



# Reumatología Clínica

www.reumatologiaclinica.org



Pósters exhibidos

## XXXV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología

Murcia, 20-22 de mayo de 2009

### 1ª Sesión

Miércoles, 20 de mayo

#### 1. ANÁLISIS DE LAS COMORBILIDADES BASALES EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE CON TERAPIAS BIOLÓGICAS VS FAME ESTÁNDAR

P. Espiño-Lorenzo, I. Ureña, M. López-Lasanta, S. Manrique, F.G. Jiménez-Núñez, M.C. Romero-Barco, V. Coret, M.Á. Belmonte, L. Cano, M.V. Irigoyen, A. Ponce, E. Calero, M. Rodríguez-Pérez y A. Fernández-Nebro

Servicio de Reumatología. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

**Objetivo:** Conocer la prevalencia de las comorbilidades en una población de pacientes con artritis reumatoide (AR) y analizar los factores clínico-epidemiológicos relacionados con multimorbilidad.

**Pacientes y métodos:** Estudio observacional retrospectivo con 274 pacientes con AR (174 iban a recibir por primera vez una terapia biológica y 100 que no tenían esta indicación). Los datos se obtuvieron de las historias clínicas siguiendo un formulario prediseñado para identificar comorbilidades y factores de riesgo cardiovascular. El índice de Charlson crudo y ajustado por edad se calculó en todos los pacientes. La multimorbilidad se definió como la ocurrencia de dos o más enfermedades crónicas en una misma persona además de

la AR. Análisis estadístico: Descriptivo de las variables, pruebas de normalidad Kolmogorov por grupos de comparación, comparaciones cualitativas por Chi-cuadrado y cuantitativas por t-Student o Mann-Whitney. Las variables con  $p < 0,1$  en el análisis bivariante (variable dicotómica multimorbilidad) fueron introducidas en un modelo de regresión logística por pasos adelante/Wald (variable dependiente multimorbilidad) ajustado por edad y sexo.

**Resultados:** Las principales características basales de la población se describen en la tabla. La mediana de comorbilidades de la población fue de 2. Las comorbilidades más prevalentes fueron: hipertensión arterial (32%), hipercolesterolemia (28%) y diabetes no complicada (14%), no existiendo diferencias significativas en el tipo de comorbilidades entre ambos grupos (con y sin indicación de biológicos), aunque los pacientes con indicación de biológicos presentaron un menor número de comorbilidades y una menor multimorbilidad a pesar de que tenían más actividad inflamatoria y peor función física. Los factores asociados a multimorbilidad en el análisis multivariable fueron: la edad a la incidencia (HR 1,10, IC 95% = 1,06-1,14), la VSG [HR 1,23 (IC 95% = 1,04-1,45)] y el número de intervenciones quirúrgicas no protésicas [(HR 2,75 (IC 95% = 1,34-5,61)].

**Conclusiones:** Las comorbilidades son muy frecuentes en los pacientes con AR establecida. La hipertensión arterial, la hipercolesterolemia y la diabetes no complicada son las más prevalentes. El riesgo de multimorbilidad se incrementa con la edad, el valor de VSG y el número de intervenciones quirúrgicas no protésicas.

Tabla Resumen 1

Variable	Indicación de FAME (fármacos modificadores de la enfermedad)	Indicación de anti-TNF	Total	p-valor
Número de casos	100	174	274	
Edad, años	58,4	54,1 ± 11,8	55,7 ± 13,44	0,02
Mujeres	69 (69%)	140 (80%)	209 (76%)	0,032
Fumadores	13 (13%)	24 (21%)	37 (17%)	0,135
Alcohol	8 (8%)	4 (3%)	12 (6%)	0,150
Duración de la Artritis Reumatoide (AR), años	8,0 ± 8,2	10,0 ± 7,8	9,0 ± 8,05	< 0,001
Factor reumatoide	76 (76%)	137 (79%)	213 (78%)	0,540
Nódulos reumatoides	12 (12%)	36 (21%)	48 (18%)	0,065
DAS28 (Disease Activity Score basada en 24 articulaciones)	3,4 ± 1,6	6,0 ± 1,3	5,3 ± 1,8	< 0,001
DAS28-PCR	3,0 ± 1,4	5,6 ± 1,1	4,8 ± 1,7	< 0,001
HAQ (Health Assessment Questionnaire)	0,875 ± 0,790	1,781 ± 0,630	1,545 ± 0,780	< 0,001
N.º FAME previos	1,8 ± 1,1	3,7 ± 1,5	3,0 ± 1,6	< 0,001
Esteroides	24 (24%)	92 (53%)	116 (43%)	< 0,001
Cirugía ortopédica no protésica	60 (60%)	51 (30%)	111 (41%)	< 0,001
Cirugía ortopédica protésica	6 (6%)	29 (17%)	35 (13%)	0,009
Índice de Charlson	1,5 ± 0,97	1,3 ± 0,71	1,4 ± 0,81	0,232
Índice de Charlson corregido por la edad	3,0 ± 1,82	2,4 ± 1,42	2,6 ± 1,6	0,014
Alguna comorbilidad	78 (78%)	114 (66%)	192 (70%)	0,030
N.º de comorbilidades	2,0 ± 1,8	1,2 ± 1,2	1,5 ± 1,5	< 0,001
Multimorbilidad	54 (54%)	66 (38%)	120 (44%)	0,010

## 2. INTERACCIÓN ENTRE LA EXPOSICIÓN AL TABACO Y EL HLA EN LA PRODUCCIÓN DE ANTICUERPOS ANTI PÉPTIDOS CITRULINADOS Y LA ARTRITIS REUMATOIDE

A. Balsa, G. Orozco<sup>1</sup>, L. Nuño, G. Bonilla, D. Peiteado, M.E. Miranda, M.Á. López-Nevot<sup>2</sup>, R. Moral<sup>3</sup>, E. Martín<sup>1</sup>, D. Pascual-Salcedo<sup>3</sup>, J. Martín<sup>1</sup> y E. Martín-Mola

Servicio de Reumatología, Hospital Universitario La Paz, Madrid.

<sup>1</sup>Instituto de Parasitología y Biomedicina López Neyra, CSIC, Granada.

<sup>2</sup>Servicio de Inmunología, Hospital Virgen de las Nieves, Granada. <sup>3</sup>

Servicio de Inmunología, Hospital Universitario La Paz, Madrid.

**Introducción:** En el desarrollo de la Artritis Reumatoide (AR) intervienen factores genéticos y ambientales. La exposición al tabaco (ET) se ha relacionado con la AR con anticuerpos anti proteínas citrulinadas (ACPAs), pero sólo en presencia de alelos HLA DRB1 con el epítipo compartido (EC), demostrando que la interacción entre factores genéticos y ambientales induce mecanismos patogénicos específicos que influyen en el desarrollo de esta enfermedad.

**Objetivo:** Estudiar la relación entre el HLADRB1 con el epítipo compartido (EC) y la ET, en la susceptibilidad a la AR y la producción de autoanticuerpos.

**Pacientes y métodos:** De 698 pacientes referidos a una consulta de artritis de reciente comienzo se pudieron recoger datos de hábito tabáquico (nunca, exfumador y fumador) en 566 pacientes (315, 96 y 155 respectivamente). Se determinó la presencia de ACPAs por ELISA de la segunda generación y el Factor Reumatoide (FR) por nefelometría en la visita basal. Se determinó el HLA DRB1 por PCR e hibridación con oligonucleótidos específicos buscando la presencia de alelos HLA DRB1 con el EC (DRB1\*0101, \*0102, \*0401, \*0404, \*0405, \*0408, \*0410 y \*1001). Para el análisis se consideró exposición al tabaco (ET) a los fumadores y exfumadores. Se compararon proporciones mediante chi cuadrado y se obtuvieron los Odds Ratio (OR) mediante regresiones logísticas. Se compararon medias dependiendo de la distribución mediante la t de Student, U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis.

**Resultados:** La edad media de la cohorte era de 50 ± 17 años y 68% eran mujeres. El FR y los ACPAs fueron positivos en 270 (39%) y 225 (32%) pacientes respectivamente y durante el seguimiento 290 pacientes se diagnosticaron de AR y 276 de otras artropatías. Se disponía del HLA en 440 pacientes, 226 (51,4%) sin el EC, 171 (30,6%) heterocigotos para el EC y 43 (7,8%) homocigotos. No hubo diferencias en la ET según el diagnóstico (AR vs no AR) o la presencia del HLA con el EC. La ET era mayor en los hombres (74% vs 32%, p > 0,001), en los pacientes con FR o ACPA positivo (49% vs 40%, p = 0,02 y 54% vs 37%, p = 0,001 respectivamente) y los títulos de FR y ACPAs eran mayores en los pacientes con ET (155 vs 83, p = 0,003 y 451 vs 222, p = 0,0001, respectivamente). Se demostró asociación independiente, entre la ET (ET+/EC- OR 4,6 (IC95% 2,1-10,9)), y el HLA con el EC (ET-/EC+ OR 4,2 (IC95% 2,1-8,4)) en la susceptibilidad a la AR con ACPAs positivos. Cuando los dos factores coincidían se encontró un efecto aditivo de ambos pero no se pudo demostrar interacción, al no modificarse los OR totales ni demostrarse interacción en las pruebas de homogeneidad. Con el FR se encontraron hallazgos similares, pero al estratificar por los ACPAs desapareció la significación. No se encontró interacción entre la ET y el HLA en los pacientes con otras artropatías no AR, ni en la AR con ACPAs negativos. En la AR con ausencia de ET, los títulos de ACPAs dependían del número de alelos con el EC (p = 0,0001), sin embargo los pacientes con ET tenían títulos de ACPAs más elevados pero se perdía la relación con el número de alelos con el EC.

**Conclusión:** En nuestra cohorte, la ET y el HLA con el EC son dos factores independientes en la susceptibilidad a la AR con ACPAs positivos y en los niveles de ACPAs, mientras que no se relacionan con la AR con ACPAs negativos ni con el grupo de otras artropatías. En pacientes sin ET, los niveles de ACPAs dependen del número de alelos con el EC, sin embargo en pacientes con ET se perdía la relación con el número de alelos.

## 3. INSULINORRESISTENCIA Y TERAPIAS ANTI FACTOR DE NECROSIS TUMORAL ALFA

I. Ferraz-Amaro, V. Hernández-Hernández, A. Franco-Maside<sup>1</sup>, R. Muñoz<sup>2</sup>, A. Itziar<sup>3</sup>, J.C. Quevedo, J. López-Fernández<sup>3</sup> y F. Díaz-González

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Sección de Inmunología. <sup>2</sup>IMETISA. <sup>3</sup>Servicio de Endocrinología. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife.

**Objetivo:** Se sabe que los pacientes con artritis reumatoide que reciben tratamiento anti-TNF $\alpha$  (factor de necrosis tumoral alfa) obtienen una mejoría de la resistencia insulínica. El objetivo de este estudio es determinar si esta mejoría se debe a un efecto directo de este tratamiento sobre las vías patológicas implicadas en la resistencia insulínica o si por el contrario tiene lugar mediante mecanismos indirectos relacionados con el depósito de grasa corporal, metabolismo lipídico o glucídico.

**Material y métodos:** Se estudiaron 16 pacientes no diabéticos con artritis reumatoide (4 varones y 12 mujeres) con una edad media de 50,8 años y una duración media de la enfermedad de 6.3 años que fueran a iniciar tratamiento con terapias anti-TNF $\alpha$  en cualquiera de sus tres formas disponibles (etanercept, infliximab o adalimumab). A todos ellos se les determinó en la visita basal y a los 6 y 12 meses el peso corporal, variables antropométricas, sensibilidad insulínica mediante Homeostasis Model Assessment of Insulin Resistance, ingesta calórica mediante cuestionarios específicos, composición de grasa corporal mediante impedanciometría de multifrecuencia y superficie de tejido graso subcutáneo y visceral abdominal mediante resonancia magnética.

**Resultados:** Los valores analíticos de parámetros nutricionales, lipídicos, homocisteína y prealbúmina no variaron durante las visitas y no se modificaron con el tratamiento. Los niveles de hemoglobina glicosilada disminuyeron (p = 0,002) de forma significativa. Los cuestionarios de ingesta calórica no sufrieron cambios y no hubo diferencias, estadísticamente significativas, en relación con parámetros antropométricos, valores de composición corporal medidos con impedanciometría ni en los valores de grasa subcutánea/visceral abdominal determinados mediante resonancia magnética.

**Conclusión:** La mejoría en la resistencia insulínica observada con los tratamientos anti-TNF $\alpha$  parece estar mediada por mecanismos directos sobre las vías implicadas en esta resistencia y no mediante efectos indirectos relacionados con el depósito de grasa corporal o sobre el metabolismo lipídico.

## 4. LA PROTEÍNA PRO-APOPTÓTICA BID ES ESENCIAL EN LA APOPTOSIS MEDIADA POR FAS DE LOS SINOVIOCIOS REUMATOIDES

S. García, J.J. Gómez-Reino y C. Conde

Laboratorio de Investigación 8 y Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario de Santiago, Santiago de Compostela.

**Introducción y objetivos:** La Artritis Reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune sistémica en la que la hiperplasia sinovial asociada a la infiltración de células inflamatorias lleva a la destrucción del cartílago y hueso de las articulaciones inflamadas. La hiperplasia sinovial puede ser consecuencia de un incremento de la proliferación o una disminución en la apoptosis. Distintos estudios parecen indicar que el mecanismo más importante es este último, puesto que la proliferación es poco significativa en la sinovial reumatoide. Por lo tanto, conseguir un conocimiento en profundidad de los mecanismos que regulan la apoptosis en los fibroblastos sinoviales parece fundamental para el desarrollo de terapéuticas eficaces. El objetivo de este trabajo es analizar el papel de PI3K/Akt y de la proteína pro-apoptótica Bid en la apoptosis mediada por Fas en sinoviocitos reumatoides.

**Métodos:** Los sinoviocitos tipo fibroblasto (FLS) se aislaron a partir de tejido sinovial de 5 pacientes con AR, se cultivaron en DMEM con 10% FCS y se utilizaron entre los pases 4 y 8. La expresión de Bid fue suprimida en estas células mediante siRNA e incrementada mediante transfección del vector pDsRed2-Bid. El nivel de apoptosis tras el tratamiento con anti-Fas se determinó mediante ELISA y tinción Hoechst. La fosforilación de Akt, la expresión de caspasa 9 y de Bid se analizaron mediante Western Blot.

**Resultados:** Se analizó el efecto de la inhibición de la fosforilación de Akt sobre la apoptosis de los sinoviocitos reumatoides tras estimulación durante 12h con 1  $\mu$ g/ml de anti-Fas. Se observó que el tratamiento con los inhibidores aumentó significativamente el porcentaje de apoptosis en sinoviocitos respecto a los controles no tratados ( $p = 0,028$ ), indicando el papel de la vía PI3K/Akt sobre la apoptosis mediada por Fas en estas células. Se analizó el efecto de la inhibición de Akt en la apoptosis inducida por Fas sobre la expresión de la proteína Bid, que en algunos tipos celulares es hidrolizada por caspasa-8 y translocada a la mitocondria, conectando así la vía apoptótica extrínseca con la intrínseca. El tratamiento de los FLS con anti-Fas redujo significativamente la expresión de Bid total ( $p = 0,004$ , respecto a los controles no tratados). Esta reducción fue mayor tras la inhibición de la fosforilación de Akt ( $p = 0,0006$  respecto a los controles sin tratamiento y  $p = 0,017$ , respecto a los sinoviocitos tratados con anti-Fas). Estos resultados sugieren que en los sinoviocitos reumatoides, Bid se transloca a la mitocondria tras la estimulación de Fas y que Akt fosforilado interviene regulando su hidrólisis y/o translocación. Con el fin de analizar el papel de Bid en la apoptosis inducida por Fas, su expresión se suprimió en los FLS. El tratamiento con anti-Fas redujo significativamente la apoptosis en los sinoviocitos deficientes en Bid respecto a los controles no deficientes ( $p = 0,015$ ). Actualmente se está analizando el efecto de la sobreexpresión de Bid en sinoviocitos reumatoides sobre la apoptosis mediada por Fas y resultados preliminares indican un claro incremento de la apoptosis en estas células respecto a los controles.

**Conclusiones:** Nuestros resultados indican que, en los sinoviocitos reumatoides, la vía mitocondrial es necesaria para completar la apoptosis iniciada por Fas e indican el papel clave de la fosforilación de Akt en la resistencia a la apoptosis característica de estas células, así como la importancia de Bid para vencer esta resistencia.

## 5. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y VALORES ELEVADOS DE ANTICUERPOS ANTI-PÉPTIDOS CITRULINADOS

A. Martínez-Cristóbal, F.J. Lirón<sup>1</sup>, P. Trénor, M. Rosell<sup>2</sup> y J.A. Orts<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sección de Reumatología, Servicio de Diagnóstico Biológico. <sup>2</sup>Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Universitario La Ribera. Alzira, Valencia.

