diagnóstico de EII; Once pacientes presentaron afección poliarticular (>4 articulaciones) y 21 presentaron afección oligoarticular; 4 pacientes presentaron un grado severo de afección articular (motivó baja laboral o ausentismo escolar), 18 presentaron un grado moderado de afección articular (motivó consulta y/o alteró la actividad social, laboral o escolar) y 10 manifestaron un grado leve de afección articular (no motivó consulta ni modificó la actividad diaria); 6 pacientes presentaron rigidez matutina menor de 1 hora y 2 mayor de una hora. Tras el diagnóstico y durante el periodo de seguimiento la afección espondilítica o sacroilíaca se presentó en 5 pacientes (3 con EC) mientras que la periférica en 38; 27 pacientes cursaron con afección oligoarticular y 12 con afección poliarticular; 1 paciente tuvo afección severa, 19 moderada y 11 leve; 1 paciente presentó rigidez matutina mayor a 1 una hora y 2 de menos de 1 hora de duración. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la proporción de sexo, edad, distribución de la afección articular, grado de severidad ni el número de articulaciones afectadas entre los pacientes con EC y CU. En el estudio antes-después se observó un incremento del número de pacientes con afección articular en el grupo de CU (de 14 a 18) y una disminución en el grupo de EC (de 18 a 13). La distribución del grado de severidad no presentó diferencias estadísticamente significativas comparando los grupos entre sí, antes y después del tratamiento.

Conclusiones: El presente estudio de seguimiento de las manifestaciones articulares de la EII muestra una ausencia cambios significativos en la proporción de estas a pesar del tratamiento de mantenimiento. Tampoco se apreciaron cambios significativos en la severidad de la afección o en su distribución. Dado que nuestro estudio no ha ahondado en el tipo de tratamiento al que fueron sometidos dichos pacientes, convendría, a nuestro criterio, desarrollar estudios específicos a este respecto para determinar razones que justifiquen el pobre control de los síntomas articulares.

Tabla 1. Características de la población estudiada ($p > 0,05$ para todas las comparaciones)

	Enfermedad de Crohn N = 72	Colitis Ulcerosa N = 36
Sexo femenino	29 (40,7%)	16 (44,4%)
Edad (x \pm DE años)	38,87 \pm 13,0	37,95 \pm 13,9
Antecedentes Familiares de EII	8,3%	13,9%
Tiempo de enfermedad total (x \pm DE años)	10,46 \pm 8,10	9,14 \pm 7,9
Tiempo de seguimiento desde el diagnóstico (x \pm DE años)	7,98 \pm 5,21	8,11 \pm 5,91

Tabla 2. Características de la evolución de las artropatías ($p > 0,05$ para todas las comparaciones)

	Antes del inicio del tratamiento	Durante el periodo de seguimiento con tratamiento
Prevalencia histórica de las artropatías	32 (29,6%)	31 (28,7%)
% de afectación axial	5/32 (15,6%)	5/31 (16,1%)
% de afectación periférica	27/32 (84,3%)	26/31 (83,8%)
Artropatía en Enf. Crohn	18/32	13/31
Artropatía en Col. ulcerosa	14/32	18/31

EFFECTOS DE LA LECHE DE CABRA Y VACA SOBRE LA UTILIZACIÓN MINERAL Y DESTINO METABOLICO; EN ESPECIAL SUS REPERCUSIONES OSEAS

P. Ros Sánchez¹, J. Díaz Castro², A. Maldonado Contreras³, I. Lopez Aliaga², M.J. Muñoz Alferez², M. Sánchez Campos² y E. Raya Alvarez¹

¹Hospital Clínico San Cecilio. Granada. ²Facultad de Farmacia. Universidad de Granada. ³Hospital Virgen de las Nieves. Granada.

Objetivo: Estudio comparativo de la leche de cabra respecto a la de vaca y dieta estándar recomendada por el Instituto Americano de Nutrición (IAN, 1993), sobre utilización digestiva y metabólica de Calcio, Fósforo y Magnesio (principales constituyentes de matriz mineral ósea) y oligoelementos como Hierro, Cobre y Cinc.

Métodos: Se cogen 45 ratas Wistar Albina y se dividen en 3 grupos. Al primero se le administra dieta con leche de cabra, al segundo con leche de vaca y al tercer grupo dieta estándar. 30 primeros días del estudio, las ratas permanecen aisladas en cámara termorregulada a $21 \pm 2^\circ$. Se administra dieta "ad libitum", controlándose ingesta, diuresis y heces. A partir del día 30, se sigue administrando dieta "ad Libitum" y se realiza recogida de heces y de orina (almacenadas para posterior análisis). Día 37: sacrificio de animales, obteniendo sangre (para determinación de Mg) y suero (para determinar Ca, P y Mg). Extracción de hígado, bazo, corazón, cerebro, testículos, músculo longissimus dorsi, riñones, fémur y esternón para determinar Ca, P, Mg, Fe, Cu y Zn. RESULTADOS: con leche de cabra, mayor coeficiente de eficacia en crecimiento y mejor índice de transformación del alimento; relación de Calcio, Fósforo y Magnesio retenido respecto al ingerido, mayor tras la ingesta leche de cabra (por mayor contenido en Vit D y calidad de su lactosa que favorece la absorción de Ca y P). Órganos diana de Calcio (fémur, esternón y músculo) presentan mayor contenido de este mineral para la dieta elaborada con leche de cabra así como mayor contenido de fósforo en principales órganos de destino metabólico (cerebro y músculo). Porcentaje retenido respecto al ingerido de Fe, Cu y Zn, superior para el consumo de dieta a base de leche de cabra, lo mismo que el contenido de cada uno de estos minerales en sus órganos diana. A nivel sérico, mayor contenido de Calcio iónico y total a favor de la dieta con leche de cabra y disminución de PTH. Mayor nivel de fosfatasa alcalina contribuyendo a la mineralización ósea.

Conclusiones: 1. Animales alimentados con dieta a base de leche de cabra: mayor coeficiente de eficacia en crecimiento y mejor índice de transformación del alimento, por excelente calidad proteica y lipídica de este tipo de leche. 2. Consumo de dieta con leche de cabra, aumenta utilización digestiva y metabólica de Calcio, Fósforo y Magnesio, debido a su mayor contenido en vitamina D, y mayor digestibilidad de su lactosa que favorece la absorción de dichos minerales. 3. Leche de cabra favorece el depósito de calcio en órganos diana de este mineral (fémur, esternón y músculo) y el depósito de fósforo en órganos con elevado consumo de ATP (cerebro y músculo). Favorece depósito de magnesio a nivel óseo. 4. Con dieta a base de leche de cabra se observa mayor absorción y retención de hierro, cobre y zinc, y mayor depósito de estos minerales en órganos diana. 5. Inclusión de leche de cabra en la dieta aumenta niveles séricos de calcio total e iónico, fósforo y fosfatasa alcalina y disminuye niveles séricos de PTH, lo que se refleja en mayor depósito de estos minerales a nivel óseo. 6. Consumo habitual de leche de cabra: efecto beneficioso sobre utilización di-

gestiva y metabólica de Ca, P, Mg, Fe, Cu y Zn, así como en su depósito en órganos diana, y niveles séricos de calcio total e iónico, P, fosfatasa alcalina y PTH. Sería aconsejable la introducción de este tipo de dieta para la población en general y para la deficiente en alguno de estos minerales (previene la osteoporosis)

289

ESPONDILODISCITIS INFECCIOSA NO TUBERCULOSA: UNA SERIE DE 21 CASOS

L. Roselló Aubach, L. Martín Guillen, N. Montalà Palou, R. Torres Palou, M. Conde Seijas y F. Pallisó Folch
Hospital de Santa María de Lleida. Lleida.

Objetivo: La espondilodiscitis infecciosa, sea cual sea la causa, es una urgencia médica y un retraso diagnóstico y terapéutico puede suponer para el paciente graves consecuencias tanto a corto como a largo plazo. En este sentido hemos hecho una valoración de las características epidemiológicas, etiológicas, clínicas, diagnósticas y terapéuticas de una serie de 21 casos de pacientes ingresados por espondilodiscitis no tuberculosa en nuestro Hospital.

Material y métodos: Estudio retrospectivo monocéntrico de 21 casos de espondilodiscitis infecciosa no tuberculosa ingresados entre Enero del año 2002 hasta Diciembre del 2006. El diagnóstico se basó en la clínica, pruebas de imagen, bacteriología e histología.

Resultados: Se estudió a 10 hombres (47,62%) y 11 mujeres (52,38%), con una edad media de 58,8 (\pm 20,15) años. El motivo de ingreso fue por dolor lumbar en 14 casos (66,67%), dorsal en 3 casos (14,29%) y dorsolumbar en 2 (9,52%), 6 pacientes tenían fiebre y 2 clínica de lumbociatalgia. 16 pacientes (76,2%) fueron derivados desde Atención Primaria. La media de retraso diagnóstico considerado como de inicio de síntomas era de 52,76 (\pm 36,1) días. 2 pacientes eran diabéticos y otros 2 estaban en tratamiento con corticoides. En el momento del ingreso en 5 pacientes la radiografía estándar mostraba lesiones sugestivas de espondilodiscitis, pero para asegurar el diagnóstico se realizó resonancia magnética en 20 casos (95%) y gammagrafía ósea en 15 (71,4%). Con ello se vio que el lugar de asiento más frecuente de la infección era entre L4 L5: 6 casos (28,75%) y L3 L4: 4 casos (19,05%). Se realizó biopsia del disco vertebral en 11 casos (52,3%) y fue diagnóstica en 6 (54,5%). No se observaron efectos secundarios a la técnica. Los gérmenes causantes fueron aislados por hemocultivo u urocultivo en 11 casos (52,3%) y eran: *Stafilococo Aureus*: 6, *Streptococo Pyogenes*: 2, *Serratia*: 1, *Bacterioides Fragilis*: 1 y *E Coli*: 1. En la biopsia se aisló *Stafilococo Aureus* en 4 casos,

Clostridium Difficile en 1 y *E Coli* en otro. En 4 casos (19%) no pudo aislarse el germen pero tampoco tenían ningún criterio de origen micobacteriano. Un paciente tuvo que ser derivado a otro centro para cirugía de absceso dorsal (D7 D8), el resto fueron tratados con antibioterapia a dosis y tiempo según pautas predeterminadas. Los 4 pacientes en los que no se encontró el germen fueron tratados de manera empírica con 2 antibióticos (uno de ellos fluoroquinolona). 6 pacientes (28,5%) a pesar de ser considerados como curados de la lesión vertebral inicial siguen refiriendo raquialgia de características mecánicas, pero en ninguno de los 21 pacientes se ha observado recidiva de la lesión.

Conclusión: La incidencia de espondilodiscitis infecciosa no es despreciable y una lumbalgia atípica y duradera debe hacer pensar en esta patología. La biopsia de disco vertebral es una técnica segura y con buen rendimiento diagnóstico. El retraso diagnóstico es importante en la mayoría de casos lo que hace pensar en establecer protocolo de actuación rápida ante la sospecha.

290

ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE LOS PACIENTES QUE HAN REALIZADO CAMBIO DE TERAPIA BIOLÓGICA ('SWITCHING') EN LA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA

V. Torrente Segarra¹, A. Acosta Pereira, M.J. Mateos Lozano y A. Rodríguez de la Serna¹

Hospital de Día de Reumatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Objetivos: Revisar las características las causas, el tipo de patología de los cambios de terapia biológica (switching) de nuestros pacientes.

Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo de los historiales clínicos y de nuestra base de datos de todos los pacientes que han recibido dos o más terapias biológicas diferentes, a lo largo de su evolución. Las variables a estudio fueron las siguientes: diagnóstico actual, terapias previas y motivo de discontinuación.

Resultados: Se revisaron 24 pacientes (15 habían realizado un cambio de tratamiento biológico, 9 dos cambios, y un paciente tres cambios). Los distintos diagnósticos fueron: 13 artritis reumatoide (AR), 5 artritis psoriásica (APso), 3 espondiloartropatías (EA), 2 artritis crónica juvenil (ACJ), 1 síndrome de SAPHO (SAPHO). Las diferentes terapias recibidas y la permanencia al 2º y 3º tratamiento pautado (primer [1º] y segundo [2º] 'switching', respectivamente) se muestran en la tabla 1. Los 'switching' en función de la patología se muestran en la tabla 2, mostrando,

Tabla 1 y 2. Resumen 290. Terapia anti-TNF y "switching" respectivamente.

Terapia inicial	Adalimumab	Etanercept	Infliximab	Rituximab	1º switching	2º switching
Infliximab-IFX (n = 13)	1	9	-	2	6	7
ADALIMUMAB-ADA (n = 7)	-	1	5	0	4	2
ETANERCEPT-ETN (n = 4)	1	-	2	0	3	1
RITUXIMAB-RTX (n = 0)	-	-	-	-	-	-
Diagnóstico	N	1º switching	2º switching	3º switching		
EA	3	2	0	0		
AR	13	6	6	1		
APso	5	3	2	0		
ACJ	2	1	1	0		
SAPHO	1	0	1	0		
Tratamiento	Reacción alérgica	Reacción infusional	Síndrome pseudogripal* (fiebre y escalofríos)	Ineficacia	Deseo paciente	Otros** (Hipotiroidismo, ICC)
IFX (13)	6	1	2	2	0	1+1
ADA (4)	0	0	0	3	1	0
ETN (7)	2	0	0	5	0	0
RTX (0)	-	-	-	-	-	-

asimismo, los pacientes que permanecen en cada línea de tratamiento. Se describen las causas de un primer cambio de tratamiento encontramos (tabla 3).

Conclusión: El tamaño de la muestra no permite establecer conclusiones, ni es susceptible a estudio estadístico, pero de los resultados de este estudio se pueden extraer los siguientes comentarios: *a)* los pacientes con AR parece que tienden a recibir más cambios de tratamiento o 'switching' una vez realizado el primer cambio, es decir, posiblemente las AR que necesiten un primer cambio, posiblemente no consigan la remisión tras éste y precisen un nuevo cambio posteriormente; *b)* los pacientes con EA y APso tienden a permanecer en la terapia recibida como segunda opción, sin precisar un nuevo cambio en todos los casos; *c)* el número de pacientes con ACJ o SAPHO no permite establecer conclusiones; *d)* aproximadamente el 50% (6/13) de pacientes con AR que precisan un cambio de tratamiento no necesitan un segundo cambio. Ver tabla en página anterior.

291

FRECUENCIA DE INCAPACIDAD LABORAL EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE FIBROMIALGIA EN EL ÁREA DE INFLUENCIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO JOAN XXIII DE TARRAGONA. ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO TRANSVERSAL

M.J. Poveda¹, M. Olona², A. Castel³ y R. Fontova¹

¹Sección de Reumatología. ²Servicio de Medicina Preventiva. ³Psicólogo de la Unidad del Dolor.

Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona.

Introducción: La Fibromialgia (FM), se ha convertido en un problema de Salud Pública de primer orden por su alta prevalencia y por el notable impacto en la capacidad funcional de los pacientes. En la Población española, se ha encontrado un 11,5% de discapacidad laboral en las personas con FM.

Objetivos: 1. Determinar la frecuencia de incapacidad laboral (IL) en las pacientes diagnosticadas de FM en nuestra área de influencia. 2. Evaluar la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud (PCVRS) y su asociación con IL. 3. Identificar variables sociodemográficas, clínicas y laborales asociadas con IL.

Pacientes y métodos: Se ha efectuado un estudio Epidemiológico Transversal de pacientes que acuden a la consulta externa de Reumatología del Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII (Población de 158.000 habitantes). *Muestra de estudio:* se incluyeron consecutivamente todas las pacientes diagnosticadas de FM, según los criterios del ACR, visitadas en la Unidad de Reumatología, de Julio-2006 a Febrero-2007. Identificamos 105 pacientes, mujeres, con una edad media de 51,85 años. Excluimos aquellas pacientes mayores de 50 años o menores de 18 años en el momento del estudio, quedando 53 pacientes a las que se informó del objetivo del estudio. De éstas, 37 acudieron a la entrevista y completaron los cuestionarios.

Se elaboró un cuestionario en el que se recogían datos sociodemográficos, clínicos, situación laboral en el momento del estudio, bajas laborales en los dos últimos años y la historia laboral. Se incluyeron además, el cuestionario de Salud SF-36 versión española 1,4 (Junio de 1999) y el FIQ (Fibromyalgia Impact Questionnaire). Consideramos como variable principal la Incapacidad Laboral, Temporal (ILT) o Permanente (ILP).

El análisis estadístico consistió en un estudio descriptivo y análisis univariable con un nivel de significación estadística aceptado de $p < 0,05$.

Resultados: La media de edad de las pacientes fue 38,2 años, con un tiempo de evolución de su enfermedad de 4,45 años. Los dos grupos más numerosos, según ocupación, eran las amas de casa y las trabajadoras del sector servicios. La mayor parte de las pacientes tenían o habían tenido trabajos que requerían realizar esfuerzos físicos, trabajar en posturas forzadas o realizar movimientos repetidos de miembros superiores.

En los dos últimos años se registraron en total 64 periodos de baja, con una duración media de 177,34 días. De las 37 pacientes, 21 (56,75%) tuvieron dos o más bajas; y en 23 episodios de ILT (37,49%) la duración fue mayor de 90 días.

El 43,24% de la población estudiada tiene una IL. Excluidas las pacientes sin actividad laboral remunerada, la prevalencia fue del 57,14%, y en su mayoría ILT (68,75%).

La media de las puntuaciones totales del FIQ₂ fue de 69,52. Las puntuaciones más altas se encontraron de forma significativa en las pacientes en situación de IL. Las puntuaciones en las distintas dimensiones del SF-36, fueron inferiores en el grupo de pacientes en IL. Las puntuaciones en función social y función física más bajas estaban en las pacientes con IL, con una diferencia significativa.

No hemos identificado de forma significativa variables clínicas del estudio que se asociaran con IL.

Conclusiones: Encontramos una alta prevalencia de IL en las pacientes diagnosticadas de FM en nuestra área de influencia (43,24%). Excluidas aquellas pacientes que no tenían actividad laboral remunerada, la prevalencia fue del 57,14%, en su mayoría ILT (68,75%). Las puntuaciones más altas del FIQ se daban en las pacientes en situación de IL con una diferencia significativa. Estas mismas pacientes tenían las puntuaciones más bajas en función social y función física del cuestionario de salud SF-36.

292

EMBARAZO Y TRATAMIENTO CON ANTI-TNF α

R. Hernández Sánchez, J. Uceda Montañés, P. Gonzalez Moreno, I. Gonzalez Agudo, N. Cid Boza y J. Sanchez Bursón
Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

Caso clínico: Mujer de 30 años, diagnosticada de Artropatía psoriásica con afectación periférica desde hace 10 años. Tras realizar tratamiento con Ciclosporina, Metotrexato y leflunomida a dosis máximas, persiste con actividad inflamatoria. En Marzo de 2003 se inicia tratamiento con Enbrel en combinación con MTX. En mayo de 2004 estando en tratamiento con Enbrel acude a consulta embarazada de 12 semanas. Se interrumpe la medicación, con el resultado de una gestación sin incidencias y nacimiento de un niño sano a término.

Introducción: El factor de necrosis tumoral alpha, es una citoquina pro inflamatoria, que se encuentra elevada en la membrana sinovial de pacientes con AR, así como en otras enfermedades reumáticas, todas ellas con una alta prevalencia en mujeres en edad fértil. Por otro lado el TNF α tiene un importante papel en el embarazo; Aumenta la expresión del gen de la COX 2. Participando así en la implantación del blastocito, y en la permeabilidad vascular del endometrio. También participa en el trabajo de parto en acción sinérgica con otras citoquinas. Se han encontrado niveles altos en líquido amniótico y suero, en el inicio de trabajo de parto y en condiciones patológicas.

Material y métodos: Revisión de los casos publicados en la literatura y registros de las principales sociedades europeas de Reumatología¹.

Resultados:

Estudio	Nº de pacientes	Nacidos vivos	Abortos	Terminaciones terapéuticas	Malformaciones
The OTIS STUDY	33	9	4	2	Trisomía 18 con resultado de aborto
BIOBADASER	10	5	1	1	
The BSR Brithish Society Rheumatology Register	21	16	6	3	
Registro de enf Crohn e Infiximab	96	58	16	14	Muerte a las 24 sem por hemorragia intracraneal y pulmonar Distres Respiratorio e ictericia Tetralogía de Fallot Malrotacion intestinal Retraso del desarrollo y un hipotiroidismo
Carter et al	1	1			VATER asociación

Especial atención merece la posible relación con el uso de anti TNF durante el embarazo y la asociación VATER, ²siglas de la asociación de una serie de anomalías desde el nacimiento que afectan a Vértebras, Ano, Traquea, esófago, y Radio o Riñón. En este sentido existen varias teorías que implican a la familia de los receptores del TNFR. Se trata de un grupo de receptores envueltos en la respuesta inmune e inflamatoria. Cada receptor se une a un ligando determinado resultando en una respuesta que va, desde la proliferación y diferenciación celular hasta la apoptosis. Se conocen hasta 6 familias distintas. Estudios en Ratones han investigado la relación del TRAF 4 y el desarrollo de la asociación VATER.

Hasta la fecha, no hay datos que sugieran mayor riesgo de aborto en pacientes con AR en tratamiento con anti TNF o sin él. Por otro lado, hay en la literatura casos anecdóticos de embarazo en pacientes con antecedentes de infertilidad³

Conclusiones: Difícil al no existir estudios, si no únicamente casos aislados y registros de Sociedades con pocos casos para sacar conclusiones. Actualmente las terapias biológicas están consideradas como categoría "B" de la FDA en el embarazo. Hacer hincapié, en la no existencia de correlación siempre entre la falta de teratogenicidad en animales y humanos. Finalmente recomendar precaución con el uso de Anti TNF durante el embarazo, siendo exhaustivos a la hora de valorar beneficios y riesgos del tratamiento con terapias biológicas en embarazadas.

1. Pregnancy in Rheumatology patients exposed to Anti-tumor necrosis factor (TNF#) therapy.
2. Tumor Necrosis Factor- α Inhibition and VATER Association: A Causal Relationship? John Carter, Joanne Valeriano, and Frank b. Vasey
3. Sills E.S, Perloc M, Tucker M.J, Kaplan C.D, Palermo G.D. Successful ovulation induction, conception, and normal delivery after chronic therapy with etanercept: a recombinant fusion anti-cytokine treatment for rheumatoid arthritis. *Am J Reprod Immunol* 2001;46:366-8.

293**ÁCIDO ZOLEDRÓNICO COMO PRIMERA OPCIÓN DE TRATAMIENTO PARA LA DISPLASIA FIBROSA**

V. Ríos, X. Juanola, J. Narváez, J.A. Narváez, D. de la Fuente, M. Bianchi, P. Santo y J.M. Nolla
Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

Introducción: La Displasia Fibrosa ósea (DF) es un trastorno congénito de la maduración del mesénquima óseo en el que el tejido lamelar de la cavidad medular de uno o varios huesos es reemplazado por un tejido fibroso anómalo. Puede ser monostótica o polioestótica, siendo las localizaciones más frecuentes la base del

cráneo, maxilares, fémur, tibia y costillas. En ocasiones, se asocia a áreas de hiperpigmentación cutánea (manchas café con leche) y a disfunción endocrina como pubertad precoz en las niñas, asociación conocida como síndrome de Albright.

El curso clínico es variable. Aunque algunos pacientes son asintomáticos, la mayoría refiere molestias, principalmente por lesiones craneales o en las extremidades inferiores. Las manifestaciones esqueléticas incluyen: dolor óseo, deformidades y fracturas. Además, la compresión o el atrapamiento de estructuras neurológicas intracraneales puede ocasionar síntomas como cefalea, hipoacusia y vértigo.

Tradicionalmente el tratamiento se limitaba a los procedimientos ortopédicos dirigidos a prevenir o corregir las deformidades y a estabilizar las fracturas. Sin embargo, a comienzos de la década de los 90 se ha empezado a utilizar el pamidronato por vía endovenosa con mejoría del dolor óseo y de los marcadores bioquímicos del recambio óseo. Más recientemente se han ensayado también los difosfonatos orales con resultados más pobres.

El ácido zolendróico es un difosfonato más potente que el pamidronato y con una posología de administración mucho más sencilla. Ha demostrado su eficacia en el tratamiento de la hipercalcemia maligna, metástasis óseas, enfermedad de Paget y osteoporosis. Los datos de eficacia del ácido zolendróico en la DF se limitan a unos pocos casos en los que se administró a pacientes con ineficacia o intolerancia al pamidronato, obteniendo buenos resultados. A pesar de esto, hasta la fecha aún no se ha ensayado como primera línea de tratamiento en pacientes afectados de DF.

Objetivo: Evaluar la eficacia del ácido zolendróico como tratamiento inicial de la DF sintomática.

Material y métodos: Presentamos los dos primeros pacientes con DF sintomática que han recibido ácido zolendróico como primera opción de tratamiento en régimen de uso compasivo. El primero es una mujer de 31 años con antecedentes de síndrome de ovario poliquístico e hipertiroidismo, que presenta una DF polioestótica con afección de base de cráneo, macizo facial, fémur y tibias. Se diagnosticó a raíz de cefalea, exoftalmos unilateral y diplopía, y dolor óseo en rodillas y tobillos. La segunda paciente es otra mujer de 55 años afectada de DF con afectación craneal diagnosticada a raíz de cefalea y dolor/deformidad facial.

En ambos casos se administró ácido zolendróico 5 mg endovenosos en dosis única, sin presentar efectos adversos valorables excepto la presencia de síntomas gripales transitorios en una de las pacientes en los dos primeros días. Al mes del tratamiento, ambas enfermas presentaron una mejoría del 50% en las puntuaciones del dolor en la escala analógica visual, estando pendientes del resultado de la evolución de los marcadores del recambio óseo y de la gammagrafía ósea cuantitativa de control programada para los 3 meses de tratamiento.

Conclusión: En caso de objetivarse una respuesta favorable, ésta experiencia preliminar puede servir de punto de partida para la realización de un ensayo controlado para evaluar la eficacia del ácido zoledrónico en la DF incluyendo a un mayor número de pacientes.

294

EMBARAZOS EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO. RESULTADOS EN UN HOSPITAL COMARCAL

R. Acal¹, A. Almuedo¹, J. Cuquet¹, V. Ortiz-Santamaría², X. Surís², J. Bermúdez³ y E. Llargués¹

¹Servicio de Medicina Interna. ²Unidad de Reumatología. ³Servicio de Ginecología. Hospital General de Granollers. Barcelona.

Introducción: La mujer con lupus eritematoso sistémico (LES) embarazada presenta mayor morbilidad materna y fetal.

Objetivo: Describir las incidencias de las mujeres con LES embarazadas en un hospital comarcal.

Métodos: Lugar: Hospital General de Granollers. Referencia: área de 3000.000 habitantes. Diseño: Retrospectivo (01/05-12/07). Se analizaron las características clínicas y analíticas de las pacientes con LES embarazadas durante dicho periodo, las complicaciones aparecidas durante la gestación y las características de los recién nacidos.

Resultados: En estos tres años, se han analizado 9 pacientes en las que se han producido 11 embarazos, resultando 9 recién nacidos (RN) y 2 abortos, siendo uno de ellos una interrupción legal del embarazo (ILE).

Características de las embarazadas

Edad media	29,7 años (23-34)
Años de diagnóstico previos al embarazo	6,1 años (0-18)
Ac antiDNA	8/9
Ac anticardiolipina	3/9
Ac antilúpico	2/9
Ac anti SS-A (anti-RO)	0/9
Ac anti SS-B (anti- LA)	0/9
Nº de abortos previos al Dx de LES	4 abortos en 3 de las 9 pacientes
Nº de embarazos	11 (9 RN vivos; 1 aborto, 1ILE)
Brotos durante la gestación	2/11 (nefropatía lúpica)
Brotos durante el puerperio	1/9
Infecciones en puerperio	4/9 (2 mastitis; 2 ITU)
Características del parto y neonatos	
Semana de Gestación en la que se produjo el parto	37,5 semanas (37-39)
Partos a término	9/9
Cesárea	2/9
Partos vaginales	7/9
Inducidos 3/7	
Espátulas 2/7	
Sexo de los recién nacidos	5 hombres: 4 mujeres
Peso medio	2630 gr (2.360 – 3.560gr)
Crecimiento intrauterino retardado (CIR)	1/9
Complicaciones neonatales	1/9

Durante la gestación se diagnosticaron dos nefropatías lúpicas. La primera ocurrió en el primer trimestre resolviéndose con tratamiento corticoideo, dando lugar a un RN sano. La segunda tuvo lugar al inicio del 2º trimestre de gestación en una paciente en la que el embarazo ya estaba desaconsejado por haber recibido tratamiento con leflunomida, realizándose una ILE. El brote que ocurrió en el puerperio cursó con febrícula y artralgias, cediendo con corticoterapia.

El aborto que se produjo durante el periodo estudiado ocurrió en una paciente en la que se desaconsejó el embarazo por actividad lúpica, SLEPDAI = 12.

Las 2 cesáreas se realizaron de manera programada en pacientes anticoaguladas. En los dos partos que se precisaron espátulas fue por acortamiento de cordón.

Se ha documentado sólo 1 caso de lupus neonatal exclusivamente cutáneo que se autolimitó a los 15 días.

Conclusiones: Dado que las pacientes con LES presentan mayor número de complicaciones materno-fetales durante y después de la gestación, se requiere un seguimiento estrecho y un abordaje multidisciplinar.

295

ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES: RESULTADOS DEL TALLER DE ECOGRAFÍA CONGRESO SER GRANADA 2007

E. De Miguel¹, A. Rodríguez², C. Castillo¹ y J.J. De Agustín³

¹Hospital Universitario La Paz. Madrid. ²Hospital Ramón y Cajal. Madrid. ³Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

La ecografía ha demostrado su validez en el diagnóstico de arteritis de células gigantes (ACG)¹, sin embargo su empleo como prueba diagnóstica permanece circunscrita a un pequeño número de hospitales y esto probablemente es debido a la falta de entrenamiento en este tipo de ecografía.

Objetivos: Formar a un grupo de reumatólogos en el diagnóstico ecográfico de ACG y medir la eficacia del método utilizado.

Material y métodos: Un grupo de 29 reumatólogos sin experiencia previa en el diagnóstico ecográfico de ACG participaban en un taller en el XXXIII Congreso Nacional SER de Granada. Tras una breve introducción teórica sobre los signos de arteritis se proyectaron los videos de 27 exploraciones de arterias temporales pertenecientes a 13 pacientes con ACG y 14 pacientes sin ACG, cada caso tenía una media de 5 videos de 5 a 10 segundos de duración. Después de cada video los asistentes de forma independiente y ciega escribían en un cuestionario si los videos eran patológicos o no. Finalmente se realizó un taller práctico de exploración de la arteria temporal dirigido por tres profesores de ecografía. Como medida de desenlace de la eficacia del taller se utilizó un análisis de fiabilidad interlector, y un estudio de sensibilidad, especificidad y% de casos correctamente clasificados individualizado para cada asistente. También se realizó una encuesta de opinión y satisfacción del taller según una escala de Lickert valorada de 0 a 5, siendo 5 la puntuación máxima posible.

Resultados: La fiabilidad y seguridad en los resultados alcanzada en la interpretación de las imágenes por los asistentes fue alta. El índice kappa alcanzado en el taller interlector entre los 29 participantes era excelente (kappa: 0,8465; CI 0,67-0,94; p < 0,0001). En cuanto a la validez de las lecturas efectuadas, los valores medios de sensibilidad y especificidad alcanzados eran de 98,67%, 88,42% y el porcentaje de pacientes y controles correctamente clasificados de 93,35%. Los resultados de la encuesta de satisfacción ofrecían un resultado promedio de 4,93 con un rango entre 4,77 y 5. El tiempo dedicado por el taller a la exploración directa de arterias temporales no era suficiente para conseguir la suficiente habilidad a juicio de los profesores y los alumnos, pero la técnica básica de exploración si se podía adquirir para continuar el autoaprendizaje en cada unidad.

Conclusiones: Los participantes eran capaces de reconocer tras un breve taller los videos con y sin ACG. La satisfacción fue alta. La exploración ecográfica de los pacientes necesita un número de exploraciones superior a las realizadas en el taller. Los asistentes comprobaron que la técnica se podía realizar con buenos resultados.

Bibliografía

Karassa FB, Matsasgas MI, Schmidt WA, Ioannidis J. Meta-analysis: test performance of ultrasonography for giant cell arteritis. *Ann Intern Med.* 2005;142:359-369.

296

TRANSMISIÓN HEREDITARIA DE LA ARTRITIS PSORIÁSICA Y DE LA PSORIASIS CUTÁNEA

M.D. López Montilla, I. Gómez Gracia, P. Font Ugalde*, A. Salmoral Chamizo, M. Rojas Vargas y M.J. Pozuelo López
*Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. *Departamento de Medicina. Facultad de Medicina de Córdoba. Córdoba.*

La patogenia de la artritis psoriásica y psoriasis cutánea son desconocidas. La mayoría de los estudios describen una predisposición familiar para ambas, sin poderse especificar de que tipo de herencia se trata. Algunos estudios han intentado determinar las diferencias en la transmisión de la enfermedad según el sexo del progenitor afectado.

Objetivo: Valoración de la transmisión genética materna o paterna de la artritis psoriásica y psoriasis cutánea.

Métodos: Se evaluaron 330 pacientes, 198 diagnosticados de artritis psoriásica y 132 con psoriasis sin artritis, para investigar los antecedentes familiares de psoriasis cutánea y si hay mayor transmisión dependiente del sexo del progenitor afecto.

Resultados: Del total de pacientes estudiados, 126 recordaban antecedentes familiares de psoriasis cutánea de los cuales 47 (14,2%) referían antecedentes maternos, 72 (21,8%) paternos y 7 (2,1%) tenían antecedentes de ambos.

A continuación se detallan los resultados:

Herencia	Artritis	Psoriasis cutánea	Total
	psoriásica	sin artritis	
Antecedentes maternos	27 (13,6%)	20 (15,2%)	47 (14,2%)
Antecedentes paternos	38 (19,2%)	34 (25,8%)	72 (21,8%)
Ambos*	0 (0,0%)	7 (5,3%)	7 (2,1%)
No antecedentes	133 (67,2%)	71 (53,8%)	204 (61,8%)
Total	198	132	330

*Diferencias significativas (test de χ^2)

Conclusiones: En esta muestra hemos encontrado asociación entre el tener antecedentes de ambos progenitores y el desarrollo de psoriasis cutánea. También hemos observado una tendencia predominante de la transmisión paterna, sin llegar a ser significativa.

297

¿QUÉ PIENSAN LOS PACIENTES QUE ES FIBROMIALGIA?. ESTUDIO CUALITATIVO MEDIANTE GRUPO FOCAL

M. Gobbo¹ y L. Carmona¹

Fundación Española de Reumatología. Unidad de Investigación.

Introducción: Los criterios ACR, los más utilizados en investigación y práctica clínica, usan los puntos dolorosos a la presión en el diagnóstico. Sin embargo, diversos estudios cuestionan su utilidad. Una aproximación alternativa sería considerar la FM como un síndrome de dolor crónico difuso inexplicable, e identificar subgrupos homogéneos para estudiar diferencias en etiología y patogénesis, con distintos pronósticos y respuestas a terapia. Definir criterios desde esta aproximación es el objetivo del protocolo: "EULAR's recommendations Fibromyalgia: preliminary definition criteria", del que el presente trabajo forma parte.

Objetivo: Explorar cuáles son los síntomas que definen FM según los pacientes.

Metodología: Grupo focal. 10 pacientes reclutados en asociaciones y servicios de reuma. *Perfil:* Máxima heterogeneidad según edad, sexo, nivel de estudios y económico, estado civil, incapacidad laboral y tiempo con FM. *Mapa de discusión:* Parámetros físicos y psicológicos que mejor describen FM, nivel de importancia de cada uno y factores que alivian o agravan síntomas. *Análisis:* Transcripción literal y análisis semiológico del discurso.