**Objetivo:** Estudiar las características de los pacientes con artritis reumatoide (AR) y valores de anticuerpos antipéptidos citrulinados (AAPC) por encima del límite de linealidad ( $> 300$  U/ml) según la técnica de ELIA CCP (fluoroenzymeimmunoassay for anti cyclic citrullinated peptide antibodies), considerando este valor como muy elevado. Se consideran negativos los valores  $< 10$  U/ml. Valorar el impacto de la prueba como refuerzo positivo en la actitud terapéutica (inicio o cambio de tratamiento) con un fármaco antirreumático modificador de la enfermedad (FAME) y/o terapia biológica.

**Material y métodos:** Se revisan de manera retrospectiva las historias clínicas de los pacientes a los que se les solicitó AAPC entre enero (fecha en que se empezó a realizar la técnica en el hospital) y diciembre del 2007. Se recogen datos de edad, sexo, diagnóstico de AR, tratamiento, tiempo de evolución de la enfermedad, tiempo de seguimiento en consulta, valor de los AAPC, valor del factor reumatoide (FR), y actitud clínica y terapéutica tras conocer el resultado de los AAPC.

**Resultados:** En el periodo estudiado se solicita AAPC a 240 pacientes. En 38 casos el valor de los AAPC fue positivo con valores  $< 300$  U/ml (26 mujeres, 22 hombres, un 65% con una edad mayor de 50 años). El valor medio de los AAPC fue de 82 (277-8), el 78% con FR+. El 70% cumplían criterios diagnósticos de AR según el American College of Rheumatology (ACR) en el momento del estudio analítico, con un seguimiento en consultas de 37 + 35 meses. El 50% seguía tratamiento con uno o más FAME y/o terapia biológica. En el 10% se inició o se realizó un cambio de terapia tras conocer el resultado de la prueba. En 22 casos el valor de los AAPC fue  $> 300$  (13 mujeres y 9 hombres, un 55% con una edad mayor de 50 años), todos ellos con FR+. El 80% cumplían criterios diagnósticos ACR de AR en el momento del estudio analítico, con un seguimiento en consultas de 38+ 33 meses. El 77% seguían tratamiento con uno o más FAME y/o terapia biológica. En el grupo de 23 pacientes con una enfermedad de  $< 6$  meses de evolución, se detectaron AAPC  $> 300$  en 9 casos (60% mujeres, con una edad media 50+10), de los que el 50% tenían también FR+. Todos ellos fueron diagnosticados de AR y se inició tratamiento con un FAME. Un 25% presentaban erosiones óseas en manos y/o pies en el momento del diagnóstico.

**Conclusiones:** Los AAPC ayudan al reumatólogo a establecer el diagnóstico de AR en una fase precoz, antes de cumplir los criterios diagnósticos del ACR, y a iniciar un tratamiento con FAME en casos de corta evolución, principalmente en las formas de AR seronegativas. El valor elevado de AAPC se asocia a una enfermedad precozmente más grave, por lo que, su hallazgo, apoya el empleo de una terapia más agresiva.

## 6. VARIACIÓN EN LA RESPUESTA CLÍNICA E INCIDENCIA DE EFECTOS SECUNDARIOS CON LA REDUCCIÓN DEL TIEMPO DE INFUSIÓN DE INFILIXIMAB

N. Rivera, O. Fernandez, E. Úcar, J.M. Aranburu, J.M. Gorordo, F. García, E. Galíndez, M.L. García e I. Torre.

*Servicio de Reumatología, Hospital de Basurto. Bilbao.*

**Introducción:** El infliximab es un anticuerpo monoclonal quimérico, anti-TNF $\alpha$ , aprobado para el tratamiento de Artritis Reumatoide (AR), espondiloartropatías y patología inflamatoria intestinal, con una pauta de infusión intravenosa superior a una hora, los días 1, 15, 45 y en adelante cada 60 días, con control de tensión arterial y frecuencia cardiaca al inicio y final del tratamiento. En base a comunicaciones previas, hace un año redujimos el tiempo de su administración a 45 minutos. Se revisa la efectividad de esta medida.

**Objetivo:** Comparar la respuesta clínica y los efectos secundarios de la infusión de infliximab, con la pauta previa de 1 hora 30 minutos y la actual de 45 minutos, seguido en ambos casos de infusión de suero durante 30 minutos.

**Material y métodos:** Se estudia una población de 54 pacientes con AR o espondiloartritis, seguidos en el Hospital de Día por el Servicio de Reumatología, tratados con Infliximab i.v. Se compara la respuesta clínica (DAS 28, BASFI, BASDAI) y la incidencia de efectos secundarios constatados por el médico y enfermería durante su administración en ambas pautas.

**Resultados:** La media de DAS28 en los pacientes con AR en 2007 fue de 3,42 y en 2008 de 3,61. La media del BASFI y BASDAI lo largo del 2007 fueron 3,12 y 2,56 respectivamente y en 2008 fueron 3,27 y 2,85 respectivamente. Con la pauta de 1 hora 30 minutos, sólo un paciente presentó reacción a la infusión con rubefacción facial y sudoración, que se resolvió en las siguientes sesiones con dexclorfeniramina maleato (polaramine) previo. Durante el 2008 con pauta de administración de 45 minutos, 3 pacientes presentaron una o más reacciones a la infusión: un paciente presentó mareos, dos pacientes: rubefacción facial, uno: sudoración, otro: dolor torácico y lumbar y uno: cefalea. En ningún caso apareció reacción local a la infu-

sión, ni los efectos secundarios obligaron a suspenderla. El descenso de la tensión arterial y la frecuencia cardíaca en ambos grupos fue similar con las dos pautas de administración ( $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** La efectividad clínica fue similar y la incidencia de efectos secundarios con ambas pautas fue muy baja. La gravedad de dichos efectos fue leve y se resolvió alargando el tiempo de infusión. Se concluye que infliximab puede ser administrado en 45 minutos, sin mayor riesgo de efectos secundarios y sin pérdida de respuesta clínica para el paciente. Además supone un beneficio para el enfermo al acortar su periodo de estancia y permite tratar a mayor número de pacientes.

## 7. PREVALENCIA DE FRACTURAS VERTEBRALES EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE. ESTUDIO MEDIANTE MORPHOEXPRESS®

C. Díaz Torné<sup>1</sup>, C. Gómez-Vaquero<sup>2</sup>, D. Reina<sup>2</sup>, J. Narváez<sup>2</sup> y J.M. Nolla<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Reumatología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. <sup>2</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet. Barcelona.

**Introducción:** La osteoporosis, la complicación más frecuente de la artritis reumatoide (AR), impacta de forma marcada sobre la calidad de vida relacionada con la salud de estos pacientes ya que el advenimiento de una fractura comporta, además de un incremento relevante del dolor, un aumento notable del grado de dependencia del enfermo. Sólo una tercera parte de las fracturas vertebrales son sintomáticas. Identificar a los pacientes que presentan una fractura vertebral es relevante, ya que la presencia de una fractura favorece la aparición de nuevas fracturas, independientemente de la densidad mineral ósea. MorphoExpress® es un sistema de análisis morfométrico: las radiografías, una vez digitalizadas mediante escáner, son analizadas por un software especializado que posiciona los 6 puntos de referencia de cada vértebra; tras las regulaciones oportunas de los puntos, el software analiza automáticamente las alturas anterior, media y posterior para determinar y calcular las deformidades vertebrales.

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de fracturas vertebrales en mujeres posmenopáusicas afectas de AR mediante MorphoXpress®. Analizar sus características.

**Material y métodos:** Se incluyeron, de forma consecutiva, 93 mujeres posmenopáusicas afectas de AR controladas de forma protocolizada en un hospital terciario universitario. Se les practicó una densitometría ósea (DXA Hologic QDR 4500) y una radiografía lateral de columna lumbar y dorsal. La radiografía se escaneó y, con MorphoXpress®, se determinaron el número de fracturas vertebrales entre D5 y L4; este sistema permite calcular de forma semicuantitativa el grado de fractura vertebral y clasificarlas en leves, moderadas y graves; asignando, respectivamente, los números 1, 2 y 3 a cada vértebra fracturada y sumando la puntuación total de cada paciente, se puede calcular el índice de deformidad vertebral (IDE). Del protocolo de seguimiento clínico habitual de estos pacientes, se recogió: a) edad, peso y talla, b) tiempo de evolución de la AR, c) duración del período posmenopáusico, d) DAS28 y los parámetros necesarios para calcularlo, e) HAQ, f) dosis acumulada de glucocorticoides.

**Resultados:** La edad media de las pacientes fue de  $65,1 \pm 7,9$  años y la evolución media de la enfermedad,  $14,6 \pm 9,0$  años. La duración media del período posmenopáusico fue de  $18,0 \pm 10,0$  años. El DAS28 medio fue de  $3,5 \pm 1,2$  y el HAQ medio,  $0,88 \pm 0,71$ . La dosis acumulada de corticoides media fue de  $19 \pm 18$  g. El 46% de las pacientes presentaba alguna fractura vertebral; el 56% de ellas, única, y el 44%, múltiple. Del total de pacientes, el 26% presentaba una fractura; el 12%, dos; y el 9%, más de dos. Las vértebras más fracturadas fueron D11 y D12. El IDE medio fue de  $1,6 \pm 2,8$ . La presencia de fracturas se

asoció con la edad, el índice de masa corporal y el tiempo de evolución de la enfermedad. El IDE se correlacionó con la edad ( $r: 0,30$ ), el tiempo de evolución de la enfermedad ( $r: 0,23$ ), la EVA del dolor ( $r: 0,25$ ) y la dosis acumulada de glucocorticoides ( $r: 0,25$ ); no se observó correlación con la densidad mineral ósea, la duración del período posmenopáusico ni el DAS28.

**Conclusiones:** La fractura vertebral es muy frecuente en la AR. Su presencia se relaciona con los parámetros de evolución de la enfermedad.

## 8. CONTRIBUCIÓN DEL POLIMORFISMO DE LILRB1 Y DEL EPÍTOPE COMPARTIDO A LA SUSCEPTIBILIDAD Y SEVERIDAD DE LA ARTRITIS REUMATOIDE

J. Delgado<sup>1</sup>, C. Díaz-Torné<sup>2</sup>, C. Geli<sup>2</sup>, M.A. Cortés<sup>2</sup>, E. Cantó<sup>1</sup>, C. Juárez<sup>1</sup>, S. Vidal<sup>1</sup> y C. Díaz-López<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Inmunología, Institut de Recerca i Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. <sup>2</sup>Unitat de Reumatologia. Servei de Medicina Interna. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

**Introducción:** Hallazgos recientes sugieren que el gen LILRB1 (Leucocyte immunoglobuline-like receptor subfamily B member 1) se asocia a un aumento de la susceptibilidad de padecer artritis reumatoide (AR) en individuos japoneses con el epítotope compartido (EC) negativo (Kuroki K et al. Hum Mol Genet. 2005 Aug 15;14(16):2469-80).

**Objetivo:** Como la contribución del polimorfismo del LILRB1 a la susceptibilidad de padecer AR puede variar entre diferentes etnias, examinamos la asociación de los polimorfismos del LILRB1 en pacientes caucásicos con AR, tanto con EC positivo como negativo. Se determinó también la asociación de los distintos polimorfismos con los niveles de factor reumatoide (FR), anticuerpos antipeptido cíclico citrulinado (antiCPP) y la destrucción articular radiológica.

**Material y métodos:** Se recogieron muestras de 103 pacientes con AR diagnosticados por criterios ACR 1987 y 107 controles escogidos al azar. Se analizaron los polimorfismos del gen LILRB1 secuenciando con primers que amplificaban los intrones 3 y 4. Para medir la progresión radiográfica se utilizó el método de Sharp-van der Heijde (SHS).

**Resultados:** La edad media de los pacientes fue de  $61,4 \pm 11$  años. El 71,4% fueron mujeres. El tiempo medio de evolución de la enfermedad fue de  $17,3 \pm 9,5$  a. El 55,6% tenían epítotope compartido. Se hallaron 8 alelos distintos. Al contrario que en la población japonesa no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las frecuencias de los alelos entre los pacientes y el grupo control, excepto en el alelo PE-05, que fue más frecuente en los pacientes con AR ( $p = 0,034$ ). Estos pacientes no presentaron ninguna característica clínica distinta al resto. Cuando se segregaron los pacientes y los controles según la presencia del epítotope compartido, y se estudio en los que este era negativo, se observó que está diferencia en la frecuencia del alelo PE-05 aumentaba ( $p = 0,012$ ; OR = 11,167; IC 1,294-96,383). En estos pacientes SE negativos, se encontró también, que el gen PE-01/01 era más frecuente en el grupo control que en el grupo de enfermos (7% vs 23,1%;  $p = 0,049$ ; OR 0,367; IC 0,142-0,95). La asociación del gen PE-01/01 y el EC con la severidad de la AR en los primeros 10 años de enfermedad se muestra en la tabla.

**Conclusiones:** Este estudio muestra que la asociación del polimorfismo LILRB1 a la AR en esta cohorte caucásica es distinta a la presentada anteriormente en pacientes japoneses. En ausencia del EC, el genotipo LILRB1-PE-01/01 presenta un rol protector a la susceptibilidad de padecer la enfermedad, así como un enlentecimiento en la progresión de la misma, sin llegar a detenerla.

**Tabla Resumen 8**

Asociación del polimorfismo LILRB1 y del EC en pacientes con AR de diez o menos años de evolución

Grupo	Epítipo compartido	PE-01/01	Factor reumatoide	Anti-CCP	Puntuación manos (SVH)	Puntuación pies (SVH)	Puntuación total (SVH)
A	+	+	385 ± 240	197 ± 49**	43,3 ± 17,0*	18,4 ± 7,0*	61,7 ± 23,0*
B	+	-	242 ± 84	213 ± 36	20,1 ± 6,0	11,3 ± 3,8	31,3 ± 8,0
C	-	-	193 ± 121	17 ± 7	2,5 ± 1,2	0,5 ± 0,5	3,0 ± 1,7
D	-	-	129 ± 44	152 ± 35***	9,6 ± 3,9	11,4 ± 3,8**	21,2 ± 6,7*

Todas las comparaciones son con el grupo C (\*p &lt; 0,05; \*\*p &lt; 0,01; \*\*\*p &lt; 0,005).

### 9. CAMBIOS EN LOS NIVELES DE LOS ANTICUERPOS ANTI-PÉPTIDOS CÍCLICOS CITRULINADOS (CCP) Y LOS ANTICUERPOS FRENTE A PÉPTIDOS SINTÉTICOS CITRULINADOS DE FIBRINA-FILAGRINA (ANTI-CFFCP) DURANTE EL SEGUIMIENTO A 2 AÑOS EN UNA COHORTE DE ARTRITIS REUMATOIDE (AR) DE INICIO

J.A. Gómez-Puerta<sup>1</sup>, V. Ruiz-Esquide<sup>1</sup>, M.V. Hernández<sup>1</sup>, M.L. Pérez<sup>2</sup>, M.J. Gómara<sup>2</sup>, E. Graell<sup>1,3</sup>, J.D. Cañete<sup>1</sup>, I. Vázquez<sup>3</sup>, A. Gómez-Centeno<sup>3</sup>, I. Haro<sup>2</sup> y R. Sanmartí<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología, Hospital Clínic, Barcelona. <sup>2</sup>Departamento de Química de Péptidos y Proteínas, IIQAB-CSIC Jordi Girona, Barcelona. <sup>3</sup>Servicio de Reumatología, Hospital Parc Taulí, Sabadell, Barcelona.

**Objetivo:** Determinar la variación en los niveles de los anticuerpos anti-péptidos citrulinados (anti-CCP y anti-CFFCP) y su relación con la actividad de la enfermedad en una cohorte de AR de inicio seguida durante al menos 2 años.

**Métodos:** Se incluyeron 118 pacientes (82% mujeres) con AR de inicio de 2 hospitales universitarios de referencia. Todos estos pacientes iniciaron tratamiento con FAMES y dosis bajas de glucocorticoides y fueron seguidos durante 2 años. Los anti-CCP se determinaron mediante un test de ELISA de segunda generación (Eurodiagnostica). Los anti-CFFCP fueron determinados mediante ELISA empleando como antígeno un péptido sintético quimérico derivado de fibrina humana y la filagrina (p18-cfc1cyc). Los cambios con respecto a los niveles basales de anticuerpos tras 1 y 2 años de seguimiento se analizaron mediante un t test para muestras apareadas. Se estableció el cut-off de positividad mediante curvas ROC, siendo de 30 UI para los anti-CCP y de 0,241 UDO para los anti-CFFCP.

**Resultados:** La edad media fue de 53,8 ± 1 años y la duración media de la enfermedad fue de 9,2 ± 5,8 meses. Al inicio la media del DAS-28 fue de 5,7 ± 0,9, teniendo el 75% de los pacientes un DAS-28 > 5,1. El 73% de los pacientes fueron seropositivos para el factor reumatoide (FR), el 70% para los anti-CCP y el 72% para los anti-CFFCP. Tras 12 y 24 meses de seguimiento se alcanzó la remisión clínica (DAS-28 < 2,6) en el 23 y 29% de los pacientes respectivamente. La mayoría de pacientes no experimentaron cambios en la positividad o negatividad de los anticuerpos anti-péptidos citrulinados durante el seguimiento con respecto al inicio. Durante el seguimiento se produjo un descenso en los niveles de anti-CCP y anti-CFFCP (tabla) que fue significativo para los CCP al año de seguimiento (p = 0,01). No se encontró una correlación significativa entre la variación en los parámetros de actividad de la enfermedad (NAD, NAI, DAS-28, PCR o VSG) y la variación en los niveles de anticuerpos a excepción del descenso de los anti-CCP a los 2 años y la disminución en el NAI (p = 0,001).