Resultados: *Síntomas específicos de la enfermedad:* 1. *Físicos:* Dolor: Síntoma principal. Interactúa como causa o consecuencia con el resto de síntomas. Agarrotamiento: tensión muscular, rigidez, contracturas prolongadas en distintas partes del cuerpo. Mayor por las mañanas, aparece sobre todo al cambiar de postura tras inmovilidad. Afecta más a extremidades. Produce movimientos involuntarios y espasmos nocturnos. Debilidad y fatiga: Debilidad: falta de fuerza para efectuar movimientos, especialmente si implican precisión. Fatiga: cansancio desproporcionado con la tarea realizada o sin tarea previa. Se asocian a vértigos o mareos descritos como desmayos o somnolencia. Hipersensibilidad y disestesias: Aparecen en todos los pacientes, pero no las consideran un componente principal de FM. 2. *Síntomas psicológicos:* deterioro cognitivo ("enlentecimiento"). No merma de capacidades intelectuales sino necesidad de más tiempo para procesar la información. Asociado a problemas de memoria y dificultades de expresión. *Comorbilidad:* obesidad, trastornos del sueño, gastrointestinales, musculoesqueléticos, sensoriales o endocrinos, y depresión, no forman parte de la enfermedad, según los pacientes, sino que son consecuencia de ésta. Ej. problemas de sueño no son insomnio, sino consecuencia del dolor o de movimientos involuntarios por agarrotamiento en la cama. La obesidad o trastornos gastrointestinales se deben a medicación y cambio de hábitos (sedentarismo, reposo), etc. *Factores que influyen en FM:* Nada influye claramente en los síntomas. En general, cualquier esfuerzo (físico o psicológico) empeora el cuadro. Calor local y ejercicio moderado mejoran para unos, mientras para otros es mejor reposo. La polimedicación es frecuente, con nulos efectos, produciendo efectos adversos y causando comorbilidades. Tampoco son eficaces cirugía, rehabilitación, acupuntura, balneoterapia ni ozonoterapia. No se valora terapia cognitivo-conductual porque ningún paciente la ha hecho.

Conclusiones: 1) *Los síntomas principales de FM son:* Síntomas físicos: dolor, rigidez/contracturas, debilidad y cansancio. Síntomas psicológicos: enlentecimiento cognitivo. 2) El resto de síntomas son secundarios a síntomas principales, y a fármacos y terapias utilizados en tratamiento. 3) Los tratamientos habituales no son eficaces y no existen factores claramente asociados a cambios en el curso de la FM.

298

ESTUDIO INTRA OBSERVADOR E INTEROBSERVADOR DE LA EXPLORACIÓN ECOGRÁFICA DE LA ARTRITIS EN PACIENTES CON ARTROPATÍA PSORIÁSICA

J.J. De Agustin¹, C. Moragues², I. Möller³, E. Casado⁴, H. Corominas⁵, R. Toneu⁶, R. Morla⁷, L. Mateo⁸, T. Clavaguera⁹, A. Ponce¹⁰ y F. Moreno¹¹

¹Hospital Vall d'Hebron. ²Hospital de Bellvitge. ³Clínica Platón. ⁴Hospital Parc Taulí. ⁵Hospital de la Cruz Roja. ⁶Hospital de Manresa. ⁷Hospital de la Santa Creu i Tecla de Tarragona. ⁸Hospital Germans Trias i Pujol. ⁹Hospital de Palamós. ¹⁰Hospital de Granollers. ¹¹Hospital de San Rafael.

Introducción: El uso de la ecografía en la valoración de las artropatías inflamatorias tiene cada vez más relevancia. Para que esta

técnica pueda ser utilizada en la práctica clínica se precisa de la realización de diferentes estudios que la validen para tal fin. Estos trabajos son realizados habitualmente por varios exploradores de diferentes centros y con distinta experiencia. Por ello y porque esta técnica es explorador dependiente es necesario realizar análisis tanto intraobservador como interobservador para dar fiabilidad a los resultados obtenidos. Aquí presentamos los resultados de un estudio intra/interobservador realizado para un estudio multicéntrico en pacientes con Artropatía Psoriásica.

Métodos: Participaron 11 reumatólogos, sin conocimiento de los datos clínicos y analíticos. Se realizó una exploración ultrasonográfica en escala de grises con sonda lineal de 7-12 Mhz y con Power Doppler a 4 pacientes, que incluyó 2 articulaciones por paciente valorando la presencia de hipertrofia sinovial, derrame articular, alteraciones a nivel de la cortical ósea y señal de Doppler. El investigador no tuvo acceso a los exámenes ecográficos previos y realizó dos revisiones a cada uno de los pacientes. Las exploraciones de los 11 reumatólogos se realizaron de forma consecutiva en una sola sesión conjunta. Cada una de las variables estudiadas fue dividida en cuatro categorías: ausente, leve, moderada, severa. En cada exploración se utilizaron los mismos ajustes del equipo (definidos previamente al inicio del estudio).

El cálculo de la concordancia intra e interobservador al tratar las variables como continuas, se realizó mediante el coeficiente de correlación intraclase (CCI), incluyendo el intervalo de confianza del 95%. El CCI se define como la proporción de la variabilidad total que es debida a la variabilidad de los pacientes. Valores por debajo de 0,4 indican baja concordancia, de 0,4 a 0,75 una concordancia regular-buena, y mayor de 0,75 una concordancia excelente.

Resultados: Se observó derrame articular leve en el 42,0% de los casos, moderado en el 30,7% de los casos, y severo en el 11,4% de los casos. En el 15,9% restante se consideró como ausente. Se observó sinovitis leve en el 38,6% de los casos, moderada en el 36,9% de los casos, y severa en el 9,1% de los casos. Para el 15,3% restante se consideró como ausente. Las alteraciones en la cortical ósea fueron irregulares en el 22,7% de los casos, erosiones aisladas en el 15,9% de los casos, y erosiones severas en el 8,0% de los casos. Para el 53,4% restante se consideró como normales. La presencia de señal Doppler, resultó ser leve en el 27,8% de los casos, moderada en el 19,9% de los casos, y severa en el 12,5% de los casos. Para el 39,8% restante se consideró como ausente.

Se observó un valor del kappa de concordancia intraobservador global de 0,717 (0,662-0,764).

Se observó un valor kappa de concordancia interobservador global de 0,420 (0,328-0,528).

En la tabla 1 se muestra valor del kappa de concordancia intraobservador para cada uno de los investigadores.

En la tabla 2 se muestra el valor kappa de concordancia interobservador para cada una de las variables ecográficas estudiadas.

Tabla 1

Concordancia intraobservador	Kappa
E1	0,762
E2	0,807
E3	0,547
E4	0,747
E5	0,706
E6	0,713
E7	0,580
E8	0,804
E9	0,385
E10	0,816
E11	0,817
Concordancia intraobservador global	0,717

Tabla 2

	Kappa	IC95%
Concordancia interobservador global	0,420	0,328-0,528
Derrame articular	0,457	0,283-0,686
Alteraciones de la cortical ósea	0,317	0,166-0,559
Señal doppler	0,399	0,233-0,637

Conclusión: La concordancia obtenida es buena y suficiente en el análisis intraobservador e interobservador. Los resultados son similares a los observados en otros estudios de estas características y son válidos para dar fiabilidad al proyecto multicéntrico.

299

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL DEL DOLOR EN LA LUMBALGIA CRÓNICA

M. Gobbo¹, J. Moix², A. Mateos³, P. Roig⁴ y Grupo de estudio TCC en lumbalgia

¹Fundación Española de Reumatología. Unidad de Investigación. ²Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona. ³Psicóloga clínica. Centro Salud Mental de Carabanchel. ⁴Psicóloga clínica. Unidad de Dolor de Madrid.

Introducción: Entre un 10 a 23% de personas padece dolor crónico de algún tipo, siendo los motivos más frecuentes: lumbalgia, fibromialgia, artrosis y cefaleas. En Europa, sólo los costes asociados a lumbalgia suponen al año entre 1,7% y 2,1% del Producto Interior Bruto. Además de repercusiones económicas, la lumbalgia crónica tiene consecuencias profesionales, familiares, sociales y psicológicas para quienes la padecen, que merman su calidad de vida, hasta el punto que el 29% de ellos acaban por padecer depresión. Por todo ello, la lumbalgia debería abordarse como fenómeno biopsicosocial, de forma interdisciplinar, incluyendo tratamientos cognitivos conductuales que ya han probado su eficacia en investigación. Sin embargo, en la práctica, no se usa esta técnica, en parte porque no se ha diseñado un protocolo sencillo y estandarizado que se adapte de forma específica a esta patología.

Objetivo: Desarrollar un protocolo de tratamiento cognitivo conductual específico para lumbalgia crónica.

Metodología: Diseño de un protocolo por 17 psicólogos en colaboración con clínicas del dolor de hospitales públicos españoles. El equipo está integrado por psicólogos clínicos y por profesores universitarios expertos en dolor, cuya colaboración ha permitido diseñar un protocolo con sólida base teórica y aspectos relevantes para aplicar el protocolo en la práctica clínica.

Resultados: El protocolo final está estructurado en 12 sesiones: 10 grupales de 90 minutos de duración y 2 individuales de 60 minutos. Las sesiones grupales son la base de la terapia. Cada sesión consta de: revisión de las tareas para casa prescritas en la sesión anterior; objetivos, explicaciones y ejercicios para aplicar durante la sesión; resumen para el paciente; tareas para casa; y bibliografía útil. Las sesiones individuales pretenden mejorar la relación terapéutica, consolidar los aprendizajes y resolver dudas o problemas concretos relacionados con la terapia. La tabla 1 muestra el contenido y orden de las sesiones.

Este protocolo será publicado por la editorial Paidós durante el año 2008 como un manual práctico que sirva de apoyo a los profesionales para el tratamiento de la lumbalgia. Además, en paralelo, con el propósito de valorar la eficacia en la práctica del tratamiento diseñado, se está desarrollando un ensayo clínico, aleatorizado y triple ciego, en 9 hospitales españoles, cuyos resultados preliminares muestran la eficacia de la terapia en la mayoría de los indicadores de resultados estudiados.

Tabla 1. Protocolo tratamiento cognitivo conductual de la lumbalgia

Sesión 1. Introducción a la terapia cognitivo-conductual
Sesión 2. Respiración y relajación
Sesión 3. Manejo de la atención
Sesión individual
Sesión 4. Reestructuración cognitiva 1
Sesión 5. Reestructuración cognitiva 2
Sesión 6. Solución de problemas
Sesión 7. Manejo de las emociones y asertividad
Sesión 8. Valores y establecimiento de objetivos
Sesión 9. Organización del tiempo y actividades reforzantes
Sesión 10. Ejercicio físico, higiene postural y del sueño, prevención de recaídas
Sesión individual

300**NEUMONITIS INTERSTICIAL ASOCIADA A TERAPIA ANTI-TNF α : DESCRIPCIÓN DE DOS CASOS**

D. Taverner Torrent, M. Almirall, S. Castro, J. Calvet, J. Maymó y J. Carbonell

Servicio de Reumatología. Institut Municipal d'Assistència Sanitària. I.M.A.S. Barcelona.

Introducción: En la literatura hay reportados más de 20 casos de nueva aparición o exacerbación de enfermedad pulmonar intersticial tras la introducción de terapia anti-TNF, en monoterapia o en combinación con fármacos modificadores de enfermedad. Presentamos los casos de 2 pacientes sin enfermedad pulmonar intersticial previa conocida que la desarrollan durante el tratamiento con anti-TNF y mejoran tras su suspensión.

Material y métodos: Descripción de dos casos clínicos de pacientes con Artritis Reumatoide (AR) que desarrollan un patrón pulmonar intersticial compatible con neumonitis por hipersensibilidad durante el tratamiento con terapia anti-TNF y cuyo patrón radiológico mejora significativamente tras la retirada del fármaco.

Paciente 1: Varón de 42 años con antecedentes de AR seropositiva erosiva de 8 años de evolución. En 2004 se inicia tratamiento con Etanercept 50mg/semanal en monoterapia por ineficacia previa de Salazopirina y Metotrexate. En Enero de 2005, se realiza TAC torácico por disnea de grandes esfuerzos que evidencia enfisema paraseptal biapical sin signos de patología intersticial. En Julio de 2007, a raíz de empeoramiento de su disnea habitual, se realiza nuevo TAC torácico que objetiva afectación parenquimatosa difusa en forma de nodulillos centrolobulillares de vidrio deslustrado. Se descarta proceso infeccioso concomitante. Se retira Etanercept y a los 3 meses se repite el TAC que muestra una práctica desaparición de las lesiones en vidrio deslustrado. Clínicamente la paciente refiere mejoría de la disnea.

Paciente 2: Mujer de 55 años con antecedentes de AR seropositiva erosiva de 9 años de evolución. En Enero de 2007 se inicia Adalimumab 40 mg cada 14 días en terapia combinada con Metotrexato por ineficacia previa de sales de oro y Metotrexato. En Abril de 2007, a raíz de un episodio de insuficiencia respiratoria aguda, se realiza angioTAC que evidencia afectación parenquimatosa pulmonar bilateral de distribución difusa con aumento de densidad en vidrio deslustrado. Se descartan procesos concomitantes como infección o tromboembolismo pulmonar. Se retira Adalimumab y a los tres meses se repite el TAC torácico que muestra persistencia de los infiltrados pulmonares bilaterales pero disminución clara de las opacidades en vidrio deslustrado. Actualmente se encuentra en tratamiento con dosis medias de corticoesteroides y presenta disnea a grandes esfuerzos.

Conclusiones: Las terapias anti-TNF, en monoterapia o en combinación con Metotrexato, pueden desencadenar o exacerbar una enfermedad pulmonar intersticial, siendo necesarias la sospecha ante una clínica compatible y la precaución en pacientes con patología pulmonar preexistente.

301**PANICULITIS Y POLIARTRITIS ASOCIADOS A DÉFICIT DE α -1 ANTITRIPSINA**

C. Martínez Dubois¹, J.L. Peña Sagredo¹, M. Agudo Bilbao¹, R. Blanco Alonso¹ y M.A. Gonzalez Lopez²

¹Servicio de Reumatología. ²Servicio de Dermatología Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Introducción: El déficit de alfa-1 antitripsina (DAAT) es un trastorno hereditario, metabólico, caracterizado por bajos niveles de AAT en suero. El AAT es un inhibidor de proteasas, como la elastasa del neutrófilo, enzima capaz de destruir la mayoría de los componentes de la matriz extracelular. La expresión clínica de la enfermedad se manifiesta con compromiso pulmonar (EPOC o enfisema severo), hepático (colestasis neonatal, hepatitis aguda o crónica, hepatocarcinoma y/o cirrosis), y cutánea (paniculitis). La asociación de paniculitis y déficit de AAT es poco frecuente; tan sólo 40 casos han sido descritos desde 1972, año en que fue publicado por primera vez. Más raro aún es la afectación articular, describiéndose únicamente 3 casos en la literatura. A continuación, se describe el caso de una paciente con DAAT que desarrolló afectación cutánea y poliarticular.

Caso clínico: Se trata de una mujer de 21 años diagnosticada de DAAT a los 45 días de vida tras presentar colestasis neonatal. Desde entonces ha permanecido asintomática. Ingresó en nuestro servicio por cuadro de 4 meses de evolución consistente en artritis en diferentes articulaciones, lesiones cutáneas, y febrícula. Había recibido tratamiento con esteroides im. y antibióticos vo sin mejoría.

A la exploración física destacaba la presencia de artritis en el tobillo izquierdo y lesiones cutáneas maculo-eritematosas, dolorosas, redondeadas, de 2 a 5 cm de diámetro, en espalda, abdomen y extremidades, algunas con exudación oleosa.

Analíticamente, presentaba un hemograma con fórmula leucocitaria normal, PCR 15,9 mg/dL, VSG 34 mm/h, AAT 45mg/dL (normal 90-205 mg/dL). Se realizó ecografía se cadera y tobillo izquierdos, objetivándose paniculitis en ambas localizaciones y derrame sinovial en la articulación tibio-astragalina. La artrocentesis de dicha articulación reveló un líquido con celularidad inflamatoria de predominio linfocitario (50% linfocitos, 30% polinucleares, 20% macrófagos), y la biopsia cutánea, dermopaniculitis septal con vasculitis de vasos de pequeño calibre. En la gammagrafía con citrato-⁶⁷Ga se objetivó artritis en más de 4 articulaciones (hombros, rodilla y tarso derechos y tobillo izquierdo) paniculitis en diferentes localizaciones (costado izquierdo, axila, cadera izquierdos y glúteos) y fascitis en caras internas y externas de muslos. El estudio genético mostró un fenotipo ZZ.

Ante estos hallazgos, se inicia tratamiento con sulfona (100 mg/día) y naproxeno (500 mg/12 horas) con buena respuesta. Tras 1 año de seguimiento, permanece asintomática.

Conclusión: La paniculitis asociada al DAAT es una enfermedad infrecuente en las series clínicas publicadas hasta la fecha; sin embargo, debe tenerse en cuenta este diagnóstico en presencia de manifestaciones cutáneas y articulares como las de nuestro caso.

302

SUSCEPTIBILIDAD DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA A LOS EFECTOS ADVERSOS POR SULFASALAZINA

C. Alegre de Miquel, C. Santos Ramírez, M. Barceló Bru, S. Farietta Varela, C. Molina Almela, I. Acosta Colman y P. Barceló García

Unidad de Reumatología. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción: La experiencia clínica hace sospechar que pudiera existir cierta predisposición en la población española a sufrir mayores tasas de efectos adversos por la Sulfasalazina (SSZ).

Con el objetivo de contrastar este hecho se realizó una búsqueda bibliográfica y revisión sistemática de la literatura existente al respecto.

Material y métodos: Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica de las bases de datos MEDLINE (en PubMed), Embase (en OVID) y en el índice bibliográfico español IBECs. La estrategia utilizada en las diferentes bases de datos fue especialmente sensible: "Sulfasalazine/advers effects" [MESH] (medical Subheadings), dado que las estrategias previas más restrictivas que se probaron no captaban suficientes estudios ni eran más informativos que los captados por esta estrategia. Adicionalmente se aplicaron filtros por lengua española o inglesa y se comprobó la existencia de ensayos clínicos mediante palabras clave (tanto para ensayo clínico como para ensayo clínico aleatorizado). También se cruzó con el término [MeSH] "ethnics groups".

Medidas de resultado: En los artículos seleccionados se buscó la descripción de los efectos adversos, tanto en texto como en tablas, así como los motivos de retirada, la población estudiada y la discusión sobre la opinión de las diferencias en los efectos adversos de los diferentes grupos de tratamiento.

Resultados: La comparación de los resultados de las bases de datos Medline (n = 75) y Embase (n = 20) dio como resultado 90 artículos (5 duplicados fueron descartados) para analizar, de los que se descartaron: 17 por comparar SSZ con otros fármacos, no con placebo, 14 por no especificar los efectos adversos o los motivos de retirada, 10 por ser ensayos clínicos de terapia combinada, 7 por no describir efectos adversos diferentes a los del placebo, 4 por ser estudios en animales, 2 editoriales, 2 en población infantil. En total, fueron revisados en detalle 34 artículos.

De los 11 registros hallados en IBECs se rechazaron por título y abstract: 6 editoriales o revisiones, 2 casos clínicos no directamente relacionados y 1 caso clínico de eficacia sin referencia a efectos adversos.

Revisión detallada: Se realizó un análisis detallado de los 34 artículos seleccionados en Medline y Embase y de los 2 de IBECs.

No encontramos ningún estudio que tras realizar una comparación de efectos secundarios a la SSZ entre diferentes grupos evidencie que la población española sea más susceptible a los mismos.

Discusión: Tras nuestra revisión bibliográfica, no encontramos evidencia en la literatura revisada que la población española sea más susceptible a padecer efectos adversos por la SSZ que otros grupos étnicos diferentes.

Se ha objetivado que los efectos adversos por SSZ varían según el patrón de acetilación. Así pues, en individuos acetiladores lentos, según la dosis de SSZ, los efectos adversos aumentan de forma significativa.

En la población española la prevalencia de acetiladores lentos es superior que en otros grupos étnicos. Por tanto, cabría inferir que la incidencia de efectos adversos secundarios a la SSZ podría ser superior en la población española que en la descrita en otros grupos étnicos diferentes.

Nuestro agradecimiento a Loreto Carmona y a la Unidad de Investigación de la Fundación Española de Reumatología por su inestimable ayuda.

303

NIVELES DE PTH EN OSTEOPOROSIS POSTMENOPÁUSICA TRATADA CON BISFOSFONATOS SEMANALES

CH. Beltrán Audera, M. Medrano San Ildefonso, F.J. Manero Ruiz y E. Giménez Úbeda

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Introducción: Los bisfosfonatos nitrogenados, potentes antirresortivos óseos, son fármacos de referencia en el tratamiento de la osteoporosis postmenopáusica. Debido precisamente a su potencia antirresortiva pueden producirse alteraciones no deseadas del metabolismo fosfo-cálcico, habiéndose comunicado una elevada prevalencia de niveles inadecuados de PTH en pacientes en tratamiento con alendronato y risedronato. La elevación de PTH podría ser secundaria a hipocalcemia transitoria de 24-48 h de duración tras la toma del bisfosfonato.

Objetivos: Determinar la prevalencia de niveles inadecuados de PTH en una población de mujeres con osteoporosis postmenopáusica en tratamiento con bisfosfonatos semanales. De manera secundaria analizar los niveles de PTH en relación con el día de su determinación, así como en dependencia de la estación del año, y evaluar posibles diferencias entre los dos bisfosfonatos analizados.

Pacientes y métodos: Se ha realizado determinación analítica de Ca, P, y PTH en 125 mujeres atendidas en nuestras consultas externas de Reumatología a lo largo de 2007, y que se encontraban en tratamiento con un bisfosfonato semanal por osteoporosis postmenopáusica. Se consideraron tres grupos según la hora de extracción de sangre, fuera ésta entre 0-24 h tras la toma del bisfosfonato (grupo I), entre 24-72 h (grupo II), ó más de 72 h (grupo III).

Los resultados han sido analizados mediante el programa Analyse-it para Excel.

Resultados: La edad media de las pacientes incluidas fue de 68 años (51-80), con un tiempo medio de evolución de OP de 4,5 años y 3 años de media de tratamiento con bisfosfonato. El tratamiento era alendronato (ALN) 70mg semanales en un 51,2% de pacientes y risedronato (RIS) 35 mg en el 48,8%.

Los niveles medios de calcemia fueron de $9,38 \pm 1,35$ mg/ml. No hemos encontrado ningún caso de hipocalcemia, si bien en 5 casos (3 con ALN y 2 con RIS) se objetivó calcemia superior a 10,5 mg/ml, sin clínica. La fosforemia fue normal en todos los casos.

Los niveles medios de PTH fueron de $50,17 \pm 19,52$ pg/ml, sin diferencias significativas entre las pacientes con ALN o RIS ($50,05 \pm 18,49$ pg/ml y $50,29 \pm 20,96$ pg/ml respectivamente). Solamente un 8,8% (11 pacientes; 5 ALN, 6 RIS) presentó niveles inadecuados de PTH (> 88 pg/ml), sin que en ningún caso tuviera repercusión clínica.

En relación a la hora de la extracción de sangre el 32% (n = 40) correspondió al grupo I, el 32% (n = 40) al grupo II, y el 36% (n = 45) al grupo III.

Los niveles de PTH fueron de $51,24 \pm 20,09$ pg/ml, $49,83 \pm 17,69$ pg/ml y $49,53 \pm 21,61$ pg/ml en los grupos I, II y III respectivamente, sin diferencias significativas entre ellos.

Finalmente, se objetivó una tendencia a valores superiores de PTH en primavera y otoño, con niveles más bajos en invierno y sobre todo en verano.

Conclusión: La elevación de PTH es poco frecuente en la osteoporosis postmenopáusica tratada con bisfosfonatos semanales. No hemos observado diferencias significativas en la prevalencia de niveles inadecuados de PTH entre pacientes con ALN y RIS. No hay diferencias significativas en los niveles de PTH según el día de la extracción de sangre, aunque hay una ligera tendencia a la disminución de niveles de PTH cuanto más alejada está la hora de la extracción de la toma del bisfosfonato.

304

ESTUDIO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON LEFLUNOMIDA Y METOTREXATO EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIASICA

N. Rivera, E. Úcar, M. Gorordo, F. Llorente, E. Galindez, M.L. García, I. Torre, O. Fernandez y J.M. Aranburu
Servicio de Reumatología. Hospital de Basurto.

Objetivos: 1. Comprobación de la adherencia a Metrotrexato (MTX) y Leflunomida (LF) en pacientes diagnosticados de Artritis Psoriásica (APs). 2. Revisión de la medicación concomitante utilizada y la evolución clínica.

Material y método: Se ha realizado un estudio transversal de pacientes diagnosticados de APs, tratados con MTX y/o LF. Se eligieron 40 pacientes de forma aleatoria. Se revisó la concomitante utilizada antes, junto y después de LF o MTX.

Resultados: 20 pacientes tomaron LF (10 hombres y 10 mujeres) y 20 MTX (12 hombres y 8 mujeres). Los tomadores de LF tenían una edad media de 56 (27-81) años, los hombres y 57 (29-78), las mujeres. Los de MTX 58 (41-80) años los varones y 48 (34-75) las mujeres.

El tiempo medio de tratamiento para LF fue de 22 meses y 25 para MTX. El mayor pico de adherencia se sitúa entre los 10 y los 19 meses para ambos (40% de los pacientes). El número de pacientes que tomaban MTX entre 20-59 meses se mantuvo estable (10%) reduciéndose a continuación hasta los 80 meses. El número de pacientes que tomaban LF descendió a partir de los 30 meses hasta los 50-59. A partir de los 60 meses, un 10% de los pacientes volvió a tomar LF. Después de los 40 años hay mayor número de pacientes que toman MTX o LF.

A 8 pacientes en tratamiento con MTX se les asoció LF, pero a ningún paciente con LF se le asoció MTX. En el momento del estudio, un 50% de los pacientes continuaban el tratamiento con MTX, un 5% (1) lo suspendieron por ineficacia, un 10% (2) por efectos secundarios, un 30% (6) por remisión clínica y un paciente (5%) lo interrumpió voluntariamente. Por otra parte, de los que tomaban LF, el 45% (9) continuaban el tratamiento; el 30% (6) lo suspendieron por ineficacia; el 10% (2) por efectos secundarios y un 15% (3) por remisión. El porcentaje de pacientes que tomaban AINE tras la suspensión de LF fue menor que el de los que suspendieron MTX, siendo la reducción aún mayor en el caso de tomar ambos FAMES.

Discusión: La reducción de la toma de medicación se interpreta como relacionado directamente con la mejoría de la sintomatología. Se ha podido constatar el mantenimiento del tratamiento con LF a largo plazo, de los pacientes diagnosticados de APs.

Conclusiones: Se ha observado una mayor adherencia al tratamiento con LF respecto a MTX después de los 60 meses. LF es un medicamento que reduce los signos y síntomas articulares y cutáneos, observándose también que es eficaz en combinación con MTX. Existe una relación directa entre los FAMES y la edad. No hemos encontrado efecto adverso grave alguno, por lo que podemos concluir que LF es un medicamento seguro en la gran mayoría de los pacientes.

305

HOSPITAL DE DÍA DE REUMATOLOGÍA: 6 AÑOS DE EVOLUCIÓN

A. López, J. Ballina, M. Sánchez, M. Alperi, B. Escobar, S. Alonso, R. Queiro y J.L. Riestra

Sección de Reumatología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Objetivo: Determinar en un grupo de pacientes que acuden al Hospital de Día (HD) de Reumatología para recibir tratamiento con infliximab: número y porcentaje en relación a la edad, sexo y distintas patologías, dosis administrada, si precisaron profilaxis para la tuberculosis (tbc), tratamientos concomitantes, número y tipo de efectos secundarios.

Material y métodos: Es un estudio retrospectivo que incluye 84 pacientes a tratamiento con infliximab en el HD de reumatología entre el 15-07-2000 y el 30-09-2006. Se recogieron la edad, sexo y patología del paciente, tiempo de tratamiento, dosis de infliximab, realización de profilaxis para la tbc, tratamientos concomitantes y diferentes efectos adversos. Para el análisis de las variables se utilizaron los estadísticos t de student, ANOVA, Mann-Whitney y χ^2 .

Resultados: Entre los 84 pacientes, hay 43 mujeres y 41 varones con una edad entre 19-81 años. Se trataron 40 pacientes con artritis reumatoide (AR), 19 con artropatía psoriásica (APs), 12 con espondilitis anquilosante (EA), 5 con artritis idiopática juvenil evolucionada, 5 con espondiloartropatía asociada a enfermedad inflamatoria intestinal, 2 con espondiloartropatía indiferenciada y un síndrome SAPHO, con una dosis entre 200-500 mg. 21 pacientes (25%) recibieron profilaxis para la tbc. 80 pacientes (95.4%) recibían tratamiento concomitante con: AINES (66.7%), esteroides (59.4%), metotrexato (MTX) (51.2%), leflunomida (8.3%), cloroquina (7.2%), sulfasalazina (4.8%), mesalazina (3.6%), sales de oro (2.4%), ciclosporina (2.4%), tramadol (7.1%), fentanilo (3.6%) y paracetamol (2.4%). Los efectos adversos encontrados más frecuentemente fueron las infecciones en 42 pacientes (50%), siendo graves un 7%, sobre todo de vías respiratorias (27.4%) y urinarias (16.6%) seguidas por faringoamigdalitis (10.7%), cutáneomucosas (9.8%), abscesos (3.6%), neumonías (3.6%), gastroenteritis agudas (2.4%), genitales (1.2%) y un caso de tuberculosis miliar. Otros efectos adversos fueron: alteraciones cutáneo-mucosas en 11 pacientes, cefalea en 6, alteraciones digestivas y hematológicas en 5 y 4 respectivamente, neoplasias en 4, 3 casos de dislipemia, 2 de alteraciones cardiológicas y 1 caso de síncope, disfunción eréctil y raynaud respectivamente. No se ha encontrado relación significativa entre infección y sexo, edad, tipo de patología, dosis recibida y tratamiento concomitante. Hay una tendencia entre recibir profilaxis para la tuberculosis y un menor número de infecciones (OR 2.5). Existe una relación significativa entre mayor tiempo de tratamiento y aumento del número de infecciones. Hemos hallado mayor número de infecciones en pacientes que reciben dosis más bajas de tratamiento ($p < 0,05$).

Conclusiones: En los 74.5 meses que duró el estudio, recibieron tratamiento con infliximab 84 pacientes (43 mujeres/41 varones) con una edad entre 19-81 años. Se trataron diversas patologías, siendo más frecuente la AR seguida por la APs y la EA. Las dosis recibidas oscilaron entre 200-500 mg. La mayoría de los pacientes recibían tratamiento concomitante con diversos fármacos tanto modificadores de la enfermedad, siendo el más frecuente el MTX, como esteroides, AINES y analgésicos. Los efectos adversos más frecuentes encontrados fueron las infecciones (50%), graves 7%, seguidas por alteraciones cutáneo-mucosas, reacciones de

hipersensibilidad y cefalea. No hemos encontrado relación entre edad, sexo, enfermedad y tratamiento concomitante con las infecciones presentadas. Si parece existir una relación no significativa entre recibir profilaxis para la tbc y un menor número de infecciones. Hay una relación significativa entre tiempo de tratamiento e infección (mayor número a mayor tiempo de tratamiento), así como entre menor dosis y mayor número de infecciones, lo cual se explicaría porque los pacientes que reciben menor dosis son los que padecen AR, teniendo mayor riesgo de infección por su patología de base.

306

EXPERIENCIA CON RITUXIMAB EN ARTRITIS REUMATOIDE EN HOSPITAL DEL MAR: DESCRIPCIÓN DE 11 CASOS

M. Almirall Bernabé, J. Maymó Guarch, J. Calvet Fontova, S. Sánchez Serrano y J. Carbonell Abelló

Servicio de Reumatología. Institut Municipal d'Assistència Sanitària. I.M.A.S.

Introducción: Rituximab ha demostrado eficacia y seguridad en ensayos clínicos publicados para tratar la Artritis Reumatoide (AR) refractaria a como mínimo un tratamiento anti-TNF α . Nuestro objetivo es describir la eficacia y seguridad a 3 meses del primer ciclo de Rituximab en nuestra cohorte de 11 pacientes con AR

Materiales y métodos: Estudio descriptivo de las características basales de los 11 pacientes con AR de nuestra cohorte y de la eficacia y seguridad a los 3 meses del primer ciclo de tratamiento con Rituximab (2 perfusiones de 1 gr). Se recogen las siguientes variables: edad y sexo del paciente, duración de la AR (en años), Factor Reumatoide (FR), presencia de erosiones, número de anti-TNF α previos, DAS 28 basal, DAS 28 a los 3 meses y efectos secundarios.

Resultados: Los pacientes tenían una edad media de $52,1 \pm 10,7$ años, el 82% eran mujeres, la duración media de la enfermedad fue de $13,2 \pm 8,5$ años, el factor reumatoide fue positivo en el 55%, el 82% presentaban erosiones óseas, tomaron previamente 3 anti-TNF α el 55% de los pacientes, 2 el 18% y 1 el 27% y el DAS28 medio basal fue de $6,12 \pm 1,06$. En la cohorte de 11 pacientes la reducción media del DAS28 fue de $1,9 \pm 1,2$ a los 3 meses, el 82% de los pacientes presentaron una reducción del DAS28 mayor o igual a 1,2 (respuesta clínicamente significativa) y 2 pacientes entraron en remisión (ambos FR positivo). En los pacientes FR positivo se evidenció una reducción media del DAS 28 de $2,15 \pm 1,38$ y el 83% mostraron una reducción mayor o igual a 1,2. En los pacientes FR negativo se objetivó una reducción media del DAS 28 de $1,38 \pm 0,55$ y el 80% presentaron una reducción mayor o igual a 1,2. Sólo se registró un efecto secundario, neutropenia severa y shock séptico secundario a hidrosadenitis supurada, en un paciente. Se realizó aspirado de médula ósea que objetivó granulación tóxica y la neutropenia se resolvió en 15 días.

Discusión: En nuestra cohorte de 11 pacientes con AR, FR positivo y negativo, refractaria a como mínimo un tratamiento anti-TNF α el primer ciclo de tratamiento con Rituximab ha demostrado ser efectivo, por la reducción significativa del DAS 28 en la mayoría de los pacientes, y seguro, por la poca incidencia de efectos secundarios.

307

DESCRIPCIÓN DE DOS CASOS DE PSORIASIS CUTÁNEA INDUCIDA POR ANTI-TNF α EN DOS FAMILIARES DE PRIMER GRADO

M. Almirall Bernabé¹, J. Maymó Guarch¹, M. Ferrán Farrés², J. Calvet Fontova¹, S. Sánchez Serrano¹ y J. Carbonell Abelló¹

¹*Servicio de Reumatología. Institut Municipal d'Assistència Sanitària. I.M.A.S.*

²*Servicio de Dermatología. Institut Municipal d'Assistència Sanitària.*

I.M.A.S.

Introducción: Se han descrito en la literatura más de 50 casos de psoriasis inducida por anti-TNF α en pacientes sin antecedentes personales ni familiares de psoriasis. Nosotros describimos el primer caso reportado en familiares de primer grado: madre e hija. **Materiales y métodos:** descripción de dos casos clínicos de nueva aparición de lesiones cutáneas psoriasiformes en madre e hija durante el tratamiento con anti-TNF α (Adalimumab) sin presentar antecedentes personales ni familiares previos ni factores de riesgo como infección o tabaquismo.

Resultados: *Paciente 1:* Mujer de 27 años diagnosticada de Espondilitis Anquilosante (EA) HLAB27 positivo según criterios de Nueva York en 2006, sin antecedentes personales ni familiares previos de psoriasis. Tras falta de respuesta a AINEs y Salazopirina, en febrero de 2007, se inicia tratamiento con Adalimumab 40 mg/cada 14 días. En Julio de 2007 desarrolla psoriasis en placas en cuero cabelludo, pliegues y pubis y pustulosis palmoplantar, siendo diagnosticada de psoriasis inducida por Adalimumab (biopsia compatible). Se suspende Adalimumab y se inicia tratamiento tópico con mal control. Tras ineficacia de Metotrexato, en Octubre de 2007, se administra Ciclosporina con eficacia parcial. Destaca la severidad de la psoriasis y la falta de respuesta a los tratamientos efectuados, en contraposición a la mayoría de casos reportados en la literatura, en los que la evolución es favorable y en muchos casos no es necesaria la discontinuación del anti-TNF α . *Paciente 2:* Mujer de 52 años, madre de la paciente 1. Diagnosticada de EA en el año 2000 según criterios de Nueva York. En Febrero de 2006 inicia tratamiento con Adalimumab por ineficacia previa de AINEs y Salazopirina. En Octubre de 2007 desarrolla psoriasis pustulosa palmoplantar. Se suspende Adalimumab y presenta respuesta parcial a tratamiento tópico con corticosteroides.

Discusión: Aunque se desconocen los mecanismos fisiopatogénicos de la psoriasis inducida por anti-TNF α , algunos autores

Tabla 1. Resumen 306. Pacientes en tratamiento con Rituximab

	Edad	Sexo	Dur. AR	FR	Erosión	Nº anti- TNF previos	DAS28 basal	DAS283 meses	Efectos adversos
Pc. 1	59	Mujer	26	+	Sí	3	5,7	4,5	No
Pc. 2	51	Mujer	13	-	Sí	3	7,5	6,3	No
Pc. 3	53	Mujer	2	+	No	3	6,2	2,3	No
Pc. 4	64	Mujer	7	+	Sí	2	7,3	4,2	No
Pc. 5	53	Mujer	8	+	Sí	2	5,6	3,3	No
Pc. 6	62	Mujer	20	-	No	3	4,5	3,3	No
Pc. 7	28	Mujer	4	+	Sí	3	7,5	7,5	No
Pc. 8	43	Mujer	26	-	Sí	3	5,4	3,8	Sí
Pc. 9	54	Varón	20	-	Sí	1	7	4,8	No
Pc. 10	43	Varón	7	+	Sí	1	4,8	2,4	No
Pc. 11	63	Mujer	12	-	Sí	1	5,9	5,2	No

han propuesto que la neutralización del TNF α estimularía la producción aberrante de IFN α por las células dendríticas plasmacitoides, que en individuos susceptibles induciría al desarrollo de lesiones psoriasisiformes. Esta predisposición genética estaría ejemplarizada con nuestras dos pacientes, madre e hija. Sin embargo, serán necesarios más estudios para establecer los genes y mecanismos implicados en este paradójico efecto secundario.

308

INFECCIONES POR MICOBACTERIAS EN PACIENTES DE REUMATOLOGÍA

M. Colazo, C. Peralta Ginés, B. Magallares López, E. Meriño Ibarra, C. Delgado Beltrán y C. Armas Ramirez de Verger
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

Introducción: La incidencia de tuberculosis pulmonar en la población española es de 16,42/100.000/año y en Aragón es de 23,19/100.000/año. Se ha planteado que la incidencia de tuberculosis en pacientes con enfermedades reumáticas y/o tratamiento inmunosupresor es mayor.

Objetivos: 1. Conocer las características de los casos de infecciones por micobacterias en los pacientes reumáticos. 2. Identificar los factores de riesgo asociados para padecer infección por micobacterias.

Material y métodos: A través de la base de datos del servicio de Microbiología de nuestro hospital, se obtuvo la relación de los pacientes con infección por micobacterias seguidos en consultas de Reumatología. Encontramos un total de 6 pacientes y se revisaron sus historias clínicas.

Resultados: Las principales características de los pacientes se exponen en la siguiente tabla:

En 4 de los 6 pacientes se obtuvo confirmación microbiológica (cultivo positivo) y en los restantes solo fue positiva la determinación de PCR para *M. Tuberculosis* que se consideró relevante dado el contexto clínico.

En todos los casos excepto en uno (nº 2) se encontraron factores predisponentes ya sea por la enfermedad de base (AR y LES) o el tratamiento administrado (anti-TNF, esteroides y FAMES).

Las localizaciones han sido heterogéneas, 2 pulmonares, 2 del aparato locomotor, 1 del SNC y 1 del tracto urinario. El caso nº 3, en el que se aisló *M. Marinum*, contaba con el antecedente de poseer un acuario doméstico que manipulaba.

Los 2 casos que recibían anti-TNF estaban diagnosticadas de AR y llevaban más de 3 años de tratamiento con etanercept. En la paciente de la tuberculosis pulmonar el diagnóstico fue dificultoso por las baciloscopias repetidamente negativas, requiriendo de la

realización de fibrobroncoscopia. La evolución fue lenta pero favorable con el tratamiento habitual.

En el caso de la paciente con LES, el cuadro se presentó estando hospitalizada por una reagudización de su enfermedad mientras se administraba prednisona a altas dosis (previamente había recibido tratamiento con azatioprina). Se manifestó clínicamente con fiebre y convulsiones precisando ingreso en UCI. La evolución posterior fue favorable.

Conclusión: En nuestra serie, observamos que la localización de la infección por micobacterias es variada, así como el agente etiológico. La evolución y la respuesta al tratamiento habitual fué favorable en todos los casos.

Los factores de riesgo para infección por micobacterias encontrados fueron enfermedad reumática inflamatoria, tratamiento inmunosupresor y edad avanzada.

Bibliografía

- Caminero J, Casal M, Ausina V. Diagnóstico de la tuberculosis. Arch Bronconeumol. 2002;38:441-451.
Rodríguez Valín E, Hernandez Pezzi G, Diaz García A. Casos de tuberculosis declarados a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. España, 2004. Bol Epidemiol Semanal 2006;14:169-172.

309

EFICACIA Y TOLERANCIA DEL LAVADO ARTICULAR DE CADERA EN OSTEOARTRITIS: 1,5 AÑOS DE EXPERIENCIA

V. Torrente Segarra, A. Acosta Pereira, M.J. Lozano Mateos, A. Cortés Palacios, I.J. Gich Saladich² y A. Rodríguez de la Serna
Hospital de Día de Reumatología. ²Servei Epidemiologia. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Objetivo: Determinar la eficacia a medio plazo (3 meses) del lavado articular de articulación coxofemoral (LAC) en pacientes con osteoartritis de cadera (OA).

Pacientes y métodos: Se seleccionaron 14 pacientes a los que se practicaron 15 LAC (1 paciente bilateral) con diagnóstico de OA grado I, II o III (Kellgren-Lawrence) sintomática, de la consulta ambulatoria de Reumatología del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona. El diseño del estudio consiste en realizar un control evolutivo a nivel basal el día de la realización del LAC (Basal), y a los 30 (1) y 90 (2) días de su realización mediante los siguientes parámetros: medición del balance articular por goniómetro de Flexión, Abducción y Adducción, realización índices de valoración para OA de WOMAC y LEQUESNE. La técnica del LAC consistió en una anestesia de la piel con mevipacaína al 2%

Tabla 1. Resumen 308. Pacientes con infecciones por micobacterias.

Paciente	Edad/Sexo	Patología reumática	Tratamiento previo	Localización	Método diagnóstico	Tipo de micobacteria
1	54/Mujer	Artritis reumatoide seronegativa	Etanercept Prednisona 7,5mg	Pulmonar	Baciloscopia de esputo - Cultivo de broncoaspirado +	Mycobacterium tuberculosis
2	77/Mujer	Artrosis y osteoporosis	Analgésicos	Pulmonar	Baciloscopia y cultivo de esputo +	Mycobacterium tuberculosis
3	51/Mujer	Artritis psoriásica	Deflazacort 15 mg Metotrexate 10 mg	Articular (2ºMCF)	Baciloscopia y cultivo de líquido sinovial +	Mycobacterium marinum
4	55/Mujer	Poliartritis seronegativa	Deflazacort 12 mg Cloroquina	Vaina tendinosa (flexor 2º dedo)	Baciloscopia- y cultivo de material de PAAF +	Mycobacterium kansasii
5	20/Mujer	Lupus eritematoso sistémico	Prednisona 80 mg TMX-SMF Azatioprina 100 mg	SNC	Baciloscopia - y cultivo - PCR + en LCR	Mycobacterium tuberculosis
6	74/Mujer	Artritis reumatoide seropositiva	Etanercept Prednisona 5 mg	Tracto urinario	Baciloscopia y cultivo de orina- PCR +	Mycobacterium tuberculosis

y posteriormente punción articular con un trócar de punción lumbar tipo 20G (diámetro de 1,1 mm), se introducen 5 cc de mevipacaína al 2%. A continuación se inicia la perfusión con presión positiva de 500 ml de suero fisiológico al 0,9%. Cuando se han introducido 50 cc de suero, se practica una segunda punción articular paralela a la primera, por donde se extrae el líquido perfundido. Duración aproximada: 30-45 minutos. Se realizó análisis estadístico mediante paquete estadístico SPSS.

Resultados: Se presentan los resultados de los n = 15 LAC realizados tras el primer control, en los que existe una mejoría aunque estadísticamente no significativa en los índices evaluados al mes y a los 3 meses. Ningún paciente presentó efecto adverso relevante.

Media Desv. típ.

LEQUESNE basal 12.33 2.338

LEQUESNE 1 11.33 2.066

LEQUESNE 2 11.00 4.050

Media Desv. típ.

WOMAC do basal 325.83 111.733

WOMAC do 1 279.17 134.886

WOMAC do 2 257.50 136.592

Media Desv. típ.

WOMAC do basal 325.83 111.733

WOMAC do 1 279.17 134.886

WOMAC do 2 257.50 136.592

Media Desv. típ.

WOMAC ri basal 140.00 52.154

WOMAC ri 1 114.17 61.759

WOMAC ri 2 90.83 43.865

Media Desv. típ.

WOMAC ca fu basal 981.67 241.012

WOMAC ca fu 1 871.17 444.277

WOMAC ca fu 2 841.67 402.128

valor p no significativo en todos parámetros

Conclusiones: El LAC se muestra eficaz al mes y a los 3 meses, con una disminución progresiva de todas las puntuaciones de todos los índices evaluados de LEQUESNE y WOMAC (incluyen dominios de: dolor, rigidez y funcionalidad). Ningún paciente ha presentado efecto adverso relevante. El LAC se ofrece como una seria alternativa al tratamiento de la OA coxofemoral, con una eficacia mantenida y progresiva a los 3 meses de su realización.

310

ESCLERODERMIA Y POLIANGIITIS MICROSCOPICA MPO-ANCA. ¿ENFERMEDADES CONCURRENTES?

A. Acosta Pereira¹, V. Torrente Segarra¹, N. Rodríguez-Ferre², J. Ballarín², R. Torres², O. Esteban¹ y A. Rodríguez de la Serna¹
¹Servicio de Reumatología. Hospital de Día. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ²Servicio de Nefrología. Fundació Puigvert. Barcelona.

Introducción: Los anticuerpos contra el citoplasma de los neutrófilos (ANCA) son específicos para las vasculitis de pequeños vasos: granulomatosis de Wegener, poliangeitis microscópica (PAN micro) y el síndrome de Churg-Strauss. Los pacientes con enfermedades del tejido conectivo como la artritis reumatoide (AR), el lupus eritematoso sistémico (LES), y la dermatopolimiositis, pueden mostrar en ocasiones positividad para ANCA. Sin embargo se describen casos aislados de esclerosis sistémica (ED) con deterioro de la función renal p- ANCA positivos (1,2). Describimos un caso de ED con fallo renal aguda, normotenso, debido a glomerulonefritis rápidamente progresiva con presencia semilunas celulares, y compromiso pulmonar caracterizado por

hemorragia alveolar (pulmón-riñón), ANCA-mieloperoxidasa (MPO) positivo resistente a metilprednisolona y ciclofosfamida que respondió satisfactoriamente a plasmaféresis.

Caso clínico: Hombre de 45 años de edad, diagnosticado de esclerodermia desde el año 2005: esclerodactilia, esofagitis, y afectación pulmonar (hipertensión arterial pulmonar, fibrosis pulmonar), tratado con bosentan 125 cada 12 horas, manteniendo estabilidad clínica sin progresión. En diciembre 2007 presentó infección respiratoria febril, siendo hospitalizado recibiendo tratamiento con cefepime 1gr c/8h EV. Durante la hospitalización presenta deterioro progresivo de la función renal, adquiriendo una creatinina de 339 $\mu\text{mol/l}$ (basal 70 $\mu\text{mol/l}$) acompañado de edema en miembros inferiores e hipoalbuminemia. Se detectan MPO-ANCA positivo por ELISA (título 131 UI/ml, valor normal < 10). Se realizó biopsia renal (FOTOS): parénquima renal con 3 glomérulos afectados (66%): proliferación epitelial extracapilar con formación de semilunas celulares sin áreas de necrosis fibrinoide; intersticio levemente fibroso: glomerulonefritis proliferativa extracapilar. Diagnóstico final: vasculitis asociada a ANCA-MPO asociada a ED.

Inicialmente recibió tratamiento con ciclofosfamida, presentando deterioro progresivo de la función renal (creatinina: 570 $\mu\text{mol/l}$, filtrado glomerular (FG) 9 ml/min), y asociando esputo hemoptoico, con presencia de hemorragia alveolar en la fibrobroncoscopia. Se inicia sesiones de plasmaféresis consecutivas y posteriormente días alternos hasta 7 sesiones con mejoría clínica y progresiva de la función renal (creatinina 94 $\mu\text{mol/l}$, FG 75 ml/min) y disminución de los títulos de ANCA a 61.

Discusión: El compromiso renal en pacientes con ED usualmente se manifiesta como una crisis renal esclerodérmica, sin embargo hay evidencia de un subtipo de ED con MPO-ANCA y deterioro de la función renal agudo. Es conocida la presentación como síndrome pulmón-riñón, más frecuentemente PAN micro (glomerulonefritis con semilunas y hemorragia alveolar, en nuestro caso) en pacientes con ED.

Bibliografía

- Hiraito E, Takao H. Antineutrophil cytoplasmic autoantibodies in 6 patients with renal failure and systemic sclerosis. *J Rheumatol* 1994;21:864-870.
- Carvajal I, Bernis C, Sanz P, García A, García-Vadillo A, Traver A. Antineutrophil cytoplasmic autoantibodies (ANCA) and Systemic Sclerosis. *Nephrology Dialysis Transplantation* 1997;12:576-577.

311

INFLUENCIA DE LOS TRATAMIENTOS ANTI-TNF α EN LA REPOLARIZACIÓN CARDÍACA DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE (AR). ESTUDIO DE 6 MESES DE DURACIÓN

A. Erra Duran, E. Moreno Ruzafa y M.I. Rotés Mas
Servei de Reumatologia. Hospital Sant Rafael. Barcelona.

Introducción: En la AR se ha demostrado que existe una alteración de la repolarización cardíaca (intervalo QT) secundaria a la propia enfermedad. La prolongación del QT predispone al desarrollo de taquiarritmias ventriculares, las cuales puede causar síncope, parada cardíaca o muerte súbita. El intervalo QT se modifica en función de la frecuencia cardíaca. Para evitar esta fuente de variabilidad, se utiliza el QT corregido (QTc) que se obtiene mediante la corrección del intervalo QT con el intervalo RR. Se aceptan como valores de referencia del QTc, variaciones de hasta un 10% sobre un valor basal de 400 mseg.

Hay fármacos que alargan el QT. Sin embargo, no se ha estudiado si los fármacos anti-TNF α alteran dicho intervalo.

Objetivo: El objetivo principal de nuestro estudio es valorar la influencia de los tratamientos anti-TNF α en la repolarización cardíaca de los pacientes con AR.

Metodología: Se incluyeron de forma aleatoria a los pacientes que cumplían los criterios del ACR para AR, y que precisaban iniciar tratamiento con anti-TNF α según el consenso de la SER. Se excluyeron pacientes con AR y antecedentes de insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, diabetes, otras enfermedades inflamatorias reumatológicas, y pacientes que tomaban fármacos que modifican el intervalo QT. Se les realizó: *Historia clínica, exploración física, ECG y analítica:* en la inclusión y posteriormente en la S0 (1ª dosis), S2, S6, S14 y S22 del inicio del tratamiento. La analítica incluyó: hemograma, bioquímica, VSG, PCR, ionograma y calcemia. Antes de iniciar el tratamiento con fármacos anti-TNF α , y tal como sugiere la SER, se les realizó screening para la TBC.

Tanto el tratamiento para la AR como el tratamiento concomitante del paciente no se modificó durante las 22 semanas de seguimiento.

Resultados: Se han incluido 8 pacientes en el estudio. *Características de la muestra:* 62,5% mujeres. Edad media 52,5 a (37-82). Duración media enfermedad 10,37 a (3-37). 100%: CCP + y el FR +. 75%: enfermedad erosiva; a) 1 paciente es HTA, 3 Dislipemias, 1 nódulos reumatoides, 2 sd seco asociado. 1 paciente al hacer el estudio ECG pre tratamiento, se observó la presencia de un bloqueo completo de rama izquierda del Haz de His no conocido hasta entonces. 6 paciente recibieron tratamiento con adalimumab y 2 con etanercept. El 62,5% hacen terapia combinada con metotrexato, el 25% monoterapia y el 12,5% terapia combinada con leflunomida. b) 6 pacientes se siguieron durante 22 semanas y 2 pacientes están pendientes de la realización de la última visita. *Eficacia del tratamiento:* En el momento de la inclusión la media de: NAD 14,2 (4-28), NAT 9,6 (4-16), media HAQ 1,47, media VSG 34,37, DAS 28 5,8 (3,49-7,61). A los 6 meses: NAD 3,1 (0-11), NAT 1,5 (0-7), HAQ 0,67 (0-1,6), VSG 23,83 (10-60), Das 28 3,22 (1,98-4,75). El 87,5% de los pacientes alcanzó una respuesta EULAR buena y el 12,5% presentó una respuesta moderada. *Evolución del intervalo QTc:* En la tabla 1 pueden verse los valores del QTc a lo largo del seguimiento. No se observó ninguna variación superior al 10% en el valor del QTc.

Conclusión: Los tratamientos anti-TNF α no han alterado el intervalo QT en los pacientes de nuestra muestra. El paciente nº 6 con un bloqueo de rama I, presentaba un QTc largo antes de iniciar el tratamiento y éste no presentó variaciones superiores al 10% a lo largo del seguimiento.

Se deben realizar más estudios con un número mayor de pacientes para verificar nuestros resultados. Es importante la monitorización del ECG en estos pacientes dado que el intervalo QT puede verse modificado por tratamientos farmacológicos, y esto puede ser causa de muerte súbita por desarrollo de arritmias cardíacas.

La prolongación del intervalo QT es un dato a tener en cuenta al valorar la seguridad de un fármaco.

Tabla. Evolución del QTc durante el tratamiento con fármacos anti-TNF α

Paciente	S0 pretrat	S0 postrat	S2	S6	S14	S22
1	389	389	389	390	365	379
2	371	391	366	385	388	376
3	415	405	406	395	402	416
4	413	425	433	419	432	419
5	391	424	399	422	419	
6	450	451	456	472	450	
7	406	415	414	415	417	400
8	413	413	385	401	412	389

BIFOSFONATOS ORALES Y OSTEONECROSIS MAXILAR

C. Alegre de Miquel¹, J. Maese² y J. Zubieta Tabernero¹

¹Hospital Universitario Vall d'Hebron/Institut Universitari Dexeus.

Barcelona. ²Revisor del Grupo de Trabajo de Medicina Basada en la Evidencia de la Sociedad Española de Reumatología.

Introducción: Para describir la ONM se utiliza indistintamente los términos de osteonecrosis, osteomielitis o necrosis avascular para definir el mismo tipo de lesión en mandíbula.

La mandíbula es el único hueso con ON en los pacientes tratados con bifosfonatos debido a que está expuesto a las agresiones del entorno y es una área terminal de la vascularización.

La ONM después de una intervención dental se ha descrito principalmente en pacientes neoplásicos tratados con bifosfonatos vía parenteral: Zolindronato o Pamidronato, por lo que cabe suponer que la dosis y las enfermedades asociadas pudieran ser tributarias a una mayor incidencia de ONM

Objetivo: La SER por medio de su unidad de investigación se propuso hacer una revisión sistemática sobre la evidencia de la asociación entre bifosfonatos orales y ONM, así como de los factores de riesgo que pudieran dar lugar a este efecto adverso en pacientes con OP o EOP.

Metodología: Se realizó una búsqueda estructurada en las distintas bases de datos intentando recoger de manera exhaustiva la información existente sobre el tema.

1. Bases de datos Generales: a) Bases referenciales: Medline, ISI web of Knowledge y Current Content; b) Cochrane Library Plus; c) Índice Médico Español. 2. Buscadores científicos en Internet. Bases de Datos específicas según los recursos: medicina basada en la evidencia: a) TRIP; b) SCIRUS; c) SUMsearch; d) Base datos Cielo; e) PeerViewInstitute; f) Manual, Congresos de Sociedades Científicas e Internet: EULAR, ACR, SER.

Resultados: ON (7922) OR avascular necrosis (3038) AND Diphosphonate (13127).

Se recuperan 453 artículos con límites de Idioma, clínicos o cartas o metanálisis o randomizados o casos clínicos salen 163. Al poner incluidas en Pubmed en los 2 últimos años ya que las revisiones del 2006 de New Eng o BMJ o An Int Med son exhaustivas, salen 99 En los que se hace la selección mediante lectura del abstract.

Cumpliendo los criterios de Inclusión y exclusión para su revisión 266 publicaciones más dos del congreso nacional de la SER, encontrándose 116 casos de ONM en pacientes OP o EOP tratados con difosfonatos orales.

Discusión: Se recuperan documentos según el tipo de bifosfonato y la patología tratada, la mayoría son sobre el tratamiento con bifosfonatos ev en oncología siendo algunos sobre OP y otros en EOP, con alguna revisión que menciona algún escaso caso en AR. Se diferencia entre altas dosis de bifosfonatos ev en oncología y las dosis inferiores utilizadas en OP y EOP.

El riesgo de desarrollar ONM en pacientes con alendronato se estima que sucede aproximadamente en 0,7/100.000 personas por año de exposición. En otra comunicación el riesgo de ONM asociado con el tratamiento oral con bifosfonatos para OP y EOP se estima en un rango entre 1/10.000 y menos de 1/100.000 personas año. Recogiendo los datos de dentistas australianos se describe una frecuencia de ONM del 0,01-0,04% para el alendronato semanal que asciende al 0,09-0,34 si sufren una extracción dentaria. En EOP la frecuencia es del 0,26-1,8% y con extracción dentaria es de 2,1-13,5%. Ibandronato parenteral en mujeres con OP en 2006, no comunican casos de ONM.

En el tratamiento de la EOP se refiere un caso con 12.000 pacientes año de exposición a zolendronato ev y en EOP no observaron durante 24 meses de seguimiento.

Factores predisponentes para ONM por Bifosfonatos

Enfermedades dentales o maxilares

Edad y raza caucásica

Extracción dental

Radioterapia local

Dosis acumulada de difosfonato

Uso oral durante más de 10 años

Diabetes

Otros: Sexo femenino, edad avanzada, anemia, insuficiencia renal, enfermedades hematológicas, hemoglobinopatías, LES, AR, esteroides, quimioterapia, talidomida, infección dental por actinomicas.

Agradecimiento a la Dra. Loreto Carmona y la Unidad de Investigación de la Fundación española de Reumatología.

313

EFICACIA DE RITUXIMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE RESISTENTE A DOS O MÁS ANTAGONISTAS DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL ALFA

C. Díaz-Torné¹, J. Narváez³, V. Torrente¹, C. Geli¹, X. Juanola³, S. Vidal², J.M. Llobet¹, A. Acosta¹, A.R. De la Serna¹, J.M. Nolla³ y C. Díaz López¹

¹Serveis de Reumatologia. ²Inmunologia. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. ³Servei de Reumatologia. Hospital Universitari de Bellvitge.

Introducción: La agencia española del medicamento ha aprobado la indicación de rituximab (RTX) como tratamiento de la artritis reumatoide (AR) activa, restringiendo su uso a pacientes con respuesta insuficiente o intolerancia a otros fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME), incluyendo al menos un antagonista del factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α). Esta restricción en su uso ha motivado que en muchos casos se evalúe la eficacia de RTX en pacientes con AR refractaria, en los que han fracasado 2 o más antagonistas del TNF- α . El control de la enfermedad en este subgrupo de pacientes supone un auténtico reto terapéutico.

Objetivo: Evaluar la eficacia de RTX en pacientes con AR activa y respuesta insuficiente o intolerancia a otros FAME, incluyendo 2 o más antagonistas del TNF- α .

Material y métodos: Estudio observacional de práctica clínica, prospectivo, realizado en dos hospitales universitarios. La pauta administrada de RTX fue de 2 infusiones endovenosas de 1 gramo por ciclo de tratamiento, separadas por 2 semanas (días 1 y 15). En 5 pacientes se administró RTX en monoterapia y en los otros 13 en combinación con metotrexato. Todos los pacientes recibieron premedicación para prevenir reacciones a la infusión.

La valoración de la actividad de la enfermedad se realizó mediante parámetros clínicos y analíticos. La respuesta a RTX se definió con los criterios de respuesta EULAR (Respuesta buena: DAS28 final < 3,2 con mejoría > 1,2; respuesta moderada: DAS28 final entre 3,2 y 5,1 con mejoría > 0,6 o DAS28 final > 5,1 con mejoría > 1,2). Estos parámetros se recogieron al inicio del estudio y a los 3 y 6 meses durante el periodo de seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 13 pacientes (12 mujeres) con una edad media de 56,5 años (rango, 40-70 años) y un tiempo medio de evolución de la enfermedad de 16,2 años (rango, 1-31 años). Todos presentaban erosiones radiológicas, el factor reumatoide fue positivo en el 92% (12/13) de los pacientes y 5 (38%) presentaban nódulos reumatoides. Un 70% (9/13) habían tomado 3 ó

más FAMEs previos y en todos habían fracasado 2 o más antagonistas del TNF- α (en 2 (15,4%) pacientes habían fracasado los tres). En la siguiente tabla se recogen los datos de eficacia a los 3 y 6 meses.

	Basal	3 meses	6 meses
DAS-28	6,38	4,82*	4,51*
NAT	8,23	3,31*	2,77*
NAD	13,46	5,78*	5*
EVA Global		73,63	47,18* 36,8*
HAQ	1,99	N/D	1,125*
VSG	58,77	35,46*	35,5*

*p < 0,01 entre Basal y 3 y 6 meses. No se hallaron diferencias entre los 3 y 6 meses.

Globalmente se objetiva una mejoría estadísticamente significativa en todos los parámetros evaluados a los 3 meses del tratamiento; esta mejoría se mantiene a los 6 meses.

A los 3 meses, un 53,8% (7/13) de los pacientes presentó una respuesta clínica moderada según criterios EULAR; a los 6 meses la respuesta EULAR fue buena en el 8% de los pacientes y moderada en el 85%. Un 8% de los pacientes no respondió a la terapia.

El único efecto adverso recogido fue la presencia de prurito orofaríngeo sin sensación disneica en el momento de la infusión en 3 pacientes, que desapareció al disminuir la velocidad de la misma. No aparecieron efectos adversos graves.

Conclusión: RTX parece ser una alternativa terapéutica útil y segura en pacientes AR activa y fracaso a 2 o más antagonistas del TNF- α . La mayoría de los pacientes presentaron una respuesta EULAR moderada a los 6 meses. Son necesarios otros estudios con mayor número de pacientes para confirmar estos resultados preliminares.

314

MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE DEBUT DE UN GRUPO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ENFERMEDAD DE BEHÇET, VALORANDO LA EXISTENCIA DE SACROILITIS A LO LARGO DE LA EVOLUCIÓN

J. Calvo Catalá, C. Campos Fernández, R. Sanz Vila, A. Baixauli Rubio, C. García Fabra, J. Pérez Silvestre, M.I. González-Cruz Cervellera, D. Pastor Cubillo y R. Oropesa Juanes

Reumatología y Metabolismo óseo. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

Objetivos: Describir las características clínicas de debut de un grupo de pacientes diagnosticados de enfermedad de Behçet (EB) en nuestro hospital, valorando la presencia de sacroilítis, afectación que si bien puede describirse en diversas enfermedades reumatológicas, puede orientar el diagnóstico hacia una espondilartitis.

Material y métodos: Hemos realizado un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes diagnosticados de EB en nuestro servicio, siguiendo los criterios diagnósticos del Grupo Internacional para el Estudio de la Enfermedad de Behçet (GIEEB), que constituyen en la actualidad la base del diagnóstico.

Resultados: Revisamos un total de 39 pacientes que cumplen criterios de Enfermedad de Behçet, 53,8% de ellos mujeres (21) y 46,2% (18) hombres. La edad media en el momento del diagnóstico fue de 38,92 \pm 11,51 años. *Sintomatología de debut:* un 20,5% (8) debutaron con aftas bipolares, 2,6% (1) aftas genitales y 25,6% (10) con aftas orales. En un 15,4% (6) predominó al inicio la clínica articular y un 20,5% (8) presentaron como primera manifes-

tación de la enfermedad afectación ocular, incluyendo uveítis y papilitis. Un 10,3% (4) debutó con eritema nodoso, un 2,6% (1) consultó por primera vez por síndrome constitucional y tan sólo un 2,6% (1) con sacroilítis.

A lo largo de su evolución, la clínica articular es muy frecuente (67% de casos), con afectación principal de grandes articulaciones. Hemos constatado la existencia de sacroilítis en 14 pacientes (un 35,9%), basándonos en estudio radiológico, TAC y/o RMN. De los pacientes con sacroilítis, 6 eran mujeres y 8 hombres, no existiendo pues diferencias significativas respecto al sexo.

Discusión: En nuestra serie se observa un predominio discreto del sexo femenino a diferencia de otras series revisadas. La edad media al diagnóstico fue de 38,92 años, dato que sí coincide con otras revisiones (3ª-4ª década). La manifestación clínica de inicio más prevalente al diagnóstico son las aftas orales. Se observa una destacable incidencia de sacroileítis (35,9%) que no guarda relación con el sexo del paciente.

Conclusiones: 1) Las aftas orales son la manifestación de inicio más frecuente (25,6%), siendo bipolares en un 20,5%. 2) A lo largo de su evolución, la clínica articular es muy frecuente (67%), afectando principalmente articulaciones grandes. 3. En un tercio de pacientes (35,9%), se constata la existencia de sacroilítis. Esta alta incidencia, semejante a la descrita por otros grupos de trabajo, justificaba en parte la inclusión de esta vasculitis como una espondilartrosis.

315

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS DE UN GRUPO DE 28 PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ESCLEROSIS SISTÉMICA

J. Calvo Catalá, C. Campos Fernández, J. Pérez Silvestre, E. Sánchez Ballester, P. Sorní Moreno, M.I. González-Cruz Cervellera, R. Pastor Cubillo, A. Baixauli Rubio y R. Oropesa Juanes

Reumatología y Metabolismo Óseo. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

Objetivo: La esclerosis sistémica (ES) es una entidad poco frecuente, que puede cursar con afectación dérmica difusa, localizada o sin ella. Cada subgrupo presenta unas características diferenciales. Queremos definir el perfil de la ES localizada en el grupo de pacientes diagnosticado en nuestra Unidad.

Material y métodos: Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo mediante la revisión de historias clínicas de los casos de ES con afectación dérmica localizada, estudiando las características epidemiológicas, clínicas, diagnósticas y terapéuticas.

Resultados: Constatamos 28 casos de ES con afectación dérmica localizada, de los cuales el 85,7% son mujeres con una edad mediana de inicio de la clínica de 53 años. El debut fue como fenómeno de Raynaud (FR) y clínica articular en un 35,7%, solo FR en un 21,4% y clínica articular en un 17,9%. La afectación dermatológica se localiza en las extremidades y en la cara en un 46,4% de los casos y sólo en cara en un 7%. El FR es el síntoma más frecuente (96,4%), seguido de la esclerodactilia en el 71,4%, clínica articular en un 60,7% y afectación esofágica, también en un 60,7%, predominando la disfagia (un 53% de los pacientes fueron estudiados mediante manometría esofágica, siendo patológica en un 83%; sin embargo de los 14 tránsitos esófago gástricos realizados solo detectó afectación esofágica en un 7,1%). Un 39,3% tenían telangiectasias, como componente del CREST, detectándose calcinosis solo en un 16%, y acroosteolisis tan sólo en un 3%. En un 28% de pacientes se constató fibrosis pulmonar.

Un 17% de casos tuvieron úlceras cutáneas en su evolución (con amputación de dedos solo en un caso). El riñón en nuestra casuística se afecta sólo en un 14% de pacientes, y con insuficiencia renal en tan sólo un 7%. Detectamos asociación a cirrosis biliar primaria en un 7% de casos. En un 3% de pacientes, confirmamos hipertensión pulmonar mediante la realización de ecocardiografía. Técnicas diagnósticas: La capilaroscopia fue muy útil, resultando normal tan sólo en un 3% de pacientes. El TAC de alta resolución ha sido la mejor técnica para el diagnóstico de fibrosis pulmonar. En cuanto a su asociación con determinados anticuerpos, los ANA fueron positivos en el 96%, llegando a detectarse anticentrómero en un 57% y sólo en el 25% antiScl 70. Respecto al tratamiento, los corticoides se han empleado en el 57% de los pacientes, los calcioantagonistas en un 46%, el Bosentán en un 21,4% (6 pacientes), los análogos de las prostaglandinas en un 14% y la D-Penicilamina en un 3% de pacientes. La mayoría de enfermos, recibieron varios de estos tratamientos.

Conclusiones: El patrón de un enfermo de ES es una mujer de edad media que acude a la consulta con Raynaud y clínica articular, con esclerodactilia en un 70% de casos. La víscera más frecuentemente afecta es el esófago, siendo la manometría una prueba muy útil para detectarla. La capilaroscopia es una técnica indispensable ante un paciente con FR, permitiendo descartar pacientes con Raynaud primario y sin colagenosis asociada, evitando revisiones y pruebas innecesarias, mediante una prueba fácil, económica y disponible en consulta. La afección pulmonar más frecuente es la fibrosis, afectando a uno de cada 4 pacientes en nuestra casuística. Los ANA son lógicamente los autoanticuerpos más permanentemente positivos, aunque inespecíficos. Los anticentrómero y los antiScl 70 nos permiten confirmar el diagnóstico. Respecto al tratamiento, los corticoides han sido los más empleados, si bien la prostaciclina y el bosentán han sido los más efectivos para tratar la sintomatología más grave (úlceras digitales, hipertensión pulmonar, etc.)

316

SEGURIDAD Y EFICACIA DEL CAMBIO DE INFLIXIMAB A ETANERCEPT EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

J.R. Godo, J. Campos, J. Sanz Sanz, A. Prada Ojeda, L. Silva Fernández, M. Fernández Castro, J.L. Andreu Sánchez y J. Mulero Mendoza

Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

Objetivos: Evaluar la seguridad y eficacia del tratamiento con Etanercept en pacientes con Espondilitis Anquilosante que interrumpieron tratamiento previo con Infliximab por pérdida de eficacia o efectos adversos.

Método: Estudio observacional que evalúa la seguridad y eficacia del tratamiento con Etanercept en pacientes en los que se interrumpió el tratamiento con Infliximab por efectos adversos o ineficacia. Se identificaron los pacientes con diagnóstico de Espondilitis Anquilosante tratados con dos o más agentes anti TNF de la base de datos del servicio y fueron valorados de forma sistemática usando los parámetros estándar de evaluación (BASDAI, BASFI, valoración general del paciente, escala visual analógica para el dolor, reactantes de fase aguda), tres meses antes y posterior al cambio de agente anti TNF.

Resultados: Fueron identificados cinco pacientes tratados con Etanercept después de recibir tratamiento con Infliximab (3 varones y 2 mujeres) El tratamiento con Infliximab fue interrumpido por falta de eficacia en 4 pacientes y por efectos adversos en solo

un paciente (reacción cutánea). La edad media era de 55 años, el número de FAME previos fue de 2,2. La duración del tratamiento con Infliximab previo al cambio fue de 20 meses y el seguimiento con la terapia con Etanercept varía entre 3 y 30 meses. Los cinco pacientes respondieron satisfactoriamente al Etanercept, alcanzando los criterios ASAS 40 de respuesta. No se han observado efectos adversos relevantes y se mantiene la respuesta favorable al tratamiento durante el seguimiento.

Conclusion: Este estudio observacional sugiere que el fallo a un agente anti-TNF debido a la pérdida de eficacia o efectos adversos no influye en la respuesta a un segundo agente anti-TNF en pacientes con EA grave.

317

CAMBIOS EN VIDEOCAPILAROSCOPIA PERIUNGUEAL EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTEMICA TRAS 24 SEMANAS DE TRATAMIENTO CON BOSENTAN. EXPERIENCIA PRELIMINAR CON DOS PACIENTES

I. Castellví^{1,2}, X. Juanola¹, V. Rios¹, J. Narváez¹, J. Rodríguez-Moreno¹, M. Diez¹, P. Santo¹ y J.M. Nolla¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitari de Bellvitge-IDIBELL. L'Hospitalet de Llobregat. ²Sección de Reumatología. Hospital Comarcal de l'Alt Penedès. CSAP. Vilafranca Del Penedès. Barcelona.

Introducción: La capilaroscopia periungueal es una técnica sencilla e inocua que permite el estudio detallado in vivo de la microcirculación. La endotelina tipo 1 (ET-1) esta relacionada fuertemente con la patogenia de la Esclerosis Sistémica (SSc), siendo un potente vasoconstrictor con efectos de remodelado vascular. El antagonista del receptor de la ET-1 Bosentan ha demostrado ser una medida eficaz para tratar la Hipertensión Pulmonar (HTP) asociada a conectivopatías, así como para tratar las úlceras digitales asociadas a SSc. No existen trabajos en el momento actual que determinen si existen cambios cualitativos o cuantitativos en la capilaroscopia de pacientes que realizan tratamiento con Bosentan. En el siguiente trabajo se presentan los datos preliminares de 2 pacientes con SSc en tratamiento con Bosentan.

Objetivo: Comparar los hallazgos cualitativos y cuantitativos en videocapilaroscopia periungueal de dos pacientes con SSc tras 24 semanas de tratamiento con Bosentan.