**Conclusiones:** En la presente cohorte de pacientes con AR de inicio, los niveles de anticuerpos anti-péptidos citrulinados tienden a descender después de la introducción de FAMES. Este descenso en los niveles no suele correlacionarse con la mayoría de parámetros de actividad de la enfermedad.

**Tabla Resumen 9**

Variabilidad en los niveles de anticuerpos anti-péptidos citrulinados durante el seguimiento

	CCP			CFFCP		
	Mediana	Mín-Máx	RIC	Mediana	Mín-Máx	RIC
Basal	255	0-1.600	878	0,42	0,05-2,96	1,30
1 año	131	0-1.600	688	0,31	0,11-3,94	1,87
2 años	149	0-1.600	619	0,38	0,07-394	1,99

RIC = Rango intercuartílico.

### 10. VALOR DIAGNÓSTICO DE LOS TÍTULOS DE LOS ANTICUERPOS ANTI-PÉPTIDOS CÍCLICOS CITRULINADOS (CCP) Y LOS ANTICUERPOS FRENTE A PÉPTIDOS SINTÉTICOS CITRULINADOS DE FIBRINA-FILAGRINA (ANTI-CFFCP)

V. Ruiz-Esquide<sup>1</sup>, J.A. Gómez-Puerta<sup>1</sup>, E. Graell<sup>1</sup>, M.L. Pérez<sup>2</sup>, M.J. Gómara<sup>2</sup>, A. Balsa<sup>3</sup>, D. Pascual-Salcedo<sup>3</sup>, C. Moll<sup>1</sup>, J.D. Cañete<sup>1</sup>, I. Haro<sup>2</sup> y R. Sanmartí<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología, Hospital Clínic, Barcelona. <sup>2</sup>Departamento de Química de Péptidos y Proteínas, IIQAB-CSIC Jordi Girona, Barcelona. <sup>3</sup>Servicio de Reumatología, Hospital Universitario La Paz, Madrid.

**Objetivo:** Determinar el valor diagnóstico de los títulos de los anticuerpos anti-CCP y los anti-CFFCP en pacientes con artritis reumatoide (AR) y en distintas poblaciones control.

**Métodos:** Se incluyeron 322 pacientes con AR, 307 donantes de sangre (DS), 119 pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES), 133 pacientes con artritis psoriásica (APs) y 84 pacientes con infección por virus de la hepatitis C (VHC). Los anti-CCP se determinaron en suero mediante un test de ELISA de segunda generación (Eurodiagnostica). Los anti-CFFCP fueron determinados mediante ELISA empleando como antígeno un péptido sintético quimérico derivado de fibrina humana y la filagrina (p18-cfc1cyc). Se estableció el cut-off de positividad mediante curvas ROC, siendo de 30 UI para los anti-CCP y de 0,241 UDO para los anti-CFFCP.

**Resultados:** De los 322 pacientes con AR, 134 fueron AR de inicio y 78 fueron AR en tratamiento con terapias anti-TNF $\alpha$ . El 70% de los pacientes fueron seropositivos para el factor reumatoide (FR), 74% para los anti-CCP y el 72% para los CFFCP. Los anti-CCP fueron positivo en el 2% de los DS, 8% de los LES, 3% de las APs y en el 1% de las VHC. Así mismo los anti-CFFCP fueron positivos en el 2, 9, 4 y 14% de los DS, LES, APs y HCV respectivamente. Como era de esperar, los títulos de los anti-CCP y los anti-CFFCP fueron más elevados en los pacientes con AR que en los controles (tabla). El 88% y el 83% de los pacientes seropositivos para el FR fueron positivos para los anti-CCP y los anti-CFFCP respectivamente, mientras que el 41 y el 45% de los seronegativos para el FR fueron positivos para los anti-CCP y anti-CFFCP respectivamente. Los títulos de los anti-CCP y anti-CFFCP en los pacientes con AR fueron de 623 UI ± 633 y de 1,17 ± 1,13 UDO respectivamente. Dichos títulos fueron más altos en los pacientes seropositivos (FR+) que en los seronegativos (739,6 ± 621 vs 350,5 ± 576 para los anti-CCP y 1,35 ± 1 vs 0,76 ± 1 para los anti-CFFCP; p < 0,001). No obstante cuando se analizaron sólo los pacientes con los anticuerpos citrulinados por encima del cut-off no se encontraron

**Tabla Resumen 10**

Media de los títulos de los anticuerpos anti-CCP y anti-CFFCP

	AR	Donantes de sangre	LES	APs	VHC
CCP	842 ± 605	67 ± 37	205 ± 305	120 ± 84	46
CFFCP	1,58 ± 1	0,66 ± 0,45	0,73 ± 0,86	0,52 ± 0,41	0,34 ± 0,08

La media corresponde sólo a aquellos pacientes con anticuerpos positivos.

diferencias significativas en los niveles de anticuerpos entre los seropositivos y los seronegativos ( $837,2 \pm 599$  vs  $825,3 \pm 656$  y  $1,59 \pm 1$  vs  $1,54 \pm 1,2$ ).

**Conclusiones:** Los pacientes con AR presentan unos títulos más elevados de anticuerpos anti-péptidos citrulinados (anti-CCP y anti CFFCP) que otros procesos reumáticos y que los controles sanos. Cerca de la mitad de los pacientes con AR FR (-) fueron positivos para los anticuerpos antipéptidos citrulinados. En aquellos pacientes con AR FR (-) positivos para anti-CCP y anti-CFFCP no se encontraron diferencias significativas en los títulos de anticuerpos antipéptidos citrulinados en comparación con los pacientes FR (+).

## 11. NUEVOS PENTAPÉPTIDOS 70-74 DEL HLA-DRB1 ASOCIADOS CON SUSCEPTIBILIDAD A ARTRITIS REUMATOIDE

R. Diéguez González<sup>1</sup>, M. Calaza<sup>1</sup>, J.D. Cañete<sup>2</sup>, I. González-Álvarez<sup>3</sup>, B. Gutiérrez-Fernández<sup>4</sup>, E. Pérez-Pampín<sup>1</sup>, J.J. Gómez-Reino<sup>1</sup> y A. González<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico Universitario de Santiago, Santiago de Compostela.

<sup>2</sup>Hospital Clínic, Barcelona. <sup>3</sup>Hospital La Princesa, Madrid. <sup>4</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

**Antecedentes:** El principal factor genético de susceptibilidad a la AR se descubrió hace ya 30 años en la región HLA, sin embargo, todavía hay muchas incógnitas sobre su participación en la enfermedad. Un gran avance fue el descubrimiento de que los pentapéptidos comprendidos entre los residuos 70-74 en la tercera región hipervariable (HVR3), permiten la clasificación de los alelos de HLA-DRB1 asociados con AR. Este pentapéptido es parte de la hélice alfa que conforma el surco de unión con el antígeno. Los alelos de riesgo son portadores de un grupo de pentapéptidos que se ha denominado epítipo compartido (EC): <sup>70</sup>QRRAA<sup>74</sup>, <sup>70</sup>RRRAA<sup>74</sup> o <sup>70</sup>QKRAA<sup>74</sup>; los alelos de protección, por su parte, codifican para el pentapéptido <sup>70</sup>DERAA<sup>74</sup>; y los alelos restantes se consideran neutros. Sin embargo, se han publicado estudios que indican que esta clasificación es incompleta, o resultados que cuestionan el efecto protector de los alelos que determinan el pentapéptido <sup>70</sup>DERAA<sup>74</sup>.

**Objetivo:** Analizar la asociación de HLA-DRB1 con susceptibilidad a AR considerando los alelos en función de los pentapéptidos 70-74 que codifican.

**Métodos:** Se obtuvieron genotipos del HLA-DRB1 por métodos de alta resolución para 655 pacientes con AR y 233 controles, todos ellos de ascendencia española.

**Resultados:** Se observaron doce pentapéptidos diferentes: RRRAE, QKRAA, QRRAA, RRRAA, QKRGR, DKRAA, QRRAE, QARAA, DRRAA, DRRAL, DERAA, y DRRGQ. Se encontró un incremento de riesgo de AR en los portadores de tres de ellos: RRRAE (OR = 6,83 [1,62-28,76], p = 0,002), QKRAA (OR = 3,96 [1,94-8,05], p = 0,00005) y QRRAA (OR = 2,63 [1,85-3,75], p = 0,00000004). Una reducción en el riesgo se observó en los portadores de DRRGQ (OR = 0,49 [0,35-0,69], p = 0,00004) o de DERAA (OR = 0,52 [0,36-0,75], p = 0,0004). Los portadores de RRRAA y DRRAL mostraron una ligera asociación en sentido opuesto, riesgo (OR = 2,51 [0,96-6,57], p = 0,05) y protección (OR = 0,58 [0,33-1,02], p = 0,05), respectivamente. Los otros cinco pentapéptidos fueron neutros.

**Conclusión:** Nuestro análisis mostró dos nuevas asociaciones entre los alelos de HLA-DRB1 y AR que tienen un efecto marcado y que a

pesar de esto no habían sido descritas con anterioridad: el pentapéptido RRRAE que mostró el mayor riesgo y el pentapéptido DRRGQ que mostró la mayor protección. Nuestros resultados, también confirmaron el papel previamente establecido de los pentapéptidos del EC y el efecto protector del pentapéptido DERAA. Por lo tanto, el genotipado de alta resolución y el análisis completo de los pentapéptidos de la región 70-74 en estudios de gran tamaño muestral pueden proporcionar todavía resultados insospechados e interesantes sobre el papel de HLA-DRB1 en la susceptibilidad a la AR.

## 12. LEISHMANIASIS VISCERAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN TRATAMIENTO CON METOTREXATO CON O SIN ANTI-TNF ALFA

M.R. Rodríguez Moreno, M. Guzmán Úbeda, A. García Sánchez, R. Cáliz Cáliz, A. González Utrilla, M. Ferrer González e I. Rodríguez Moreno

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

**Introducción:** La leishmaniasis representa una compleja enfermedad con una importante diversidad clínica y epidemiológica. La Leishmaniasis Visceral (LV) es una enfermedad cuyo tratamiento es prioritario pues incluso la leishmaniasis cutánea puede ser una enfermedad fatal en ausencia de tratamiento. El espectro clínico leishmaniasis y el control de la enfermedad están influenciados por las relaciones hésped-parásito. El papel de la respuesta inmune de las células de tipo Th1 en la protección frente a la enfermedad en leishmaniasis humana y experimental está bien establecida. El TNF $\alpha$  ha sido implicado en las citoquinas que inducen la activación de los macrófagos y la formación tisular de granulomas, dos actividades ligadas al control de la infección intracelular visceral causada por *Leishmania donovani*. Las estrategias anti-factor de necrosis tumoral alfa (TNF $\alpha$ ) han supuesto un sustancial y marcado impacto en el tratamiento de la Artritis Reumatoide, no obstante, el uso clínico de los antagonistas del TNF $\alpha$  se ha acompañado de un incremento de las infecciones informadas.

**Métodos:** Población objeto de estudio: se presentan 3 casos de pacientes diagnosticados de artritis reumatoide (AR) y tratados con metotrexato, estando 2 de ellos en tratamiento combinado con antagonistas del TNF $\alpha$  que desarrollaron un cuadro de leishmaniasis visceral. Criterios diagnósticos: criterios revisados ACR para la clasificación de la AR (1988).

**Resultados:** *Caso 1:* una mujer de 60 años de edad con AR tratada con adalimumab y metotrexato, que ingresó de urgencia por pancitopenia (leucocitos 2.860, Hb 8,8, plaquetas 71.000) y dolor abdominal. Esplenomegalia y hepatomegalia. citolisis hepática. Marcadores tumorales: elevados (CA 19,9: 204). LDH: 1.700. Ferritina 11.633. PET-TAC: infiltración linfomatosa del bazo. serología a *Leishmania* positiva. El diagnóstico fue LV, fracaso renal y hepático por sepsis, colecistitis aguda. *Caso 2:* una mujer de 55 años de edad con AR tratada con infliximab y metotrexato, ingresó de urgencia por fiebre de origen desconocido (FOD) y adenomegalia inguinal. esplenomegalia y hepatomegalia. Citolisis hepática. Marcadores tumorales: elevados (CA-19,9: 166). LDH 1.216, ferritina 9.715. PET-TAC: infiltración linfomatosa del bazo. Serología a *Leishmania* positiva. Biopsia de adenomegalia: linfadenitis infecciosa por *Leishmania*. El diagnóstico fue LV. *Caso 3:* un hombre de 54 años de edad con AR en tratamiento con metotrexato, ingresó de urgencia por FOD estando diagnosticado de tricoleucemia y sometido a esplenectomía. esplenomegalia y hepatomegalia. bicitopenia (Hb 9,5 g/dl; Leucocitos 3.320). PET-TAC: infiltración linfomatosa del bazo. serología a *Leishmania* positiva. Estudio anatomopatológico del bazo: leishmaniasis esplénica con hemagofagocitosis y necrosis focal. El diagnóstico fue LV. Discusión: la Leishmaniasis Visceral (LV) ocurre excepcionalmente en la artritis

reumatoide en pacientes tratados con antagonistas del factor de necrosis tumoral alfa, corticosteroides y metotrexato; o metotrexato solo.

**Conclusión:** Presentamos 3 casos donde la LV en la AR tratada con metotrexato con o sin antagonistas simuló una infiltración linfomatoso del bazo; la demostración del parásito en biopsias (bazo o adenomegalia) fueron diagnósticas, presentando también serología positiva a Leishmania que pudiera ser diagnóstica (clínica compatible y respuesta al tratamiento ex-juvativus; y el tratamiento con anfotericina B liposomal fue efectivo. Esta sería enfermedad oportunista puede estar relacionada con el metotrexato y la medicación inmunosupresora (antagonistas del TNF $\alpha$ ) que incrementan también el riesgo de infección. La LV debe ser tenida en cuenta cuando un paciente con AR está en tratamiento con metotrexato con o sin anti-TNF $\alpha$  y presente FOD especialmente si presenta esplenomegalia.

### 13. ¿RESPONDEN PEOR AL TRATAMIENTO CON INFILIXIMAB LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE CON ANTECEDENTE DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DEL APARATO LOCOMOTOR?

J.M. Lema Gontad<sup>1</sup>, N. Palmou<sup>1</sup>, C. Díez-Morrondo<sup>1</sup>, J.A. Pinto<sup>1</sup>, J.L. Fernández-Sueiro<sup>1</sup>, M. Freire<sup>1</sup>, F.J. De Toro<sup>2</sup>, A. Atanes<sup>1</sup>, G. Graña<sup>1</sup>, J.C. Fernández-López<sup>1</sup>, M. Acasuso<sup>3</sup>, N. Oreiro<sup>1</sup>, A. San Martín<sup>1</sup>, F. Galdo<sup>2</sup> y F.J. Blanco<sup>1</sup>

<sup>1</sup>CHU A Coruña, <sup>2</sup>Universidad A Coruña, <sup>3</sup>CAP San José, A Coruña.

**Objetivo:** Comparar las características demográficas, genéticas, clínicas, analíticas, HAQ, DAS28 y grado de respuesta de los pacientes con artritis reumatoide (AR) tratados con infliximab previamente intervenidos quirúrgicamente del aparato locomotor con aquellos no intervenidos.

**Métodos:** Incluimos pacientes con AR definida (criterios del ACR de 1987) con enfermedad activa que no respondieron a FAMES. Se recogieron muestras de sangre periférica para aislar ADN (determinación de los polimorfismos genéticos del HLA-DRB1 y TNF $\alpha$ ) y se obtuvieron las características demográficas, clínicas, analíticas, de discapacidad funcional (índice HAQ) y la actividad de la enfermedad (índice DAS 28) al inicio del tratamiento con infliximab y en la semana 30 de tratamiento. Se dividió a los pacientes en 2 grupos en función de haber sido o no intervenidos del aparato locomotor (prótesis articular o sinovectomía). Se realizó el análisis estadístico mediante el SPSS 16.0. (chi cuadrado y t de Student para muestras independientes).

**Resultados:** Se incluyeron en el estudio 77 pacientes con AR (87% mujeres) de los cuales 30 (39%) se habían sometido a alguna intervención quirúrgica del aparato locomotor. El 56,7% de los pacientes con un tiempo de evolución mayor de 10 años habían sido operados en alguna ocasión, frente al 22% con menor duración de la enfermedad, p 0,001. La edad de inicio de la enfermedad era de 43,7 + 13,0 años, el tiempo de evolución de la enfermedad 10,3 + 7,3 años. El 66% eran positivos para el factor reumatoide. Presentaban erosiones el 68% y nódulos reumatoideos el 22%. El 63% portaba 1 o 2 alelos del epítipo compartido, el 23% y 10% polimorfismos TNF-308A y -238A respectivamente. El DAS28 era de 6,25 + 1,19, el HAQ 1,45 + 0,65, la VSG 38,9 mm/h (10-120) y la PCR 28,7 mg/L (1-103). El 58% de los pacientes habían respondido al tratamiento con infliximab (criterios EULAR), sin diferencias entre ambos grupos. Las características genéticas fueron similares en ambos grupos, tanto para el HLA-DRB1 como para el TNF $\alpha$  (-238 y -308). Tampoco hubo diferencias en cuanto al sexo, edad de inicio, presencia de factor reumatoide positivo, nódulos o erosiones. El HAQ basal era mayor en el grupo operado, 1,27 + 0,7 vs 1,69 + 0,5 (p 0,027), atenuándose esta diferencia en la semana 30 de tratamiento, 0,99 + 0,6 vs 1,28 + 0,5 (p 0,118). Los pacientes operados tenían un DAS28 basal menor, 5,95 + 1,08 vs 6,46 + 1,24, aunque la diferencia no era significativa (p 0,142) y en la semana 30 eran de 4,68 + 1,57 vs 4,74 + 1,47, p 0,886.