Pacientes y métodos: Pacientes diagnosticados de SSc en nuestro servicio, en tratamiento con Bosentan con una duración mayor o igual a 6 meses. Se seleccionaron a los pacientes que presentaban capilaroscopia basal registrada fotográficamente. Se realizó capilaroscopia basal de 100x del cuarto dedo de la mano no dominante de los pacientes seleccionados. Posteriormente se inició tratamiento con Bosentan 62,5 mg/12h via oral durante 4 semanas, siguiendo posteriormente con 125 mg/12h. A las 24 semanas una nueva videocapilaroscopia con toma de imágenes. Las características ambientales fueron iguales en las dos capilaroscopias (habitación a 24°C con una permanencia de los pacientes previa a la pruebas de 15 minutos). Posteriormente se analizaron las imágenes obtenidas del misma área capilar mediante un sistema informático calibrado con el capilaroscopio (Motic Images Plus 2.0) registrando las siguientes variables: número de capilares/mm², diámetro de vaso aferente, diámetro de vaso eferente, diámetro de asa capilar, cambios morfológicos y patrón capilaroscópico. También se recogieron datos demográficos, clínicos y tratamientos realizados por los pacientes.

Resultados: Las características de la capilaroscopia basal y después de 24 semanas de tratamiento de los pacientes se resumen

en la tabla 1. Las dos pacientes no presentaron una pérdida de número de capilares de la región periungueal estudiada, tuvieron un diámetro capilar apical medio menor, así como una disminución del tamaño del vaso aferente. En un paciente se obtuvo una relación mejor Vaso Eferente/Vaso Aferente (VE/VA). Respecto las alteraciones morfológicas, se objetivaron en los dos pacientes fenómenos de angiogénesis no presentes en la capilaroscopia basal. Ninguna paciente presentó nuevas úlceras digitales.

	Paciente 1 Basal	Paciente 1 Semana 24	Paciente 2 Basal	Paciente 2 Semana 24
Número de capilares por mm ²	4	7	13	13
Diámetro capilar apical medio (µm)	183,92	159,07	63,24	49,85
Diámetro capilar apical mayor (µm)	394,9	434,7	167	100,3
Diámetro capilar apical menor (µm)	30,4	53,9	18,2	27,8
Diámetro medio de vaso aferente (µm)	79,5	63,65	23,24	20,9
Diámetro medio de vaso eferente (µm)	88,32	55,12	22,38	27,45
Relación vaso eferente/Vaso aferente	1,11	0,86	0,96	1,31
Alteraciones morfológicas	Pérdida densidad capilar	Pérdida densidad capilar	Pérdida de densidad capilar	Pérdida de densidad capilar
	Megacapilares y dilataciones	Megacapilares y dilataciones	Megacapilares y dilataciones	Megacapilares y dilataciones
	Hemorragias	Tortuosidades	Hemorragias	Tortuosidades
	Tortuosidades	Desestructuración Ramificaciones	Tortuosidades	Desestructuración Ramificaciones

Conclusion: En este estudio descriptivo sobre los hallazgos capilaroscópicos en dos pacientes en tratamiento con Bosentan se observaron diferencias en la videocapilaroscopia tras 24 semanas de tratamiento con Bosentan. La presencia de ramificaciones en ambos casos en los hallazgos morfológicos de la videocapilaroscopia así como la mejor relación VE/VA, la disminución del diámetro de los vasos capilares así como la ausencia de pérdidas de más capilares podrían traducir una capacidad de modulación de la microarquitectura vascular por parte de Bosentan.

318

ESTUDIO A 1 AÑO SOBRE LA EFICACIA DEL RANELATO DE ESTRONCIO SOBRE LA MASA ÓSEA EN PACIENTES CON Y SIN TRATAMIENTO PREVIO CON BISFOSFONATOS

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

Objetivo: Analizar el efecto del ranelato de estroncio a los 12 meses de tratamiento, sobre el metabolismo óseo y la densidad mineral ósea, en pacientes con y sin tratamiento previo con bisfosfonatos.

Material y métodos: Estudio prospectivo en el que se incluyeron 27 mujeres diagnosticadas de osteoporosis postmenopausica según criterios densitométricos de la OMS. Los pacientes se dividieron en dos grupos, un grupo de pacientes tratadas previamente con bisfosfonatos (Risedronato o Alendronato) al menos durante 1 año y otro segundo grupo no tratado anteriormente con bisfosfonatos. A todos los pacientes se les administró tratamiento con

anelato de estroncio (dosis de 2 gramos 1 vez al día) y suplementos con calcio y vitamina D durante un periodo de 12 meses. Según protocolo se recogieron al inicio y a los 12 meses: datos demográficos, factores de riesgo de osteoporosis, presencia de fracturas, tratamientos concomitantes, peso e índice de masa corporal, marcadores de remodelado óseo (fosfatasa alcalina, osteocalcina, cross-laps), datos de laboratorio (calcio, fósforo, PTH, vit.D y calciuria), densidad mineral ósea lumbar y femoral (DMO; mediante absorciometría de rayos X con energía dual). Para el estudio estadístico, se utilizó el test de Student para analizar las variables cuantitativas.

Resultados: La edad media fue de $68,3 \pm 6,8$ años y un tiempo medio de seguimiento de la enfermedad de $70,37 \pm 41$ meses. Diecinueve pacientes habían estado con bisfosfonatos previamente (16 con alendronato y 3 con risedronato). El 7,4% (2) de las pacientes eran fumadoras. Dos pacientes tenían artritis reumatoide. El 14,8% no realizaban ejercicio físico. El 26% (7) tenían menopausia precoz y el 14,8% (4) menarquia tardía. El 52% no cumplía una dieta rica en calcio y un 3,7% (1) presentaba antecedentes familiares de fracturas de cadera. Un 14,8% (4) presentaban fracturas periféricas (2 de cadera y 2 de collex) y un 33,3% (9) fracturas vertebrales dorso-lumbares previas al tratamiento con ranelato de estroncio. El 14,8% (4) de las pacientes tomaban esteroides (dosis media de 5 mg al día). Dos pacientes abandonaron el tratamiento por molestias digestivas, al mes del estudio. El IMC tendía a ser mayor a los 12 meses, en el grupo que había recibido previamente bisfosfonatos ($p = 0,05$). No hubo diferencias significativas en el peso, concentraciones plasmáticas de calcio, fósforo, fosfatasa alcalina, osteocalcina, cross-laps, PTH, vitamina D ni calciuria de 24 horas entre los dos grupos. La diferencia de la DMO a nivel lumbar ($-0,07 \pm 0,07$ gr/cm² vs. $-0,008 \pm 0,05$ gr/cm², $p = 0,02$) entre la basal y a los 12 meses era significativamente mayor en el grupo que no había tomado bisfosfonatos previamente. Sin embargo, la diferencia de la DMO femoral ($-0,01 \pm 0,02$ gr/cm² vs $0,003 \pm 0,02$ gr/cm², $p = 0,5$) no presentaba cambios significativos en ningún grupo. Durante el tratamiento con ranelato de estroncio se detectó una nueva fractura vertebral dorsal (3,7%).

Conclusión: Este estudio muestra un aumento significativamente mayor de la densidad mineral ósea lumbar en pacientes tratados durante 12 meses con ranelato de estroncio que no habían recibido tratamiento previo con bisfosfonatos. Mientras que el IMC tendía a aumentar a los 12 meses de tratamiento en los pacientes que habían recibido previamente bisfosfonatos. Es necesario un mayor número de pacientes y de tiempo de seguimiento para confirmar estos resultados.

319

VALOR DE LOS ANTICUERPOS ANTIPÉPTIDOS CITRULINADOS CÍCLICOS, FACTOR REUMATOIDE, HLA Y FORMA DE INICIO ARTICULAR EN LA PROGRESIÓN DEL REUMATISMO PALÍNDROMICO A ARTRITIS REUMATOIDE

M.J. Pozuelo López, F. Martínez Sánchez, M. Rojas Vargas y E. Collantes Estévez
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción: El RP se define como episodios agudos y autolimitados de artritis, generalmente monoarticulares (de no más de una semana de duración) que suelen remitir en 24-48 h de forma completa sin dejar daño radiológico ni afectación entre las crisis.

En general el 40-50% de los pacientes diagnosticados de RP evolucionan a AR u otras conectivopatías y existen dudas respecto a la influencia que puedan tener los ACPCC, el FR y el HLA, aislados o asociados en el desarrollo de AR.

Objetivos: Evaluar el valor de los anticuerpos antipéptidos citrulinados cíclicos (ACPCC), el factor reumatoide (FR), los alelos HLA DRB1 y la forma articular de inicio de los pacientes con reumatismo palindrómico (RP) que evolucionan a artritis reumatoide (AR)

Material y métodos: Se evalúan 33 pacientes de RP de una consulta de Reumatología del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba durante un tiempo medio de seguimiento de 2,6 (0,5-10) años, a los que se determinan los ACPCC, FR, tipos y subtipos de HLA portadores del epítipo reumatoideo (ER), DRB1-ER, la forma articular de inicio, mono u oligoarticular y afectación de miembro superior (MS) o de miembro inferior (MI) comparándose según evolucionen a AR o no

Resultados: De los 33 pacientes estudiados, 20 son mujeres (60,6%), con una edad de inicio de los síntomas de 47,88 (26-76) años. Durante el seguimiento evolucionan a AR 10 pacientes (30,3%), transcurriendo 3,7 (0,5-10) años hasta que cambian de diagnóstico, con una edad de 46,5 años (32-68) en el momento del nuevo diagnóstico.

La forma de inicio de las manifestaciones articulares fue monoarticular en 21 pacientes (63,6%) y oligoarticular en 12 (36,4%), apareciendo las manifestaciones articulares en miembro superior en el 96,8%.

El epítipo compartido (EC) (HLA DRB1 0101, 0102, 0104, 0401, 0408, 1001 y 1402) estuvo presente en 79,2%, el FR fue positivo en 84,8% y los ACPCC fueron positivos en el 76%.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar a los pacientes que permanecen con RP con respecto a los que evolucionan a AR en función del FR, los ACPCC (negativo, positivo bajo, medio y alto), a pesar de ello si se observó una tendencia en cuanto a los ACPCC a títulos altos (> 100), ya que un 66,7% de los pacientes que evolucionan a AR presentan ACPCC positivos a títulos altos, frente a un 26,3% de los pacientes que permanecen como RP.

El 85% de los paciente que evolucionan a AR tienen una forma de inicio con afectación exclusiva de miembro superior, frente al 64,7% de los pacientes que permanecen con la forma palindrómica, teniendo el resto manifestaciones de miembro inferior.

No se encontraron diferencias significativas tampoco con el EC.

Conclusiones: En nuestra cohorte, la presencia de ACPCC a títulos elevados y el inicio de los síntomas articulares en miembro superior se asocian aunque no significativamente al desarrollo de AR. El FR y el EC no predicen el desarrollo de AR en los pacientes con RP.

320

CARACTERÍSTICAS DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE: ¿CUÁLES SON LAS CAUSAS MÁS FRECUENTES DE INGRESO? ¿DE QUE MUEREN ESTOS PACIENTES?

E. Júdez¹, R. Belmonte¹, M. Sianes¹ y E. Loza²

¹Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario. Albacete.

²Servicio Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivo: Describir las características clínicas, sociodemográficas, terapéuticas y radiológicas de una cohorte histórica de pacientes con AR seguidos en nuestra consulta. Determinar las causas que provocan el ingreso hospitalario y la muerte de dichos pacientes.

Métodos: Seguimiento longitudinal protocolizado de una cohorte de pacientes (n = 133) con AR. Periodicidad de las consultas según situación clínica del paciente. Determinación anual de la actividad de la enfermedad (DAS28) y la capacidad funcional (HAQ). Recogida de datos de Ingresos y Mortalidad a través del registro hospitalario informatizado.

Resultados: 1) *Características Sociodemográficas:* 76% mujeres, edad media al diagnóstico 51 ± 15 años, 67% medio rural, 83% sin estudios o estudios básicos, 52% amas de casa frente al 18% jubilados y en activo y 12% incapacidad laboral (temporal o parcial). 2) *Características de la AR:* mediana tiempo evolución AR 9,7 [2,6-15,6] años, mediana tiempo de evolución de la AR al diagnóstico 0,6 [0,2 ± 2] años, FR + 77%, 67% pinzamiento y/o erosiones radiológicas, media DAS28 2,96 ± 1,1 (38% DAS28 > 3,2), mediana HAQ 0,5 [0,125-1,25] (34% HAQ > 1.25), 40% presentaban manifestaciones extrarticulares (25% nódulos reumatoides, 16% SDR, Sjögren y 7% afectación pulmonar). 3) *Características clínicas, ingresos y mortalidad:* 85% pacientes presentaban al menos una comorbilidad asociada a su AR principalmente HTA (42%), dislipemia (31%), Osteoporosis-Osteopenia (30%), enfermedad pulmonar asociada (15%) y DM (12%). 16 pacientes (12%) ingresaron 19 veces a lo largo del 2007. Las principales causas fueron: Infecciones (7) principalmente de vías respiratorias y cáncer (3). 4) *Características Terapéuticas:* 40% pacientes tomaba AINEs, 54% en tratamiento con corticoides (15% a dosis entre 7,5 y 15 mg/día prednisona), 18% pacientes no recibía tratamiento con DMARD (con o sin corticoides) frente al 82% que si lo recibían: 18% MTX en monoterapia, 25% DMARD no MTX en monoterapia, 20% DMARDs en combinación y 18% fármacos biológicos (asociados o no a DMARDs)

Conclusión: Las características sociodemográficas de esta cohorte no difieren de otras cohortes históricas de pacientes con AR. Los pacientes presentaban una actividad de la enfermedad (según DAS28) leve moderada y la afectación de su capacidad funcional (según HAQ) es baja-moderada. Un porcentaje considerable de pacientes requiere ingreso hospitalario. Las causas de mortalidad más frecuentes fueron neoplasias e infecciones.

321

BENEFICIO DE INFILIXIMAB EN EL TRATAMIENTO DE UN CASO DE POLIARTRITIS CRÓNICA SARCOIDEA REFRACTARIA: SEGUIMIENTO CLÍNICO Y ECOGRÁFICO DE 8 SEMANAS

C. Acebes, F. Romero, O. Sanchez y G. Herrero-Beaumont
Servicio de Reumatología. Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

Objetivo: El factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α) parece jugar un papel importante en el desarrollo de la inflamación granulomatosa. Los agentes bloqueantes del TNF- α se han utilizado en alguna ocasión para tratar formas graves de sarcoidosis. Comunicamos la rápida respuesta a infliximab de un caso de poliartritis crónica sarcoidea (PCS) refractaria a tratamientos convencionales.

Método: Una mujer de 64 años, diagnosticada de PCS había sido tratada durante 18 meses con AINE, corticoides y metotrexato sin mejoría. Debido a la falta de respuesta, se inició tratamiento con infliximab a una dosis de 3 mg/kg las semanas 0, 2 y 6. Para evaluar la respuesta al tratamiento, se utilizó un protocolo validado diseñado para artritis reumatoide, en el que se incluyen variables clínicas y un examen ecográfico (US) en la visita basal y a las 8 semanas.

Resultados

Variables	Basal	8ª Semana	% Reducción
Dolor articular EVA (0-100)	68	64	6%
Nº articulaciones dolorosas (0-28)	11	2	82%
Nº articulaciones tumefactas (n = 28) (0-84)	38	12	68%
HAQ (0-3)	2,4	2	17%
Índice US derrame articular (n = 62) (0-186)	99	53	46%
Índice US sinovitis (n = 62) (0-186)	74	31	58%
Índice US de señal de Power Doppler (n=62) (0-186)	26	4	85%

Conclusiones: Infliximab puede ser considerado una opción terapéutica alternativa en el tratamiento de la PCS refractaria, dado que, como se ha visto en esta paciente, tras sólo 3 dosis de tratamiento se obtuvo una importante mejoría en los parámetros ecográficos de artritis, como el grado de derrame articular, sinovitis y señal power doppler.

322

FACTORES Y PATOLOGÍAS QUE APARECEN ASOCIADOS A LA FIBROMIALGIA EN UNA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA

E. Revuelta Evrard, M. Paulino Huertas, J. Paulino Tevar y A. Gallego Flores

Servicio de Reumatología. Hospital General Ciudad Real.

La fibromialgia es una enfermedad que se asocia a múltiples patologías como trastornos psiquiátricos, síntomas neurológicos o digestivos. Asimismo, en la consulta diaria observamos que suelen tener una serie de factores comunes que se repiten invariablemente en la mayoría de las pacientes, tales como la intolerancia a los diversos medicamentos que se les pauta. Realizamos una recogida de las patologías que se asocian, así como su reacción a los medicamentos y la variabilidad de los puntos gatillos.

Materiales y métodos: Recogida de pacientes que acudían a una consulta de Reumatología en un periodo de quince días, resultando un total de 52 pacientes fibromiálgicos, 50 mujeres y 2 hombres.

Resultados: Como factores epidemiológicos observados hay que destacar que presentaban una media de edad es de 45 años, con pacientes de los 36 años a los 65. De ellos, 24 pacientes eran amas de casa, 16 trabajaban en la limpieza, 6 en comercios, los 2 hombres eran albañiles y el resto se dedicaba a cocinera, granjera, administrativa y auxiliar de ayuda a domicilio. Los 52 pacientes presentaban una media de 15,5 puntos de fibromialgia sobre 18, que variaban de 10 a 18/18. Centrándonos en patologías y síntomas observados, 47 pacientes presentaban trastornos psiquiátricos, siendo el más frecuente el síndrome ansioso depresivo, con 45 pacientes y el resto con Depresión mayor. Acerca de los síntomas digestivos asociados, 43 casos con trastornos digestivos altos, siendo el más frecuente, en 35, la epigastralgia, apareciendo únicamente patología digestiva observada por endoscopia en 7 pacientes, con 1 antecedente de úlcera gástrica, 3 hernias de hiato, 3 gastritis. El resto presentaban 3 con pirosis y 5 con dispepsia. Respecto a la patología digestiva baja, aparecía estreñimiento en 38 pacientes y colon irritable en 5. Asimismo se encontraron síntomas neurológicos en la mayoría, apareciendo mareos inespecíficos en 18 pacientes, parestesias de manos y pies en 23, con únicamente diagnóstico de síndrome de tunel carpiano en 9, cefalea tensional en 23 pacientes, migraña en 6, 1 paciente con síndrome de piernas inquietas y una paciente con ACVA previo sin secuelas. Los dos hombres presentaban meralgia parestésica, y 6 mujeres asociaban hernias discales tanto cervical como lumbar, y 3 estenosis de canal lumbar. Centrándonos en patologías endocrinas,

presentaban enfermedad tiroidea en 12 casos, con 1 tiroiditis autoinmune y el resto hipotiroidismo. Otros síntomas asociados que se encontraron fueron astenia, en 38 pacientes; problemas dermatológicos como rosácea en 3 y prurito en 2; e intolerancia a diversos en 35 pacientes de las registradas, debiendo suspender las diversas medicaciones pautadas por problemas como epigastralgias, náuseas, o mareos. Como antecedentes personales de enfermedad maligna, hay que destacar la existencia de 4 casos de enfermedad maligna, con un carcinoma de mama, un carcinoma de ovario, una leucemia mieloide crónica y un carcinoma de recto grado III en uno de los hombres. Respecto al resto de patologías reumatológicas que aparecían eran patología degenerativa en 17 casos, con gonartrosis, espondiloartrosis y artrosis de manos en su mayoría; bursitis metatarsalángica en 1 caso; 5 trocateritis; 3 fascitis plantares y 2 condromalacias rotulianas.

Conclusiones: La fibromialgia es una enfermedad que se asocia a numerosas patologías siendo los más frecuentes los problemas psiquiátricos, los digestivos y los neurológicos.

323

ESTUDIO DE EFICACIA DE UNA CONSULTA DE REUMATOLOGIA DE ALTA RESOLUCION

E. Revuelta Evrard, A. Gallego Flores, J. Paulino Tevar, J.L. Cuadra, C. Rubio Caja, A. Sanchez Trenado, M.D. Minguez, M. Paulino Huertas, D. Pielfort, V. Salas Manzanedo, P.V. Garcia Morales y S. Marin Soro
Servicio de Reumatología. Hospital General Ciudad Real.

Objetivo: El objetivo de este estudio consiste en describir la eficacia del trabajo del reumatólogo en una primera consulta a efectos de alta resolución en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes remitidos desde atención primaria.

Materiales y método: En un periodo de catorce meses se recogieron datos de pacientes remitidos desde atención primaria. Se agruparon los siguientes datos: diagnóstico de sospecha de derivación; diagnóstico establecido en una primera consulta, resolución de caso por correo o resolución en una segunda consulta y posterior revisión; congruencia con el diagnóstico de sospecha; y si dichos pacientes requerían un tratamiento farmacológico o rehabilitador. En total se recogieron 625 pacientes.

Resultados: El estudio demostró que las patologías remitidas con mayor frecuencia son: lumbalgias mecánicas (19,6%); poliartralgias y algias inespecíficas (12,3%); radiculopatías, comprendiéndose como tal lumbociáticas, sospecha de hernias discales, síndrome del tunel carpiano, atrapamiento neurológicos, etc (10,8%); cervicalgias mecánicas (10,08%); gonalgias mecánicas (9,1%); tendinopatías (7,5%); revisión de diagnósticos previos (5,6%); cuadros inflamatorios articulares (4,9%); coxalgias (4,3%); valoración de osteoporosis (3,8%); valoración de cuadros de fibromialgia (3,6%); dolor mecánico de manos (2,2%); dolor mecánico de pies (2,2%); y un porcentaje de pacientes sin diagnóstico (4%). A su vez se comprobó que recibían un diagnóstico en primera visita o por correo, sin una segunda consulta, sobre todo en los casos de coxalgias (71% en el día y 14% por correo); lumbalgias (69% en el día y 32% por correo); tendinopatías (69% en el día y 19% por correo); cervicalgias (64% en el día y 26% por correo); gonalgias mecánicas (63% en el día y 22% por correo); valoración de fibromialgia (53% en el día y 40% por correo); dolor mecánico de pies (50% en el día y 25% por correo); dolor mecánico de manos (40% en el día y 40% por correo). Sin embargo otras patologías requirieron segundas consultas como: cuadros inflamatorios (40%); valoración de osteoporosis (33%); radiculopatías (27%); pacientes remitidos sin diag-

nóstico (26%); y poliartralgias (22%). Para valorar la derivación de los pacientes desde atención primaria se tuvo en cuenta la congruencia diagnóstica con el diagnóstico final, observándose ésta en patologías como tendinopatías (76%); gonalgia mecánica (68%); valoración de osteoporosis (66%); lumbalgias (64%); obviamente en las revisiones (63%); o dolor mecánico de manos (60%). Sin embargo el diagnóstico de sospecha no se correspondía con el diagnóstico final en: valoración de fibromialgia (86%); cuadros inflamatorios (87%); radiculopatías (68%); poliartralgias y algias inespecíficas (62%); coxalgias (57%); cervicalgias (52%) y en el dolor mecánico de pies (51%). Una vez realizado el diagnóstico del paciente, valoramos si éste había recibido tratamiento para su patología, obteniéndose que el 96% de los pacientes recibían un tratamiento con fármacos ó con medidas no farmacológicas.

Conclusiones: Estos resultados demuestran que una consulta de reumatología de alta resolución aporta rapidez diagnóstica y terapéutica, sobre todo en casos de patología degenerativa o tendinosa. En estas patologías observamos una correcta derivación, exceptuando casos de fibromialgia, patología inflamatoria articular o radiculopatías. Se demuestra que las consultas de alta resolución en Reumatología aportan beneficios para el paciente.

324

ESTUDIO VECTRA: VALORACIÓN ECONÓMICA Y SANITARIA DE CONDROITÍN SULFATO EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTROSIS

C. Rubio-Terrés
HEALTH VALUE. Madrid

Introducción: La artrosis es una de las causas más habituales de consulta en Atención Primaria. Afecta al 85% de la población anciana e invalida al 10% de los mayores de 60 años (1). Se estima que en España el coste anual de esta enfermedad es de 4.800 millones de euros (2). Condroitín sulfato (CS) es un fármaco de acción lenta en el tratamiento sintomático de la artrosis, cuya eficacia sintomática es similar a la de los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) (3-5).

Objetivo: El objetivo del estudio VECTRA es estimar el coste medio de un paciente con artrosis, tratado durante 6 meses con AINE o con CS y el impacto presupuestario que la disminución del consumo de AINE con el tratamiento de CS, podría tener para el Sistema Nacional de Salud (SNS).

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, en el que se recogió el consumo de recursos sanitarios de 530 pacientes con artrosis, tratados con CS o AINE. Los resultados de este estudio se utilizaron en un modelo de minimización de costes que comparó ambos tratamientos, a las dosis y pautas recomendadas, durante un periodo de seis meses. La efectividad y la incidencia de efectos adversos, se estimaron a partir de metaanálisis de ensayos clínicos aleatorizados. Se hicieron análisis de sensibilidad simples univariantes del caso básico.

Resultados: El coste semestral por paciente tratado con CS o AINE obtenido fue de 144 € y 192 €, respectivamente. Si en los próximos 3 años se sustituyera gradualmente el tratamiento de los pacientes tratados actualmente con AINE en un 5%, 10% y 15% por CS, se generarían ahorros para el SNS durante este periodo de más de 45 millones €. Se evitarían, por cada 10.000 pacientes tratados con CS en lugar de AINE, 2.666 efectos adversos gastrointestinales, de los que 90 serían graves y 5 infartos de miocardio.

Los análisis de sensibilidad confirmaron la estabilidad del caso básico en todos los supuestos considerados.

Conclusiones: Condroitín sulfato es un tratamiento de la artrosis más eficiente, con menores costes y mejor tolerancia gastrointestinal, que los AINE.

Bibliografía:

1. Carmona L, Ballina J, Gabriel R, Laffon A, on behalf of the EPISER Study Group. The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey. *Ann Rheum Dis* 2001;60:1040-1045.
2. Batlle-Gualda E. Estudio ArtRoCad: evaluación de la utilización de los recursos sanitarios y la repercusión socioeconómica de la artrosis de rodilla y cadera. Presentación de resultados preliminares. *Rev Esp Reumatol* 2005;32:22-27.
3. Eugenio-Sarmiento RM, Manapat BHD, Salido EO. The efficacy of chondroitin sulfate in the treatment of knee osteoarthritis: a meta-analysis. *Osteoarthritis Cartilage* 1999;7 (Suppl):S35.
4. Leeb BF, Schweitzer H, Montag K, Smolen J. A metaanalysis of chondroitin sulfate in the treatment of osteoarthritis. *J Rheumatol* 2000;27:205-211.
5. McAlindon TE, La Valley MP, Gulin JP, Felson DT. Glucosamine and chondroitin for the treatment of osteoarthritis. A systematic quality assessment and meta-analysis. *JAMA* 2000;283:1469-1475.

325

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA UNIDAD DE ARTRITIS (SERVICIO DE REUMATOLOGÍA) DEL HOSPITAL DEL MAR

S. Sánchez Serrano, S. Iniesta Escolano, M. Almirall Bernabé, J. Maymó Guarch, J. Calvet Fontova, M.P. Lisbona Pérez y J. Carbonell Abelló

Servicio de Reumatología. Hospital del Mar. Barcelona.

Introducción: La incorporación de nuevos fármacos terapéuticos en Reumatología, ha motivado la creación de folletos informativos así como la obtención previa de la autorización del paciente, mediante el consentimiento informado (CI), por dos motivos principales: las necesidades de los pacientes y la realidad legal actual.

El CI tiene que entenderse como la aceptación por parte del paciente del nuevo tratamiento tras una información adecuada para implicarse libremente en la decisión clínica. Los requisitos básicos son la libertad, la competencia y la información suficiente.

Objetivos: 1. Elaboración del CI sobre el tratamiento de los Fármacos Modificadores de la enfermedad (FAMES) y de las terapias biológicas. 2. Conseguir el mayor número de CI (70%) de los pacientes de la Unidad de Artritis que inicien nuevos tratamientos, tanto FAMES como terapias biológicas.

Material y métodos: Entre los años 2005 y 2006 la enfermera de la Unidad de Artritis realizó un aprendizaje previo para impartir una correcta educación sanitaria a los pacientes.

Desde marzo del 2007 y para la obtención del CI, el paciente acude a la consulta de enfermería tras la autorización previa del facultativo responsable (mediante la firma del CI). La enfermera de la Unidad de Artritis, entrega el folleto informativo al paciente e informa sobre el tratamiento, la privacidad y confidencialidad del documento, resuelve dudas y finalmente el paciente firma el CI tras leer y entender el folleto informativo.

Resultados: El servicio de Reumatología (Unidad de Artritis) ha elaborado los CI de los siguientes fármacos: Metotrexato, Salazopirina, Azatioprina, Leflunomida, Ciclofosfamida, Ciclosporina, Cloroquina, Hidroxicloroquina, Adalimumab, Infliximab, Etanercept, Rituximab y Abatacept (enero 2008).

Durante el periodo de marzo de 2007 a enero de 2008, se ha obtenido el CI del 100% de los pacientes que han iniciado una nue-

va terapia biológica y del 52% de los pacientes que iniciaron FAME.

En los casos de terapia biológica prescrita previamente a la incorporación de los folletos y los CI en la asistencia reumatológica, éste se obtuvo retrospectivamente en el 100% de los pacientes de Hospital de Día y en el 37% de los de consultas externas.

La prevalencia resultó inferior, de tan sólo el 10% en el caso de pacientes en tratamiento con FAMES.

Conclusiones: 1. El CI es un documento que ampara legalmente al paciente y a los profesionales sanitarios encargados del tratamiento. 2. El proceso de implantación de los CI en el servicio de Reumatología (Unidad de Artritis) no presentó dificultades en los casos de iniciar nueva terapia. 3. La formación previa del personal de enfermería es un requisito fundamental para una correcta educación sanitaria, imprescindible para la cumplimentación del CI por los pacientes.

326

ANÁLISIS DE UNA COHORTE HISTÓRICA DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE (AR): ¿CUÁLES SON LOS FACTORES ASOCIADOS A UNA MAYOR ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD?

E. Júdez¹ y E. Loza²

¹Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario. Albacete.

²Servicio Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivo: Determinar la existencia de factores sociodemográficos, clínicos o terapéuticos asociados a una mayor actividad de la AR, definida como DAS28 > 3,2, en una cohorte de pacientes con AR.

Métodos: Seguimiento longitudinal protocolizado de una cohorte de pacientes con AR. Determinación anual de la actividad de la enfermedad (DAS28) y la capacidad funcional (HAQ). Recogida de datos de Ingresos y Mortalidad a través del registro hospitalario informatizado. Se realizó análisis descriptivo de la población a estudio y posteriormente análisis bivariado y multivariado. Los resultados se expresan como OR.

Resultados: 133 pacientes conformaban la población AR a estudio (76% mujeres, 67% medio rural, 83% sin estudios o estudios básicos, 52% amas de casa, edad media al diagnóstico 51 ± 15 años, mediana tiempo evolución AR 9,7 [2,6-15,6] años, mediana tiempo de evolución de la AR al diagnóstico 0,6 [0,2 ± 2] años, FR + 77%, pinzamiento y/o erosiones radiológicas presentes en 67% pacientes, media DAS28 2,96 ± 1,1 (38% DAS28 > 3,2), mediana HAQ 0,5 [0,125-1,25], 40% pacientes con manifestaciones extrarticulares (25% nódulos reumatoides, 16% SDR. Sjögren)

Las variables asociadas a una mayor actividad de la AR fueron, según el análisis bivariado, la cifra de leucocitos (OR 1,24 [IC 95%: 1,07-1,42]) y los ingresos hospitalarios (OR 4.23 [IC 95%: 1,37-13] con una tendencia no significativa hacia una mayor actividad en relación con los niveles de hemoglobina (hb), sexo varón, la presencia de diabetes mellitas y entre los pacientes fallecidos. No se objetivó asociación con ninguna otra variable clínica (tiempo de evolución de la AR, tratamiento remititivo, manifestaciones extrarticulares,...). El análisis multivariante mostró asociación entre las cifras de hb (OR 0,66 [IC 95%: 1-7,6]) y leucocitos (OR 1,91 [IC 95%: 1,02-1,4]) y la actividad de la AR (DAS > 3,2).

Conclusión: Parece existir relación entre cifras más elevadas de leucocitos y menores de hemoglobina y la actividad de la enfermedad. No se observó dicha relación con otro tipo de variables.

327

DATOS GUÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE DERIVACIÓN A REUMATOLOGÍA

M.D. Romero Maurelo, A. Urruticoechea Arana y R. Moro Albert

Sección de Reumatología. Medicina de Familia y Comunitaria. Hospital Can Misses de Ibiza. Baleares.

Introducción: Las enfermedades reumáticas se encuentran entre una de las causas más frecuentes de morbilidad, incapacidad y utilización de los servicios sanitarios. El número de pacientes derivados a la consulta de reumatología ha aumentado en los últimos años, estableciéndose en más del 10% de las consultas realizadas por el médico de atención primaria (AP)

Objetivos: Elaborar unas recomendaciones de derivación basados en unos datos guía establecidos en AP que permita una comunicación fluida entre los dos niveles (AP y Especializada) y lograr una asistencia integral y de calidad en el campo de la patología músculo-esquelética.

Métodos: Se realiza una búsqueda en las plataformas de información científica OVID, EBSCOhost, PubMed y Cochrane Plus que incluyen base de datos bibliográficos y UpToDate guía práctica de referencia clínica basada en la evidencia, así como las guías elaboradas de derivación de AP a Reumatología realizada en los últimos 10 años.

Resultados: *Artritis:* Dolor articular inflamatorio de más de 4 semanas de duración, caracterizado por tumefacción y rigidez de más de 30 minutos de duración. Derivar independientemente del diagnóstico de sospecha. Si se sospecha artritis séptica la derivación será a Urgencias. *Conectivopatías:* Se establecen unas manifestaciones clínicas sugestivas de Enfermedad Autoinmune Sistémica: fiebre, adenopatías, fibrosis pulmonar, Raynaud, uveítis, purpuras, livedo reticularis, polimialgia, cefalea, xerostomía, xeroftalmia. Su sospecha es criterio de derivación. *Artrosis:* Dolor articular mecánico, empeorando con el uso y mejorando con el reposo, rigidez articular de breve duración, limitación de la movilidad y pérdida de función. Es una patología que debe ser diagnosticada y tratada en AP. Derivar si existen dudas diagnósticas o dificultades en la atención y el tratamiento. *Síndromes Dolorosos de Columna:* Se caracteriza por dolor en dicha localización, de origen ya sea de partes blandas, óseo u articular, de causa mecánico-postural, degenerativas, inflamatorias, psicógena o funcional. Derivar si presentan características inflamatorias. *Enfermedades Óseas Metabólicas:* La Osteoporosis se deriva en caso de sospecha de baja masa ósea patológica secundaria o no corregida, pérdida de masa ósea pese a tratamiento o para valorar cambio de tratamiento e imposibilidad de realizar densitometría ósea para el diagnóstico y/o seguimiento. *Enfermedades Óseas por Microcristales:* Se caracterizan por el depósito de cristales intraarticulares o periarticulares. Presentan clínica de monoartritis aguda o cuadros periarticulares agudos. Derivar los casos refractarios a tratamiento médico. *Patología periarticular de partes blandas:* Engloba a un grupo de afecciones que comprometen las estructuras blandas periarticulares, tendones y sus vainas, bursas, ligamentos y fascias y aponeurosis. Se pueden incluir el reumatismo psicogénico, el síndrome fibromiálgico y el musculofascial. La mayor parte de estos procesos pueden ser diagnosticados y tratados en el ámbito de AP. La Fibromialgia se derivara en caso de duda diagnóstica. Derivar: signos de artritis, lesión ósea, ausencia de respuesta a tratamiento y deseo por parte del paciente.

Conclusiones: El cumplimiento del documento de derivación por parte del médico de AP al Reumatólogo, se acompaña de un conjunto de informaciones clínicas, de laboratorio y radiológicas que sometidas a una evaluación inicial establece las indicaciones y prioridades en la atención del paciente por parte del reumatólogo.

328

MONOARTRITIS: CASUÍSTICA DE UN DEPARTAMENTO

C. Ambrosio, M. João Salvador y A. Malcata

Serviço de Reumatologia do Hospital da Universidade de Coimbra.

Introducción: Las monoartritis son la forma de presentación inicial de varias patologías. Su diagnóstico diferencial es esencial para instituir una terapéutica adecuada, con el fin de evitar la destrucción articular o la diseminación de un cuadro infeccioso.

En el presente trabajo los autores realizan una revisión casuística de los pacientes internados en el Departamento de Reumatología del Hospital da Universidade de Coimbra, por monoartritis.

Objetivos: Caracterizar demográficamente los pacientes internados por monoartritis, los exámenes complementares de diagnóstico realizados y los diagnósticos finales obtenidos.

Material y método: En la casuística fueron incluidos los pacientes internados por monoartritis, desde Enero del 2000 hasta Octubre del 2007. Excluimos las situaciones de agudización de monoartritis en pacientes previamente diagnosticados de patologías reumáticas. Registramos de cada paciente, la edad, sexo, precedencia, articulación afectada, tiempo de duración de la queja, comorbilidad asociada, exámenes complementares de diagnóstico, diagnóstico final y terapéutica instituida.

Resultados: Los resultados obtenidos en este trabajo confirman que las artritis microcristalinas y las infecciones son las principales causas de monoartritis (63,6% del total). Fueron también encontrados algunos diagnósticos que, aunque menos frecuentes, no podemos olvidar. La principal articulación afectada fue la rodilla. El uso de examen de imaginología fue esencial, principalmente en los casos en que la localización de artritis dificultó la extracción líquido sinovial. La frecuente coexistencia de un síndrome metabólico, en pacientes con gota, se confirma en nuestros resultados de comorbilidades. La mayoría de los pacientes tuvo procedencia de la primera consulta de reumatología realizada y/o del servicio de urgencias, tratándose generalmente de cuadros agudos, lo que parece encuadrar con los diagnósticos encontrados.

329

UTILIDAD DE LA GAMMAGRAFÍA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA SACROILEITIS EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE-UNA REVISIÓN DE LA LITERATURAJ.A. Carrasco¹, I.H. Song², M. Rudwaleit² y J. Sieper²¹Reumatología. Complejo Hospitalario La Mancha-Centro, Ciudad Real.²Reumatología. Charité Medical University. Campus Benjamin Franklin. Berlin. Germany.

Introducción: Aunque el uso de la gammagrafía para el diagnóstico de la sacroileitis en pacientes con Espondilitis Anquilosante (EA) está ampliamente extendido, su utilidad en este campo no está bien delimitada. Por ello, es importante conocer su valor en el ámbito de las EA, sobre todo cuando queremos compararla con técnicas mucho más caras como la resonancia magnética (RM).

Objetivo: Evaluar el valor diagnóstico de la gammagrafía para detectar sacroileitis en pacientes con EA, así como en pacientes con clínica de sacroileitis sin cambios radiológicos en articulaciones sacroilíacas (SI).

Material y métodos: Se realizó una revisión sistemática de la literatura en las bases de datos Pubmed y Medline incluyéndose artículos publicados hasta Agosto del 2007. Se seleccionaron artículos en inglés y alemán que contuviesen pacientes con EA establecida o pacientes con probable sacroileitis sin cambios radiológicos. Además, se buscaron y seleccionaron estudios que tuviesen pacientes con dolor lumbar mecánico, para incluirlos como grupo control. Se calcularon la sensibilidad, especificidad y likelihoods ratios (LR) positiva y negativa con los datos obtenidos.

Resultados: Se encontraron 99 artículos, de ellos se incluyeron 25 dentro del análisis. La sensibilidad global de la gammagrafía para detectar sacroileitis fue del 51,8%, para pacientes con EA establecida (N = 361), y del 49,4% para pacientes con probable sacroileitis (N = 255). En aquellos pacientes con EA y dolor lumbar inflamatorio (indicativo de actividad clínica), la sensibilidad fue del 52,7% (N = 112). Cuando se comparó la gammagrafía con la RM (considerada como gold-standard), se obtuvieron sensibilidades del 59,5%, 44% y 53,2% en los grupos de pacientes con EA (N = 37), sospecha de sacroileitis (N = 25) y EA + sospecha de sacroileitis (N = 62), respectivamente. La especificidad se calculó usando los pacientes con dolor lumbar mecánico (controles), resultando del 78,3%. Con estos resultados, las LR's resultantes no fueron mayores de 3,03 en el mejor de los casos.

Conclusión: Estos datos sugieren que la gammagrafía de las articulaciones sacroilíacas en una técnica con una utilidad bastante limitada en el diagnóstico de la EA, incluso en diagnóstico precoz de pacientes con sacroileitis.

330

EVALUACIÓN DEL SISTEMA INMUNE EN LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE TRATADOS CON RITUXIMAB. DATOS PRELIMINARES

C. Díaz-Torne¹, S. Vidal², C. Geli¹, M.A. Cortés¹, E. Pérez², E. Cantó², J.M. Llobet¹, C. Juárez² y C. Díaz-López¹

¹Unitat de Reumatologia. ²Servei d'immunologia. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción: El rituximab es un anticuerpo antimonoclonal quimérico murino/humano que se une de manera específica al antígeno CD20. El antígeno CD20 se expresa en linfocitos pre-B y linfocitos B maduros. Rituximab destruye las células B maduras localizadas en los órganos linfoides centrales, en la sinovial y en la sangre periférica. La depleción de las células B puede originar una detención del proceso autoinmune de la artritis reumatoide (AR). **Objetivo:** Evaluar los cambios producidos en el sistema inmune celular y humoral en una cohorte de 10 pacientes tratados con rituximab.

Material y métodos: Estudio observacional, prospectivo realizado en un hospital universitario, en 10 mujeres con AR tratadas con rituximab. La media de edad fue de 57,2 años (Rango: 31-76) y los años de evolución 21,4 (2-35). Todas las AR eran erosivas y seropositivas, 7 de ellas presentaban nódulos reumatoides. Todas habían fracasado como mínimo a dos FAMEs convencionales y a un anti-TNF- α . En 5 pacientes se administró rituximab en monoterapia y en las otras 5 en combinación con metotrexato. La pauta

administrada de rituximab fue de 2 infusiones endovenosas de 1 gramo por ciclo de tratamiento, separadas por 2 semanas (días 1 y 15). Todas las pacientes recibieron premedicación para prevenir reacciones adversas a la infusión. Actualmente se conocen datos hasta los 90 días en 10 pacientes y hasta 180 días en 5 pacientes. Se recogen parámetros tanto clínicos como analíticos (Bioquímica, hemograma e inmunología)

Resultados: 1) La depleción de las células B se observó ya a los 15 días y se mantuvo a los 30, 60 y 90 días. A los 6 meses aparecieron de nuevo céls B en sangre periférica en 2 (40%, n = 5) pacientes. 2) Además de la depleción de céls. B, se observa, justo después del tratamiento, una disminución del número absoluto de linfocitos así como de linfocitos T, para posteriormente recuperarse los niveles basales (tabla). 3) En 8 (89%, n = 9) pacientes se observó una disminución de IgM a los 90 días, que se mantiene en todos los pacientes estudiados a 180 días. En todos los pacientes hay una disminución del factor reumatoide. 4) Al analizar los datos inmunológicos y los índices de actividad y funcionalidad se observa una correlación estadísticamente significativa entre los niveles de IgG y DAS28. (Rho de Spearman 0,427; p 0,016 (bilateral) y correlación de Pearson 0,351; p 0,053 (bilateral)). Se observa también una correlación entre HAQ y nº absoluto de linfocitos, céls CD4+, céls CD8+, IgM, IgA y factor reumatoide.

	Basal	Día 15	Día 30	Día 90
Linfocitos totales (x10E9/l)	1.800	1.460	1.550	1.730
Linfocitos T	1.478	1.275	1.130	1.501
Linfocitos B	179	0	0	0

Conclusiones: Nuestras observaciones, a pesar del reducido número de pacientes, confirman la depleción de céls B, ya a los 15 días y hasta los 3 meses, apareciendo de nuevo céls B en sangre periférica en un 40% de los pacientes a los 6 meses. Observamos además una disminución del nº absoluto de linfocitos y de linfocitos T en el control a los 15 días (previo a la segunda infusión) con una recuperación rápida posterior. El tratamiento con rituximab disminuye los niveles en sangre tanto de IgM como del factor reumatoide. Existe una correlación entre los niveles de IgG y el DAS28. Es necesario proseguir el estudio con un mayor número de pacientes y a tiempos más largos para confirmar estos resultados preliminares.

331

EFICACIA DE RITUXIMAB EN EL TRATAMIENTO DE LAS MANIFESTACIONES SISTÉMICAS DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: SERIE DE 3 CASOS CLÍNICOS

V. Torrente Segarra¹, A. Acosta Pereira¹, E. Sáez Prieto¹, C. Gozávez García¹, J. Carbonell Abello² y A. Rodríguez de la Serna¹

¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ²Hospital del Mar. IMAS. Barcelona.

Objetivo: Describir 3 casos clínicos de lupus eritematoso sistémico (LES) que recibieron tratamiento con rituximab tras presentar refractariedad a diversos FAME.

Descripción de casos: Las diferentes variables evaluadas se exponen en la tabla 1. Todos los pacientes recibieron tratamiento con rituximab (RTX) en pauta de artritis reumatoide, 2 dosis de 1.000 mg separadas en 15 días. Ver Tabla.

Caso 1 (DMG): mujer 51 años, LES de 20 años de evolución, poliartritis, miositis, reactantes de fase aguda elevados persistente.

Tabla 1. Resumen 331.

Caso	FAME resistentes	Corticoides pretratamiento (PDN mg/d)	Corticoides posttratamiento (PDN mg/d)	VSG pretratamiento	VSG posttratamiento	PCR pretratamiento	PCR posttratamiento	DNA pretratamiento	DNA posttratamiento
1	MTX, AZA, HCQ, CsA, IFX	5	0	36	42	5,8	4,1	negativo	negativo
2	MTX, AZA, HCQ	20	10	84	45	40,1	4,8	30	23
3	MTX, CFF, AZA	20	10	28	17	neg	neg	83,7	67,3

La evolución tras el tratamiento fue favorable ya que la poliartritis disminuyó en número de articulaciones inflamadas e intensidad, los enzimas musculares se normalizaron. Todo ello a los 2 meses de la primera dosis de rituximab.

Caso 2 (MML): LES de larga evolución que presenta refractariedad a FAME con presencia de poliartritis, elevación de reactantes de fase y vasculitis cutánea. Se inicia RTX presentando mejoría completa de la clínica articular.

Caso 3 (MMS): LES que presentó neuritis óptica en 2003, desde entonces, diversos episodios de poliartritis, junto con una lesión medular en C5 (origen inflamatorio por RMN: mielitis) que condiciona alteración de la marcha y pérdida del control de esfínteres. Tras el tratamiento presentó mejoría de reactantes de fase y articular, y al añadir CFF ev en ciclos mensuales, empieza a mejorar la clínica neurológica (trastorno de la marcha).

Discusión: Hemos observado mejoría en todos los casos de LES que recibieron RTX. En algunos casos con grandes mejorías del SLEDAI (en monoterapia y en terapia combinada con otros FAME) y de los reactantes de fase aguda. No objetivamos infecciones ni efectos adversos serios. RTX parece ser una terapia eficaz y segura en el tratamiento de las manifestaciones sistémicas del LES (articular y neurológica), aunque se necesitan trabajos con mayor número de pacientes para confirmarlo.

332

¿CUÁLES SON LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON FRACTURA POR FRAGILIDAD QUE NO ACEPTAN PARTICIPAR EN UN PROTOCOLO DE ESTUDIO Y TRATAMIENTO DE OSTEOPOROSIS?

S. Ojeda Bruno, A. Naranjo Hernández, F. Francisco Hernández, C. Erasquin, I. Rúa-Figueroa, J.C. Quevedo, P. Suárez* y C. Rodríguez-Lozano

Sección de Reumatología. Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. *Alumna de doctorado. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivo: Analizar las características de los pacientes con fractura por fragilidad que no aceptaron participar en un estudio de intervención directa para el diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis (OP).

Pacientes y métodos: Durante un año (abril de 2004 hasta abril de 2005) se revisaron las altas del servicio de urgencias del hospital con el diagnóstico de fractura por fragilidad. Por medio de una llamada telefónica, una secretaria informó a los pacientes de la conveniencia de ser estudiados desde el punto de vista metabólico óseo y de los riesgos que conlleva la OP grave. Si el paciente reunía criterios de fractura por fragilidad y la edad era mayor de 50 años, se citaba para densitometría (DXA) y consulta médica de reumatología. En el caso de no aceptar el estudio, se realizaba una encuesta básica sobre osteoporosis y fracturas.

Los pacientes firmaron un consentimiento informado. A los sujetos con osteopenia u OP se les pautó calcio, Vitamina D y alen-

dronato semanal a la vez que los consejos habituales de realización de ejercicio y medidas para prevenir caídas.

Resultados: Se contactó con 851 pacientes, de los que 383 (45%) aceptaron participar en el estudio. Los pacientes que no aceptaron se caracterizaron por tener un promedio de edad mayor (78 versus 70 años), presentar con mayor frecuencia fractura de cadera, estar más incapacitados (clases III + IV ACR 47% versus 15%) y realización previa de DXA menos frecuente (4% versus 13%) (tabla).

Conclusión: Los pacientes que han sufrido una fractura osteoporótica y no aceptan ser estudiados y tratados suponen un grupo de riesgo muy alto de nuevas fracturas (edad avanzada, mayor frecuencia de fractura de cadera y peor capacidad funcional). Se precisa concienciar a la población general y a los médicos de la necesidad de intervención terapéutica, aún mayor en estos casos.

	Aceptaron el estudio n = 383	No aceptaron n = 468	p
Sexo (mujeres) (%)	334 (87%)	336 (72%)	< 0,001
Edad media (DE) (rango)	70 ± 9,9 (50-92)	77,6 ± 11 (50-100)	< 0,001
Tipo de fractura			< 0,001
Muñeca	177 (46%)	131 (28%)	
Húmero	86 (22%)	81 (17%)	
Fémur	71 (18,5%)	195 (42%)	
Vértebra	30 (8%)	37 (8%)	
Fractura previa*	75 (20%)	16 (21,6%)	0,68
Densitometría previa*	49 (13%)	3 (4%)	0,03
Capacidad Funcional**			< 0,001
I	122 (50%)	32 (43%)	
II	86 (35%)	7 (9,4%)	
III	27 (11%)	20 (27%)	
IV	9 (4%)	15 (20%)	
Tratamiento previo			
Antirresortivo	61 (16%)	8 (11%)	0,26
Bisfosfonato	35 (9%)	4 (5%)	0,29

333

DISLIPEMIA EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: CIENCIA O FICCIÓN. SERIE DE 84 CASOS

S. Castro Oreiro¹, V. Torrente Segarra¹, R.C. Güerri² y J. Carbonell Abelló¹

¹Servicio de Reumatología. ²Servicio de Medicina Interna. Hospital del Mar. IMAS. Barcelona.

Introducción: Múltiples estudios epidemiológicos han demostrado que una de las causas más importantes de muerte en pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias es la patología cardiovascular. La autoinmunidad y la inflamación se asocian a alteraciones del metabolismo lipídico y lipoproteínas en el lupus sistémico eritematoso (LES).

Objetivo: Determinar la prevalencia de hipercolesterolemia (HC) e hipertrigliceridemia (HTG) en los pacientes con LES.

Métodos: Se determinaron los niveles plasmáticos de colesterol total y triglicéridos de 84 consecutivos pacientes con LES, que

cumplían 4 o más criterios diagnósticos del American College of Rheumatology⁹⁰, visitados regularmente en la consulta ambulatoria del Servicio de Reumatología. Se definió HC e HTG según la guía ATP3 (Adult Treatment Panel 3) del American National Heart, Lung and Blood Institute: HC > 240 mg/dl (200-239 borderline); HTG > 200 mg/dl (150-199, borderline); actividad de la enfermedad (SLEDAI).

Resultados: Un total de 84 pacientes fueron incluidos en el análisis. Hallamos un total de 19% de pacientes con niveles elevados (HC), un 21% con niveles borderline, y 59,5% niveles normales. Encontramos HTG en 11,9% de los pacientes, un 7,1% con niveles borderline y un 81% con niveles normales. Hallamos HC e HTG en el 6% de pacientes. La media de colesterol fue de 199,45 mg/dL (DE \pm 43,09) y 116,14 mg/dL de triglicéridos (DE \pm 69,5). Únicamente el 2,4% de los pacientes presentaba un SLEDAI > 5.

Conclusiones: La prevalencia de HC e HTG en pacientes con LES es alta (19 y 11,9%), aunque ligeramente inferior a otras series publicadas (38 y 31%, respectivamente) (1). Probablemente exista relación con trastornos del metabolismo lipídico asociado a mediadores de la inflamación y secundaria a terapia corticoidea, así como a la actividad de la enfermedad. La razón de presentar inferior prevalencia de HC e HTG en nuestra serie podría deberse a una escasa presencia de pacientes activos.

Bibliografía

1. Preclinical vascular disease in systemic lupus erythematosus and primary antiphospholipid syndrome. Jimenez S et al. Rheumatology 2005.

334

INFECCIONES OSTEOARTICULARES NEUMOCOCICAS

J. Belzunegui, L. López, O. Maíz, J.J. Intxausti y I. Paniagua
Hospital Donosita. San Sebastián.

Objetivo: Describir las características de pacientes diagnosticados de infección osteoarticular causada por *Streptococcus pneumoniae*.

Métodos: Revisión de los historiales de 8 pacientes diagnosticados por cultivo de material obtenido del foco infeccioso. *Se analizaron las siguientes variables:* 1. Edad, 2. Sexo, 3. Factores de riesgo asociados (ADVP, HIV, tratamiento con inmunosupresores, neoplasia, insuficiencia renal, diabetes, alcoholismo, hepatopatía crónica), 4. Fiebre, 5. Tiempo con síntomas, 6. Localización, 7. Analítica (VSG, leucocitos, hemoglobina), 8. Evolución tras tratamiento.

Resultados: La tabla 1 los muestra.

Conclusiones: 1. En nuestra pequeña serie las infecciones osteoarticulares neumocócicas se vieron en personas mayores. 2. La fiebre y VSG muy elevadas fueron constantes. 3. El retraso diagnóstico fue pequeño.

	Edad	Sexo	Factor de riesgo	Días hasta diagnóstico	Fiebre	Localización	Analítica (VSG: mm/h)	Evolución
Paciente 1	69	Mujer	Inmunosupresores	1	Sí	Rodilla	98	Limitación
Paciente 2	39	Hombre	Neoplasia	5	Sí	Rodilla	108	Buena
Paciente 3	71	Hombre	No	4	Sí	Oligoartritis	58	Buena
Paciente 4	87	Mujer	No	7	Sí	Hombro	88	Dolor y limitación
Paciente 5	64	Hombre	Diabetes	3	Sí	Rodilla	88	Buena
Paciente 6	62	Hombre	Hepatopatía	14	Sí	Columna	121	Buena
Paciente 7	63	Hombre	Diabetes	7	Sí	Columna	63	Buena
Paciente 8	53	Hombre	No	20	Sí	Columna	116	Buena

335

ANÁLISIS DE LOS MARCADORES SEROLÓGICOS DE LA ENFERMEDAD CELÍACA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE (AR). RESULTADOS PRELIMINARES

V. Ruiz-Esquide, P. Peris, O. Viñas, M.V. Hernández, A. Monegal, R. Reyes y N. Guañabens
Servicio de Reumatología. Hospital Clínico de Barcelona. Servicio de Inmunología. Hospital Clínico de Barcelona. Universidad de Barcelona.

El diagnóstico de enfermedad celíaca en adultos ha aumentado en los últimos años. Además, alrededor del 50% de estos pacientes no presenta síntomas intestinales, siendo la anemia u otros procesos asociados, como el desarrollo de una enfermedad metabólica ósea, las formas de presentación más frecuentes. El sistema inmunitario está directamente implicado en la patogenia de la enfermedad celíaca, un hecho que probablemente explica la mayor frecuencia de enfermedades autoinmunes asociadas a este proceso. Sin embargo, existen pocos estudios que analicen la asociación entre enfermedad celíaca y AR, así como su influencia en el desarrollo de osteoporosis en estos pacientes.

Objetivo: Analizar la prevalencia de marcadores serológicos de enfermedad celíaca en pacientes con AR y su relación con la presencia de osteoporosis en estos pacientes.

Pacientes y métodos: Estudio prospectivo transversal realizado en una consulta de Reumatología. Se presentan los resultados preliminares de los primeros 41 pacientes con AR incluidos de forma consecutiva. En todos los casos se valoró la presencia de Ac IgA antitransglutaminasa tisular (TTG), así como la presencia de factor reumatoide (FR) y AC Antinucleares (ANA) y se realizó una densitometría ósea de columna lumbar y fémur (DXA) para valorar la presencia de osteoporosis (escala T en columna y/o fémur < -2.5) u osteopenia (escala T en columna lumbar y/o fémur < -1).

Resultados: Los pacientes tenían una edad de 70 \pm 10,7 años (rango 47-85), 87,8% eran mujeres, el 78% tenían un FR+ y el 29% ANA+. La mayoría de pacientes tenían una disminución de la masa ósea. Así, el 32% tenía una osteoporosis por criterios densitométricos y el 51% una osteopenia. Ninguno de los casos analizados tenía marcadores positivos (TTG) para enfermedad celíaca.

Conclusión: Los resultados preliminares de este estudio no sugieren una asociación entre enfermedad celíaca y AR.

336

ENFERMEDAD DE CROHN, PIE CAIDO Y LUPUS LIKE, COMO EVENTOS ADVERSOS CONSECUTIVOS EN UN MISMO PACIENTE CON DIFERENTES ANTI-TNF

V. Navarro Conpan, M. Maqueda López, M.D. Ruiz Montesino, C. Vargas Lebrón y F. Navarro Sarabia
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: Las terapias biológicas pueden alterar la composición e integridad funcional de la respuesta inmune normal y, por

tanto, predisponer potencialmente a ciertos efectos adversos (EA): vasculitis, lupus, Enfermedad de Crohn, y enfermedades desmielinizantes.

Presentamos el caso excepcional de una paciente que muestra tres efectos adversos infrecuentes al ser tratada con los tres anti-TNF de uso comercial.

Caso clínico: Mujer de 34 años diagnosticada de artritis reumatoide seronegativa (FR positivo a título débil en una sola determinación) y anticuerpos anti-CCP negativos en base a poliartritis simétrica con afectación de carpos y rodillas. Realizó tratamiento con diversos AINEs, esteroides a diferentes dosis, cloroquina y metotrexato hasta 20 mg semanales sin adecuado control clínico ni radiológico, necesitando infiltraciones repetidas en rodillas, manteniendo DAS 28 mayor de 4 a lo largo de su evolución y observándose aparición de nuevas erosiones en rodillas, iniciándose entonces tratamiento biológico.

Comenzó tratamiento con etanercept 25 mg sc dos veces en semana y metotrexato. A los 9 meses de tratamiento presentó cuadro de deposiciones diarreas sin productos patológicos que remitían al retirar el fármaco y reaparecían al reintroducirlo, estableciéndose diagnóstico de enfermedad de Crohn ante los hallazgos de colonoscopia y biopsia intestinal realizadas. Se descartó la presencia del gen NOD2 por estudio genético. Ante esto se realizó cambio de biológico.

Inició tratamiento con infliximab 300mg en las semanas 0, 2, 6 y cada 8 semanas junto a metotrexato. A los siete meses de tratamiento aparecieron lesiones eritematosas en región malar y escote junto con alteraciones analíticas consistentes en positividad para ANA, anti-DNA, anti-Ro y disminución de la fracción C4 del complemento. Al retirar infliximab remitió el cuadro clínico, siendo diagnóstico de lupus-like asociado a infliximab y realizando segundo cambio de biológico.

Inició posteriormente adalimumab 40 mg sc cada 15 días y metotrexato. A las 6 semanas de tratamiento presenta cuadro de debilidad para la flexión dorsal del pie izquierdo y disminución de la sensibilidad en dorso del pie, con reflejos osteotendinosos vivos bilaterales. El cuadro no mejoró con tratamiento esteroideo, pero desapareció la sintomatología tras la retirada del adalimumab. No se encontraron hallazgos patológicos en electroneurograma, RNM craneal y lumbar.

Discusión: El desarrollo de anticuerpos y enfermedad autoinmune se ha relacionado con el uso de anti-TNF. La prevalencia de ANA positivos es del 50%, en pacientes tratados, y el desarrollo de anti-DNAs es del 10%. Se ha notificado el desarrollo de enfermedad de Crohn con el uso de etanercept, y asociado al gen NOD2/CAR15. En las células parietales de la mucosa intestinal, muy abundantes a nivel del íleon, existe una alta concentración de NOD2, y el TNF α tiene un papel fundamental en la regulación de la expresión de este gen a ese nivel intestinal. Además Etanercept bloquea preferentemente el TNFs (de acción anti-inflamatoria) pero casi no bloquea el TNFtm (de acción proinflamatoria) lo que produce un aumento paradójico del TNF biológicamente activo.

Aunque se tienen datos de que el TNF es una citoquina neurotóxica, hay estudios que indican una acción neuroprotectora y neurotrófica.

Conclusión: No se ha podido demostrar ninguna alteración específica detectable en la inmunidad (humoral, mediada por células y otros componentes), lo cual implica que no hay ninguna prueba inmunológica que pueda utilizarse para identificar aquellos pacientes con mayor susceptibilidad a eventos adversos. El uso de terapia biológica en la práctica clínica habitual, está haciendo aparecer eventos adversos poco frecuentes, no comunicados en los ensayos clínicos y ante los cuales los reumatólogos deben estar alerta.

337

¿INFLUYEN LAS MEDIDAS ADMINISTRATIVAS EN EL CONSUMO DE AINE ESPECÍFICOS?

S. Paredes¹ y Carles Llop²

¹Reumatología. Hospital Sant Joan. Reus. ²Unitat de Farmacia. CatSalut. Tarragona.

Introducción: En los últimos años, el grupo de los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) ha sido motivo de frecuentes controversias acerca de diversas circunstancias relacionadas con su seguridad y eficiencia. Estas cuestiones han motivado la edición de notas informativas de la Agencia Española del Medicamento (AGEMED), y el impulso de medidas administrativas para la restricción del uso de diversos AINE.

Objetivo: Conocer como influyen en el uso de los coxibs la difusión de las notas informativas de la AGEMED acerca de su seguridad, así como la adopción de medidas administrativas restrictivas en su uso.

Material y métodos: A partir de la aplicación informática de facturación de recetas dispensadas por las oficinas de farmacia en Cataluña se obtuvo el consumo de todos los AINE desde 2002 hasta 2007 para el global de las cuatro provincias catalanas. Este consumo se expresó en forma de dosis diarias definidas por mil habitantes y por día (DHD). La población considerada fue la del censo anual de habitantes para Cataluña. La relación de notas informativas y de medidas administrativas en este periodo se recogió de la página web de la AGEMED (<http://www.agemed.es/actividad/alertas/usoHumano/seguridad/home.htm>).

Resultados: En julio de 2002 se estableció la obligatoriedad del visado de inspección para la dispensación de recetas de coxibs. Posteriormente, se editaron diferentes comunicados hasta que entre finales de 2006 y principios de 2007 se revocó esta medida. Estos dos momentos marcaron de manera muy relevante cambios en el consumo de estos AINE. Otros momentos con influencia apreciable fueron la suspensión de la comercialización de rofecoxib, a finales de 2004 y la aparición de comunicados reafirmando los posibles efectos adversos cardiovasculares de los coxibs (primer semestre de 2005).

Un resumen del consumo de coxibs en relación con la aparición de medidas y comunicados de la AGEMED puede verse en la tabla 1.

		Consumo celecoxib (DHD)	Consumo rofecoxib (DHD)	Consumo etoricoxib (DHD)	Consumo total AINE (DHD)
2001	Primera nota relativa a riesgos CV de coxibs				
Enero 2002	Visado de inspección	2,173	1,745		39,921
Diciembre 2002		0,968	1,678		40,811
Diciembre 2003	Suspensión comercialización rofecoxib	0,894	0,907		49,096
2004					
Diciembre 2004	Edición de nuevos datos de seguridad CV con celecoxib	0,910	0,002		50,406
2005	Nuevos comunicados de riesgo CV con coxibs				
Diciembre 2005	Actualización de riesgos CV de los AINE, incluyendo AINE clásicos no coxibs	0,282		0,095	43,869
2006					
Revocación del visado con celecoxib					
Diciembre 2006	Revocación del visado de etoricoxib	0,425		0,118	44,945
2007					
Diciembre de 2007		1,130		0,705	51,138

Conclusiones: Los vaivenes relacionados con el riesgo CV diferencial de los coxibs considerado por las autoridades sanitarias respecto los AINE tradicionales se ha visto reflejado en el consumo de estos fármacos a lo largo del tiempo. Las medidas administrativas, pero también la aparición de notas informativas acerca de la seguridad de estos fármacos han tenido efectos muy relevantes en la evolución del consumo de los coxibs. El consumo de AINE, sin embargo, ha aumentado globalmente de manera importante. La premisa fundamental parece continuar siendo el uso racional de todos estos fármacos, teniendo en cuenta la relación beneficio/riesgo, así como las precauciones diferenciales según el fármaco que se emplee y la toxicidad que desee evitarse.

338

SARCOIDOSIS INFANTIL: MANIFESTACIÓN OCULAR COMO SIGNO DE PRESENTACIÓN

B. Rodríguez-Lozano, V. Lozano*, J. Feo**, S. Bustabad, V. Hernández, E. Delgado, S. Talaverano, M.J. Losada* y M.A. Serrano*

*Servicio Reumatología. *Servicio Oftalmología. **Servicio Pediatría. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. Tenerife.*

Introducción: La sarcoidosis de inicio infantil es infrecuente y puede cursar de modo casi asintomático. En general, la afectación ocular ocurre en el 20% de los pacientes, mientras que es sólo en el 5% de los casos la 1ª manifestación de la enfermedad. Por otra parte se conoce la variación de los valores de la enzima convertidora de angiotensina (ECA) en enfermedades granulomatosas, sin poder considerarse marcador específico de la enfermedad, y también las variaciones fisiológicas según la edad y sexo.

Objetivo: Describir prevalencia, tipo y características de la uveítis infantil como debut de posible enfermedad sistémica tipo sarcoidosis.

Pacientes y métodos: Estudio observacional de pacientes con uveítis de inicio pediátrico valorados por los Servicios de Oftalmología, Reumatología y Pediatría del HUC entre 2000 y 2007 tras protocolo diagnóstico y seguimiento en la U.de Uveítis. Análisis estadístico: test de Wilcoxon-Mann-Whitney para comparación de dos grupos independientes.

Resultados: 18/165 pacientes iniciaron uveítis antes de los 18 años (11%), distribución por sexos 10V/8M. 14/18 (77%) pacientes debutaron con cuadro ocular sin enfermedad sistémica previa. 4/18 (3V, 1H) presentaron uveítis a una edad media de 6 años con un seguimiento de 3-26 años (mediana 12,5 años) con las siguientes características: *Paciente 1:* Varón 16 años con pars planitis bilateral y edema macular quístico en ojo derecho. ECA 117 U/l. Recibió corticoides y Cs-A en pauta descendente asociado a MTX 7,5 mg/semanal. *Paciente 2:* Varón de 12 años con uveítis intermedia bilateral (vitritis con snowball). ECA 94 U/l. Preciso corticoterapia y Cs-A. Actualmente sin tratamiento. *Paciente 3:* Niña de 13 años, uveítis intermedia bilateral (pars planitis con periflebitis) con curso severo y recidivante. En curso de tratamiento con corticoides a bajas dosis, (2,5 mg a días alternos), Cs-A (3 mg/kg/día) y MTX 7,5 mg/semanal. ECA 83 U/l. *Paciente 4:* Varón de 33 años con debut de uveítis anterior crónica bilateral a los 7 años y en el seguimiento desarrolló uveítis posterior (periflebitis peripapilar y cicatrices coriorretinianas), poliartritis, adenopatías, fiebre, paniculitis cutánea, hipercalcemia, patrón gammagráfico Ga67 en panda y ECA 84 U/l. En tratamiento con corticoesteroides a bajas dosis a días alternos.

En todos estos pacientes, la ECA sérica estaba elevada con una mediana de concentración de 89 U/l (rango 83-117), mientras que permanecía dentro de los rangos normales en el resto de la serie con una mediana de concentración de 31 U/l (14-44), con diferen-

cia significativa en la comparación de los dos grupos con valor de probabilidad exacto ($p = 0,007$). Se realizó estudio radiológico de tórax en todos los pacientes que fue normal y RMN para valoración de adenopatías mediastínicas en 2/4 pacientes que fue negativa. A pesar del tratamiento con corticoides e inmunosupresores han persistido los valores de ECA por encima del rango normal.

Conclusiones: 1) El 11% de los pacientes valorados en la Unidad de Uveítis presentaron la 1ª manifestación ocular en la edad pediátrica. 2) El 77% de los pacientes no presentaban enfermedad sistémica conocida asociada en el momento del diagnóstico del cuadro ocular. 3) 4/18 pacientes (22%) presentaban valores elevados de ECA con manifestaciones oculares observadas en la sarcoidosis, aunque sólo 1 paciente desarrolló otras manifestaciones clínicas sistémicas sugestivas de esta enfermedad. 4) Aunque no se ha podido establecer un diagnóstico definitivo de sarcoidosis, las manifestaciones oculares, la elevación de ECA y el curso crónico y recidivante sugiere en este subgrupo de pacientes dicha posibilidad diagnóstica y mantener un estricto seguimiento.

339

AMIOTROFIA DIABÉTICA DE GARLAND COMO CAUSA DE COXALGIA INVALIDANTE. A PROPÓSITO DE DOS CASOS CLÍNICOS

F.J. Rodríguez-Martínez, N. Lozano Rivas, A. Uceda Galiano, M.J. Moreno Martínez, C. Marras, M.J. Moreno Ramos, L.F. Linares, F. Mtnz-Angosto, J. Mtnz-Ferrín y A. Bermúdez
Servicio de Reumatología. Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción: La amiotrofia diabética es un tipo de neuropatía diabética con afectación predominante de las raíces nerviosas L2, L3 y L4. Clínicamente se caracteriza por el desarrollo de forma brusca y asimétrica de dolor y debilidad proximal en miembros inferiores. Característicamente se presenta en ancianos con diabetes mellitus (DM) tipo 1 o tipo 2 que tienen malos controles de glucemia, aunque también se puede manifestar en pacientes bien controlados. La progresión de la neuropatía hacia segmentos nerviosos más distales ipsilaterales o incluso contralaterales es frecuente. En cuanto al tratamiento, se basa en el control sintomático del dolor y en el inicio temprano de la rehabilitación.

Caso 1: Mujer de 59 años de edad que, 5 meses antes de su ingreso, comenzó con dolor a nivel inguinal y glúteo izquierdo, el cual fue aumentando en intensidad de forma progresiva. El dolor se irradiaba por cara antero-externa del muslo, hasta la rodilla. Consultó por este motivo en el médico de cabecera, atribuyendo el cuadro a una lumbociatalgia. La paciente tomó antiinflamatorios no esteroideos sin mejoría. Una semana antes de consultar en urgencias, el dolor se hizo invalidante. Como único antecedente de interés destacaba una diabetes mellitus (DM) tipo 2 tratada con antidiabéticos orales y regulares controles, de unos 10 años de evolución. La exploración física evidenció dolor y limitación muy severos en cadera izquierda, acompañada de marcada atrofia de cuádriceps. Finalmente, la única prueba complementaria alterada fue el electromiograma, el cual objetivó pérdida de unidades motoras en cuádriceps y aductores de cadera izquierda; hallazgos compatibles con neuropatía motora asimétrica de origen diabético (Amiotrofia Diabética de Garland), de grado moderado.

Caso 2: Mujer de 67 años que ingresó por dolor muy intenso a nivel de cadera derecha, irradiado hasta tobillo. El cuadro se inició seis meses antes como parestesias en cara anterior del muslo derecho. Los antecedentes que presentaba, eran hipertensión arterial, hipercolesterolemia y diabetes mellitus tipo 2 insulinizada, de más de 30 años de evolución. En la exploración física destacaba una coxalgia

derecha importante, atrofia cuadriceps, disminución de fuerza proximal en miembro inferior derecho y abolición de reflejo patelar ipsilateral. Tras un estudio pormenorizado, se objetivó en la electromiografía una neuropatía motora proximal asimétrica (Amiotrofia Diabética de Garland) con grado muy severo de afectación de grupos musculares flexores de cadera y extensores de rodilla.

Conclusión: La Amiotrofia Diabética de Garland es una entidad poco frecuente, pero en la que debemos pensar ante un paciente diabético, bien tipo 1 o tipo 2, independientemente de la evolución de la enfermedad, que presenta un cuadro de dolor intenso a nivel de cadera y atrofia en cuádriceps. Además, suele ir acompañado de irradiación caprichosa hacia la pierna del mismo lado, debilidad de musculatura proximal y alteración de reflejo patelar.

340

RITUXIMAB EN NEFRITIS LUPICA

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

Introducción: La nefritis condiciona un mal pronóstico en LES. El estándar de tratamiento es la ciclofosfamida IV, no exenta de efectos adversos y con algunos casos refractarios. Rituximab ha demostrado eficacia en el tratamiento de Lupus en estudios previos. Hemos tratado 3 pacientes con nefropatía proliferativa (III o IV) refractarios a ciclofosfamida, todos con SAF. Recibieron dos infusiones de 1 g separadas 2 semanas asociadas a ciclofosfamida 750mg en los dos primeros casos.

Caso 1: Varón de 37 años diagnosticado de LES, debuta con miocarditis y nefropatía lúpica IV manifestada por S nefrótico. Ha recibido 4 ciclos de tratamiento con Rituximab asociado a ciclofosfamida, remitiendo la proteinuria tras el 2º ciclo con depleción efectiva de CD19.

Caso 2: Mujer de 17 años con LES, síndrome antifosfolípido secundario y nefritis lúpica tipo III inicialmente tratada con ciclofosfamida durante varios años con buena respuesta, con recaída hace 2 años con proteinuria en rango nefrótico, que se ha tratado con Rituximab (3 ciclos) con respuesta parcial (proteinuria <1 g/24 horas). Quedó embarazada 1 mes después de la última dosis, con buena evolución clínica y analítica y dando a luz 1 niña sana.