**Conclusión:** Nuestros resultados muestran que la duración de la enfermedad incrementa la cirugía ortopédica y el HAQ es mayor en los pacientes operados previamente. No hemos observado diferencias significativas en cuanto a características demográficas, clínicas, genéticas, analíticas o de respuesta al tratamiento entre pacientes operados y no operados.

### 14. RELACIÓN ENTRE LOS POLIMORFISMOS DEL GEN DEL STAT4 Y LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN ARTRITIS DE RECIENTE COMIENZO

D. Peiteado, M.C. Ordóñez, E. Martín<sup>1</sup>, G. Orozco<sup>1</sup>, G. Bonilla, L. Nuño, D. Pascual-Salcedo<sup>2</sup>, J. Martín<sup>1</sup>, A. Balsa y E. Martín-Mola

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz, Madrid.

<sup>1</sup>Instituto de Parasitología y Biomedicina López Neyra, CSIC, Granada.

<sup>2</sup>Servicio de Inmunología, Hospital Universitario La Paz, Madrid.

**Introducción:** Las vías de transcripción y transducción de la señal (STAT) son complejos proteicos utilizados por los interferones y la citoquinas para la activación celular. Recientemente se han asociado algunos polimorfismos del STAT4 con la susceptibilidad a determinadas enfermedades autoinmunes entre las que se encuentra la Artritis Reumatoide (AR).

**Objetivo:** Estudiar si los polimorfismos del gen del STAT4 se asocian a diferencias en las características clínicas en artritis reumatoide de reciente comienzo.

**Material y métodos:** Se han estudiado pacientes de una consulta de artritis de reciente comienzo seguidos de forma prospectiva. En la primera visita se recogió la edad de inicio, las semanas de evolución, el hábito tabáquico, la forma de presentación y manifestaciones clínicas. Al inicio y cada 6 meses se valoró la actividad clínica mediante las variables incluidas en el "core set". Se determinó la presencia del factor reumatoide (FR) por nefelometría y de los Anti péptidos cíclicos citrulinados (ACPs) por ELISA de 2.ª generación. Se identificaron los alelos del gen del STAT 4 mediante amplificación con PCR y primers específicos. Se realizaron radiografías de manos y pies que se valoraron por el método de Sharp-van der Heijde (SvH) en orden cronológico y a pares. Se aplicaron los test de la t-Student, U de Mann-Whitney, la  $\chi^2$  en la comparación de las diferentes variables.

**Resultados:** Se disponía de determinación del STAT4 en 403 pacientes de los que 246 (61,5%) cumplieron criterios diagnósticos de AR y 157 (38,5%) criterios para otras artropatías no AR. El 72% eran mujeres, la edad media 52  $\pm$  17 años y el tiempo de evolución de la sintomatología de 14  $\pm$  10 semanas. En relación al hábito tabáquico, 181 pacientes (45%) eran fumadores o ex-fumadores. Presentaron FR positivo 201 (50%) y ACPs positivos 172 (42,7%). En la determinación de polimorfismos del STAT4, 230 (57%) no tenían ningún alelo T, 145 pacientes (36%) tenían un alelo T y 28 (7%) dos alelos T. Dependiendo de la presencia del alelo T, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la edad de inicio de la enfermedad (no alelos T: 56,3 años  $\pm$  16,2 vs si alelos T 50,5  $\pm$  15,8, p = 0,006), el tiempo de evolución (14,3 semanas  $\pm$  9,3 vs 17,3  $\pm$  11, p = 0,025), la presencia de ACPs (55% vs 74,3%, p = 0,001), los niveles basales de ACPs (473,9  $\pm$  50,2 UI/ml vs 660,3  $\pm$  631, p = 0,019) y el título máximo de ACPs (519  $\pm$  640 UI/ml vs 827  $\pm$  946, p = 0,03). No se encontraron diferencias en el diagnóstico final, en la gravedad de la enfermedad medida por los índices clínicos habituales (DAS28 y SDAI), ni en el índice radiográfico de SvH dependiendo del polimorfismo del STAT4.

**Conclusión:** En nuestra población hemos encontrado que la presencia del alelo T del gen STAT4 se asocia con una edad de inicio de la AR menor, con la presencia de los ACPs y con niveles más elevados de éstos, lo que podría explicar la susceptibilidad a la AR ya descrita en estudios previos.

## 15. SEGURIDAD Y EFICACIA DE RITUXIMAB EN ARTRITIS REUMATOIDE ACTIVA REFRACTARIA A AGENTES ANTI-TNF

A. Prada, L. Silva, J.L. Andreu, J. Campos, T. Otón, M. Fernández-Castro, J. Sanz, C. Barbadillo, M. Jiménez-Palop, C. Isasi y J. Mulero

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

**Introducción y objetivos:** Recientemente se ha aprobado el rituximab, un anticuerpo monoclonal quimérico que depleciona los linfocitos B CD20+, para su uso en artritis reumatoide (AR) refractaria a agentes anti-TNF. El objetivo de este estudio es recoger el perfil de seguridad y eficacia del rituximab en AR activa refractaria a agentes anti-TNF, en condiciones de práctica clínica habitual.

**Métodos:** Se trata de un estudio observacional abierto de una cohorte de pacientes con diagnóstico de AR, incluidos en la base de datos de tratamiento con agentes biológicos de la unidad, en los que su reumatólogo había decidido iniciar tratamiento con rituximab. Todos los pacientes cumplían los criterios de clasificación para AR del American College of Rheumatology. Los pacientes fueron seguidos protocolizadamente mediante recuento articular, determinación de reactantes de fase aguda, HAQ y cálculo del DAS28.

**Resultados:** Se incluyeron 7 pacientes (6 mujeres y un varón; edad media 64 años; tiempo medio evolución de la AR 13 años). Los siete pacientes recibieron un único ciclo de 2 infusiones de 1 g separadas dos semanas. (Tabla).

**Conclusiones:** Rituximab es una opción segura y eficaz en pacientes con artritis reumatoide activa refractaria a agentes anti-TNF, en condiciones de práctica clínica habitual.

## 16. ANÁLISIS DE LOS PACIENTES QUE MANTIENEN TRATAMIENTO CON ETANERCEPT 25 MG RESPECTO A 50 MG EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CON ARTROPATÍAS INFLAMATORIAS

Virginia Ruíz-Esquide, M.ª Victoria Hernández, José A Gómez-Puerta, Conxi Moll, Celia Saura, Laia Gifre, Juan D Cañete, Raimon Sanmartí

Servicio de Reumatología. Hospital Clínic. Universidad de Barcelona.

**Introducción:** Se ha demostrado que la administración de etanercept en pauta de 50 mg/SC/semana (ETN-50) tiene la misma eficacia

y seguridad que la pauta de 25 mg/SC/dos veces por semana (ETN-25), por lo que desde la disponibilidad del tratamiento con ETN-50 la mayoría de pacientes siguen esta pauta. Sin embargo, algunos pacientes mantienen la administración de ETN-25.

**Objetivo:** Determinar las características de los pacientes que reciben en la actualidad el tratamiento con ETN-25 y analizar los motivos para el uso de dicha dosificación.

**Material y métodos:** Se incluyeron todos los pacientes que reciben en la actualidad tratamiento con ETN-25. Se analizaron las características de estos pacientes, sus diagnósticos, las causas por las que reciben esta pauta, su eficacia y seguridad.

**Resultados:** La dosificación de etanercept 50 mg está disponible en nuestro hospital desde febrero de 2006. En la actualidad, reciben la pauta de etanercept 25 mg/SC/ un total de 25 pacientes (10 varones y 15 mujeres), edad media 49,7 ± 13,7 (intervalo 18-78 años). Los diagnósticos de estos pacientes son: 12 artritis reumatoide, 7 artritis psoriásica, 4 espondilitis anquilosante, 1 espondiloartropatía indiferenciada y 1 artritis idiopática juvenil. Todos ellos recibieron inicialmente tratamiento con ETN-25. En 17 de estos 25 pacientes se cambió a la dosis de ETN-50, debiendo discontinuarla por efectos adversos (5 pacientes) (20,0%) o por disminución del tiempo de efectividad terapéutica (12 pacientes) (48,0%). Los principales efectos adversos fueron: intolerancia a aguja, síntomas digestivos (náuseas, epigastralgia) y estomatitis. La disminución de la eficacia terapéutica se había observado de forma precoz tras el inicio de la pauta de ETN-50. En todos estos pacientes se discontinuó el tratamiento con ETN-50 y se retornó a la pauta inicial de ETN-25, consiguiéndose en todos ellos un control clínico adecuado sin reaparición de efectos adversos. Los otros ocho pacientes del grupo total de 25 (32%) habían mantenido siempre la dosis de 25 mg, presentando buena respuesta y estando en la actualidad en remisión, habiendo reducido la pauta, según juicio clínico, a 25 mg/semana en 5 pacientes y a 25 mg/15 días en 1 paciente. Un paciente había discontinuado el tratamiento por remisión.

**Conclusiones:** Aunque se ha descrito que la administración de ETN-50 es comparable en eficacia y seguridad a la de ETN-25, algunos pacientes presentan una disminución del tiempo de efectividad terapéutica al cambiar a la pauta de ETN-50. La reintroducción de la pauta de ETN-25 recupera el control clínico adecuado obtenido previamente. Por otra parte algunos pacientes persisten en remisión con dosis de etanercept de 25 mg cada 1 o 2 semanas.

Tabla Resumen 15

Paciente/Edad (años)/Sexo	Tiempo evolución AR (años)	FR/AntiPCC	N.º FAMES previos	Anti TNFs previos/causa de retirada	DAS 28 previo a rituximab	DAS a los 4 meses de la infusión de rituximab	HAQ previo a rituximab	HAQ a los 4 meses de la infusión de rituximab	Efectos adversos
1/68/M	25	Positivo/no realizado	2 (aurotiomalato, Metotrexato)	Adalimumab/ no eficaz	5,39	3,9	1,125	1,125	Edema glotis en 2.ª infusión, resuelta y cumplida dosis.
2/77/M	14	Positivo/no realizado	2 (metotrexato, leflunomida)	Etanercept, adalimumab/ no eficaces	6,04	6,50	1,5	1,125	Ninguno
3/72/M	5	Positivo/positivo	2 (metotrexato, leflunomida)	Etanercept, adalimumab/ no eficaces	5,69	2,53	2,125	1,125	Ninguno
4/82/H	26	Positivo/no realizado	3 (metotrexato, sulfasalacina, leflunomida)	Etanercept, adalimumab/ no eficaces	7,31	4,84	2	1,5	Crisis hipertensiva. Se completó tratamiento.
5/47/M	12	Positivo/positivo	3 (metotrexato, leflunomida, sulfasalacina)	Adalimumab/ no eficaz	6,07	3,4	1,125	0,5	Ninguno
6/58/M	13	Positivo/no realizado	2 (metotrexato, hidroxicloroquina)	Etanercept, infliximab/ no eficaces	5,65	2,86	2,125	1,5	Ninguno
7/45/M	1	Positivo/no realizado	2 (metotrexato, leflunomida)	Adalimumab/ no eficaz	6,57	2,78	1,25	0,625	Ninguno

### 17. COST-EFFECTIVENESS MODEL OF FOUR BIOLOGIC TREATMENT SEQUENCES INCLUDING ANTI-TNF AGENTS, ABATACEPT AND RITUXIMAB IN RHEUMATOID ARTHRITIS IN SPAIN

R. Ariza<sup>1</sup>, J.F. García-Llorente<sup>2</sup>, A. Balsa<sup>3</sup>, A.S. Sánchez Morales<sup>4</sup>, D. Dupont<sup>5</sup> y A. Beresniak<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Rheumatology Department, Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla. <sup>2</sup>Rheumatology Department, Hospital de Basurto, Bilbao. <sup>3</sup>Rheumatology Department, Hospital Universitario La Paz, Madrid. <sup>4</sup>Medical Department, Bristol-Myers Squibb, Madrid. <sup>5</sup>Health Economics and Outcomes Strategy, Braine-l'Alleud, Bélgica. <sup>6</sup>Data Mining International, Geneva, Suiza.

**Background:** The introduction of new biologic agents in Spain such as abatacept (ABA) and rituximab (RTX) requires a value assessment vs existing therapies by conducting cost-effectiveness analyses. These new biologic agents are indicated after an insufficient response to DMARDs including at least 1 anti-TNF agent. In absence of clinical trials comparing various biologic agent sequences, a modelling approach is useful to simulate and compare complex treatment strategies.

**Objective:** To assess the cost-effectiveness over 2 years of 4 biologic treatment strategies composed of various sequences of anti-TNF agents, ABA and RTX based on the perspective of the public payer.

**Methods:** 2 clinically meaningful success endpoints were selected based on levels of disease activity (DAS28): low disease activity state (LDAS) or remission state (RS). Simulation models were developed representing 4 sequences of 3 biologic agents, each sequence using the 2 effectiveness criteria. The model assumed a decision to switch biologic therapy at each 6-month time point after an insufficient response to initial anti-TNF agent. Sequence A was composed of etanercept (ETA), ABA and adalimumab (ADA), Sequence B of ETA, RTX, ADA, Sequence C of ETA, ADA, ABA, and Sequence D of ETA, ADA, infliximab (INF). Data sources for effectiveness and costs included clinical trials, clinical reports, literature and expert opinion on medical practices. Simulation model outputs were expressed as "total direct medical costs over 2 years" (including biologic costs), "expected number of days in success over 2 years" (RS or LDAS) and "estimated costs per day in success over 2 years" (LDAS or RS). A probabilistic sensitivity analysis was performed computing all possibilities of distribution parameters.

**Results:** According to Spanish medical practices and using a standard costing approach, direct medical treatment costs over 6 months (excluding biologic costs) were estimated at 295 € (SD 92) for patient in RS, 350 € (SD 7) for LDAS and 6,135 € (SD 1279) for moderate to high disease activity. Results are presented in the table.

**Conclusions:** Sequential simulation models offer a useful approach to compare biologic strategies after an insufficient response to a previous

biologic agent. From the perspective of the Spanish health system, the sequence using abatacept after an insufficient response to one anti-TNF agent appears to be more effective and cost-effective vs the same sequence using rituximab as second biologic agent (A vs B) and vs abatacept used after an insufficient response to two anti-TNF agents (A vs C), while the sequence using abatacept after an insufficient response to two anti-TNF agents appears to be more effective and cost-effective than switching to a third anti-TNF agent (C vs D).

### 18. EFECTOS A CORTO PLAZO DEL TRATAMIENTO CON ANTAGONISTAS DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL-ALFA SOBRE LOS PARÁMETROS DEL METABOLISMO FÉRRICO EN PACIENTES CON ARTRITIS INFLAMATORIA CRÓNICA

R. García Portales<sup>1</sup>, S. Gómez Ramírez<sup>2</sup>, P.Valdivielso Felices<sup>2</sup>, J. Rodríguez Andreu<sup>1</sup>, M. De Haro Líger<sup>1</sup>, J. Aguilar del Rey<sup>1</sup> y J.L. Casals Sánchez<sup>1</sup>

Hospital Virgen de la Victoria, <sup>1</sup>Sección de Reumatología. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna, Málaga.

**Planteamiento y objetivos:** Los pacientes con enfermedades inflamatorias, infecciones o neoplasias presentan con frecuencia anemia de trastorno crónico (ATC). Entre los mecanismos que participan en el desarrollo de ATC se incluyen: 1) síntesis inadecuada de eritropoyetina en relación al grado de anemia, 2) disminución de la respuesta de los progenitores eritropoyéticos a la eritropoyetina, 3) alteraciones del metabolismo del hierro que conducen a una baja disponibilidad de hierro para la eritropoyesis, y 4) disminución de la vida media de los eritrocitos. El factor de necrosis tumoral- $\alpha$  (TNF $\alpha$ ) es una citocina clave en la patogénesis de las artritis inflamatorias crónicas (AIC) y puede intervenir en todos los mecanismos citados, contribuyendo al desarrollo de ATC. Por ello, en este trabajo se analiza si el tratamiento con antagonistas del TNF $\alpha$  modifica a corto plazo los parámetros séricos del metabolismo del hierro en los pacientes con AIC.