Caso 3: Mujer de 38 años diagnosticada de LES con síndrome antifosfolípido secundario. Nefritis lúpica diagnosticada en 2000, que se trató sucesivamente con ciclofosfamida, azatioprina y micofenolato con buena respuesta inicial, con reciente aumento de la proteinuria en rango nefrótico. Ha recibido 2 ciclos de Rituximab, con respuesta parcial (proteinuria actual 1,5 gramos/24 horas).

Discusión: Los pacientes descritos corresponden a casos de lupus con afectación renal de difícil control y proteinuria persistente refractaria a múltiples fármacos inmunosupresores. Rituximab ofrece una nueva opción de tratamiento, que se muestra eficaz en la nefritis lúpica con un excelente perfil de seguridad y tolerancia.

341

ESPONDILODISCITIS TUBERCULOSA EN EL ÁREA SANITARIA DE CÁDIZ (2000-2007)

R. Gil Velez, N. Chozas Candanedo, P. León Rubio, I. Macías Fernández, J.J. Pérez Venegas, F. Medina Varo y S. García Pérez
Sección Reumatología. Hospital Universitario Puerta del Mar.

Introducción: Se denomina espondilodiscitis infecciosa al proceso de colonización y posterior infección del espacio discal, y los

cuerpos adyacentes. Los microorganismos suelen acceder a estas estructuras por vía hematológica. En los últimos 20 años se ha producido una disminución de las ET y aumentado las etiologías bacterianas. La incidencia del Mal de Pott, (conocido desde 1779), oscila el 2% pero es la enfermedad granulomatosa más frecuente de la columna vertebral. El síntoma más habitual es el dolor local que aumenta a lo largo de semanas o meses, acompañado de rigidez muscular y fiebre. Síntomas constitucionales están presentes en menos del 40%. En la mayoría de los casos la prueba de tuberculina es positiva y muestran un elevado valor de sedimentación globular.

Objetivos: Conocer la distribución en cuanto al sexo, incidencia, edad, forma de presentación y características concretas de los pacientes diagnosticados del espondilodiscitis tuberculosa entre los años 2000-2007 en el Área Sanitaria de Cádiz.

Material y método: Se realiza un estudio clínico retrospectivo desde el año 2000-2007 revisando sus historias clínicas en el que se incluyeron todos los pacientes con sospecha de espondilodiscitis infecciosa espontánea pertenecientes al Área Sanitaria de Cádiz, seleccionando aquellos que presentaban diagnóstico microbiológico de espondilodiscitis tuberculosa. Los pacientes procedían de las consultas de Traumatología, Reumatología y Medicina Interna del Hospital Puerta del Mar de Cádiz.

Resultados: En el tiempo estudiado encontramos en nuestra área un total de 29 pacientes con espondilodiscitis infecciosa comprobada siendo 6 casos de origen tuberculoso (19%). Las características se muestran en la tabla adjunta en cuanto a distribución por edad, sexo, localización, tiempo de diagnóstico, síntomas y tratamiento.

Conclusiones: La incidencia en Cádiz es menor que la publicada por otros autores en otras regiones de España, aunque si tenemos en cuenta la incidencia de tuberculosis respiratoria superior en estas regiones, nuestra incidencia es significativamente mayor. No coincidimos con la mayoría de los autores en cuanto al sexo, pues refieren un predominio en varones mientras que nosotros detectamos un mayor número de mujeres. En cuatro de nuestros casos pasaron más de 5 meses desde la aparición de los síntomas hasta el diagnóstico y en uno más de año y medio. En cuanto a localización la más frecuente se trata de la columna lumbar y últimas vértebras dorsales. La presentación clínica más frecuente es el dolor, de comienzo insidioso y características mecánicas al comienzo de la enfermedad. El tratamiento fue fundamentalmente médico en todos los casos y todos evolucionaron bien.

342

PRESENTACIÓN DE UN CASO DE INFECCIÓN DE PRÓTESIS ARTICULAR EN PACIENTE EN TRATAMIENTO CON ANTI-TNF (ADALIMUMAB)

R. Gil Velez, M- Gandía, R. Moreno, F. Medina, J.J. Pérez Venegas y S. García Pérez
Sección Reumatología. Hospital Universitario Puerta del Mar.

Introducción: Las infecciones de prótesis articular ha sufrido una disminución progresiva en las últimas décadas del 9 al 1% en cadera y 2,5% en rodilla. Estas infecciones están favorecidas por múltiples mecanismos intrínsecos a la prótesis tales como: disminución de la actividad de los fagocitos, linfocitos y complemento producidos por el cemento de polimetilmetacrilato; y creación del biofilm que se trata de una capa de exopolisacáridos que facilitan la adherencia de microorganismos a la prótesis y características propias del paciente tales como; malnutrición, diabetes, estados de inmunosupresión, fármacos concomitantes. La etiología más

frecuente se trata de cocos gram+ suponiendo el 50% y con mayor incidencia S. Coagulasa Negativo (Epidermidis).

Objetivos: Analizar el papel que juega el tratamiento de base con anti-TNF en un caso de infección de prótesis de rodilla.

Método: Valoración de un caso de infección de prótesis articular tras 5 años de su colocación y en tratamiento con anti-TNF, en el Hospital Puerta del Mar de Cádiz.

Resultados: Paciente de raza blanca, diagnosticada desde hace 20 años de Artritis Reumatoide y habiendo recibido tratamiento con FAME y esteroides orales durante tiempo prolongado y colocación de prótesis articular en rodilla hace 5 años, y desde hace 5 meses tratamiento con Anti-TNF (adalimumab), ingresa por presentar artritis séptica de prótesis articular.

Conclusiones: El TNF es una citoquina, que además de ser central en la inmunidad innata y adquirida, participa como mediador de procesos inflamatorios y autoinmunes. Un número importante de estudios han demostrado que la administración de anticuerpos anti-TNF pueden inducir una mejoría significativa en pacientes con enfermedades mediadas inmunológicamente. A pesar del gran avance que ha supuesto esta nueva terapia, se ha demostrado que existe un aumento de infecciones latentes y aparición de neoplasias hematológicas.

343

VASCULITIS SISTÉMICA EN ISABEL LA CATÓLICA

F. Medina¹, J. Aceves-Avila² y J. Moreno¹

¹Unidad de Enfermedades Autoinmunes. Centro Médico Nacional "Siglo XXI". IMSS. México, DF. ²Hospital General Regional #46. IMSS. Guadalajara. México.

Antecedentes: Dña Isabel de Trastámara, mejor conocida como Isabel la Católica "fundadora de España y madre de América", nació en Madrigal de las Altas Torres (Ávila) en 1451 y reinó de 1474 a 1504. Sobre su causa de muerte se han manejado varias posibilidades: sífilis (Reparez), hidropesía (Comenge), "cáncer de matriz de tanto montar a caballo" (Ibarra), diabetes y endocarditis mixta de discrasia nerviosas (Gómez).

Objetivo: Presentar evidencias médicas sobre una posible vasculitis en Isabel de Castilla y Aragón.

Métodos: Análisis en fuentes primarias y secundarias.

Resultados: Según mención de su secretario Hernando del Pulgar era muy "gentil de cuerpo" (entrada en carnes) "bien compuesta en su persona y en la proporción de sus miembros, muy blanca e rubia; los ojos entre verdes y azules, el mirar gracioso y honesto, las facciones del rostro bien puestas, la cara muy fermosa y alegre". De sus antecedentes destaca la presencia de fiebres recurrentes desde los 41 años, que fueron catalogadas como paludismo, además de luto no resuelto (muerte de sus padres y 2 hijos en 3 años, conflictos familiares, etc.) que provocaron depresión reactiva, "...la reyna estaba triste...".

La última enfermedad fue una afección crónica con duración de 23 meses. Sus físicos fueron el Dr. Fernando Álvarez de la Reina, Fernando Abarca Maldonado y Julián Gutiérrez de Soto. De acuerdo a los escritos médicos disponibles presentó fiebre, ataque al estado general, hiporexia, pérdida de peso y palidez (se le practicaron varias sangrías, así como la anemia 2a. a enfermedad crónica).

Tuvo debilidad de piernas, con marcha de ánade y dificultad progresiva para caminar, hasta tener que desplazarse en una litera y quedar reducida al lecho. Presentó además edema de piernas con anasarca.

El 20 de junio "sucedió un buen frío que duró casi cuatro horas y con buena calentura; a las cinco sobrevino un sudor copioso que duró hasta las once de la noche...; dormió esa noche mejor y amaneció aliviada de un dolor en el costado...". "El mortífero tumor va corriéndose entre la piel y la carne..." "...presenta inapetencia absoluta, así como sed continua y devoradora..." (Mártir de Anglería, octubre 3, 1504, Peggy Liss), visible desde junio, pero sin mencionar localización ni morfología. Padeció una "úlcer secreta...; junto con cierta enfermedad, fea, prolixa e incurable..." complicada con una "fístula en las partes vergoñosas...". Esta enfermedad, probablemente cáncer cervicouterino (caCU), se agravó porque su pudor prohibía que fuese examinada por un galeno.

Presentó también lesiones cutáneas ulceradas en miembros inferiores. Al comenzar octubre tuvo convulsiones (sin ahondar en semiología), con recuperación ad integrum; pues estaba orientada al hacer su testamento (Oct-12), y cuando firmo el codicilo (Nov. 23). Falleció en Medina del Campo, el 26 de noviembre de 1504.

Discusión: La enfermedad final de Isabel de Castilla y Aragón, fue un proceso crónico, febril, multisistémico con crisis convulsivas, neuropatía, afección renal, lesiones mucosas y úlceras cutáneas en extremidades (probablemente vasculitis de pequeños vasos). Añadimos el diagnóstico de vasculitis, sin poder precisar si fue primaria (Behcet, poliarteritis nodosa), o secundaria a proceso tumoral (síndrome paraneoplásico a CaCU o neoplasia abdominal). Faltan documentos ad hoc para esclarecer esta charada médico-histórica que llevó a la tumba a la mujer del milenio, y sin duda, la más importante en la historia de España.

344

EFFECTO DEL TRATAMIENTO CON RANELATO DE ESTRONCIO SOBRE LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA EN MUJERES POSMENOPÁUSICAS. DATOS PRELIMINARES DEL PRIMER AÑO DE UN ESTUDIO A 3 AÑOS

M. Bernad, M.V. Garcés, D. Peiteado y E. Martín Mola
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Objetivos: Varios estudios aleatorizados, internacionales y multicéntricos han demostrado que el ranelato de estroncio (rSr) ejerce una acción dual sobre el metabolismo óseo, incrementando la formación y disminuyendo la resorción, simultáneamente y que disminuye el riesgo de fracturas vertebrales (SOTI) y no vertebrales (TROPOS). El objetivo de este trabajo es evaluar el efecto del tratamiento con rSr en la práctica clínica habitual de un Servicio de Reumatología. Se presentan los resultados preliminares de un estudio diseñado para tres años.

Material y métodos: Se han evaluado 138 mujeres posmenopáusicas de 65,7 ± 7,8 años de edad, con 17 ± 8,3 años de menopausia; con T-score en columna lumbar y cuello de fémur entre -1 y -4, con o sin fracturas prevalentes, a quienes se les prescribió tratamiento oral con 2 g/día, de rSr durante tres años, asociado a calcio y vitamina D en dosis adecuadas según los niveles basales individuales. El 36,2% había tenido al menos una fractura osteoporótica, de las que el 23,2% eran vertebrales, 5,1% de Colles, 1,4% de fémur y 6,5% en otras localizaciones. El 9,4% de las mujeres había tenido una segunda fractura. La densidad mineral ósea (DMO, método DXA) se determinó en estado basal y a los 12 meses, luego se evaluará a los 24 y 36 meses de tratamiento.

Resultados: A los 12 meses de tratamiento, la DMO aumentó significativamente en relación al valor basal tanto en columna

lumbar (2,65%; $p = 0,004$) como en cuello de fémur (1,62%; $p = 0,04$). Durante el primer año de tratamiento se han producido 4 nuevas fracturas, una vertebral y una de cadera a los seis meses y 1 fractura vertebral y 1 de Colles a los 12 meses. Se determinó la concentración sérica de 25-hidroxivitamina D y parathormona (PTH) (IRMA) y deoxipiridinolina urinaria (DPD), en estado basal y a los 6 y 12 meses y posteriormente se medirá a los 24 y 36 meses. Sólo la PTH mostró una disminución significativa respecto al valor basal a los 12 meses de tratamiento ($p = 0,016$). El rSr ha sido bien tolerado por la mayoría de las pacientes, sólo el 5,8% ha suspendido el tratamiento por síntomas adversos leves de tipo gastrointestinal y una paciente, por trastornos circulatorios.

Conclusiones: El tratamiento con 2 g/día de ranelato de estroncio en mujeres posmenopáusicas con osteoporosis u osteopenia, con o sin fracturas previas, aumenta los valores de densidad mineral ósea en la columna lumbar y en el cuello de fémur, es, en general, bien tolerado y puede ser utilizado en la práctica clínica.

345

ESTADO FUNCIONAL, CALIDAD DE VIDA Y COSTOS DE ATENCIÓN EN PACIENTES CON OSTEOARTRITIS SOMETIDOS A REEMPLAZO ARTICULAR

A. Peña, N. Payan¹, A. Valentin¹, C. Pineda¹ y R. Espinosa¹

¹Instituto Nacional de Rehabilitación.

Objetivo: Determinar el costo promedio de gastos de atención, estado funcional y calidad de vida en pacientes con OA de cadera y rodilla que son sometidos a cirugía de reemplazo articular (CRA).

Material y métodos: Estudio prospectivo de evaluación económica de tipo parcial y descriptivo de costos aplicando la técnica de microcosteo en pacientes consecutivos con diagnóstico de OA de cadera y rodilla, con grado radiológico IV (KL). Se aplicó un cuestionario basal que incluía variables demográficas, comorbilidad, medicamentos, ingresos y egresos económicos, costos directos e indirectos, calidad de vida y capacidad funcional. Después de la intervención quirúrgica, los costos se evaluaron mediante un diario en donde semanalmente los pacientes anotaban los gastos relacionados con la OA. Se analizó la información a los 2, 4 y 6 meses. El costo está expresado en euros (1 € = \$ 15,94893 pesos mexicanos).

Resultados: Se incluyeron 43 pacientes, 79% mujeres, 21% hombres, media edad mujeres 65,9 ± 13,97 años, hombres 73,61 ± 6,7 años. IMC mujeres 26,48 ± 3,26, hombres 29,65 ± 4,06 kg/m². Ingreso mensual medio muestral € 189,78 ± € 177,59. Al valorar función con WOMAC, se observó una disminución significativa a los 2, 4 y 6 meses con respecto a la basal en los 3 rubros (tabla 1). Costos calculados durante el mes previo a la CRA: medicamentos € 24,19 ± € 17,83, consultas € 16,25 ± € 20,12, laboratorio € 12,82 ± € 8,38, gabinete € 18,61 ± € 23,22, aparatos de ayuda € 16,98 ± € 16,96, transporte € 31,89 ± € 41,33, rehabilitación € 1,47 ± € 4,4, con un costo total de € 123,12 ± € 87,63 (21,75-112,6). Se realizaron 31 artroplastias de rodilla y 12 de cadera. El costo promedio de las prótesis fue de € 1587,88 con un rango de € 1.285,35 a € 2.696,1. La estancia hospitalaria tuvo una media de 3,67 ± 1,13 días. A los 6 meses, los costos disminuyen de manera significativa hasta € 20,67 ± € 19,54 (2,00-112,6) ($p < 0,05$). La calidad de vida medida mediante SF-36 mejora notablemente a los

6 meses en cada una de las esferas: función física, rol físico, dolor, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, y salud mental.

Conclusiones: A pesar de que los costos derivados de un reemplazo articular total resultan elevados en comparación con el ingreso medio, este resulta en una mejoría aceptable en la calidad de vida y estado funcional.

WOMAC

	Basal	2 meses	4 meses	6 meses
Dolor	13,6 ± 2,38	6,55 ± 2,45	5,11±1,87	3,67±1,53
Rigidez	5,81 ± 1,65	1,16 ± 1,34	0,37±0,81	0,13±0,46
Función	53,65 ± 7,94	22,86 ± 9,77	16,34 ± 8,4	11,16 ± 4,45

346

ANÁLISIS DE LAS SOLICITUDES DE INTERCONSULTA INTRAHOSPITALARIA A REUMATOLOGÍA. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA DE NIVEL III

J. Alegre*, J.L. Alonso Valdivielso*, B. Álvarez Lario*, M.C. Alegre López** y C. González-Montagut*

*Sección de Reumatología. **DUE. Complejo Hospitalario de Burgos. Burgos.

Objetivo: Analizar la demanda de asistencia especializada en reumatología a los pacientes ingresados en otros servicios medicocirúrgicos, en un hospital de referencia provincial de nivel III de 650 camas.

Material y método: Revisión y análisis del registro y base de datos informatizados de todas las solicitudes de Hojas de Interconsulta realizadas a la sección de Reumatología durante todo el año 2007. Se recogen como variables de interés: sexo, servicio solicitante, diagnóstico final, procedimientos diagnósticos propios (artrocentesis y estudio de líquido sinovial con microscopio óptico de luz polarizada).

Resultados: A lo largo de el año 2007 se recibieron en Reumatología 146 Hojas de Interconsulta Intrahospitalaria (77 varones/69 mujeres). El 67% correspondió a patología inflamatoria siendo la mas frecuente la monoartritis por microcristales 41 (28%) [25 (17%) gota, 16 (11%) pseudogota], 12 (8%) oligoartritis, 13 (9%) poliartritis, 23 (16%) artritis reumatoide con complicaciones intercurrentes, 19 (13%) patología vertebral no inflamatoria, 15 (10%) patología de partes blandas (periartrosis escapulo humeral, dolores musculares), 6 (4%) espondiloartropatías, y el 11% restante: artralgiás inespecíficas, 1 discitis, 1 enfermedad de Paget.

Los servicios más demandantes fueron Cardiología 29 (20%), M. Interna 24 (16%), Neumología 15 (10%) y Traumatología 14(10%), y con menor demanda: Nefrología 12 (8%), Neurología 11 (8%), Cirugía General 9 (6%), Cirugía Plástica 7 (5%), Digestivo 7 (5%), ORL 3 (2%), Pediatría 3 (2%), UCI 2, Neurocirugía 2, Oftalmología 2, Ginecología 2, Cirugía Vasculat 1, Urología 1, Dermatología 1 y Hematología 1.

Las solicitudes de interconsulta han generado 79 artrocentesis y 66 estudios de líquido sinovial al microscopio óptico de luz polarizada que ha permitido diagnosticar a 41 artritis por microcristales.

Conclusiones: La monoartritis aguda por microcristales es la patología intercurrente más demanda para estudio en pacientes ingresados. Los servicios más demandantes han sido Cardiología, M. Interna, Neumología y Traumatología. La artrocentesis y el estudio microscópico del líquido sinovial han permitido un diagnóstico y tratamiento rápidos en los pacientes con gota y pseudogota.

TERAPIA ANTIBIÓTICA EN BURSTITIS SÉPTICA: COMPARACIÓN DE TRES ESTRATEGIAS BASADAS EN CLOXACILINA

V.M. Martínez-Taboada¹, R. Cabeza¹, P. Muñoz Cachero², C. Martínez-Dubois¹, I. Villa¹, R. Blanco¹, M. Agudo¹ y V. Rodríguez-Valverde¹

¹Servicio de Reumatología. ²Gerencia Atención Primaria. Hospital Universitario "Marques de Valdecilla". Servicio Cántabro de Salud. Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria. Fundación Marques de Valdecilla-IFIMAV.

Objetivo: La Bursitis séptica (BS) es una patología frecuente que en una proporción elevada de los pacientes requiere terapia antibiótica i.v. y en algunos casos drenaje quirúrgico. Los patógenos más frecuentemente implicados son los microorganismos grampositivos, especialmente *Staphylococcus aureus*. A pesar de no existir en la literatura estudios con un diseño adecuado acerca de cual es la terapia antibiótica más adecuada, los agentes activos frente al *S. aureus* resistente a Penicilina son los antibióticos de elección. El objetivo de este estudio es comparar tres estrategias antibióticas diferentes en pacientes con BS grave.

Métodos: Revisión retrospectiva de pacientes con BS grave atendidos en un Servicio de Reumatología. Se consideró BS grave cuando los pacientes precisaron hospitalización y/o tratamiento antibiótico i.v. Todos fueron tratados con bursocentesis y una de estas opciones terapéuticas: Cloxacilina (C), 2 gr/4 h i.v. seguido de cloxacilina 1 gr/6h v.o. al mejorar clínicamente; Cloxacilina i.v. y Gentamicina (C + G) durante los 5-7 primeros días, ajustando la dosis inicial al peso y función renal (dosis inicial media de Gentamicina de 240 mg/24 h); Cloxacilina i.v. y Rifampicina a 600 mg/día v.o. En los casos de mala evolución se consultó al Servicio de Traumatología para drenaje quirúrgico.

Resultados: Se incluyeron 82 pacientes con BS grave (79% con una edad media de 47,2 ± 16,3 años). El intervalo medio hasta el diagnóstico fue de 6,1 ± 6,9 días, y la localización más frecuente la bursa prepatelar (73,2%). En un 67% el cultivo fue positivo, siendo *S. aureus* la bacteria más frecuentemente aislada (94,4%). La tinción Gram evidenció cocos grampositivos en un 20,7%. La fiebre se presentó en el 50% de los pacientes, siendo más frecuente en el grupo de C + G. La celulitis extensa fue también más frecuente en este grupo. De acuerdo con la gravedad clínica, la VSG fue también mayor en el grupo C + G. La duración del tratamiento antibiótico i.v. fue mayor en el grupo C + G comparado con el grupo C (p = 0,008) aunque la duración total del tratamiento antibiótico fue similar (p = 0,063). Hubo una tendencia en el grupo C + R a necesitar más cirugía (C vs. C + R, p = 0,07; C + G vs C + R, p = 0,2). Todos los pacientes excepto uno tuvieron

resolución completa de la BS. No hubo diferencias en cuanto a efectos adversos.

Conclusiones: En los pacientes con BS grave sin celulitis extensa, la cloxacilina i.v. suele ser eficaz en la mayoría de los casos. En aquellos pacientes con una presentación más grave, cloxacilina junto a gentamicina parece ser la opción más apropiada.

348

ESPONDILODISCITIS ESTREPTOCOCICAS. PRESENTACION DE 8 CASOS

J. Belzunegui, L. López, O. Maíz, I. Paniagua y J.J. Intxausti
Hospital Donostia. San Sebastián.

Objetivo: Describir las características clínicas de una pequeña serie de pacientes con espondilodiscitis causada por *Streptococcus* spp.

Métodos: Revisión de los historiales de los pacientes. Las variables analizadas fueron: 1. Edad. 2. Sexo. 3. Factores de riesgo asociados. 4. Días transcurridos hasta el diagnóstico. 5. Microorganismo causante. 6. Fiebre. 7. Localización. 8. Compromiso neurológico al ingreso. 9. VSG. 10. Método diagnóstico. 11. Evolución.

Resultados: Se muestran en la siguiente tabla:

Comentarios: 1. En nuestra serie la espondilodiscitis estreptocócica fue más frecuente en varones mayores de 50 años. 2. La fiebre y VSG muy elevadas fueron hallazgos casi constantes. 3. Es importante descartar asociación con endocarditis.

349

INFLUENCIA DEL NÚMERO DE VISITAS POR AÑO EN LOS DESENLACES TRADICIONALES EN PACIENTES CON OSTEOARTROSIS DE GRANDES ARTICULACIONES DE MIEMBROS INFERIORES

Y. Ambriz Murillo, E. Morelos, I.D. Campos, R. Menor Almagro¹ y M.H. Cardiel Rios

Hospital General Dr. Miguel Silva. Morelia, Michoacán. México. ¹Sección de Reumatología Hospital de Jerez. Jerez de la Frontera. Cádiz.

Introducción: La osteoartritis (OA), es una enfermedad prevalente que deteriora la calidad vida, produce dolor y discapacidad. Es esperable que su frecuencia aumente con el incremento en la esperanza de vida. Es importante identificar las variables asociadas con mejores desenlaces clínicos.

Pacientes y métodos: De la consulta externa de Reumatología, del Hospital General Dr. "Miguel Silva" en Morelia Michoacán, se seleccionaron 40 pacientes consecutivos con gonartrosis o co-

	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4	Paciente 5	Paciente 6	Paciente 7	Paciente 8
Edad	72	35	58	63	62	54	53	63
Sexo	Hombre	Hombre	Mujer	Hombre	Hombre	Mujer	Hombre	Hombre
Factor de riesgo	Neoplasia	HIV+	No	No	Hepatopatía	No	No	Diabetes
Días transcurridos	30	30	60	10	14	21	20	7
Fiebre	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Localización	Lumbar	Dorsal	Dorsal	Lumbar	Lumbar	Lumbar	Lumbar	Lumbar
Compromiso neurológico	No	No	No	No	No	No	No	No
Microorganismo	St. grupo D	St. agalactiae	St. viridans	St. viridans	St. pneumoniae	St. agalactiae	St. pneumoniae	St. pneumoniae
VSG (mm/h)	12	67	87	113	121	104	116	73
Diagnóstico	Hemocultivos + RNM	Hemocultivos + RNM	Cultivo foco	Hemocultivos + RNM	Hemocultivos + RNM	Hemocultivos + RNM	Cultivo foco	Cultivo foco
Evolución	Buena	Buena	Buena	Buena	Buena	Endocarditis. Fallece	Buena	Buena

xartrosis. Previa autorización por el comité de ética y firma de consentimiento informado, se recabó información demográfica, clínica, terapéutica, de comorbilidad, evaluaciones de dolor, globales del médico y del paciente y aplicación por entrevista de los siguientes cuestionarios validados SF 36, WOMAC, HAQ- Di, Depresión (Beck). Se consideró que un paciente había tenido un seguimiento regular si en el último año había recibido al menos 3 consultas por el Reumatólogo y/o Ortopedista.

Análisis estadístico: Se utilizó estadística descriptiva e inferencial. En todos los casos se evaluó con estadística no paramétrica. El nivel de significancia se estableció con una $p < 0.05$.

Resulta dos:

	Regulares X/DE	Irregulares	P
n	19	21	
Edad	64,3/8,9	59,6/9,9	0,09
Escolaridad	4,6/5,0	5,7/3,9	0,02
Comorbilidades	1,2/0,8	1,1/0,7	0,06
Tiempo de diagnóstico (años)	4,7/3,1	2,8/2,0	0,002
Valoración global del paciente (VGP)	4,5/2,0	4,3/2,9	0,5
Dolor	5,0/2,5	7,1/1,6	0,5
Valoración global del médico (VGM)	5,5/2,3	6,4/1,6	0,2
SF-36 Dolor corporal	56,5/30,2	50,6/19,4	0,3
SF-36 total	53,2/23,0	51,5/21,3	0,6
WOMAC	3,5/2,3	3,4/1,5	0,8
HAQ	1,0/0,7	1,2/0,8	0,5
BECK	1,2/0,8	19,3/9,3	0,7

Conclusiones: Los pacientes con OA de rodilla y cadera con mejor asistencia a las consultas externas de Reumatología y Ortopedia no tuvieron mejores resultados que aquellos enfermos que solo habían asistido en una sola ocasión. Los pacientes con más visitas tuvieron mayor duración de la enfermedad. Es probable que aquellos enfermos que permanecen en la consulta tengan una enfermedad más sintomática y que el tratamiento sea subóptimo.

350

DESCRIPCIÓN DE MOTIVOS DE SUSPENSIÓN DE LOS FÁRMACOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD UTILIZADOS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE TRATADOS CON ANTI-TNF; ¿ES TAN NOCIVA LA UTILIZACIÓN DEL ORO?

R. López-González, E. Loza, L. Abásolo, L. Rodríguez, C. Martínez-Prada, P. López-Viejo, C. Vadillo, C. Lajas, J.A. Jover y C. Hernández-García

Servicio de Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Objetivo: Describir el motivo de suspensión de los Fármacos Antirreumáticos Modificadores de la Enfermedad (FAMEs) utilizados en el tratamiento en un grupo de pacientes diagnosticados de Artritis Reumatoide (AR) tratados con anti-TNF.

Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional basado en la revisión de 107 historias clínicas correspondientes a una muestra de pacientes diagnosticados de AR que habían recibido tratamiento con fármacos anti-TNF en el Hospital Clínico San Carlos en un periodo de 5 años. Se recogieron variables sociodemográficas, y relacionadas el motivo de suspensión de los FAMEs prescritos, definidos como: a) Reacción adversa al fármaco: cuando el paciente presenta una reacción adversa recogida en la ficha técnica; b) Comorbilidad asociada: presencia de una enfermedad o situación clínica que le limita o le condiciona la respuesta al fármaco o puede provocar un aumento de incidencia de los Acontecimientos Adversos; c) Ineficacia: aumento de la frecuencia de recaídas o de la progresión de la enfermedad que provoca la suspensión del fármaco o el aumento de la dosis.; d) Decisión del

médico; e) Decisión del paciente. Se realizó un análisis descriptivo del motivo de suspensión para cada uno de los tratamientos para su AR.

Resultados: En la población estudiada 79,4% eran mujeres y respecto a la situación laboral: 46,7% de los pacientes eran trabajadores activos, 12,1% eran jubilados, 37,4% amas de casa. En relación a la AR los pacientes presentaban una edad de inicio media de la enfermedad de $44,4 \pm 19,1$ años y la duración media de la enfermedad de $12 \pm 7,3$ años.

En la tabla se adjunta una relación de los FAMEs prescritos y motivo de suspensión.

Conclusiones: En nuestra población los motivos de suspensión de los FAMEs: son haber presentado una reacción adversa a la administración del medicamento o por ineficacia. Señalar el tan maltratado oro intramuscular presenta un comportamiento similar al resto de los FAMEs clásicos, presentando una relevante porcentaje (15,9) de suspensión asociado a la buena respuesta de la AR con la presencia de una mejoría de la enfermedad tras su prescripción, estudios adicionales serán necesarios para tratar de confirmar nuestros resultados.

Fármaco

n (%)	Reacción adversa	Comorbilidad asociada	Ineficacia	Decisión paciente	Decisión médico	Mejoría de enfermedad
Azatioprina	20 (37,04)	6 (11,11)	26(48,15)	1(1,85)	2 (3,7)	0 (0)
Ciclofosfamida	0 (0)	1(25)	2 (50)	0 (0)	1 (25)	0 (0)
Ciclosporina	0 (0)	0 (0)	7 (87,5)	0 (0)	1 (12,5)	0 (0)
D-penicilamina	4 (44,4)	0 (0)	3(33,3)	0 (0)	0 (0)	2 (22,2)
Antipalúdicos	17 (36,17)	2(4,25)	23 (48,9)	4 (8,51)	1(2,12)	0 (0)
Leflunomida	26 (44,06)	8(13,55)	17(28,81)	4 (6,72)	1 (1,69)	2 (3,39)
Metotrexate	65 (28,89)	31 (14,21)	75(32,89)	11(4,89)	15 (8)	22 (9,78)
Oro im	44 (30,35)	9 (6,21)	51(36,55)	3 (2,07)	9 (6,21)	23(15,9)
Ridaura	1 (10)	0 (0)	9 (90)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Salazopirina	20(34,48)	3(5,17)	28(48,2)	3(5,17)	1(1,72)	2 (3,45)

351

CARACTERIZACIÓN DE ALGUNAS NEUMOPATÍAS INTERSTICIALES GRANULOMATOSAS DE LA ATS-ERS: A PROPÓSITO DE 3 CASOS DE HISTIOCITOSIS X

M.R. Rodríguez Moreno*, M.A. Guzmán Úbeda*, A. Romero Ortiz**, M.T. Miranda Leon*** y I. Rodríguez Moreno

*Servicio de Reumatología. Hospital Virgen de las Nieves. Granada. España.

**Servicio de Neumología. Hospital Virgen de las Nieves. Granada. España.

***Cátedra de Biostatística. Universidad de Granada. España.

Introducción: La Histiocitosis de Células de Langerhans es una rara enfermedad granulomatosa relacionada con el tabaco, caracterizada por infiltrados focales de células de Langerhans mezcladas con eosinófilos. La enfermedad forma parte de un espectro de enfermedades variando desde la afectación de un solo órgano hasta la enfermedad multiorgánica agresiva. Previas denominaciones fueron Histiocitosis X y Granuloma Eosinofílico.

Diseño: El objetivo de este estudio es describir las características epidemiológicas, clínicas, radiológicas y funcionales pulmonares comunes a algunas Neumopatías Intersticiales Granulomatosas de la clasificación ATS-ERS a partir de 3 casos de Histiocitosis X.

Métodos: 1. *Población objeto de estudio:* 3 pacientes con Neumopatía Intersticial Granulomatosa tipo Histiocitosis X. 2. *Material:* Radiografía de Tórax; TACAR Tórax; Biopsia quirúrgica pulmonar. 3. *Variables:* Edad, Sexo, Tabaquismo, Disnea al ejercicio, Grado de Disnea de la NYHA, Tos no productiva, Crepitantes finos teleinspiratorios, Acropaquias, "Cor pulmonale", DLCO, CPT, Test de la marcha en metros, Sat O2 inicial Test de la marcha, Sat O2 final Test de la marcha, PaO2, PaCO2, SatO2, Ángulo Beta, Edad Pulmonar SEPAR en años, Edad Pulmonar

ERS en años, Peso en Kg, Talla en cm, IMC, FVC, FEV1, PEF, FEV1/FVC, FEV2575, Vmáx25, Vmáx50, Vmáx75, Patrón en la Radiografía de Tórax, Patrón en la TACAR de Tórax, Diagnóstico mediante Biopsia pulmonar, Anatomía patológica de la Biopsia pulmonar, Tratamiento con Corticoides y Respuesta al tratamiento. 4. *Criterios Diagnósticos*: Clasificación ATS-ERS de las Neumopatías, Criterios de la ACR para las enfermedades Reumatológicas. 5. *Método estadístico*: Los datos obtenidos se trataron con el paquete estadístico SPSS (versión 13.0).

Resultados: Edad en años: 40. Sexo: 100% varones. Tabaquismo: 33,3% Sí fuman y 66,7% Exfumadores. Disnea al ejercicio: 100%. Grado de Disnea de la NYHA: "Grado 1" 0%, "Grado 2" 66,7%, "Grado 3" 33,3%, "Grado 4" 0%. Tos no productiva: 100%. Crepitantes finos teleinspiratorios: Sí 67%. Acropaquias: No 100%. "Cor pulmonale": No 67%. DLCO: 82,55 ± 30,47. CPT: 108,30 ± 37,19. Test de la marcha en metros: 533 ± 121. Sat O2 inicial Test de la marcha: 97 ± 1. Sat O2 final Test de la marcha: 93 ± 1. PaO2: 76 ± 18. PaCO2: 36 ± 2. Sat O2: 94% ± 4. Ángulo Beta: 213,06 ± 35,49. Edad Pulmonar SEPAR en años: 81 ± 28. Edad Pulmonar ERS en años: 74 ± 39. Peso en Kg: 91 ± 7,07. Talla en cm: 170,5 ± 0,71. IMC: 31,29 ± 2,17. FVC: 77,45 ± 12,65 FEV1: 69,75 ± 20,72 PEF: 84,85 ± 6,43 FEV1/FVC: 80,12 ± 4,55 FEV2575: 46,55 ± 34,44 Vmáx25: 73,15 ± 40,09 Vmáx50: 46,95 ± 31,04 Vmáx75: 36,45 ± 28,21. Patrón en la Radiografía de Tórax: Quístico 100%. Patrón en la TACAR de Tórax: Quístico 100%. Diagnóstico mediante Biopsia pulmonar: 100%. Anatomía patológica de la Biopsia pulmonar: Histiocitosis de células de Langerhans Pulmonar 100%. Tratamiento con Corticoides: 66,7%. Tratamiento con Inmunosupresores: 66,7%. Respuesta al tratamiento: Estabilidad 100%.

Conclusiones: 1) La Histiocitosis X es considerada una enfermedad benigna, y un estado reactivo que puede regresar especialmente después de dejar de fumar. En nuestro caso todos son varones de edad media fumadores o exfumadores, con disnea al ejercicio y disnea de la NYHA de grados medios; tos y crepitantes; no se asocian con Acropaquias y poco con el Cor pulmonale; y estabilidad en respuesta al tratamiento en el 100% de los casos. 2) Presenta mayor CPT, nº de metros recorridos en el test de la marcha, saturación de oxígeno inicial y final del test de la marcha de lo esperado; así como menor DLCO y CVF de lo que cabría esperar. 3) En el estudio radiológico, el único patrón radiográfico y de la TACAR encontrado fue el Quístico; lo cual la hace indistinguible de la Linfangioleiomiomatosis y hace imprescindible la Biopsia para el diagnóstico. 4) La Biopsia pulmonar y el estudio anatomopatológico fueron diagnósticos en el 100% de los casos.