**Pacientes y métodos:** 17 pacientes (10 mujeres, 7 hombres; 45  $\pm$  13 años) con AIC (7 artritis reumatoide, AR; 4 espondilitis anquilopoyética, EA; 6 artritis psoriásica, AS) que iniciaban terapia con anti-TNF (10 adalimumab, 5 etanercept, 2 infliximab) se incluyeron en este estudio prospectivo. Se realizó hematimetría e índice eritrocitarios (VCM, HCM, ADE) y determinación de proteína C-reactiva (PCR), hierro, transferrina, ferritina, ácido fólico y vitamina B12, tanto basal como a los 3 meses de iniciado el tratamiento. La presencia de anemia se definió por una Hb < 12 g/dL en mujeres y < 13 g/dL en hombres. La actividad de la enfermedad se estimó mediante los índices DAS 28 (artritis), BASDAI y BASFI (espondilitis).

**Resultados:** A los tres meses de iniciado el tratamiento, se observó una mejoría en los marcadores de inflamación (tabla 1) y en los tests de actividad de la enfermedad con respecto a los valores basales. Sin embargo, no hubo cambios en los parámetros del metabolismo férrico, excepto por un aumento de la transferrina y una disminución de la ferritina, aunque debe recordarse la condición de reactantes de fase aguda de ambas proteínas (tabla 1). Adicionalmente, cuando se analizó la frecuencia de valores anormales, no se observó una mejora en la disponibilidad de hierro para la eritropoyesis y sí una tendencia a una mayor incidencia de anemia y baja hemoglobinización. Por el contrario, prácticamente se corrigió la deficiencia de fólico o vitamina B12 (tabla 2). \*p < 0,05, basal vs 3 meses (test de Wilcoxon). \*\*con PCR > 5 mg/L.

**Conclusiones:** A corto plazo, el tratamiento de las AIC con antagonistas del TNF $\alpha$  reduce los niveles de los marcadores inflamatorios y mejora el estado clínico de los pacientes. Sin embargo, a diferencia de lo esperado, no aumentó la disponibilidad de hierro para la eritropoyesis, posiblemente debido a que casi la mitad de los pacientes aún presentaban un status inflamatorio, reflejado por los niveles al-

Tabla Resumen 17

	Total direct medical costs (€)	Expected number of days in success	Estimated cost per day in success (€)
Sequence A:			
ETA-ABA-ADA			
LDAS	43.722	102	427
RS	44.033	52	846
Sequence B:			
ETA-RTX-ADA			
LDAS	41.897	82	508
RS	42.338	33	1.301
Sequence C:			
ETA-ADA-ABA			
LDAS	43.777	64	729
RS	44.068	22	2.489
Sequence D:			
ETA-ADA-INF			
LDAS	43.617	32	1.352
RS	43.930	10	4.568

**Tabla Resumen 18**Valores medios (media  $\pm$  DE)

	Basal	3 meses
Hemoglobina	13,7 $\pm$ 1,8	13,8 $\pm$ 1,9
HCM (pg)	29 $\pm$ 3	29 $\pm$ 3
VCM (fl)	88 $\pm$ 9	89 $\pm$ 9
ADE	13,9 $\pm$ 1,6	14,5 $\pm$ 1,7
Leucocitos	8,5 $\pm$ 2,5	7,1 $\pm$ 1,7*
PCR ( $\times 10^3$ /mL)	14 $\pm$ 13	7 $\pm$ 7*
Hierro (mg/dL)	82 $\pm$ 31	88 $\pm$ 40
Transferrina (mg/dL)	246 $\pm$ 40	257 $\pm$ 48*
Saturación Tf (%)	24 $\pm$ 9	26 $\pm$ 13
Ferritina (mg/L)	103 $\pm$ 97	78 $\pm$ 71*

**Tabla Resumen 18**

Valores anormales, n (%)

	Basal	3 meses
Anemia	3 (18)	5 (29)
HCM = 27 pg	3 (18)	5 (29)
VCM = 80 fl	2 (11)	1 (6)
ADE = 14,5	6 (35)	8 (47)
PCR > 5 mg/L	10 (59)	8 (47)
Hierro = 60 mg/dL	3 (18)	2 (11)
Saturación Tf = 20%	7 (41)	6 (35)
Ferritina = 100 mg/L**	6 (35)	6 (35)
Fólico = 3 ng/mL	4 (24)	1 (6)
Vit. B12 = 270 pg/mL	6 (35)	2 (11)

tos de PCR. Se necesitan pues estudios más amplios y con un seguimiento a más largo plazo para determinar el papel de los antagonistas del TFN-a en la corrección de las alteraciones del metabolismo del hierro observadas en muchos pacientes con AIC.

### 19. EFECTO DE LOS ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (AINEs) SOBRE LAS FASES INICIALES DE LA CASCADA INFLAMATORIA Y LA PRODUCCIÓN DE RADICALES LIBRES DE OXÍGENO EN NEUTRÓFILOS HUMANOS

M.J. Domínguez Luis, A.M. Herrera García, A. Díaz Martín, M.T. Arce Franco, M. Feria Rodríguez y F. Díaz González

Servicio de Reumatología del Hospital Universitario de Canarias. Departamento de Medicina Física y Farmacología. Facultad de Medicina de La Universidad de La Laguna. Islas Canarias.

**Introducción:** Diferentes estudios han puesto de manifiesto la capacidad de los AINEs de actuar de manera no dependiente de las ciclooxigenasas (COX). Recientemente se ha demostrado que un grupo de AINEs inducen el corte y la liberación de la selectina-L, una molécula de adhesión esencial en el proceso de extravasación de los neutrófilos en la respuesta inflamatoria. Este efecto puede estar asociado al desacoplamiento que inducen estos compuestos en la fosforilación oxidativa mitocondrial.

**Objetivo:** Estudiar el efecto funcional de los AINEs en las fases iniciales de la respuesta inflamatoria y determinar el papel de los radicales libres de oxígeno (ROS) como mediadores del efecto antiinflamatorio de estos compuestos.

**Material y métodos:** Se obtuvieron neutrófilos humanos de sangre periférica de donantes sanos por gradientes de Ficoll, eritrosedimentación en dextrano y choque osmótico. Las células endoteliales humanas fueron aisladas de cordones umbilicales de donantes sanos y cultivadas en medio 199. Mediante experimentos en cámara de flujo, se estudio el efecto de AINEs sobre la interacción dinámica de neutrófilos con células endoteliales activadas (TNF $\alpha$ , 20 ng/ml durante 12 h). Se utilizó marcaje directo con anticuerpos monoclonales y análisis de citometría de flujo para determinar el efecto de los agentes reductores (ditioles y monotioles), de la superóxido dismutasa

(cataliza el superóxido) y la catalasa (degrada el H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>) sobre la liberación de la selectina-L y la expresión de CD11b inducida por AINEs en neutrófilos humanos. La producción de ROS intracelular se estudió en neutrófilos cargados con dihidroetidium mediante fluorimetría. Resultados: La preincubación de neutrófilos con diclofenaco (20 mg/ml) redujo significativamente el número de células que rodaban sobre endotelio activado (0,5  $\pm$  0,04 cel/mm<sup>2</sup>/min) respecto a los controles (p < 0,01). La variación en la concentración de ROS intracelular inducida por diversos AINEs (n = 9) fue proporcional a su capacidad para liberar la selectina-L en neutrófilos (p < 0,01). Este efecto fue revertido por la presencia de agentes reductores (DTT y  $\beta$ -mercaptoetanol). La preincubación con catalasa no demostró efecto protector ni en capacidad de realizar la fase de rodamiento sobre endotelio (0,38  $\pm$  0,12 cel/mm<sup>2</sup>/min) respecto a 2  $\pm$  0,54 cel/mm<sup>2</sup>/min/ en controles), ni en la pérdida de la selectina-L inducida por diclofenaco, ác. flufenámico o ác. meclofenaco en neutrófilos. Sin embargo, cuando los neutrófilos se cultivaron con estos AINEs en presencia de SOD, se previno significativamente la pérdida de la selectina-L y aumento el número de células que fueron capaces de realizar la fase de rodamiento (1,63  $\pm$  0,21 cel/mm<sup>2</sup>/min).

**Conclusiones:** La producción de anión superóxido inducida por AINEs está implicada en la capacidad de estos compuestos de reducir la expresión basal de selectina-L en neutrófilos humanos, modulando la primera fase de la cascada de adhesión en la respuesta inflamatoria aguda.

### 20. DENSIDAD MINERAL ÓSEA EN LAS MANOS DE PACIENTES CON ARTRITIS DE INICIO (RESULTADOS PROVISIONALES)

J. Graña Gil, C. Díez Morrondo, C. Fernández-López, S. Pértiga<sup>1</sup>, M. Freire González y M.O. Sánchez Meizoso<sup>2</sup>

Servicio de Reumatología; <sup>1</sup>Unidad de Epidemiología; <sup>2</sup>Unidad de Codificación. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

**Introducción:** El estudio de la densidad mineral ósea (DMO) mediante densitometría ósea (DXA) de las articulaciones metacarpofalángicas (MCF) en pacientes con artritis de inicio (AI) es una técnica reproducible y con valor pronóstico.

**Objetivos:** Determinar si existen diferencias en la DMO de las MCF y carpo entre un grupo control y un grupo de pacientes con artritis de inicio.

**Material y método:** Se realizaron densitometrías (Hologic 4500 Elite) de la 2.<sup>a</sup> a la 5.<sup>a</sup> MCF y del carpo de la mano no dominante a 32 controles (mujeres) y 36 pacientes (31 mujeres; 5 hombres) que acuden a una consulta monográfica de AI. Los pacientes realizaron la DXA entre la primera consulta y la consulta de resultados. De cada sujeto se recogió además su edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), tiempo de evolución de la artritis, localización de la artritis y tratamiento previo recibido. Se realizó un análisis descriptivo de las variables recogidas. Se analizaron las diferencias en la DMO entre casos y controles mediante un análisis de covarianza, ajustando por edad e IMC.

**Resultados:** No se encontraron diferencias significativas en cuanto a la edad entre los pacientes y los controles (48,8  $\pm$  11,18 vs 50,4  $\pm$  7,0), ni en el IMC (27,9  $\pm$  5,5 vs 25,5  $\pm$  3,5). El tiempo medio de evolución de la artritis era de 6,1 meses, con un rango entre 1 y 24 meses. Todos los pacientes tenían artritis en las manos menos uno y sólo 6 recibieron corticoides antes de la primera consulta. Tras ajustar por edad e IMC, no se observaron diferencias significativas en la DMO entre los pacientes y los controles en ninguna de las regiones estudiadas (tabla).

**Conclusiones:** Los 36 primeros pacientes de este estudio no muestran diferencias en la DMO de las articulaciones MCF y carpos entre pacientes y controles.

*Estudio parcialmente financiado por una beca de los laboratorios Abbott*

Tabla Resumen 20

	Pacientes (n = 36)		Controles (n = 32)		p
	Media (DT)	Mediana (rango)	Media (DT)	Mediana (rango)	
2. <sup>a</sup> MCF	0,33 (0,05)	0,33 (0,24-0,46)	0,33 (0,04)	0,33 (0,26-0,42)	0,836
3. <sup>a</sup> MCF	0,34 (0,05)	0,33 (0,23-0,48)	0,33 (0,04)	0,33 (0,26-0,42)	0,942
4. <sup>a</sup> MCF	0,29 (0,05)	0,28 (0,18-0,41)	0,28 (0,03)	0,27 (0,22-0,35)	0,989
5. <sup>a</sup> MCF	0,27 (0,04)	0,26 (0,18-0,39)	0,26 (0,03)	0,25 (0,22-0,34)	0,858
Carpo	0,40 (0,06)	0,39 (0,29-0,53)	0,39 (0,05)	0,39 (0,31-0,51)	0,891
Suma MCF	1,23 (1,18)	1,19 (0,84-1,75)	1,20 (0,14)	1,19 (0,98-1,54)	0,888
Suma MCF + carpo	1,62 (0,24)	1,56 (1,13-2,28)	1,59 (0,18)	1,59 (1,29-2,04)	0,956

## 21. ¿CUÁLES FUERON LOS PRINCIPALES EVENTOS CLÍNICOS OCURRIDOS EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON AR DURANTE 2008?

E. Júdez<sup>1</sup>, M. Sianes<sup>1</sup>, R. Belmonte<sup>1</sup> y S. Hijazi<sup>2</sup>

Complejo Hospitalario Universitario. <sup>1</sup>Servicio de Reumatología.

<sup>2</sup>Servicio de Rehabilitación. Albacete.

**Objetivo:** Describir los eventos clínicos y terapéuticos más relevantes ocurridos a una cohorte de pacientes con AR seguidos en consultas externas de reumatología durante 2008.

**Métodos:** Seguimiento longitudinal protocolizado de una cohorte de pacientes (n = 233) 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:** 223 pacientes con AR (edad 60,5 ± 14 años, 75% mujeres, 74,5% medio rural, 85% sin estudios o estudios básicos, 47% amas de casa y 22% en activo) fueron seguidos en consulta externas durante 2008. Se trataba de AR de larga evolución (tiempo evolución desde diagnóstico 11 ± 9,5 años), el 79% de los pacientes eran factor reumatoide positivos (FR +), la actividad de su enfermedad era leve-moderada (DAS28 2,77 ± 1,2) y en general presentaban una aceptable capacidad funcional (HAQ 0,7 ± 0,6). El 75% de los pacientes presentaba afectación articular radiológica (erosiones y/o pinzamiento articular en el 75%) y el 60% (n = 133) manifestaciones extrarticulares (las más frecuentes fueron los nódulos reumatoides en el 20% y s. Sjögren 2.º en el 16% de los pacientes). 19 pacientes (10%) fueron sometidos a cirugía ortopédica y traumatológica a lo largo del 2008 (55% cirugía protésica y 45% cirugía ortopédica mano/pie). 42 pacientes (19%) no padecían comorbilidad asociada alguna. Mientras que el 25% de ellos (n = 54) eran pacientes pluripatológicos, fundamentalmente HTA (35%), DL (25%), DM (11%), enfermedad pulmonar (16%) y comorbilidad psiquiátrica (12%). Un 14% de los pacientes fumaban y un 30% de ellos padecían osteoporosis (20%) y osteopenia (10%) densitométrica. Respecto al tratamiento, el 35% de los pacientes tomaron AINEs y el 58% (n = 115) corticoides (80% < de 7,5 mg prednisona/día) durante el 2008; El 92% de los pacientes (n = 209) recibió tratamiento con FAME (fármacos modificadores de la enfermedad) o agentes biológicos. La media de dichos tratamientos a lo largo del 2008 fue de 1,29 ± 0,68. Los tratamientos más frecuentemente prescritos durante 2008 fueron FAME clásicos en monoterapia (56% de los pacientes) seguido de terapias biológicas (21%) o la terapia combinada con FAME clásicos (17%). A un 27% de los pacientes (n = 69) hubo que modificarles su tratamientos en una ocasión y 22 pacientes (9%) requirieron 3 tratamientos distintos. El cambio de FAME clásico o la combinación de los mismos supuso el 70% de los primeros cambios de tratamiento. Al 35% de los pacientes a los que hubo que cambiar por segunda vez su tratamiento se les prescribió un fármaco biológico. 21 Pacientes (10%) sufrieron 43 ingresos durante 2008 siendo la principal causa de ellos las infecciones (46%) principalmente de vías respiratorias seguido de patología cardiovascular (14%); 6 pacientes fallecieron por las siguientes causas: sepsis (3), IAM, neoplasia origen desconocido y vasculitis necrotizante sistémica.

**Conclusión:** Los pacientes de esta cohorte presentaban una actividad de la enfermedad leve-moderada y su capacidad funcional fue, en general, buena a pesar de lo evolucionado de su enfermedad. Los cambios de tratamiento son frecuentes a lo largo de un año. Un porcentaje considerable de pacientes requirió ingreso hospitalario. Las causas de mortalidad más frecuentes fueron las de origen infeccioso.

## 22. PUNTOS DE CORTE PARA EL DAS28 CALCULADO CON VSG Y PCR EN UN REGISTRO LONGITUDINAL DE ARTRITIS PRECOZ

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

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

**Introducción:** El DAS28 es el índice compuesto más empleado para medir actividad en la artritis reumatoide (AR) (Prevo et al. *Arthritis Rheum* 1995;38(1):44-8). Sin embargo, este índice tiene dos claros inconvenientes: por un lado, sus puntos de corte se obtuvieron a través de una transformación matemática de los estimados para el DAS original y por otro lado, parece más útil emplear la proteína C reactiva (PCR) ya que, es más fiable que la velocidad de sedimentación (VSG). Por este motivo se ha propuesto usar la PCR para calcular el DAS28 aunque, de esta forma, se obtienen valores inferiores que usando la VSG (Inoue et al. *Ann Rheum Dis* 2007;66(3):407-9; Castrejón et al. *Clin Exp Rheumatol* 2008;26(5):769-75).

**Objetivos:** Estimar los puntos de corte para el DAS28 con VSG y PCR que definen remisión, baja, moderada y alta actividad de la enfermedad, así como el punto de corte para el MDA (minimal disease activity) en una cohorte de pacientes con artritis precoz.

**Métodos:** Analizamos los datos de 569 visitas realizadas en 207 pacientes que participaron en un registro prospectivo de artritis precoz. Seis reumatólogos evaluaron la actividad de la enfermedad con los siguientes datos clínicos recogidos en cada visita: recuento de 28 articulaciones dolorosas y tumefactas, evaluación global de la enfermedad por el paciente, VSG, PCR y HAQ. Cuando no existía un completo acuerdo entre los reumatólogos, los diferentes grados de la enfermedad se establecieron por consenso. Los valores de DAS28 fueron calculados para cada visita, tanto con la VSG como con la PCR. Además, se estimó el MDA como ha sido previamente descrito (Wells et al. *J Rheumatol* 2005;32(10):2016-24). Los puntos de corte para ambos índices, y para el MDA, fueron seleccionados en base a los mejores puntos de corte entre sensibilidad y especificidad usando curvas ROC.

**Resultados:** Se observa una mejor concordancia entre reumatólogos cuando se valoran los extremos de actividad de la enfermedad (remisión y alta actividad). Los puntos de corte para clasificar a los pacientes en remisión, baja, moderada y alta actividad fueron 2,7, 4,3 y 5,5 para el DAS28-VSG y 2,3, 3,8 y 4,9 para el DAS28-PCR. El punto de corte para MDA fue 2,8 para DAS28-VSG y 2,6 para DAS28-PCR. Las áreas bajo la curva ROC fueron siempre mayores para el DAS28-PCR, alcanzando niveles estadísticamente significativos en el grupo de baja y moderada actividad, así como para el MDA.

**Conclusión:** Nuestro estudio confirma que los puntos de corte para el DAS28-VSG y DAS28-PCR son diferentes. Además, nuestros resultados indican que el DAS28-PCR es más preciso que el DAS28-VSG para valorar la actividad de la enfermedad en nuestra población.

### 23. ¿QUÉ OPINAN DE SU ENFERMEDAD LOS GOTOSOS? PERSPECTIVA DEL PACIENTE

C. Díaz-Torné<sup>1</sup>, M.A. Pou<sup>2</sup>, P. Moya<sup>1</sup>, N. Montalà<sup>3</sup>, C. Geli<sup>1</sup>, V. Torrente<sup>1</sup>, M.A. Cortés<sup>1</sup> y C. Díaz-López<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unitat de Reumatologia. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. <sup>2</sup>CAP Maragall. Institut Català de la Salut. Barcelona. Servei de l'Aparell Locomotor. Hospital de Santa María de Lleida.

**Introducción:** Hay evidencia que los médicos infravaloran una serie de dominios de la enfermedad que son muy importantes para los pacientes reumáticos. Se han realizado estudios sobre ello tanto en artritis reumatoide (Kirwan et al. J Rheum 2003;30:868-72) como en espondilitis anquilosante (Spoorenberg et al. Rheumatology (Oxford) 2005;44(6):789-95), pero nunca antes se ha estudiado en gotosos. Presentamos la percepción y perspectiva sobre su enfermedad de un grupo de pacientes gotosos.

**Pacientes y métodos:** A un grupo de 31 gotosos (Grupo A) (66,5 a. (39-90); 87% varones) se les formuló la siguiente pregunta: "De todas las formas en que la gota influye/interfiere en su vida y en cómo se siente, ¿cuáles son las cinco que más le preocupan? A un segundo grupo de 107 pacientes (Grupo B) (66,9 a. (37-100); 89% varones) se les pidió: a) que ordenaran los ítems obtenidos por el grupo A de mayor a menor importancia según su valoración personal, y b) que puntuaran cada ítem de manera independiente de 0 (menos importante) a 10 (más importante). Este segundo grupo de pacientes de caracterizaba por: seguimiento hospitalario en un 67%; enfermedad diagnosticada por cristales en un 27% y por criterios de Wallace en el resto; el 12% habían presentado tofos; y un 56% habían padecido un ataque de gota durante el último año. Posteriormente se compararon los resultados por sexo, edad (mayores o menores de 65 a.), lugar de seguimiento, tipo de diagnóstico y presencia o no de ataque el último año.

**Resultados:** En la tabla 1 se muestran los 14 ítems listados por el grupo A y la valoración media obtenida de cada ítem dada por el grupo B. En la tabla 2 se ordenan los ítems por importancia según el grupo B.

La comparación de datos entre sexos no mostró diferencias estadísticamente significativas, aunque se apreció una tendencia en los hombres a dar más importancia a la abstinencia alcohólica. Al comparar los datos por edad se observaron tres diferencias: 1 y 2) los menores de 65 a. se preocupan más por el absentismo laboral ( $p = 0,002$ ) y el dolor ( $p = 0,043$ ) que los mayores de 65 a. 3) los pacientes

**Tabla Resumen 23**  
Ítems y puntuación media

	Media	Desviación estándar
Dolor	9,02	1,364
Pérdida de movilidad	8,5	1,72
Inflamación	7,07	2,19
Insomnio	6,4	2,84
No poder calzarse	5,77	3,05
Absentismo laboral	5,72	3,325
Deformidad articular*	5	3,52
Miedo a golpear los tofos*	5	3,16
Realizar dieta	4,81	2,67
Miedo a un nuevo ataque	4,8	3,03
Miedo a viajar	2,86	2,88
Abstinencia alcohólica	2,69	2,89
No poder hacer deporte	2,52	2,6
Fealdad de los tofos*	2,5	2,53

**Tabla Resumen 23**

Valoración por orden de importancia de los ítems

Más importante	Entre los dos más importantes	Entre los tres más importantes
Dolor (61,7%)	Dolor (83,2%)	Dolor (91,6%)
Pérdida de movilidad (22,4%)	Pérdida de movilidad (61,7%)	Pérdida de movilidad (81,3%)
Fealdad de los tofos*(6,7%)	Absentismo laboral (15,9%)	Absentismo laboral (29%)
Absentismo laboral (4,7%)	Inflamación (10,3%)	Inflamación (23,4%)
Insomnio (3,7%)	Fealdad de los tofos* (6,7%)	Insomnio (18,7%)
Abstinencia alcohólica (2,8%)	Insomnio (6,5%)	Realizar dieta (16,8%)
	Realizar dieta (5,6%)	No poder calzarse (15,1%)
	Abstinencia alcohólica (4,7%)	
	No poder calzarse (3,7%)	

\*Sólo puntuado por enfermos con gota tofácea.

de 65 a. o más, en cambio, mostraron una mayor preocupación por la inflamación ( $p = 0,047$ ) que los más jóvenes. El grupo que había sufrido un ataque de gota el último año dio mayor importancia al ítem incapacidad para practicar deporte ( $p = 0,049$ ). Destacó también una tendencia a dar más importancia a la abstinencia alcohólica entre el grupo que no había sufrido ningún ataque respecto al que sí ( $p = 0,07$ ). No se observaron diferencias entre los pacientes según el lugar de seguimiento ni el tipo de diagnóstico.

**Conclusiones:** El grupo A detectó 14 problemas distintos. Dolor, inflamación y pérdida de movilidad fueron los ítems más importantes. A parte de los más importantes, aparecieron otros, que no contemplamos habitualmente en la consulta médica y que resultaron importantes para los enfermos: el insomnio, el absentismo laboral, el no poder calzarse, la dieta o la ansiedad provocada por el desconocimiento de no saber cuándo se sufrirá un nuevo ataque.

### 24. CAUSA POCO CONOCIDA DE COXARTROSIS PRECOZ: EL CHOQUE FEMOROACETABULAR. DESCRIPCIÓN DE 6 CASOS

R. Morlà Novell y J. Pujol Costa

Unitat de Reumatologia. Xarxa Hospitalària de Sant Pau i Santa Tecla, Tarragona.

**Introducción:** El choque femoroacetabular (CFA) puede afectar al 15% de la población y es la causa del 70% de las artrosis idiopáticas en el adulto joven. Se define como el compromiso de espacio ("impingement") en la articulación coxofemoral. Las alteraciones estructurales en la transición cabeza-cuello (deformidad de cabeza o sobrecobertura acetabular) son las causas de la clínica con la que cursa: dolor inguinal o trocantéreo, uni o bilateral. La radiología simple anteroposterior o axial es de gran utilidad en el diagnóstico de esta entidad apreciándose cambios degenerativos o/y signos característicos: del lazo (tipo Pinzer) o de la giba (tipo CAM). En la exploración física, la maniobra de choque y la de FABERE positivas son el hallazgo más frecuente. El tratamiento incluye desde antiinflamatorios no esteroideos hasta osteotomías pélvicas, pasando por la cirugía artroscópica.

**Objetivos:** Dar a conocer un poco más esta condición de notable repercusión en nuestra especialidad y describir las características (forma de presentación, clínica, radiología y tratamiento) de los casos clínicos hallados en nuestra Unidad.

**Pacientes y métodos:** Se recogen todos los pacientes diagnosticados desde enero de 2008 hasta diciembre de 2008 en la Unidad de Reumatología. Se analizan los siguientes datos: sexo y edad, localización del dolor, existencia de antecedentes de interés (deporte, trabajo...), exploración física y tratamiento recomendado.

**Resultados:** Se han observado 6 pacientes con CFA, 5 son varones (5/6). Clínicamente, la mayoría (4/6) han presentado dolor inguinal bilateral, en todos (6/6) la maniobra exploratoria de choque ha sido

Tabla Resumen 24

Pacientes	Clínica	Antecedentes de interés	Exploración física	Radiología	Tipo CFA	Tratamiento
Hombre, 41 años	Dolor inguinal bilateral	-	Man. choque + signo Fabere + limitación rot. Int/ext	Prótesis cadera izq. Cambios degenerativos (III) der.	CAM	Prótesis cadera izq. Prótesis Cadera der.
Hombre, 35 años	Dolor inguinal bilateral	-	Man. choque + sg. Fabere +	Sg. giba cuello fémur	CAM	Osteotomía x cirugía abierta
Hombre, 25 años	Dolor pélvico izquierdo	Epifisiolisis	Man. choque +	Sg. giba. Sg. degenerativos incipientes	CAM	AINE, pendiente valoración CIR
Hombre, 50 años	Dolor inguinal derecho	Taxista	Man. choque +	Sg. del lazo	Pinzer	Artroscopia
Mujer, 17 años	Dolor trocántero derecho	Lanzamiento de jabalina	Man. choque + sg. Fabere +	Sg. Giba. Cambios degenerativos (quistes)	CAM	Ejercicios físicos AINE, revaloración en 6 meses
Hombre, 35 años	Dolor inguinal bilateral	-	Man. Choque +	Sg. lazo. Cambios degenerativos (pinzamiento)	Pinzer	Artroscopia

positiva. En 4 casos (4/6) la alteración anatómica se ha localizado a nivel femoral (tipo CAM) y en 2 casos (2/6) las anomalías se han encontrado en acetábulo (tipo Pinzer). El tratamiento más indicado ha sido el quirúrgico (5/6), y la artroscopia reparadora se ha realizado en 2 pacientes (2/6) (tabla).

**Conclusión:** Nuestros resultados descriptivos concuerdan con las características de identificación del CFA. Es importante tener una alta sospecha en pacientes jóvenes o adultos jóvenes, más aún en hombres que acuden a la consulta con dolor inguinal (uni o bilateral) y con signo de choque positivo en la exploración física. El tratamiento quirúrgico menor en el CFA ha sido el más indicado en nuestros pacientes; es de interés que éste puede evitar la progresión a una enfermedad degenerativa avanzada.

## 25. SIMILITUDES Y DIVERGENCIAS ENTRE LOS TRASTORNOS CRÓNICOS REFERIDOS POR LOS PACIENTES Y LOS IDENTIFICADOS EN LOS REGISTROS DE ALTA HOSPITALARIA

M Núñez<sup>1</sup>, C. Hernández<sup>2</sup>, M. Vidal<sup>3</sup>, E. Núñez<sup>4</sup>, J.L. del Val<sup>4</sup> y M. Jansà<sup>3</sup>

Hospital Clínic, <sup>1</sup>Reumatología, <sup>2</sup>Pneumología, <sup>3</sup>Endocrinología i Diabetis. <sup>4</sup>SAP Suport al Diagnòstic i al Tractament. Institut Català de la Salut, Barcelona.

**Propósito:** Una atención enfocada en la mejora de la calidad de vida, la adherencia al tratamiento y la prevención de complicaciones en los pacientes crónicos requiere conocer previamente si el paciente identifica los trastornos crónicos (TC) que padece. Pocos estudios han valorado este aspecto en el conjunto de pacientes con uno o múltiples TC y su concordancia con los registros de los equipos de salud.

**Objetivo:** Conocer el grado de concordancia entre los TC referidos por los pacientes vs los detectados en el informe del alta hospitalaria.

**Pacientes y métodos:** Estudio transversal. Muestra aleatoria de pacientes con edad  $\geq 14$  años,  $\geq 1$  TC dados de alta durante el 2004 en el Hospital Clínic (19.192 pacientes). Criterios de exclusión: pacientes con trastornos neurológicos o barrera lingüística. Se entrevistó a los pacientes entre los 6 y 12 meses posteriores al alta, utilizando cuestionarios validados, entrevista estructurada y las bases de datos hospitalarias, para conocer: datos sociodemográficos, tipo y frecuencia de TC y tratamiento. Para detectar los TC referidos por el paciente se utilizó la lista de TC de la Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA-2002) a la que se añadieron los correspondientes "International Classification of Diseases versión 9 Clinical Modification" (ICD9-CM). Estos ICD-9 se contrastaron con los registrados en el informe de alta. Se utilizó estadística descriptiva y el índice de Kappa para la concordancia entre los TC.

**Resultados:** Se entrevistó a 301 pacientes ( $62 \pm 15$  años, 59% hombres). La media de TC percibidos por el paciente fue superior a los detectados en el informe al alta ( $6,22 \pm 3,37$  vs  $3,10 \pm 1,95$ ). Se halló una concordancia  $\geq 0,4$  (Í. Kappa): IAM, diabetes, otras enfermedades del corazón, HTA, tumores y MPOC. Los TC percibidos por los pacientes y no detectados por el informe de alta fueron: dolor lumbar (36,4%), dolor cervical (36,2%), artrosis (34,6%), varices (32,4%), mala circulación (28,7%), depresión (26,8%). Los TC detectados por el informe de alta y no percibidos por los pacientes fueron: tumores (8,8%), HTA (8,1%), colesterol (7,9%) otras enfermedades del corazón (7,6%), IAM (6,1%), alergia (3,3%).

**Conclusiones:** Los informes de alta detectan la mitad de los TC que los pacientes refieren tener, con una clara infradetección de las enfermedades del aparato locomotor. El IAM y la diabetes son los TC con mejor concordancia observada entre los registros del alta hospitalaria y la percepción del paciente.

Ayuda a la Investigación: Fundació Clínic per la Recerca Biomèdica. FIS PI 060591.

## 26. TRASTORNOS CRÓNICOS EN PACIENTES INGRESADOS EN UN HOSPITAL URBANO DE TERCER NIVEL: FRECUENCIA DE ARTROSIS

M. Núñez<sup>1</sup>, C. Hernández<sup>2</sup>, M. Jansà<sup>3</sup>, E. Núñez<sup>4</sup>, J.L. del Val<sup>4</sup> y M. Vidal<sup>3</sup>

Hospital Clínic, <sup>1</sup>Reumatología, <sup>2</sup>Pneumología, <sup>3</sup>Endocrinología i Diabetis. <sup>4</sup>SAP Suport al Diagnòstic i al Tractament. Institut Català de la Salut. Barcelona.

**Propósito:** La prevalencia de trastornos crónicos (TC) aumenta con la edad. En los países desarrollados el número de personas con edad  $> 60$  años se triplicará en los próximos 50 años. Los sistemas sanitarios tienen una estructura más adaptada para atender episodios agudos que TC.

**Objetivo:** Conocer la frecuencia y tipo de TC en los pacientes ingresados en un hospital de 3r nivel y determinar la tasa de hospitalización por artrosis.

**Pacientes y métodos:** Estudio observacional y transversal en pacientes ingresados durante el año 2004. Dada la ausencia de listados de TC adaptados a la "International Classification of Diseases" (ICD9-CM), se elaboró una tabla con un total de 129 TC adaptada a los códigos ICD-9 a partir de los 40 Grupos de Diagnóstico relacionados (DRGs) más prevalentes en el centro, utilizando diferentes fuentes bibliográficas, la clasificación de TC de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el consenso de expertos. Este listado operativo se utilizó para la búsqueda en la base de datos hospitalaria. Los pacientes fueron clasificados en función del número de TC.

**Resultados:** Sobre un total de 42.475 altas correspondientes a 32.946 pacientes, el 62% de las altas y el 58% de los pacientes presentaban

como mínimo un TC (53% hombres, edad:  $63 \pm 17$  años). El 51% de los pacientes presentaban  $\geq 3$  TC. Los TC más frecuentes como diagnóstico principal o secundario fueron: hipertensión (31%), cáncer (23%), cardiopatía isquémica (17%), DM (14%), hiperlipidemia (13%), la artrosis ocupó el 13.º lugar (6%). Las causas de ingreso hospitalario por TC (diagnóstico principal) fueron: cáncer (26%), cardiopatía isquémica (14%), cirrosis y MPOC (6%), insuficiencia cardíaca (5%) y artrosis (4%) (para sustitución quirúrgica de la articulación principalmente de rodilla). La tasa de hospitalización por artrosis fue: 3,7% sobre el total de pacientes ingresados, 6,3% en el subgrupo de pacientes con TC y 5,1% en el subgrupo de pacientes reingresados por TC.