352

LAS INYECCIONES INTRAARTICULARES REPETIDAS DE ÁCIDO HIALURÓNICO (ADANT[®]) SON SEGURAS Y BIEN TOLERADAS A LARGO PLAZO. RESULTADOS DEL ANÁLISIS INTERMEDIO DEL PROYECTO AMELIA

F. Navarro Sarabia¹, A. Rodríguez de la Serna², F. Blanco García³, J. Toyos Saénz de Miera¹ y P. Coronel Granado⁴.
En representación del grupo AMELIA

¹Servicio de Reumatología. Hospital Virgen Macarena. ²Servicio de Reumatología. Hospital Santa Creu i Sant Pau. ³Servicio de Reumatología. Complejo hospitalario Juan Canalejo. ⁴Departamento Científico. Tedec-Meiji Farma.

Antecedentes: El efecto de las inyecciones repetidas de Ácido Hialurónico (AH) sobre la progresión de la artrosis continúa en estudio. AMELIA (Arthrosis Modifying Effects of Long-term

Intra-articular Adant[®]) es un ensayo clínico multicéntrico, doble ciego, controlado con placebo con un seguimiento de 3,5 años que está llevándose a cabo en la actualidad.

Objetivos: Evaluar la seguridad y tolerabilidad de la administración repetida de inyecciones intraarticulares (IA) de AH o placebo.

Métodos: Pacientes con artrosis primaria de rodilla (criterios ACR) con grados radiológicos II-III de Kellgren y un grosor del espacio articular ≥ 2 mm fueron aleatorizados 1:1 para recibir 4 ciclos de 5 inyecciones intraarticulares de AH o placebo cada uno. Los tres primeros ciclos se administraron cada 6 meses y el último 12 meses después del tercer ciclo. La seguridad de los pacientes se monitoriza mediante el registro de todos los acontecimientos adversos y seguimiento hasta su resolución. En este trabajo se presentan los resultados de un análisis intermedio realizado sin desvelar el ciego para evaluar el perfil de seguridad de las intervenciones.

Resultados: Se aleatorizaron un total de 306 pacientes. La media de edad es 63,9 (SD±8,6), el índice de masa corporal es 28,6 (DS ± 2,7) y sólo el 16,4% son varones. Los pacientes presentaron grados II (73%) o III (27%) de acuerdo con la escala radiológica de Kellgren y el grosor del espacio articular fue de 3,53 mm (SD ± 0,86). En el momento del cierre parcial de la base de datos, 94 pacientes habían completado los procedimientos del estudio y recibido 1.880 inyecciones IA en la rodilla diana. En total se han administrado más de 5.000 inyecciones IA durante el estudio. El 3,1% de los acontecimientos adversos registrados se han considerado relacionados con el tratamiento, en su mayoría (76,9%) son leves y todos relacionados con el punto de inyección. No se han reportado reacciones adversas graves, incluyendo infección o artritis pseudoséptica. En total, 27 pacientes han abandonado el estudio por falta de eficacia. Otros motivos de abandono son: decisión del paciente (25), violaciones del protocolo (22), acontecimientos adversos no relacionados (16) y pérdidas en el seguimiento (6).

Conclusiones: En este ensayo de larga duración, doble ciego, controlado con placebo, el perfil de seguridad y tolerabilidad es excelente. La artritis pseudoséptica, una reacción adversa infrecuente tras inyecciones IA no se ha reportado durante este periodo observacional. Los resultados finales que comparan Adana[®] y placebo se espera que estén disponibles a comienzos del 2009.

353

¿QUÉ ES UN ACONTECIMIENTO ADVERSO RELEVANTE?. DISCREPANCIAS EN LA COMUNICACIÓN DE ACONTECIMIENTOS ADVERSOS: ANÁLISIS CON EL EQUIPO INVESTIGADOR DE BIOBADASER

B. Pérez Zafrilla¹, A.J. García², P. Granados³, M.V. Hernández⁴, B. Joven², F.J. Manero⁵, A.M. Ortiz⁶, E. Pérez-Pampín⁷, R. Roselló⁸, A. Sellas⁹, Ureña¹⁰, L. Carmona¹. y Grupo BIOBADASER

¹Unidad de Investigación. FER. ²Hospital 12 de Octubre. ³Hospital Ramón y Cajal. ⁴Hospital Clínic i Provincial. ⁵Hospital Miguel Hernández. ⁶Hospital la Princesa. ⁷Hospital Clínico de Santiago. ⁸Hospital San Jorge. ⁹Hospital Vall d'Hebron. ¹⁰Hospital Carlos Haya.

Introducción: Existen diferencias en la incidencia de acontecimientos adversos (AA) publicados por los distintos registros de biológicos. Uno de los factores que puede influir es la definición de AA y la valoración de dicho AA por el investigador. El grupo OMERACT de toxicidad ha creado unas recomendaciones que, de modo orientativo, ayudan a tomar una decisión sobre la gravedad del AA en los ensayos clínicos.

Objetivos: El objetivo de este estudio es, por un lado, analizar la variabilidad en la comunicación de AA por un grupo de investigadores habituados a su comunicación y, por otro, valorar si las recomendaciones de OMERACT para la gradación de la toxicidad son una herramienta útil para apoyar la decisión de comunicar o no un AA.

Pacientes y métodos: En diciembre de 2007 se llevó a cabo una reunión con el equipo investigador de BIOBADASER (actualmente 14 centros), en la que se realizó un ejercicio pidiendo que valoraran si los AA mostrados (20 casos ficticios) eran relevantes o no. Posteriormente se les mostró la definición de relevante y la gradación de gravedad (leve, moderada, grave y muy grave) que utiliza el grupo OMERACT (1). Para llegar a un acuerdo sobre la relevancia o no del AA, se les indicó que cualquier AA con una gravedad superior a leve debía ser considerado relevante. Tras estas aclaraciones, los investigadores volvieron a clasificar los 20 AA en relevantes o no.

Resultados: Para el análisis de la utilidad del ejercicio se midió el grado de acuerdo antes y después de mostrar las definiciones de OMERACT. La media de acuerdo en la clasificación antes de conocer la definición fue del $82 \pm 16\%$ (rango: 60-100; P50: 85; P25-75: 70-100). Sin embargo, en 2 casos el acuerdo fue a favor de la opción incorrecta (casos referidos a astenia y necrosis avascular respectivamente). La proporción de aciertos antes de discutir la definición de relevante fue del $76 \pm 25\%$ (rango: 30-100; P50: 85; P25-75: 60-100). Después de la discusión, ya no hubo "acuerdos incorrectos", siendo el acuerdo medio del $83 \pm 16\%$ (rango: 50-100; P50: 90; P25-75: 70-95), prácticamente igual a antes de la discusión, pero con un mejor resultado respecto del número de aciertos, que aumentó hasta el $82 \pm 18\%$ (rango: 40-100; P50: 90; P25-75: 70-95). En 6/20 casos, la proporción de aciertos disminuyó tras la discusión y en 8 situaciones, mejoró. Los casos más difíciles de clasificar en los que no existió consenso ni antes ni después de la definición, fueron los referentes a una infección con fiebre $< 38^\circ$ y una reacción en el punto de inyección, ambos no relevantes. La diferencia media de desviación frente a la respuesta correcta antes y después de la discusión fue de 6 ± 24 puntos porcentuales (rango: -30-60; P50: 0; P25-75: -10-20), no pudiéndose descartar que la mejoría en la clasificación de los acontecimientos se debiera al azar y no a la discusión ($p = 0,272$)

Conclusión: A pesar de que exista una definición homogeneizada y clara de la relevancia de un AA, el criterio del investigador es un factor que varía entre sujetos y difícil de modificar que influye en la comunicación de AA graves o relevantes.

Bibliografía

1. Woodworth, et al. Rheumatology Common Toxicity Criteria v.2.0. J Rheumatol 2007;34:1401-14.

354

CARACTERÍSTICAS EN LOS GRUPOS MASCULINOS Y FEMENINOS DE LOS PACIENTES CON FIBROMIALGIA

A. Arias i Gassol, A. Collado Cruz, X. Torres i Mata, I. Vallejo y M. Farrés

Unitat de Fibromialgia. Corporació. Sanitària Clínic de Barcelona.

Objetivos: Conocer el perfil sociodemográfico, psicológico y laboral de los pacientes con Fibromialgia tanto del sexo masculino como femenino y conocer si existen diferencias entre ambos grupos.

Métodos: Han sido analizados 648 pacientes consecutivos evaluados en nuestra Unidad afectos de Fibromialgia (FM), de los cuales

620 eran mujeres y 28 hombres. Caracterizados por altos niveles de dolor, sufrimiento y dificultades para la realización de actividades de la vida diaria (Situación laboral: Baja Laboral $\geq 52\%$ $\geq 48,4\%$, Paro Laboral $\geq 18,5\%$ $\geq 15\%$, Activos $\geq 15\%$ $\geq 13\%$, Invalidez $\geq 11\%$ $\geq 10\%$, Amas de casa $\geq 0\%$ $\geq 7\%$). Todos los pacientes fueron sometidos a una valoración multidisciplinar (médica, psicológica y ocupacional), recogiéndose medidas demográficas (Edad, Sexo, Nivel Educativo, Estado Civil, Lugar de nacimiento) clínicas (Diagnóstico Psiquiátrico, Nivel de Dolor (EAV), Fatiga (EAV), Duración de dolor, Puntos Tender, Limitación de movilidad, Alteración Radiológica, Depresión (BDI), Ocupacionales (Capacidad funcional (HAQ), Profesión, Cargo Laboral, Situación Laboral, Tipo de Actividad, Tipo de Posición predominante, Uso ergonómico de herramientas y Materiales, Condiciones Ambientales, Presión más habitual, Cadena Cinética, Grado de Esfuerzo, Repetición, Frecuencia y Duración de las Tareas). Se ha efectuado un análisis comparativo de las variables estudiadas entre los pacientes con FM de sexo masculino y femenino, y se ha analizado la relación entre las variables estudiadas, mediante un análisis multivariante.

Resultados: *Variables Demográficas:* Se observa claramente una mayor proporción de mujeres (FM mujeres 94,4% vs hombres 4,3%). La edad promedio de los hombres era de 43,5 el de las mujeres era de 44,5. No se observan diferencias en el estado civil y nivel educativo. La gran mayoría de los pacientes eran nacidos en Barcelona (23,5% vs 34,2%). *Variables Clínicas:* Los niveles de Dolor (EAV $\geq 7,6 \pm 1,4$ vs $\geq 7,8 \pm 1,4$) Fatiga (EAV $\geq 7,9 \pm 2,3$ vs $\geq 7,9 \pm 1,8$), N° puntos sensibles ($\geq 13 \pm 3$ vs $\geq 14 \pm 3$), Duración de dolor en meses (≥ 92 vs ≥ 98), Alteración radiológica moderada ($\geq 50\%$ $\geq 44\%$) Limitación de movilidad 0-30% ($\geq 61,5\%$ $\geq 70\%$).

No existían diferencias de género en los cuestionarios de depresión (BDI) ni en los diagnósticos psiquiátricos. La patología principal era el trastorno adaptativo ($\geq 33\%$ $\geq 33\%$), seguido del transt. Depresivo mayor ($\geq 17\%$ $\geq 16\%$). *Variables Ocupacionales:* Los hombres desarrollan profesiones más especializadas que las mujeres, y más mujeres que trabajan como administrativas. En cuanto al tipo de actividad las mujeres desarrollan en mayor número una actividad intelectual ($\geq 22\%$ $\geq 31\%$) y los hombres una actividad mixta ($\geq 30\%$ $\geq 20\%$).

Los hombres han desarrollado en mayor medida una actividad anterior que les ha supuesto un esfuerzo pesado ($\geq 63\%$ $\geq 38\%$) Las posiciones en el trabajo son mayoritariamente en sedestación ($\geq 48\%$ $\geq 25\%$), o ambas (sed.+biped.) ($\geq 7\%$ $\geq 27\%$). La presencia de superficies inestables era más habitual en los hombres ($\geq 56\%$ $\geq 30\%$). No existían diferencias relevantes en cuanto al uso de herramientas, materiales ni presencia de condiciones ambientales adversas.

Conclusiones: En nuestro análisis no se aprecian diferencias de género a nivel clínico. Todas las diferencias relevantes han sido en las diferencias a nivel ocupacional. La regresión logística mostró diferencias entre hombres y mujeres en las características ocupacionales relacionadas claramente con las diferencias de género.

355

INFLIXIMAB, LA SEGUNDA OPORTUNIDAD: EVALUACIÓN TRAS REINICIO

M. Mayor González, J.M. López Gómez, A. García Palao, J. De la Torre Aboki, P. Vela Casasempere, A. Martínez Sanchís, E. Battle Gualda, X. Esteve i Vives, F. Sivera Mascaró, M.P. Martínez Vidal y E. Pascual Gómez

Sección de reumatología. Hospital General Universitario de Alicante.

Introducción: Anti-TNF eficaz en el tratamiento de patología reumatológica de forma contrastada, es ocasionalmente suspendi-

do por respuesta insuficiente, efectos adversos u otras causas. En este trabajo describimos un grupo de pacientes que fueron tratados con IFX a los que se les suspendió dicho tratamiento y en los que se reintrodujo con posterioridad.

Métodos: Se realiza un análisis retrospectivo de un grupo de 8 pacientes, 6 con Artritis reumatoide (AR) y 2 con espondiloartropatía (EA), que fueron tratados con IFX, el cual se suspendió por diversos motivos (falta de respuesta, efectos adversos, embarazo, intervenciones quirúrgicas) y se decidió posteriormente reinicio del mismo en todos ellos.

Se revisaron todas las historias clínicas y se recopiló información sobre la evaluación clínica (DAS28/HAQ en los pacientes con AR y BASFI / BASDAI en los pacientes diagnosticados de EA) al inicio y tras la suspensión del tratamiento y al inicio y en la actualidad tras reiniciarlo de nuevo. Se recogieron además la presencia de otros tratamientos concomitantes así como otros biológicos administrados tras la suspensión de éste. Al reinicio del tratamiento, todos recibieron premedicación con corticoides.

Resultados: De los 8 pacientes revisados, los 6 con AR tenían un DAS 28 medio al inicio de 5,95 y tras la suspensión de 4,45 y un HAQ de 2,15 y de 1,75 respectivamente. Al reinicio del tratamiento los pacientes presentaron un DAS28 medio de 5,88 y actualmente es de 4,66 y un HAQ era de 2,44 y 1,625 respectivamente.

Los motivos por los que se suspendió el tratamiento con Infliximab: intervención quirúrgica (1), eventos adversos (2: una paciente cuadro compatible con lupus-like, la otra, prurito severo), falta de respuesta (2) y embarazo (1).

La paciente que presentó el cuadro compatible con lupus-like recibió tratamiento posterior con otros biológicos como etanercept, anakinra, adalimumab y rituximab sin obtener respuesta. Las pacientes a las que se les retiró el tratamiento por escasa eficacia recibieron tratamiento con los otros biológicos (etanercept, adalimumab y rituximab) obteniéndose un peor control de la enfermedad.

Los dos pacientes con EA (asociada a enfermedad de Crohn y psoriática) presentaron un BASDAI y BASFI medio tras la suspensión de 4 y 4,1 respectivamente (no hay datos al inicio de uno de ellos) y de 5,1 y 5,6 al reinicio y 4,4 y 4,4 en estos momentos. A uno de ellos se le suspendió por escasa respuesta siendo tratado con adalimumab sin obtener mejores resultados. Al otro paciente se suspendió por remisión completa siendo necesario su reintroducción 7 meses después por actividad de la enfermedad.

Ninguno de los pacientes presentó reacciones a la infusión con la administración del fármaco.

Conclusiones: Estos resultados sugieren que la respuesta al infliximab se mantiene cuando se opta por su utilización en una segunda ocasión sin un aumento de eventos adversos. En estos pacientes, pese a no tener una respuesta completa, infliximab se mostró superior a otros biológicos.

356

FASCITIS EOSINOFÍLICA Y MIOSITIS SECUNDARIAS A TRATAMIENTO CON FLUVASTATINA

F.J. Ballina, A.López, A. Astudillo*, M. Sánchez, B. Escobar, S. Alonso, R. Queiro, M. Alperi y J.L. Riestra
Servicios de Reumatología y Anatomía Patológica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Caso clínico: Mujer de 65 años enviada al Servicio de Reumatología para valoración de artralgiyas y mialgiyas generalizadas.

Sus síntomas habían comenzado 6 meses antes, una semana después de haber iniciado tratamiento con fluvastatina 80 mg/d, por un diagnóstico de hipercolesterolemia. No había fenómeno de Raynaud. Dos meses antes de ser vista en nuestra consulta, fue valorada en otro hospital donde se detectó una eosinofilia (3.170 eosinófilos/mm³). Se suspendió entonces la terapia con fluvastatina y se prescribió tratamiento con ibuprofeno, que fue ineficaz. La paciente no presentaba otros antecedentes patológicos de interés.

En la exploración se hallaron mialgiyas y artralgiyas con rigidez al movimiento, pero sin signos de sinovitis activa. Existían edemas en brazos y piernas, con endurecimiento de la piel y "signo del surco" (fig. 1). No hay figura No presentaba esclerodactilia.

El estudio analítico detectó la persistencia de la eosinofilia (1.120 eosinófilos/mm³) si bien a cifras menores de las halladas anteriormente. No había otras alteraciones en el hemograma. La VSG estaba elevada a 54 mm. El proteinograma mostraba hipergammaglobulinemia (25%) compatible con inflamación crónica. Las enzimas musculares (CK, aldolasa y LDH) y los estudios inmunológicos fueron normales (Factor Reumatoide, ANA y complemento).

Se realizó biopsia de piel, músculo y fascia donde se constató fibrosis y engrosamiento de la fascia muscular, con infiltrado inflamatorio de linfocitos y células plasmáticas sin eosinófilos, que partiendo de la fascia se extiende a las zonas endo y perimisiales (figs. 2 y 3). No hay figuras

Los hallazgos fueron compatibles con miositis y fascitis eosinofílica, y se comenzó terapia física y esteroides (30 mg/d de Prednisona). Posteriormente, ante la falta de respuesta se añadió metotrexate (25 mg/semana).

Comentario: La Fascitis eosinofílica es un síndrome de etiología desconocida, perteneciente a los síndromes esclerodermiformes. Se caracteriza por inflamación y esclerosis de la fascia profunda y de la dermis, que cursa con lesiones esclerodermiformes, eosinofilia periférica, hipergammaglobulinemia y aumento de VSG. A pesar de la ausencia de eosinófilos en la biopsia, creemos que nuestro caso tiene criterios suficientes para ser diagnosticado de fascitis eosinofílica, ya que dichas células pueden ser escasas o inexistentes en las lesiones más avanzadas (1).

Síntomas de miositis con o sin enzimas musculares elevadas, incluyendo rhabdomiólisis, se asocian con la toma de estatinas. Los síndromes esclerodermiformes pueden estar causados por la exposición a diversos contaminantes, como L-tryptófano o el Síndrome del Aceite Tóxico. La fascitis eosinofílica ha sido relacionada con varias enfermedades hematológicas como mielodisplasia, y también en dos casos previos con la toma de estatinas (sinvastatina y atorvastatina) (2,3). Estos casos, junto con el nuestro motivado por la toma de fluvastatina, indican que las estatinas deben ser consideradas como agentes causantes de fascitis eosinofílica, e investigados activamente en presencia de dicha enfermedad.

Bibliografía

- Varga J, Kahari VM. Eosinophilia-myalgia syndrome, eosinophilic fasciitis, and related fibrosing disorders. *Curr Opin Rheumatol* 1997;9:562-570.
- Choquet-Kastylevsky G, Kanitakis J, Dumas V, et al. Eosinophilic Fasciitis and Simvastatin. *Arch Intern Med*. 2001;161:1456-1457.
- DeGiovanni C, Chard M, Woolons A. Eosinophilic fasciitis secondary to treatment with atorvastatin. *Clinical and Exp Dermatol* 2005;31:131-132.

357

ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO: ESTUDIO DE 14 CASOS

M.M. Bianchi, J. Narváez, P. Santo, D. de la Fuente, V. Ríos y J. M. Nolla

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona.

Objetivo: Describir las características clínicas, el tratamiento y la evolución de una serie de pacientes con enfermedad de Still del adulto.

Material y métodos: Se revisaron de forma retrospectiva las historias clínicas de los pacientes con esta enfermedad atendidos en el servicio de reumatología de un hospital universitario entre 1985 y 2006. El diagnóstico se basó en los criterios de clasificación propuestos por Yamaguchi et al (J. Rheumatol 1992;19:424-30).

Resultados: Se incluyó a 14 pacientes (7 varones), con una edad media en el momento del diagnóstico de 34 ± 11 años (rango, 21-56). Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron las siguientes: fiebre (100%), artritis (100%), exantema (93%), odinofagia (79%) y adenopatías (43%). Se detectó serositis (pleuritis/pericarditis) en el 14% de los pacientes, visceromegalias (hepatomegalia/esplenomegalia) en el 43% y neumopatía intersticial inflamatoria en el 14% de los enfermos. El patrón de la artritis fue poliarticular en el 71% de los casos y oligoarticular en el 29%. Las articulaciones afectadas con mayor frecuencia fueron las muñecas, rodillas y tobillos. El 36% de los casos presentó también afección axial en forma de cervicalgia. En el momento de la revisión sólo 4 presentaban cambios radiológicos destructivos, fundamentalmente en muñecas y caderas.

En las pruebas de laboratorio todos los pacientes presentaban elevación de los reactantes de fase aguda y neutrofilia; se detectó alteración de las pruebas hepáticas en el 64% de los casos y elevación de la ferritina sérica en el 85% de los pacientes en los que se registró este dato.

En el 43% de los casos el curso de la enfermedad fue monocíclico y en el 57% restante, policíclico/crónico

El 50% de los pacientes respondió al tratamiento con AINE (incluyendo el ácido acetilsalicílico) y glucocorticoides; el otro 50% precisó inmunosupresores. De éstos últimos, un 21% acabaron finalmente precisando tratamiento biológico con antagonistas del factor necrosis tumoral alfa o anakinra por mal control de la enfermedad.

Conclusión: Las manifestaciones clínicas fueron similares a las de series previamente descritas. La poliartritis febril es la forma más frecuente de presentación de la enfermedad. El 57% de los pacientes tuvo un curso policíclico-crónico, precisando un tratamiento agresivo.

358

TRATAMIENTO DEL SÍNDROME SAPHO CON LEFLUNOMIDA. A PROPÓSITO DE UN CASO

L. Marena Rojas-Vargas, A. Ruiz-Ruz, M.J. Pozuelo y F. Martínez-Sánchez

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía.

Introducción: El síndrome SAPHO (sinovitis, acné, pustulosis, hiperostosis y osteítis) esta caracterizado por la inflamación aséptica del hueso y articulaciones asociadas a lesiones dérmicas. El síntoma más frecuente es el dolor de la pared

anterior del tórax en la región esternoclavicular acompañado de inflamación local aunque también puede afectar articulaciones periféricas. La afectación cutánea más frecuente es la pustulosis palmo-plantar. La etiología y patogenia es aún desconocida, aunque se ha propuesto la causa infecciosa por *Propionibacterium acnes*. Dada la gran variedad de lesiones osteo-articulares asépticas y dérmicas, la escasa frecuencia y la falta de conocimientos sobre la patogenia de este síndrome el tratamiento sigue siendo empírico. La recomendación de los expertos sugieren como primer escalón los AINEs, seguido de bifosfonatos (pamidronato, zoledrónico), antibióticos (tetraciclinas, cotrimoxazol, clindamicina, azitromizina), FAMEs (sulfasalazina, metotrexate, hidroxiquina, leflunomida) y terapias anti-TNF α ; estos últimos son los que han mostrado mayor eficacia ante los resultados variables de los FAMEs en pequeñas series de casos. La leflunomida está siendo usada con éxito tanto en psoriasis cutánea como en artritis psoriásica por lo que creemos que constituye una buena alternativa coste-eficaz en esta patología.

Caso clínico: Varón de 41 años diagnosticado de acné conglobata sin antecedentes familiares de patología reumática inflamatoria. Trabajador del campo. Presenta desde hace 3 años dolor poliarticular inflamatorio y en los últimos meses inflamación en 4º dedo de pie derecho y de forma aditiva inflamación en 2º dedo pie izquierdo, tarsos, 1º IF derecha y 2º y 3º MCF izquierda con rigidez matutina mayor a una hora, no síndrome febril asociado, ni otros signos o síntomas de conectivopatía o espondiloartropatía. En las exploraciones complementarias encontramos: reactantes de fase aguda elevados, urato, FR, HLA-B27, ANA y serología de artritis negativos; radiografías de manos y pies normales; radiografía de sacroiliacas con dudosa sacroileítis izquierda; TAC de sacroiliacas normal, Ac PCC negativos, HLA-DRB1: 1102/13AB, IgA, IgM, IgE, C3, y C4 normales. Radiografías de manos y pies normales. Radiografía de sacroiliacas con dudosa afectación de sacroiliaca izquierda. Con el diagnóstico de síndrome SAPHO según los criterios propuestos por Kahn y Khan en 1994 fue tratado inicialmente con corticoides a dosis bajas, salazopirina, hidroxiquina, metotrexate oral y subcutáneo sucesivamente con intolerancia o ineficacia a ellos. También se realizó infiltración con triamcinolona en las articulaciones afectadas con escasa mejoría. Durante el seguimiento requiere ingreso por pustulosis exantemática aguda confirmada por biopsia y tratada con ciclosporina que abandona por intolerancia con empeoramiento de la oligoartritis. Se decide iniciar tratamiento con leflunomida 20 mg. diarios; tras el cual presenta una importante mejoría de la clínica articular y cutánea, así como normalización de los reactantes de fase aguda; llegando a la completa resolución de las mismas tras 8 semanas de tratamiento y que se mantiene tras un año de seguimiento con buena tolerancia del mismo.

Conclusión: El tratamiento con leflunomida ha resultado eficaz tanto para las manifestaciones articulares como cutáneas del Síndrome SAPHO.

Discusión: El tratamiento de esta patología continúa siendo empírico, principalmente por la baja incidencia de este síndrome que dificulta la realización de ensayos clínicos controlados y doble ciego que evalúen la eficacia de los diferentes tratamientos propuestos. La leflunomida es un fármaco cuyo resultado ha sido poco evaluado en el tratamiento de esta patología y según los escasos resultados publicados podría considerarse un fármaco coste-efectivo en el tratamiento de este síndrome.

CONDROSARCOMA COSTAL COMO DEGENERACIÓN MALIGNA DE UNA ENFERMEDAD DE PAGET

M. Bonet¹, I. Castellví¹ y J.A. Narváez²

¹Sección de Reumatología. Hospital Comarcal de l'Alt Penedès. CSAP. Vilafranca del Penedès. ²Servicio de Radiología. Hospital Universitari de Bellvitge-IDIBELL. Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

Introducción: La enfermedad de Paget (EP) ósea es un trastorno del remodelamiento óseo en el que la reabsorción excesiva de los osteoclastos se sigue de un incremento en la actividad osteoblástica dando un hueso estructuralmente desorganizado y mecánicamente débil. Los pacientes suelen estar asintomáticos, pero con el tiempo pueden presentar diversas complicaciones, siendo la degeneración sarcomatosa infrecuente. A continuación presentamos un paciente afecto de EP polioestótica, que desarrolló un condrosarcoma en una costilla pagética.

Caso clínico: Paciente de 70 años, con antecedentes de adenocarcinoma de próstata y afecto de EP polioestótica diagnosticada a los 43 años. A los 61 años fue remitido a nuestro servicio para control de la enfermedad.

El paciente presentaba lumbalgia mecánica e hipoacusia bilateral. No seguía tratamiento. La fosfatasa alcalina (FA) era de 6.515 UI/L, la hidroxiprolinuria de 304 mg/24h. Los niveles séricos de calcio y fosfato eran normales. La gammagrafía ósea (GO) mostró EP con afección de calota, escápulas, raquis dorsal y lumbar, varios arcos costales, coxales y fémures). Inicialmente se inició tratamiento con pamidronato, con mejoría parcial. Por persistencia de clínica y elevación de FA realizó tratamiento con tiludronato y posteriormente con risedronato. No se consiguió buen control clínico y analítico hasta que fue tratado con zolendronato.

En octubre de 2007 el paciente refiere aparición de una tumoración indolora en cara anterior de parrilla costal derecha. La exploración destaca una tumoración dura de 5 cm sin signos inflamatorios. Se realizó nueva GO evidenciando EP politópica y una lesión en el arco anterior derecho de la VI costilla, con insuflación de la misma y un área central fría que orientaba a proceso infiltrativo o neoforativo. Para completar estudio se pidió Tomografía computerizada (TC) de Tórax que mostró en VI arco costal anterior derecho una lesión ósea expansiva de unos 3,2 cm de diámetro, con calcificaciones, áreas osteolíticas y solución de continuidad en la cortical sugestivo de neoplasia. Los reactantes de fase aguda, niveles séricos de FA y el antígeno específico de próstata eran normales. Se realizó biopsia guiada de la lesión revelando condrosarcoma grado II. Con el diagnóstico de degeneración sarcomatosa de costilla pagética se procedió a exéresis del VI arco costal derecho, mediante cirugía radioguiada que no evidenció progresión de la enfermedad, captación en otras costillas ni imágenes sospechosas de metástasis.

Discusión: Una de las complicaciones graves de una lesión pagética es la degeneración sarcomatosa. Se presenta en varones, mayores de 50 años, y con EP polioestótica. Su frecuencia es menor al 1%. La degeneración sarcomatosa pagética representa el 20% de los sarcomas óseos en pacientes mayores de 50 años. El tipo histológico tumoral más habitual es el osteosarcoma (50-60%). El condrosarcoma sólo se da en el 10% de casos. Los síntomas comunes son: dolor intenso rebelde al tratamiento y masa de partes blandas. Una fractura puede ser también la primera manifestación. En la analítica puede destacar el aumento de FA óseas. La radiología muestra un patrón

lítico con rotura de la cortical y formación de masa de partes blandas. La TC y la RM ayudan al diagnóstico. El pronóstico es malo y la muerte sobreviene por metástasis pulmonares o complicaciones locales.

Tras revisar la literatura, la complicación presentada por nuestro paciente es excepcional.

¿ESTÁ DETERMINADA LA LIMITACIÓN DE LA FLEXIÓN LUMBAR EN LA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE (EA) POR UN MAYOR DAÑO RADIOLÓGICO?

J. Sanz Sanz¹, J. Mulero¹, X. Juanola², E. Collantes³, E. Batlle⁴, J. Gratacós⁵, P. Zarco⁶, E. Brito⁷, C.M. González⁸ y P. Fernandez Dapica⁹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

²Servicio de Reumatología. Hospital de Bellvitge. Barcelona, ³Servicio de Reumatología. Hospital Reina Sofía. Córdoba. ⁴Servicio de Reumatología.

Hospital General, Alicante. ⁵Servicio de Reumatología. H. Parc Taulí.

Sabadell. ⁶Servicio de Reumatología. Fundación H. Alcorcón. Madrid.

⁷Servicio de Reumatología. Hospital Ramón y Cajal, Madrid. ⁸Servicio de Reumatología. Hospital Gregorio Marañón. Madrid. ⁹Servicio de Reumatología. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Introducción: Varios estudios han demostrado correlación entre el daño radiológico y el deterioro funcional en la EA. El BASRI espinal puede sesgar los resultados de la movilidad de algún segmento de la columna, ya que su cuantificación incluye las articulaciones sacroilíacas, la columna lumbar y la columna cervical. No hay estudios que investiguen específicamente la movilidad de la columna lumbar y su afectación radiológica cuantificada por el BASRI de columna lumbar.

Objetivo: Identificar de forma específica en columna lumbar, si la disminución de la flexión lumbar medida por el test de Schober modificado va ligada a un mayor grado de daño estructural cuantificado por el BASRI de columna lumbar.

Métodos: Se realiza un estudio transversal del Registro de espondiloartritis de la Sociedad Española de Reumatología (Regisponser) con pacientes diagnosticados de EA según criterios modificados de New York, de los que se dispone de la medición del Schober modificado y la puntuación del BASRI de columna lumbar. Utilizamos para el análisis el test χ^2 de tendencia lineal.

Resultados: En total se identifican 1.069 pacientes (75,9% varones, 24,1% mujeres) con una media de edad $48,1 \pm 13,2$ años y de duración de la enfermedad $22,8 \pm 13$ años. Dividimos los pacientes en 3 grupos según la medida del test de Schober sea < 2 , de $2,1$ a 4 , y > 4 .

Observamos como a medida que aumenta el daño radiológico se incrementa el porcentaje de pacientes con disminución del test de Schober modificado, que alcanza significación estadística ($p < 0,001$)

No obstante, en el grupo con test de Schober entre $2,1$ y 4 se observa un elevado porcentaje de pacientes con escaso daño estructural (BASRI de 0 a 2).

Conclusiones: Aunque el daño estructural se correlaciona con peor movilidad lumbar medida por el test de Schober, existe un importante número de pacientes con limitación de dicha movilidad en los cuales el daño radiológico evaluado mediante el BASRI de columna lumbar es de baja cuantía. Hay por tanto factores no radiológicos que pueden contribuir a la limitación de la movilidad lumbar, que deben ser investigados.

361

CARACTERÍSTICAS CLASIFICATORIAS DE NUESTROS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE FIBROMIALGIA (FM) ASOCIADA A OTRAS ENFERMEDADES

J. F. Pastor Oliver¹, R. Belenguer Prieto², C. J. Gómez Gálvez², J. Guerrero Guerola², N. P. Pastor Pastor³ y N. Ros Cubel⁴

¹Reumatólogo. Unidad del Aparato Locomotor. Hospital Marina Alta. Denia.

²Reumatólogo. Unidad de Fibromialgia. Hospital 9 de Octubre. Valencia.

³Psicóloga. Colegio Santa Rosa de Lima. Málaga. ⁴Dra. en Psicología. Unidad de Fibromialgia. Hospital 9 de Octubre. Valencia.

Introducción: La Fibromialgia (FM) es una forma de reumatismo no articular de etiología desconocida, caracterizada por dolor músculo-esquelético crónico, generalizado, y una hipersensibilidad exagerada en una serie de puntos perfectamente definidos (Tender Points), sin poderse demostrar alteraciones orgánicas en estos pacientes. Se puede clasificar en FM Primaria, cuando cursa en ausencia de otra enfermedad que permita explicar sus síntomas, FM Concomitante, cuando se asocia a otras enfermedades que pueden explicar sólo parcialmente los síntomas, generalmente enfermedades autoinmunes, y FM Secundaria, cuando ocurre junto a otra afección subyacente y que probablemente es su causa.

Objetivo: Establecer una clasificación de nuestros pacientes según las características clínicas de las enfermedades asociadas a la FM.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo sobre 253 pacientes diagnosticados de FM según los Criterios de Clasificación del American College of Rheumatology (ACR) de 1990, que acudieron consecutivamente a nuestras consultas por presentar dolor crónico generalizado sugestivo de FM. Se utilizó la historia clínica y presión de puntos dolorosos de control y otros negativos para descubrir los casos de simulación, el test de Hamilton para la ansiedad (HAS) y depresión (HAD), los criterios DSM-IV para el diagnóstico de Somatización, el Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI), el Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ), el Fatigue Severity Scale (FSS) y el McGill Pain Questionnaire (MPQ).

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 43,14 años (Rango: 19-77 años). Mujeres 235 (92,88%) y varones 18 (7,11%). De los 253 pacientes, 74 (29,25%) procedían de la UNAL (Denia) y 179 (70,75%) de la Unidad de Fibromialgia del Hospital 9 de Octubre (Valencia).

Treinta y cinco pacientes (13,83%), 33 mujeres y 2 varones, fueron desechados por simuladores, quedando la muestra reducida a 218 pacientes. Tampoco fueron incluidas las pacientes con FM Secundaria, excepto el subgrupo secundario a una depresión, que fue incluido como subgrupo de FM Primaria.

De los 218 pacientes, fueron diagnosticados de FM Primaria 149 (58,89%) que se describen en otro trabajo y de FM Asociada a otra enfermedad 69 pacientes (27,27%).

La FM se asoció a Artritis Reumatoide 16 casos (23,19%), Síndrome de Sjögren 19 casos (27,54%), Lupus Eritematoso Sistémico 7 casos (10,15%), Enfermedad de Behçet 2 casos (2,89%), Espondilitis Anquilosante 14 casos (20,29%), Artritis Psoriásica 8 casos (11,59%) y otros 3 casos (4,34%).