**Conclusiones:** La artrosis severa es uno de los TC más frecuentes de ingreso hospitalario para tratamiento quirúrgico. La artrosis ocupa 13.º lugar en cuanto a prevalencia de una lista de 129 TC.

*Ayuda a la Investigación: Fundació Clínic per la Recerca Biomèdica. FIS PI 060591.*

## 27. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON ARTROSIS Y OBESIDAD SEVERA O MÓRBIDA SOMETIDOS A ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA. ESTUDIO DE 12 MESES DE SEGUIMIENTO

M. Núñez<sup>1,2</sup>, L. Lozano<sup>2,3</sup>, E. Núñez<sup>4</sup>, J.M. Segur<sup>2,3</sup>, J.L. Del Val<sup>4</sup>, R. Ortega<sup>1</sup>, S. Sastre<sup>2,3</sup>, S. Suso<sup>2,3</sup> y F. Maculé<sup>2,3</sup>

Hospital Clínic, <sup>1S. Reumatología</sup>, <sup>3S. Cirugía Ortopédica</sup>. <sup>2IDIBAPS Área 1</sup>. <sup>4Institut Català de la Salut, Barcelona</sup>.

**Propósito:** Existe evidencia de la vinculación entre la OA de rodilla y la obesidad. Esto supone un incremento del número de artroplastias totales de rodilla (ATR) en este grupo de población. La ATR mejora la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de pacientes con artrosis grave de rodilla. Sin embargo, diversos estudios han referido que los pacientes con mayor peso tienen un mayor riesgo de complicaciones quirúrgicas.

**Objetivos:** 1) Evaluar la CVRS en un grupo de pacientes con OA y obesidad grave o mórbida (IMC = 35, = 40, respectivamente) a los 12 meses de haber sido sometidos a ATR, y 2) determinar la influencia de variables sociodemográficas, clínicas y de las complicaciones postquirúrgicas sobre la CVRS a los 12 meses de la ATR.

**Métodos:** Estudio prospectivo de 12 meses de seguimiento. La CVRS se midió mediante el cuestionario específico WOMAC. Se recogieron características sociodemográficas, IMC, comorbilidad, antropometría de la extremidad, grado de dificultad intraoperatoria y complicaciones postquirúrgicas. Análisis estadísticos: análisis descriptivos en proporciones para las variables categóricas y en valores medios y desviación estándar (DE) para las continuas. Test de Wilcoxon para datos apareados y U de Mann-Whitney para las diferencias entre grupos. Las relaciones entre las variables estudiadas y la CVRS se analizaron mediante modelos de regresión lineal.

**Resultados:** 60 pacientes (53 mujeres, edad media 70,19 años DE 6,71) acudieron a la valoración postoperatoria a los 12 meses y fueron incluidos en los análisis. Todos los pacientes presentaron alguna comorbilidad. Las puntuaciones medias del índice suprapatelar fue 1,59 (DE 0,17), del infrapatelar 1,97 (DE 0,23) y del supraínfrapatelar 1,23 (DE 0,09). El grado de dificultad intraoperatoria fue grado 0 (sin problemas): 40%, grado 1 (1-2 problemas): 48% y grado 2 (3-4 problemas): 12%. 10 pacientes presentaron alguna complicación durante el periodo de seguimiento. Se hallaron mejoras significativas entre las puntuaciones preoperatorias y postoperatorias de las dimensiones, dolor, rigidez y función del WOMAC ( $p < 0,001$ ). Sin embargo, agrupados los pacientes sin complicaciones postquirúrgicas (grupo 1) y con complicaciones postquirúrgicas (grupo 2) durante el seguimiento se observó que a los 12 meses la mejora (diferencia entre las puntuaciones medias de WOMAC pre y post cirugía) fue mayor en los pacientes del grupo 1. La magnitud de la mejora (tamaño del

efecto) para los pacientes del grupo 1 fue: para el dolor 2,11; la rigidez 1,12 y para la función de 1,99 y para el grupo 2 fue para el dolor 0,95; la rigidez 0,45 y para la función de 0,72. El número de comorbilidades se asoció con puntuaciones más altas (peor) en la dimensión función del WOMAC ( $p = 0,012$ ), la antropometría de la extremidad a intervenir (el índice infrapatelar percentil  $< 75$ ) se asoció con más altas (peor) puntuaciones en las dimensiones dolor y función ( $p = 0,021$  y  $0,023$ , respectivamente). El grado 2 de dificultad intraoperatoria sólo se asoció con más dolor ( $p = 0,021$ ). El número de complicaciones después del alta hospitalaria se asoció negativamente con todas las dimensiones del WOMAC ( $p < 0,002$ ).

**Conclusiones:** En los pacientes con OA y obesidad grave o mórbida la CVRS mejoró significativamente a los 12 meses tras la ATR. Sin embargo, los pacientes que presentaron complicaciones sólo mejoraron de forma significativa en la dimensión dolor con respecto a las puntuaciones preoperatorias mientras que, los pacientes sin complicaciones obtuvieron mejoras significativas en las tres dimensiones del cuestionario WOMAC. La comorbilidad, la morfología de la extremidad inferior, el grado de dificultad intraoperatoria y las complicaciones influenciaron negativamente los resultados de la ATR en términos de CVRS.

## 28. EVALUACIÓN DEL BENEFICIO CLÍNICO OBTENIDO EN PACIENTES CON ARTROSIS DE RODILLA Y/O CADERA TRAS UNA INTERVENCIÓN PROACTIVA SOBRE EL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

A. Tejedor Varilla<sup>1</sup>, F. León Vázquez<sup>1</sup> y A. Gómez de la Cámara<sup>2</sup>

<sup>1Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SemFYC).</sup>

<sup>2Unidad de Investigación, Hospital 12 de octubre, CIBERESP, Madrid.</sup>

**Introducción:** La artrosis es una patología crónica, degenerativa e incapacitante. La mayoría de las personas presentan algún grado de artrosis al llegar a los 70 años de edad. El tratamiento farmacológico no siempre controla eficazmente el dolor, ni mejora la calidad de vida del paciente. En muchos casos, la ineffectividad terapéutica se ve agravada por la inercia clínica del médico a la hora de iniciar, intensificar u optimizar el tratamiento.

**Objetivos:** Comparar el beneficio clínico obtenido en pacientes con artrosis de rodilla y/o cadera con dos abordajes asistenciales diferentes: 1) La intervención proactiva sobre el médico; 2) La intervención control o estándar. Los objetivos secundarios del estudio eran conocer el perfil clínico, la evolución del dolor y la capacidad funcional en los pacientes con artrosis, y evaluar el estilo de práctica médica habitual. **Métodos:** Se asignaron, de forma aleatoria, conglomerados de médicos de atención primaria que trabajaran durante más de seis meses en el mismo centro a los grupos de estudio. Cada médico seleccionó de su consulta tres pacientes con artrosis de rodilla y/o cadera según la clasificación del Colegio Americano de Reumatología. Los médicos del grupo con intervención proactiva (Grupo 1) fueron instruidos sobre las últimas recomendaciones de la European League Against Rheumatism (EULAR) acerca del manejo de la artrosis, objetivos terapéuticos, técnicas de motivación y el uso de escalas como la Escala Visual Analógica (EVA), Western Ontario McMaster (WOMAC) y Short Form-12 (SF-12), entre otras. El grupo control (Grupo 2) recibió una breve descripción del estudio. A ambos grupos se les entregó el mismo Cuaderno de Recogida de Datos. Todos los pacientes fueron citados para dos visitas (Visita 1 y Visita 2) separadas seis meses entre sí. Durante las visitas, se realizó una historia clínica completa al paciente y se rellenaron los cuestionarios SF-12, WOMAC, EVA, Richmond, Morisky-Green y Haynes-Sackett.

**Resultados:** En este estudio participaron un total de 1.361 médicos (Grupo 1: 403; Grupo 2: 958), y 4.076 pacientes (Grupo 1 = 1.208; Grupo 2 = 2.868). La mediana de edad de los pacientes era de 70 años (DE:  $\pm 10$ ). En cuanto al beneficio clínico obtenido por el paciente, no

se encontraron diferencias significativas entre los pacientes atendidos por los médicos del Grupo 1 y el Grupo 2. Sin embargo, se observó una mejora significativa en la Visita 2, con respecto a la Visita 1, en los resultados obtenidos en las escalas EVA y WOMAC ( $p < 0,0001$ , en ambos casos), y en la mayoría de los parámetros evaluados en el SF-12 ( $p < 0,0001$ ) en la población global (Grupo 1 + Grupo 2).

**Conclusiones:** Este estudio sugiere que los médicos del grupo de intervención proactiva (Grupo 1) no aportan un mayor beneficio clínico a los pacientes con artrosis de rodilla y/o cadera que los médicos del Grupo 2. Sin embargo, parece que intervenciones mínimas, como son la realización de distintas escalas de funcionalidad, mejoran significativamente la percepción de calidad de vida en estos pacientes.

## 29. EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON CONDROITÍN SULFATO EN PACIENTES AFECTOS DE ARTROSIS DE RODILLA Y PSORIASIS: ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO, DOBLE CIEGO, CONTROLADO CON PLACEBO

I. Möller<sup>1</sup>, M. Pérez<sup>2</sup>, J. Monfort<sup>3</sup>, P. Benito<sup>3</sup>, J. Cuevas<sup>4</sup>, C. Perna<sup>4</sup>, M. Coll<sup>3</sup>, J. Dalmau<sup>5</sup>, M. Ferran<sup>3</sup>, M. Gilaberte<sup>3</sup>, N. Martí<sup>1</sup>, C. Moragues<sup>1</sup>, E. Roe<sup>5</sup>, N. Segalés<sup>3</sup>, M. Herrero<sup>6</sup>, E. Montell<sup>6</sup> y J. Vergés<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Instituto Poal de Reumatología, Barcelona; <sup>2</sup>Clínica dermatológica de Moragas, Barcelona; <sup>3</sup>Hospital del Mar, Barcelona; <sup>4</sup>Hospital General Universitario, Guadalajara; <sup>5</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona; <sup>6</sup>Unidad de Investigación Clínica, Departamento Médico y Científico, Bioibérica, S.A., Barcelona.

**Introducción:** Tras prescribir condroitín sulfato (CS) para el tratamiento sintomático de la artrosis de rodilla (ARO) se observó que pacientes afectos concomitantemente de psoriasis (Ps) experimentaron una mejora de sus lesiones cutáneas (Vergés et al. *Dermatol Online J.* 2005;11(1):31).

**Objetivo:** Evaluar la eficacia y seguridad de CS en pacientes afectos de artrosis de ARO y Ps.

**Métodos:** Ensayo clínico en 129 pacientes tratados con CS 800 mg/día (Condrosan®, Bioibérica S.A., Barcelona) o placebo (PBO) durante 3 meses. Los principales criterios de inclusión fueron la presencia de ARO según criterios de la ACR, ARO en grados I-III en la escala de Kellgren-Lawrence, dolor de rodilla = 30 mm en la EAV de Huskisson y Ps con un Psoriasis Area and Severity Index (PASI) = 5. Las variables co-principales de eficacia fueron la EAV y el PASI. Los parámetros secundarios incluyeron el Índice de Lequesne, el consumo de paracetamol como medicación de rescate, el Overall Lesion Severity Scale (OLS), el Physician's Global Assessment (PGA) y la evaluación anatomopatológica de biopsias pre y post tratamiento. La calidad de vida de los pacientes se evaluó mediante el cuestionario de salud SF-36 y el Dermatology Life Quality Index (DLQI). La eficacia y tolerabilidad de la terapia fueron evaluadas por parte de los investigadores y de los pacientes. Para las variables de eficacia se realizó un ANCOVA en la población por ITT y PP.

**Resultados:** En condiciones basales ambos grupos presentaron una afectación moderada-severa de su ARO y Ps. El tratamiento con CS fue superior a PBO reduciendo el dolor (CS  $-26,9 \pm 24,8$  mm vs PBO  $-14,23 \pm 20,8$  mm,  $p < 0,01$ ) tras 12 semanas de tratamiento. Tras 3 meses de tratamiento, CS produjo una mejora significativa de la capacidad funcional de los pacientes con una reducción del índice de Lequesne de (CS  $-4,8 \pm 3,4$  vs PBO  $-3,3 \pm 3,5$ ,  $p < 0,05$ ) y una disminución en el número de pacientes consumiendo paracetamol como medicación de rescate (CS 43% vs PBO 64%,  $p < 0,05$ ). En cuanto a la Ps, los pacientes tratados con CS presentaron una reducción del PASI del 33%, sin obtener diferencias significativas respecto al PBO. Sin embargo, la evaluación de las áreas corporales afectas de lesiones psoriásicas demostró que el tratamiento con CS resultó eficaz en el tratamiento de la Ps plantar (CS 86,7% vs PBO 26,7%,  $p < 0,05$ ). Al final del tratamiento, CS mejoró la calidad de vida de los pacientes con

diferencias significativas frente a PBO en algunas escalas del SF-36 y del DLQI. La tolerabilidad de la terapia fue excelente sin observarse un incremento en la incidencia de brotes de Ps tras los tratamientos. Los acontecimientos adversos fueron poco frecuentes y equitativamente distribuidos entre ambos grupos.

**Conclusiones:** Los resultados de este estudio confirman la eficacia y seguridad de CS como un fármaco de acción sintomática lenta para la artrosis (SySADOA) reduciendo el dolor, mejorando la capacidad funcional y la calidad de vida en pacientes con ARO. Considerando los resultados positivos en pacientes con Ps plantar, resulta necesaria la realización de más estudios para confirmar el papel de CS en esta patología dermatológica. Cabe destacar que el tratamiento con CS podría llenar un vacío terapéutico en pacientes afectos de ambas patologías ya que se ha descrito que los AINE pueden dar lugar a brotes de Ps o bien empeorar la patología preexistente (Cohen et al. *Acta Derm Venerol* 2005;85:299-303).

## 30. EVOLUCIÓN ECOGRÁFICA DE LA SINOVITIS EN PACIENTES CON ARTROSIS DE RODILLA TRATADOS CON CONDROITÍN SULFATO

I. Möller

Instituto Poal de Reumatología, Barcelona.

**Introducción:** La sinovitis (definida como hipertrofia y derrame sinovial) es frecuente en artrosis y tiene un importante papel para la presencia de dolor y la progresión estructural de la patología (Conaghan et al. *Ann Rheum Dis* 2005;64:1710-1714). Asimismo, condroitín sulfato (CS) ha demostrado ser un producto eficaz en sinovitis disminuyendo la hinchazón acompañada o no de derrame sinovial (Clegg et al. *N Engl J Med.* 2006 Feb 23;354(8):795-808). Este estudio tuvo como objetivo determinar la eficacia de CS, sólo o en combinación con sulfato de glucosamina (SG) en la sinovitis de pacientes con artrosis de rodilla (ARO).

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo en 115 pacientes afectos de sinovitis tratados con CS (N = 36) (Condrosan®, Bioibérica S.A., Barcelona), CS 800 mg + SG 1.500 mg (N = 41) (Cartisorb®, Bioibérica S.A., Barcelona) o paracetamol (PCT) 500 mg (N = 38) al día para su ARO por 6 meses. La sinovitis se midió en el receso suprapatellar determinándose el grosor de la membrana sinovial y el derrame en milímetros y se consideró como presente en medidas superiores o iguales a 4mm. Otros parámetros también evaluados: dolor de rodilla en la EAV de Huskisson, consumo extra de PCT, presencia de extrusión meniscal y quiste de Baker. El seguimiento de los pacientes se realizó tras 1, 2, 3 y 6 meses.

**Resultados:** De los 115 pacientes, 111 (96,5%) eran mujeres, tenían una edad media (DE) de 62,4 (10,8) años, IMC medio (DE) de 27,4 (4,5) kg/m<sup>2</sup>, 20 (17,4%) presentaron quiste de Baker y 13 (11,3%) extrusión meniscal. La sinovitis media (DE) fue 6,3 (1,3) mm y el dolor medio de rodilla (DE) fue 6,5 (1,8) mm. De entre todos los pacientes incluidos, se ha detectado una correlación positiva entre el IMC y la sinovitis ( $r = 0,138$ ;  $p = 0,002$ ) así como también entre el IMC y el dolor de rodilla ( $r = 0,136$ ;  $p = 0,003$ ). Asimismo, también se detectó una correlación positiva entre la sinovitis y el dolor de rodilla ( $r = 0,385$ ;  $p = 0,000$ ). En cuanto a la evolución ecográfica, los tres grupos de tratamiento experimentaron una reducción de la sinovitis. Sin embargo, los pacientes tratados con un SYSADOA presentaron una mejora con valores casi fisiológicos a partir del segundo mes de tratamiento. Esta mejora se mantuvo hasta los 6 meses de tratamiento con unos valores finales medios de sinovitis (DE) de 3,2 (2,7) mm en el grupo tratado con CS y de 2,9 (2,6) mm en el grupo tratado con CS+SG. Comparaciones múltiples entre grupos mostraron una reducción significativa de la sinovitis tras el tratamiento con SYSADOAs frente al grupo PCT desde el primer mes de seguimiento. En cuanto al dolor, el grupo CS presentó una reducción del dolor más rápida

frente al grupo PCT ( $p = 0,000$ ) así como también el grupo CS + SG frente al PCT ( $p = 0,000$ ). El análisis en cada una de las visitas de seguimiento detectó que las diferencias entre el grupo CS+SG vs PCT fueron significativas a partir del primer mes de tratamiento ( $p = 0,037$ ) y entre el grupo CS y el PCT a partir del segundo mes de tratamiento ( $p = 0,017$ ).