Conclusiones: 1) El diagnóstico de FM no descarta a otras enfermedades que pueden coexistir con la FM, por lo que es importante llegar a un diagnóstico de las mismas. 2) Un alto porcentaje de los pacientes que acuden a consulta especializada con síntomas semejan una FM son simuladores (13,83%), probablemente este dato sea superior en Atención Primaria, y lo que buscan es una renta (incapacidad laboral) o justificarse a sí mismo o ante la sociedad. Por lo que hay que saber reconocer la ausencia de fibro-

mialgia en estos pacientes. 3) Las enfermedades que mayormente se asocian a la FM en nuestro medio son Síndrome de Sjögren (27,54%), Artritis Reumatoide (23,19%) y Espondilitis Anquilosante (20,29%).

362

COREA EN NIÑO CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO

S. Pimenta¹, I. Cunha² y I. Brito¹

¹Unidade Funcional de Reumatologia Pediátrica do Hospital de S. João.

²Unidade de Reumatologia do Serviço de Medicina Interna do Hospital Infante D. Pedro Aveiro.

La afectación del Sistema Nervioso Central en el Lupus Eritematoso sistémico puede ser observada en el 10 a 20% de los casos, aunque algunos estudios evidencian aumento de la incidencia y prevalencia en los últimos tiempos. Las manifestaciones clínicas son variadas, siendo las cefaleas las más frecuentes. El corea es menos común, y se asocia frecuentemente a la presencia de anticuerpos antifosfolípidos. A este propósito, los autores describen el caso de una niña de 14 años, con diagnóstico de LES y síndrome antifosfolípido diagnosticado a los 11 años de edad. Presentaba en esa altura un cuadro de necrosis isquémica de los dedos 1º, 2º, 3º y 5º del pie izquierdo, con mejoría después de la perfusión con alprostadilo. Analíticamente destacaba anemia, síndrome inflamatorio (VS: 98 mm/1ªh), anticuerpos antinucleares: > con patrón homogéneo, anti-DNA dx: 1606,4 UI/ml (0-200) anticoagulante lúpico positivo, anticuerpos anticardiolipina IgM fuertemente positivos: 82,2 (< 15) e IgG francamente positivo: 21,6 (< 20) y (β2) glicoproteína negativos. Los ANCA eran negativos, las fracciones del complemento normales y no se objetivaban alteraciones de la función renal. Inició corticoterapia, hidroxiquina y anticoagulante oral, manteniéndose asintomática durante 3 años. A mediados de 2007 ingresó por aparición insidiosa de movimientos involuntarios del miembro superior e inferior derecho, que agravaban durante la marcha. Al examen físico presentaba alteraciones de los movimientos de los miembros derechos, semiológicamente compatibles con movimientos coreoatetósicos, y se observaban esporádicamente discinesias oromandibulares. Analíticamente no presentaba anemia ni síndrome inflamatorio, anticuerpos antinucleares > 1/1000 con patrón homogéneo, anti-DNA ds: 1851,9 UI/ml (0-200) anticuerpos anticardiolipina IgM negativos e IgG positivos 34,7 (< 20) y β2 glucoproteínas negativos. Sin afectación renal. La RMN cerebral mostraba áreas de hiperseñal en las ponderaciones de TR largo en la sustancia blanda de ambos lobulos frontales, de predominio periventricular, correspondiendo a focos de gliosis, de naturaleza inespecífica, y en la secuencia de angio-RMN, la existencia de hipoplasia/agenesia del segmento A1 de la arteria cerebral anterior izquierda. Inició 3 pulsos de metilprednisolona y un pulso de ciclofosfamida, con mejoría franca del cuadro clínico. Mantuvo los pulsos de ciclofosfamida mensuales y corticoterapia. Tres meses después aparecieron movimientos coreoatetósicos izquierdos, asociados a movimientos involuntarios del tronco, por lo que fue nuevamente ingresada para pulsos de metilprednisolona. Repitió la RMN cerebral, que se mostró similar a la anterior. Hubo mejoría clínica.

Al 6º pulso de ciclofosfamida la niña presentaba discretos movimientos involuntarios, casi imperceptibles.

El corea, aunque es poco frecuente, pueda aparecer como episodio inaugural de la enfermedad y puede ser recurrente. Habitualmente tiene buen pronóstico. Sin embargo hay casos refractarios a la medicación. Las varias posibilidades terapéuticas son presentadas por los autores.

363

USO DE TERAPIAS BIOLÓGICAS EN LA A. PSORIÁSICA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA ¿DEMASIADO TARDE?

M. LLanes, P. León, J.J. Pérez y S. García
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Introducción: Los anti-TNF están siendo un eslabón importante en el tratamiento de los pacientes con A. Psoriásica. Pero ¿realmente los pautamos a tiempo? En este estudio queremos analizar el tiempo que transcurre desde el diagnóstico de la enfermedad hasta que se pautan las terapias biológicas así como la dosis media de FARME que empleamos.

Material y métodos: Analizamos de manera retrospectiva 76 pacientes con APs. 36 de ellos en tratamiento con terapias biológicas (Infliximab, Etanercept y Adalimumab) desde Enero de 1993 hasta Diciembre 2007. Revisamos las características demográficas, los datos clínicos y radiológicos, la actividad de la enfermedad por DAS 28, los tratamientos realizados hasta el inicio de anti-TNF. Utilizamos paquete estadístico SPSS. 14.

Resultados: 71,4% hombres; 28,6% mujeres. Con edad media de 51 años; 80% con afectación cutánea. 42,9% onicopatía. El 88,6% de ellos presentaban erosiones. El patrón de afectación es el siguiente: 14,3% axial, 65,7% periférica y 20% mixta; 91% de los pacientes tomaban Metotrexato con una dosis media de 15 mg/semanales y 23% Leflunomida a dosis de 20 mg/día; Los anti-TNF prescritos 14,3% infliximab; 60% Etanercept y 25,7% Adalimumab en el 22,9% de los casos en monoterapia. El tiempo medio desde el diagnóstico hasta que inician TNF es de 5,47 años. Con un DAS 28 de 4,83 de actividad de la enfermedad.

Conclusiones: Las terapias biológicas se demoran en nuestra práctica habitual ya que la mayor parte de nuestros pacientes presentaban erosiones al iniciar el tratamiento. La dosis media de Metotrexato es inferior a la dosis máxima recomendada en muchos casos por efectos secundarios y en otros por falta de respuesta. Sin embargo la tendencia actual es intentar anti-TNF de forma más precoz.

364

FIBROMIALGIA, LA OTRA CARA DEL DOLOR

I. Cunha, D. Sá y A Barcelos¹

¹Unidad de Reumatología del Servicio de Medicina Interna del Hospital Infante D. Pedro. Aveiro. ²Servicio de Medicina Interna del Hospital Infante D. Pedro. Aveiro.

Introducción: La fibromialgia es una enfermedad caracterizada por dolor músculo-esquelético crónico generalizado, que afecta preferentemente a mujeres entre 30 y 50 años. Se estima una prevalencia del 2% en la población general. El dolor es, muchas veces, incapacitante, condicionando la calidad de vida de estos pacientes.

Objetivos: Caracterizar los pacientes con fibromialgia seguidos en la consulta de reumatología del Hospital Infante D. Pedro; identificar los disturbios/patologías asociadas; evaluar el impacto de la enfermedad en la calidad de vida y su relación con los datos socio-demográficos y la terapéutica instituida.

Métodos: Estudio prospectivo, abierto, protocolado, incluyendo pacientes con diagnóstico de fibromialgia, según los criterios de clasificación del ACR de 1990, y excluyendo pacientes con conectivitis, seguidos en la consulta de reumatología del Hospital Infante D. Pedro

Se registraron datos sociodemográficos (sexo, edad, estado civil, escolaridad y situación profesional); intensidad del dolor y cansancio en la última semana, a través de una escala visual analógica (EVA); terapéutica farmacológica y no farmacológica realizada. Todos los pacientes respondieron al fibromialgia Impact Questionnaire (FIQ) versión portuguesa. Se estudiaron correlaciones entre variables, testada la normalidad de la población por el test KS, y aplicado el test T de Student para comparar muestras.

Resultados: Se observaron 51 pacientes, 48 del sexo femenino, con una edad media de 50,8 ± 9,17 años. La edad media al inicio de la enfermedad fue de 36,16 ± 10,45 años. 66,7% de los pacientes tenían escolaridad básica y 7,8% estudios superiores. 80,4% eran casados e 56,9% eran trabajadores activos. Presentaban una media de 15,8 ± 2,3 puntos fibromiálgicos dolorosos. La intensidad del dolor y el cansancio en la EVA fue de 6,05 ± 2 e 6,96 ± 2 cm, respectivamente. Los síntomas asociados más frecuentes fueron alteraciones del sueño, depresión y parestesias de manos y/o pies (84,3; 82,4 e 74,5%, respectivamente). Once de los cincuenta y un pacientes presentaban patología tiroidea. La media del FIQ fue 65,24 ± 17,4 con cerca de la mitad de los pacientes (49%) presentando valores superiores a 70. Más de 80% de los pacientes habían sido medicados con AINE y 15,7% con tramadol. En el momento del estudio ningún paciente estaba medicado con tramadol y solo 39,2% tomaban AINE. La ciclobenzpirina hacía parte del tratamiento de 80,4% de los pacientes. La mitad de los pacientes practicaba ejercicio físico, con la hidrogimnasia (57,7%) y la marcha (38,5%), como elegidos. Se observó diferencia con significado estadístico en los valores de FIQ entre estos pacientes y los que no hacían ejercicio (59,31 ± 18,7 vs 71,4 ± 13,7; p=0,011). Se constató una correlación frágil entre los valores de FIQ y la edad, bien actual, bien al inicio de la enfermedad, la escolaridad y número de puntos sensibles. Hubo una correlación positiva significativa del FIQ con la intensidad del dolor y el cansancio (r=0,606 y 0,567, respectivamente).

Discusión: La fibromialgia es una patología compleja, con reflejos negativos acentuados en la calidad de vida de los pacientes y sus familiares próximos. Aparece en edad de plena actividad laboral, pudiendo comprometer el futuro profesional de los individuos afectados. Son frecuentes las alteraciones del sueño, del tracto gastrointestinal, patología tiroidea y síndromes depresivos. La enfermedad deberá ser abordada y tratada de forma multidisciplinar. El ejercicio físico es fundamental en el tratamiento de los pacientes, confirmando los datos de la literatura.

365

REVISIÓN DE DATOS CLÍNICOS Y ANALÍTICOS DE LAS NEFRITIS LÚPICAS BIOPSIADAS EN EL HOSPITAL DE JEREZ ENTRE LOS AÑOS 1997 Y 2007

R. Menor Almagro, M. Eady Alonso¹, R. Solís Díaz, M.M. Ruiz Tudela, J.J. Salaberri Maestrojuan, M. Camino-Carrillo Comino, J.L. de la Iglesia Salgado, Y. Grandal, M.D. Toledo Coello y C. Carrasco

¹Sección de Reumatología Hospital de Jerez. Jerez de la Frontera. Cádiz.
²Servicio de Nefrología Hospital de Jerez. Jerez de la Frontera. Cádiz.

Objetivo: Describir los hallazgos clínicos y de laboratorio de pacientes con nefritis lúpicas biopsiadas entre los años 1997 y 2007.
Material y método: Se evaluaron las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de nefropatía lúpica que habían sido biopsiadas en los últimos 10 años en el Hospital de Jerez de la Frontera. Como datos de análisis clínico-analíticos se tomaron los criterios clasificatorios aceptados por el American College

Rheumatology (ACR) en 1997. La valoración de la afectación renal se determinó en 4 periodos de tiempo: al diagnóstico de enfermedad, al diagnóstico de nefritis lúpica, en la fecha de realización de la biopsia y en el momento actual (situando como límite de tiempo Septiembre del 2007). Por último se revisó el tratamiento inmunodepresor según la afectación renal seguido por estos pacientes.

Resultados: De las 158 pacientes biopsiadas por el servicio de nefrología durante este periodo 40 correspondieron a nefritis lúpica (25.3%). Se hallaron 23 tipo IV, 10 tipo III, 5 tipo II, y una se describió como esclerosis intersticial y fibrosis tubular.

La edad media al diagnóstico de enfermedad fueron los 27,7 años, la media de aparición de nefritis lúpica según criterios ACR fue de 36 meses, si bien hasta 12 pacientes presentaron afectación renal en el momento del diagnóstico.

Respecto a los datos clínico-analíticos resultado destacable la frecuente presencia de eritema en los pacientes (100%), así como de hipertensión, edema, fiebre, anemia, leucopenia y linfopenia, todos ellos con porcentajes cercanos al 70%. 5 pacientes presentaron afectación neurológica (4 sufrieron episodios convulsivos y uno presentó psicosis). Todos los pacientes presentaron ANA positivo (54% patrón homogéneo), presentando DNA por método ELISA el 96% de ellos.

El aclaramiento renal fue descendiendo progresivamente a lo largo de la evolución de la enfermedad, partiendo de un estadio I (aclaramiento renal > 90 ml/m) del 65% de los sujetos al inicio de la enfermedad a un 25% en la actualidad. La proteinuria de 24 horas era negativa en un 60% al diagnóstico, descendiendo esta cifra a un 10% en el periodo inmediatamente anterior a la biopsia y remontando hasta un 43% de los pacientes en la actualidad tras la instauración del tratamiento. 6 pacientes llegaron a doblar sus cifras de creatinina (3 hombres y 3 mujeres). Las cifras de urea no experimentaron cambio importante tras el tratamiento adecuado, 11 sujetos presentaron valores elevados prebiopsia por 10 en la actualidad. Por último un 96% de los pacientes recibieron CFD i.v, 21% azatioprina, 14% micofenolato de mofetilo, 3% ciclosporina, metotrexato e inmunoglobulinas, con resultados y efectos secundarios variables, principalmente la infección bacteriana.

Conclusion: La afectación renal es frecuente en el curso de la enfermedad lúpica. En la actualidad representa una de las causas de mayor mortalidad en el lupus. La supervivencia de los pacientes con nefropatía lúpica ha mejorado en los últimos años gracias al empleo de fármacos inmunosupresores. Así, en nuestra serie, solo tres de ellos han evolucionado a insuficiencia renal terminal (2 hombres, 1 mujer) habiéndose trasplantado dos ellos y permaneciendo uno en hemodiálisis.

Los hallazgos clínicos y de laboratorio concuerdan con lo publicado en la literatura médica, si bien en nuestros pacientes no se encontró relación entre el aumento de la PCR y la existencia de serositis.

	Ciclofosfámidas	Corticoides	Micofenolato de mofetilo	Azatioprina	Ciclosporina	Metotrexato
Infecciones	5	1	1	1		1
Herpes	1		1			
Citomegalovirus	1					
Tuberculosis						1
Celulitis	1	1				
Recurrentes	2			1		
Alteraciones hematológicas	3			2		
Pancitopenia	2			2		
Anemia						
Leucopenia	1					
Otras						
Miopatías		1				
Psicosis		1				
Fascies cushinoide		3				
Fiebre				1		
Abandono del tratamiento		3		1		

366

¿ES ÚTIL EN PRÁCTICA CLÍNICA CLASIFICAR EN SUBGRUPOS A NUESTROS PACIENTES CON FIBROMIALGIA (FM)? ESTUDIO DE 253 PACIENTES

R. Belenguer Prieto¹, J.F. Pastor Oliver², C.J. Gómez Gálvez¹, J. Guerrero Guerola¹, N.P. Pastor Pastor³ y N. Ros Cubel⁴

¹Reumatólogo. Unidad de Fibromialgia. Hospital 9 de Octubre. Valencia.

²Reumatólogo. Unidad del Aparato Locomotor. Hospital Marina Alta. Denia.

³Psicóloga. Colegio Santa Rosa de Lima. Málaga. ⁴Dra. en Psicología. Unidad de Fibromialgia. Hospital 9 de Octubre. Valencia.

Introducción: Varios grupos de trabajo han demostrado que la FM primaria es un síndrome que se presenta clínicamente con dolor músculo-esquelético crónico, generalizado, y una hipersensibilidad exagerada en una serie de puntos perfectamente definidos (Tender Points), que se acompaña de variada sintomatología psicósomática.

Se puede clasificar en FM Primaria, cuando cursa en ausencia de otra enfermedad que permita explicar sus síntomas, FM Concomitante, cuando se asocia a otras enfermedades que pueden explicar sólo parcialmente los síntomas, generalmente enfermedades autoinmunes, y FM Secundaria, cuando ocurre junto a otra afección subyacente y que probablemente es su causa.

Objetivo: En base a la clasificación de la FM primaria en 4 subgrupos publicada en julio de 2007 por W. Müller(1) hemos revisado y evaluado de modo prospectivo a 253 pacientes con diagnóstico de FM de nuestras Unidades.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo sobre 253 pacientes diagnosticados de FM según los Criterios de Clasificación del ACR de 1990, que acudieron consecutivamente a nuestras consultas por presentar dolor crónico generalizado sugestivo de FM. Se utilizó la historia clínica y presión de puntos dolorosos de control y otros negativos para descubrir los casos de simulación, el test de Hamilton para la ansiedad (HAS) y depresión (HAD), los criterios DSM-IV para el diagnóstico de Somatización, el Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI), el Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ), el Fatigue Severity Scale (FSS) y el McGill Pain Questionnaire (MPQ).

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 43,14 años (Rango: 19-77 años). Mujeres 235 (92,88%) y varones 18 (7,11%). De los 253 pacientes, 74 (29,25%) procedían de la UNAL (Denia) y 179 (70,75%) de la Unidad de Fibromialgia del Hospital 9 de Octubre (Valencia). Treinta y cinco pacientes (13,83%), 33 mujeres y 2 varones, fueron desechados por simuladores, quedando la muestra reducida a 218 pacientes. Tampoco fueron incluidos los pacientes con FM Secundaria, excepto el subgrupo secundario a una depresión, que fue incluido como subgrupo de FM Primaria. De los 218 pacientes, fueron diagnosticados de FM Primaria 149 (58,99%) que se describen en otro trabajo y de FM Asociada a otra enfermedad 69 pacientes (27,27%).

Los pacientes con FM primaria se distribuyeron de la siguiente manera: tipo 1 (con extrema sensibilidad al dolor pero no asociado a procesos psiquiátricos) 14,09% (21 pacientes), tipo 2 (dolor con depresión) 48,99% (73 pacientes), tipo 3 (depresión con fibromialgia concomitante) 20,80% (31 pacientes) y tipo 4 (FM con dolor somatomorfo) 16,10% (24 pacientes)

Conclusiones: 1) El diagnóstico de FM no descarta a otras enfermedades que pueden coexistir con la FM, por lo que es importante llegar a un diagnóstico de las mismas. 2) Un alto porcentaje de los pacientes que acuden a consulta especializada

con síntomas semejando una FM son simuladores (13,83%) muchos de los cuales presentan litigios contra la administración por Incapacidad Laboral pendiente de evaluación el EVI del INSS o pendiente de reclamación judicial, por lo es importante saber reconocer la ausencia de fibromialgia en estos pacientes. 3) En base a esta clasificación de FM primaria el abordaje de los pacientes tipo 3 y 4 será fundamentalmente psicológico-psiquiátrico.

Bibliografía

- Müller W, Schneider EM, Stratz T, The classification of fibromyalgia syndrome. *Rheumatol Int* 2007;27:1005-1010.

367

DIAGNOSTIC AGREEMENT BETWEEN THE REQUESTING PHYSICIAN AND THE RHEUMATOLOGIST

D. Sá*, I. Cunha** y A. Barcelos**

*Internal Medicine Service and **Rheumatology Unit. Hospital Infante D. Pedro. Aveiro. Portugal.

Introduction: The Rheumatic diseases are common both in general and hospital practice. Musculoskeletal symptoms are a primary feature of many multisystem illnesses, not only in the autoimmune joint and connective tissue diseases but also metabolic, endocrine, neoplastic and infectious conditions. They are one of the main causes of work absenteeism and health care direct and indirect costs.

The number of patients sent to Rheumatology is increasing in the past few years, where the information provided by the doctors sending them is most of the times not adequate or sufficient.

Objective: To analyse the degree between the presumed diagnostic given by the physician requesting the Rheumatology assessment and the final diagnostic established by the Rheumatologist in patients with musculoskeletal diseases.

Methods: Together with most of the requests for Rheumatology assessment, a set of clinical, lab analysis and image information is provided, which is submitted to a preliminary assessment in order to prioritize the requests.

All Rheumatology clinical assessments made in Hospital Infante D. Pedro-Aveiro between January 1, 2006 and January 1, 2008 were analysed. The presumed diagnostics were compared with the final diagnostics given by Rheumatology.

Results: 700 different patients were observed for the first time in Rheumatology within the given period (484 female and 216 male). The patient average age was of 48 years old. The main specialties requesting the Rheumatology assessment were Family Medicine (49,4%), Orthopedics (17,6%) and Internal Medicine (14,9%). In 257 patients (37%) there was agreement between the presumed diagnostic given by the original physician and the final diagnostic established by the Rheumatologist.

Discussion: It is evident the differences in some types of diagnostics such as the inflammatory vs degenerative diseases and the inflammatory vs peri-articular diseases, with different approaches for the treatment and prognosis.

Therefore it is essential to develop an efficient model for Rheumatology assessment request, in order to allow an adequate use of the insufficient number of Rheumatologists in our country.

368

PACIENTES DERIVADAS A LA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA PARA VALORACIÓN DE PERDIDA DE MASA ÓSEA DIAGNOSTICADAS DE NEOPLASIA DE MAMA ESTADIO I A III

E. Aznar Villacampa¹, L. Murillo Jaso², R. Grández², E. Polo³, J.M.^a Domingo⁴, M.J. Esquillo⁵ y C. Bueno⁵

¹Unidad de Reumatología del Hospital Reina Sofía. Tudela. Navarra.

²Unidad de Oncología del Hospital Reina Sofía. ³Unidad de Oncología del Hospital Ernest Lluch. Calatayud. Zaragoza. ⁴Unidad de Hematología del Hospital Reina Sofía. ⁵Servicio de Medicina Interna del Hospital Reina Sofía.

Introducción: La pérdida de masa ósea en mujeres perimenopáusicas es frecuente. Esto produce predisposición para aparición de fracturas tanto axiales como periféricas.

Objetivos: Valorar la situación basal de las pacientes, identificar la pérdida de masa ósea y tratarla.

Material y métodos: Durante el 2006, 43 pacientes (pctes) fueron derivadas a la consulta de Reumatología diagnosticadas de neoplasia de mama no metastásica. *Edad media:* 52,7 años (41-69). Se estudian los factores de riesgo mediante entrevista clínica: antecedentes familiares y antecedentes personales de fracturas periféricas así como pérdida de altura ó clínica compatible con aplastamientos vertebrales, ingesta en su dieta habitual de calcio, situación hormonal y tratamiento (tto) hormonal para su cáncer. Se realiza densitometría ósea y valoración de marcadores de recambio óseo, tanto de formación como de resorción. **Resultados:** 8 pctes, 18,6%, tenían antecedentes familiares de enfermedad reumática. 4 pctes, 9,3%, tenían antecedentes de fracturas. Ingesta de calcio: 12 pctes (28%) < 400mg/día, 17 pctes (39%) entre 400-800 mg/día, 19 pctes (43%) > 800 mg/día. La situación hormonal: 13 pctes premenopáusicas (30%) y 30 pctes postmenopáusicas (70%). Sin tto 7 pctes (16%), 11 pctes (25,5%) llevaban tamoxifeno, 20 pctes inhibidores de la aromataza, 5 pctes (18%) llevaban inhibidores de la aromataza y análogos de la LHRH. En la densitometría ósea encontramos: 7 pctes (16%) con osteoporosis, 21 pctes (50%) con osteopenia y 9 pctes (39%) con densitometría normal. En función de los marcadores de recambio óseo se ha puesto tratamiento en las pacientes con baja masa ósea: con anti-resortivos (difosfonatos) en 23 pctes (53,4%); osteoformador en 11 pctes (25,6%). Se ha recomendado una ingesta adecuada de calcio y vitamina D (> 800 mg/día) a todas.

Conclusiones: La mayoría de nuestras pacientes tienen pérdida de masa ósea (67%). Es importante detectarla lo antes posible para tratarla si se precisa y prevenir así futuras complicaciones.

369

OPTIMIZACIÓN DEL USO DEL METOTREXATE. EFICACIA DEL METOTREXATE PARENTERAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE TRATADOS CON ANTAGONISTAS DEL TNF

O. Illera Martín, F.J. Bachiller Corral, M. Revenga Martínez y A. Zea Mendoza

Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: El Metotrexate (MTX) es el gold standard de tratamiento de la AR. Demostrada su respuesta dosis-dependiente, puede ser tan eficaz como Etanercept en la inhibición de la progresión radiológica ya al primer año de tratamiento. Por la variabilidad en la absorción del MTX v.o.(90%-10%), la vía parenteral (biodisponibilidad < 99%), podrían asegurar también la mejoría en su eficacia. Las vías clínicas recomiendan (Infliximab y Adalimumab)

acortar los intervalos entre dosis o aumentarla en caso de respuesta subóptima. No hay estudios con dosis altas de MTX ni de uso parenteral en AR con respuesta parcial al tratamiento biológico combinado con MTX. Queda por dilucidar si esa estrategia terapéutica puede ser alternativa a la escalada de dosis de biológicos (IFL y ADM) o a la mejoría de la eficacia en la asociación al ETN.

Objetivos: Valorar la eficacia y seguridad del MTX sc en pacientes con AR y respuesta insatisfactoria a tratamiento combinado con antagonista-TNF (IFL, ETN), comparado con un grupo con MTX vo en los que se modificó la dosificación del anti-TNF cuando fué necesario.

Método: Estudio prospectivo en 30 pacientes con AR en tratamiento anti-TNF asociado a MTX v.o. en los que, por ineficacia requerirían un ajuste de dosis de IFL o aumento o adición de novo de MTX en caso de ETN. Se recogieron variables sociodemográficas (edad, sexo, duración de la AR, FAMEs previos), clínicas (DAS28, HAQ) y analíticas (VSG, PCR, FR y ANA). Se realizaron evaluaciones clínicas cada 8 semanas durante 36 semanas. Un subgrupo de 17 (56%) (14 IFL/3 ETN) se le cambió el MTX vo por la subcutánea, aumentándola cuando fué necesario, manteniendo constante el antagonista del TNF. En los 13 restantes (43%), se mantuvo MTX vo y se aumentó la dosis o se acortó el intervalo en caso de IFL. Se compararon las diferencias entre ambos grupos mediante el test de X² (dicotómicas) y el test de Student (continuas). Se comparó el DAS 28 a lo largo del tiempo por análisis de regresión longitudinal y se compararon los eventos adversos.

Resultados: No hubo diferencias significativas en cuanto a las características basales de ambos grupos de tratamiento (tabla1). De los 14 que iniciaron MTX sc asociado al IFL, en 4 (23%) se retiró, 2 por intolerancia y efectos secundarios y 2 por ineficacia. La duración media del tratamiento parenteral fue de 6,5 meses y la dosis media de 20 mgr. semanales. En los 4 fue necesario aumentar las dosis de biológico (media 4 mgr/Kg) y mantener la de MTX vo. En los 3 de ETN no hubo retiradas del tratamiento. En el grupo de 13 sin MTX sc ninguno de los pacientes retiró el tratamiento FAME ni biológico. 7 precisaron incrementos de dosis de anti-TNF. La dosis media de IFL al final del seguimiento fue 4 mgr/Kg. No se encontraron diferencias significativas en la actividad de la enfermedad (DAS 28) a lo largo del tiempo entre los dos grupos, ni tampoco en la frecuencia de efectos adversos. No hubo efectos secundarios graves debidos a MTX sc. En dos casos se retiró el tratamiento, uno por aftas orales y nauseas y el otro por leucopenia. Los efectos secundarios leves más frecuentes en ambos grupos fueron las infecciones (30% vs 32%) y las reacciones infusionales (19% vs 20%). El 47% de los pacientes eran ANA-positivos al comienzo del tratamiento. De los ANA-negativos el 70% en cada grupo se convirtieron en ANA-positivos. No se encontraron diferencias en el DAS 28 a lo largo del tiempo entre los pacientes ANA-positivo y negativo al comienzo del tratamiento.

Conclusiones: El objetivo del tratamiento de la AR es alcanzar la remisión o el estado de menor actividad posible. Aún no sabemos cual es la mejor terapia para cada paciente individual. El tratamiento más eficaz de una AR de reciente comienzo podría ser una combinación de Metotrexate parenteral en dosis altas asociado a un antagonista del TNF. Este estudio pretende dar luz a la optimización del tratamiento de la AR con MTX en su uso en combinación con los anti-TNF

	Grupo1 (Metotrexate s.c.)	Grupo2(Biológico)	P
Edad media	54	58	0,08
Sexo femenino	12(71%)	9(70%)	0,86
Tiempo medio evolución	8,6	10,9	0,23
Media fames	4	3	0,12
Media DAS28	5,2	5,4	0,46

370

EFECTO DEL CONDROITIN SULFATO SOBRE LA ACTIVIDAD MITOCONDRIAL DE LOS CONDROCITOS HUMANOS

F.J. Blanco, M.J. López-Armada, B. Cillero-Pastor, B. Carames, E. Montell¹, F. Galdo y J. Vergés¹

Laboratorio de Investigación Osteoarticular y del Envejecimiento. Centro de Investigación Biomédica. CHU Juan Canalejo. La Coruña. ¹Departamento Médico. BioibericaPharma. Barcelona.

Introducción: Los condrocitos articulares humanos procedentes de cartílagos artrosicos presentan una actividad mitocondrial alterada objetivada por una alteración en el potencial de membrana mitocondrial. Esta alteración mitocondrial puede ocasionar un incremento de radicales libres los cuales originan un incremento en el numero de condrocitos muertos en el cartílago y un descenso en el contenido de proteoglicanos de la matriz extracelular.

Objetivo: Analizar el efecto del Condroitin Sulfato (CS) y Sulfato de Glucosamina sobre la actividad mitocondrial de condrocitos artrósicos.

Material y métodos: Los condrocitos articulares humanos fueron aislados de cartílagos artrosicos obtenidos de cirugía protesica articular. Los condrocitos fueron cultivados durante diferentes periodos de tiempo (6, 12, 24 y 48 horas) con TNF α 10 ng/ml, el cual ocasiona despolarización de la membrana mitocondrial. Esta despolarización se cuantificó por citometría de flujo. Posteriormente se añadió diferentes concentraciones de CS y SG (10, 50, 100, 150, 200 y 500 μ g/ml durante diferentes periodos (6, 12, 24 y 48 horas) de tiempo para analizar la capacidad que esta fármaco tiene de frenar la despolarización mitocondrial inducida por el TNF. El efecto del CS y SG sobre la función mitocondrial tambien fue valorada mediante la síntesis de ATP.

Resultados: Los resultados mostraron que el CS a las dosis empleadas no modificó el potencial de membrana a las 6, 12 y 24 horas. Sin embargo, a las 48 horas el CS a las dosis superiores a 50 μ g/ml incrementó de forma significativa el ratio rojo/verde, sugiriendo que el CS induce un estado de hiperpolarización mitocondrial en los condrocitos artrósicos (50 μ g/ml = 135%; 100 μ g/ml = 148%; 150 μ g/ml = 156%; 200 μ g/ml = 164 y 500 μ g/ml = 171% vs Basal 100%). El TNF α 10 ng/ml indujo una reducción significativa del ratio rojo/verde as las 12 horas = 41%; 24 horas = 41 y 48 horas = 39%. A las 6 y 12 horas el CS no tuvo capacidad para reducir el efecto del TNF α 10 ng/ml sobre el potencial de membrana mitocondrial. Sin embargo, el CS fue capaz de reducir el efecto del TNF α 10 ng/ml sobre la despolarización mitocondrial a las 24 y 48 horas. A las 24 horas las dosis eficaces fueron: CS 150 μ g/ml = 58%; 200 μ g/ml = 64% y 500 μ g/ml = 64% vs TNF = 41%. A las 48 horas las dosis eficaces fueron: CS 10 μ g/ml = 58%; 50 μ g/ml = 60%; 100 μ g/ml = 60%; 150 μ g/ml = 65%; 200 μ g/ml = 66% y 500 μ g/ml = 73% vs Basal 39%. El CS a las dosis de 200 μ g/ml fue capaz de incrementar la síntesis basal de ATP producida por los condrocitos articulares en cultivo (Basal = 0,55 vs CS 200 μ g/ml = 0,65).

Conclusión: El CS a dosis superiores de 50 μ g/ml y a las 48 horas es capaz de incrementar el ratio rojo/verde, reducir el efecto del TNF sobre la despolarización mitocondrial e incrementar la síntesis de ATP. Todos estos datos podrian correlacionarse con el efecto anti-apoptotico en los condrocitos descripto del CS.

Este trabajo ha sido financiado por Laboratorios Bioiberica Pharma Barcelona-España.

371

RELEVANCIA CLÍNICA DE LOS ANTICUERPOS ANTI-PÉPTIDO CÍCLICO CITRULINADO Y ANTI-VIMENTINA CITRULINA EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

I. Díez-Merchán, F.J. López-Longo, M. Carpena, M. García-Castro, M.D. Casas, E. Becerra, E. Calvo, I. De la Torre, A. Paravisini*, I. Monteagudo, A. Ariza y L. Carreño
Servicio de Reumatología e Inmunología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.*

Los anticuerpos dirigidos contra los péptidos cíclicos citrulinados (anti-PCC) y contra la vimentina citrulinada (VCM) son específicos de artritis reumatoide (AR) y se relacionan con destrucción articular severa. Estos anticuerpos son detectados en pacientes con rhus, y en pacientes con LES sin manifestaciones de AR.

Objetivos: Determinar la presencia de anti-PCC y anti-VCM y su significado clínico en pacientes con LES.

Métodos: Entre 1998-2005, estudiamos 310 sueros de pacientes con LES en el Hospital Gregorio Marañón de Madrid. Los anticuerpos se detectaron mediante el uso de ELISA comercial (enzyme-linked immunosorbent assay).

Resultados: Anticuerpos anti-PCC se detectaron en 30 pacientes (30/310; 10%) y los anti-VCM en 139 pacientes (139/310; 47,2%). El análisis bivariante demostró la asociación entre anticuerpos anti-PCC con poliartritis crónica (OR 2,3; CI 95%: 1,01-5,21) y con rigidez articular (OR 2,25; CI 95%: 1,029-4,918). Los anticuerpos anti-VCM estaban asociados a manifestaciones articulares (OR 5,65, CI 95%: 2,11-15,13) como artralgias (OR 5,10; CI 95%: 2,04-12,70) y poliartritis crónicas (OR 2,27; CI 95%: 1,23-4-16), y con la ausencia de insuficiencia renal crónica (OR 0,35; CI 95%: 0,16-0,75). Los pacientes con anticuerpos anti-VCM positivos tenían una mayor tasa de mortalidad (OR 4,67; CI 95%: 1,83-11,88).

Conclusión: Estos resultados preliminares demuestran que en ausencia de rhus los anticuerpos anti-PCC se asocian a poliartritis en LES. También indican que el significado de estos dos anticuerpos parece ser diferente, y que sólo anti-VCM se asocia a mayor mortalidad.

372

TUMEFACCIÓN INDURADA Y DOLOR DE MIEMBROS INFERIORES, JUNTO CON EOSINOFÍLIA PERIFÉRICA

N. Palmou Fontana, C. López Sánchez, C. Díez Morrondo, A. Atanes, M. Freire, J. Graña, F.J. De Toro, F.J. Blanco, L. Fernandez Sueiro, N. Oreiro, A. Sanmartín y F. Galdo
Servicio de Reumatología. CHU Juan Canalejo. A Coruña.

Introducción: La fascitis eosinofílica o enfermedad de Shulman es una enfermedad de etiología desconocida que se caracteriza clínicamente por tumefacción (en las fases iniciales) y fibrosis (en las fases avanzadas) cutánea. Afecta primariamente a fascia e hipodermis, a diferencia de la esclerodermia y se acompaña de eosinofilia en sangre periférica. El tratamiento se realiza con corticoides, a menudo, con remisión completa. En algunos casos se identifica un agente tóxico o infeccioso (*Borrelia burgdorferi*) en el contexto de procesos hematológicos linfoproliferativos. Debe realizarse un diagnóstico diferencial con síndromes similares fascitis-paniculitis.

Material y métodos: Describimos 4 pacientes con fascitis eosinofílica, uno de los cuales presentó una Hiper gammaglobulinemia. Todos consultaron por tumefacción indurada, más frecuente en miembros inferiores. Ninguno de ellos refería contactos con sustancias potencialmente tóxicas.

Resultados: Se les realizaron las pruebas correspondientes para descartar neoplasia asociada o enfermedad autoinmune y la biopsia, incluyendo en la misma fascia superficial y músculo, fue compatible con fascitis eosinofílica. Todos presentaron eosinofilia periférica y se trataron con corticoides (en 2 casos asociados con cimetidina) con buena evolución y remisión parcial o total del cuadro.

Conclusión: La fascitis eosinofílica es una entidad de etiología incierta, a veces, asociada a otras patologías, que se caracteriza por un cuadro clínico de tumefacción e induración cutánea, eosinofilia periférica y biopsia compatible. Suele responder bien a los corticoides solos o asociados a cimetidina.