**Conclusiones:** Estos datos preliminares sugieren que CS solo o en combinación con SG es capaz de disminuir significativamente la sinovitis. La disminución de la sinovitis tras el tratamiento con SYSA-DOAs se correlacionó con una mejora en el dolor de rodilla. La reducción de la sinovitis tras el tratamiento con CS detectada en este estudio retrospectivo podría contribuir a explicar su efecto sintomático y modificador de la enfermedad.

### 31. UTILIDAD DE LAS DIFERENTES MANIOBRAS DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA EN EL DIAGNÓSTICO DEL PINZAMIENTO SUBACROMIAL

L. Silva, J.L. Andreu, P. Muñoz, M. Fernández-Castro, J. Sanz, C. Barbadillo, M. Jiménez-Palop, J. Mulero, J. Campos, A. Prada y T. Otón

*Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid.*

**Objetivo:** El hombro doloroso es uno de los motivos de consulta más habituales en Reumatología. La exploración protocolizada del hombro doloroso incluye diversas maniobras dirigidas a valorar el espacio subacromial y la patología derivada de éste. La ecografía permite un diagnóstico preciso de la afectación estructural del hombro y la valoración dinámica del deslizamiento de los tendones del manguito bajo el acromion. Nuestro objetivo es comparar los hallazgos de la exploración física con los hallazgos ecográficos de espacio subacromial en el diagnóstico del hombro doloroso.

**Material y métodos:** Consecutivamente se reclutaron sujetos con un episodio agudo de hombro doloroso que acudieron a los servicios de Urgencias y Reumatología. Tras obtener un consentimiento informado, a todos ellos se les realizó una exploración protocolizada del hombro de manera independiente por dos reumatólogos, que incluía siete maniobras dirigidas a explorar el espacio subacromial. En el mismo día se realizó una exploración ecográfica dinámica (GE Logic-5 Pro) del pinzamiento subacromial del manguito de los rotadores por un tercer reumatólogo que desconocía los hallazgos de la exploración física. Se calculó la sensibilidad, especificidad, valores predictivos (VP) y precisión de cada una de las maniobras de la exploración física para el diagnóstico del pinzamiento subacromial.

**Resultados:** Se incluyeron 14 hombres y 16 mujeres con una edad media de 54,87 años (DT 13,8) y una mediana de duración de los síntomas hasta el momento de la exploración de 97,5 días. La maniobra de Neer obtuvo una sensibilidad del 100% y una precisión del 41%. La maniobra de Hawkins, una sensibilidad del 67% y una precisión del 34%. Para la maniobra de Yocum, la sensibilidad fue del 67% y la precisión del 31%. La maniobra del impingement también logró una sensibilidad del 67% y una precisión del 24%. Para la de Jobe los valores fueron del 100% y 38% respectivamente; para la de Patte del 100% y 59%, y para la abducción contra resistencia del 33% y 31%. Ninguna maniobra obtuvo un buen VP positivo para el diagnóstico de pinzamiento subacromial, aunque las maniobras de Neer, Jobe y Patte obtuvieron un VP negativo del 100%.

**Conclusiones:** Las distintas maniobras de la exploración física del hombro doloroso poseen una buena sensibilidad para identificar el pinzamiento subacromial confirmado por la exploración ecográfica, aunque sólo la maniobra de Patte demuestra una precisión aceptable.

### 32. COMORBILIDADES EN LA FIBROMIALGIA

S. Manrique-Arija, N. Vilches, F.G. Jiménez-Núñez, M. López-Lasanta, P. Espiño-Lorenzo, I. Ureña, L. Cano, M.C. Romero-Barco, V. Coret, M.Á. Belmonte, M.V. Irigoyen, A. Ponce, E. Calero, M. Rodríguez-Pérez y A. Fernández-Nebro

*Servicio de Reumatología. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.*

**Objetivo:** Conocer la prevalencia de las comorbilidades en una población de pacientes con fibromialgia (FBM) y analizar los factores clínico-epidemiológicos relacionados con multimorbilidad.

**Pacientes y métodos:** Estudio observacional retrospectivo con 108 pacientes con FBM (criterios ACR) elegidos de forma aleatoria. Los datos se obtuvieron de los informes de alta emitidos en nuestras consultas de alta resolución siguiendo un formulario prediseñado para identificar comorbilidades y factores de riesgo cardiovascular. El 70% de los pacientes procedía de atención primaria el 30% de Traumatología. El índice de Charlson crudo y ajustado por edad se calculó en todos los pacientes. La multimorbilidad se definió como la ocurrencia de dos o más enfermedades crónicas en una misma persona además de la FBM. Análisis estadístico: Descriptivo de las variables, pruebas de normalidad Kolmogorov por grupos de comparación, comparaciones cualitativas por Chi-cuadrado y cuantitativas por t-Student o Mann-Whitney. Las variables con  $p < 0,1$  en el análisis bivariable (variable dicotómica multimorbilidad) fueron introducidas en un modelo de regresión logística por pasos adelante/Wald (variable dependiente multimorbilidad).

**Resultados:** Las principales características basales de la población se describen en la tabla 1. La mediana de comorbilidades de la población fue de 1 y la del índice de Charlson ajustado por la edad también fue de 1. Los pacientes con multimorbilidad eran mayores que el resto ( $51,3 \pm 5,4$  vs  $45,9 \pm 7,5$ ;  $p < 0,001$ ). Las comorbilidades más prevalentes fueron: depresión (64%), ansiedad (28%), espondiloartrosis (18,5%), hipertensión arterial (18%), colon irritable (14%), hiperlipemia (13%), enfermedad vascular periférica (11%) y úlcus gastroduodenal (11%). Los factores asociados a multimorbilidad en el análisis multivariable fueron: la edad [HR 1,10 (IC 95% = 1,06-1,23)], la presencia de parestesias [HR 12,1 (IC 95% = 1,12-131,06)] y la presencia de astenia de predominio matinal [(HR 0,98 (IC 95% = 0,12-0,64)].

**Conclusiones:** Las comorbilidades son muy frecuentes en los pacientes con FBM, aunque la multimorbilidad es mucho menos frecuente.

**Tabla Resumen 32**

Principales características de la muestra

Variable	N(%) / Media $\pm$ DE
Número de casos	108
Edad, años	48 $\pm$ 7,2
Mujeres	103 (95%)
Fumadores	16 (15%)
Cirugía previa	42 (39%)
Índice de Charlson	0,5 $\pm$ 0,8
Índice de Charlson corregido por la edad	1,0 $\pm$ 1,1
Alguna comorbilidad	97 (90%)
N.º de comorbilidades	2,3 $\pm$ 1,3
Multimorbilidad	41 (38%)

**Tabla Resumen 32**

Análisis uni y multivariante

	Variable predictiva Hazard Ratio Univariate (IC 95%)	Hazard Ratio Multivariante (IC 95%)
Edad, años	1,10 (1,05-1,21)	1,10 (1,06-1,23)
Menopausia	4,3 (1,8-10,3)	-
Parestesias	4,6 (0,8-24,8)*	12,1 (1,12-131,06)
Astenia de predominio matinal	0,3 (0,08-1,2)†	0,98 (0,12-0,64)

\* $p = 0,058$ ; † $p = 0,081$ .

Los trastornos ansioso-depresivos, la hipertensión arterial fueron las más prevalentes. El riesgo de multimorbilidad fue mayor en los pacientes de más edad y con parestesias pero fue menor en aquellos que tenían un patrón de astenia de predominio matinal.

### 33. INTERFERENCIA DE LA DEPRESIÓN EN LA FUNCIÓN COGNITIVA DEL ENFERMO CON FIBROMIALGIA

S. García Blanco<sup>1</sup>, V. Poca Días<sup>1</sup>, C. Santos Pereira<sup>2</sup>, V. Torrente Segarra<sup>1</sup>, A. Fernández Solà<sup>1</sup>, A. Cuscó Segarra<sup>1</sup> y F.J. García Fructuoso<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología, Clínica CIMA. Barcelona<sup>2</sup>. Departamento BABVE, Universidad Autónoma Barcelona. Bellaterra. Barcelona.

**Introducción:** Según la literatura, la afectación cognitiva en la fibromialgia (FM), centrada en el ámbito mnésico, se relaciona con la presencia del trastorno psiquiátrico asociado, pero no se ha descrito un perfil cognitivo definido. El objetivo del presente estudio es determinar la presencia o no de un perfil neuropsicológico del enfermo con FM y la implicación de la depresión en su funcionamiento cognitivo.

**Material y métodos:** 37 enfermos diagnosticados de FM según criterios del ACR, que provienen de la consulta externa de nuestra unidad y seleccionados de forma secuencial, han seguido el siguiente protocolo: Valoración del estado emocional: criterios clínicos DSM, Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión. Exploración neuropsicológica: Wechsler Memory Scale-revised, test de aprendizaje auditivo-verbal de Rey; Test STROOP; Test Barcelona (test de fluencia semántica y fonética, test de dígitos directos e inversos; cálculo mental; Memoria verbal de evocación espontánea y con facilitadores mnésicos) y Test Coghealth®. Se aplican baremos normativos españoles.

**Resultados:** 100% mujeres, media de edad de  $46 \pm 7,69$  años. 62,2% presentan trastorno depresivo, 89,2% trastorno de ansiedad y el 97,3% trastorno del sueño. 30,6% presentan alteración en el subtest velocidad del Coghealth®. La alteración no se relaciona con la presencia de la depresión ( $p = 0,74$ ). Se obtienen puntuaciones normales en atención dividida (P:  $43,50 \pm 10,56$  C:  $40,52 \pm 7,83$ , PC:  $44,80 \pm 9,83$ ), valores límites a la patología en fluencia fonética ( $48,91 \pm 31,31$ ) y semántica ( $49,45 \pm 31,68$ ), dígitos directos ( $56,32 \pm 29,20$ ), dígitos inversos ( $61,59 \pm 26,07$ ), cálculo ( $48,38 \pm 28,02$ ) y velocidad para calcular ( $46,93 \pm 29,11$ ). La depresión influye en: dígitos directos ( $p = 0,05$ ), dígitos inversos ( $p = 0,012$ ), y se acerca a la significación en fluencia fonética ( $p = 0,06$ ). El análisis por grupo depresivo obtiene: dígitos directos: valores normales en el grupo no depresivo (ND) ( $68,14 \pm 22,13$ ) y límite a la patología en el grupo depresivo (D) ( $49,13 \pm 31,02$ ), dígitos inversos: normal en ND ( $76,00 \pm 18,83$ ) y límite a la patología en D ( $52,82 \pm 26,27$ ), fluencia fonética: puntuaciones normalizadas en el grupo ND ( $60,71 \pm 27,44$ ) y patológicas en el grupo D ( $41,73 \pm 31,89$ ). La depresión influye en la memoria inmediata ( $p = 0,011$ ): con valores límites en ND ( $65,76 \pm 22,62$ ) y patológicas en D ( $45 \pm 27,21$ ); y en la evocación con facilitador mnésico ( $p = 0,030$ ): puntuaciones normales en ND ( $75,38 \pm 17,01$ ) y límites en D ( $61,08 \pm 26,83$ ); así como en la recuperación mnésica a corto plazo ( $p = 0,030$ ): con valores normalizados en ND ( $75,38 \pm 18,75$ ) y límites en D ( $61,52 \pm 21,86$ ). Con facilitador mnésico obtenemos valores normales en ND ( $79,23 \pm 16,31$ ) y límites en D ( $65,65 \pm 20,07$ ). La depresión influye en la WMS-R ( $p = 0,004$ ): puntuaciones normales en la evocación inmediata de ND ( $61,81 \pm 22,53$ ) y límites a la patología en D ( $43,55 \pm 31,11$ ); en la evocación diferida ND obtiene valores normales ( $64,27 \pm 23,83$ ) y el grupo D límites a la patología ( $48,30 \pm 32,47$ ). No existe interferencia de la depresión en la curva de aprendizaje ( $p = 0,43$ ).

**Conclusiones:** La fibromialgia se asocia a elevados porcentajes de trastorno depresivo y ansioso. Se obtiene un porcentaje de pacientes con enlentecimiento cognitivo 5 veces mayor que en la población normal. El perfil de afectación cognitiva obtenido se caracteriza por una merma en la fluencia verbal, atención, memoria de trabajo y en

la evocación mnésica verbal. La depresión asociada determina el bajo rendimiento de las tres últimas funciones y probablemente también influya en la disminución del rendimiento de la fluencia verbal, ya que el valor límite a la significación obtenido podría atribuirse a una N baja. El aprendizaje en nuestra muestra de enfermos se encuentra preservado.

### 34. EVALUACIÓN DE LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y DE LA COMORBILIDAD ASOCIADA EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA

J. Rivera Redondo<sup>1</sup>, J. Esteve-Vives<sup>2</sup>, M.A. Vallejo Pareja<sup>3</sup> y Grupo ICAF

<sup>1</sup>Unidad de Reumatología. Instituto Provincial de Rehabilitación. Madrid. <sup>2</sup>Sección Reumatología. Hospital Gral. Universitari d'Alacant. Alicante. <sup>3</sup>Departamento de Psicología de la Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. UNED. Madrid.

**Introducción:** La evaluación de un paciente con fibromialgia (FM) deber ser realizada en varios aspectos siendo uno de los más importantes la presencia de manifestaciones clínicas y la comorbilidad asociada.

**Objetivo:** Cuantificar el grado de importancia que tienen las manifestaciones clínicas más frecuentes y la comorbilidad asociada en pacientes con FM con el objeto de establecer un rango de aquellos aspectos que deben ser evaluados de manera prioritaria.

**Pacientes y métodos:** Estudio transversal, multicéntrico de una cohorte de pacientes con FM atendida en consultas de reumatología distribuidas por todo el territorio nacional (estudio ICAF). Se estudió la frecuencia de aparición de los síntomas más comunes, la presencia de comorbilidad activa (enfermedad bien definida que está siendo tratada en el momento de la inclusión en el estudio) y la importancia que el paciente otorgaba a cada una de las manifestaciones clínicas, valorada mediante una escala Likert donde: 1 = sin importancia, 2 = poco importante, 3 = importancia moderada y 4 = muy importante. Para obtener el rango, se multiplicó la frecuencia de aparición de cada una de las manifestaciones clínicas y de las comorbilidades por la media del grado de importancia otorgado por los pacientes y se estableció un rango de importancia por orden de puntuación.

**Resultados:** La cohorte del estudio ICAF está formada por 301 pacientes con FM (mujeres: 96,7%) distribuidos por todo el territorio nacional, con una edad media de  $48,73 \pm 8,54$  años y un tiempo medio de evolución de  $11,51 \pm 9,19$  años. El porcentaje de pacientes que refería una manifestación clínica o comorbilidad, la media de importancia y el rango que ocupa, pueden verse en la tabla.

Tabla Resumen 34

	Porcentaje de pacientes	Media de importancia	Producto	Rango
Dolor	100	3,6	364	1
Fatiga	95	3,5	337	2
Alteraciones del sueño	92	3,5	321	3
Alteraciones cognitivas	87	3,2	280	4
Rigidez	90	3,1	279	5
Ansiedad	86	3,2	278	6
Cefaleas	86	3,1	269	7
Parestesias	91	2,8	258	8
Mareos	77	2,9	223	9
Depresión	67	3,1	207	10
Patología mecánica	38	3,2	123	11
Artrosis	34	3,1	105	12
Alteraciones GI superior	21	2,7	57	13
Dislipemia	16	2,1	34	14
Hipertensión	14	2,4	33	15
Hernia discal	10	3,1	30	16
Osteoporosis	9	2,9	25	17
Hipotiroidismo	8	2,5	20	18
Colon irritable	6	2,9	16	19
Diabetes m.	4	2,7	11	20
S. túnel carpiano	4	3,0	11	21

Las alteraciones cognitivas (4.<sup>a</sup> posición), cefaleas (7.<sup>a</sup> posición), parestesias (8.<sup>a</sup> posición) y mareos (9.<sup>a</sup> posición) ocupan un lugar destacado entre las 10 manifestaciones clínicas más importantes y frecuentes que tienen estos pacientes, por delante en frecuencia e importancia que los síntomas de depresión. Entre la comorbilidad asociada, la patología reumática no inflamatoria, alteraciones GI superiores, dislipemias e hipertensión arterial fueron las más frecuentes.

**Conclusiones:** Las alteraciones cognitivas, cefaleas, parestesias y mareos, tienen una frecuencia de aparición y una importancia para el paciente similar a la ansiedad, depresión, rigidez, fatiga, alteraciones del sueño o dolor. Estas manifestaciones clínicas, junto con la comorbilidad más frecuente, deberían formar parte de las variables habitualmente utilizadas en la evaluación clínica de los pacientes con FM.

Estudio financiado por laboratorios Pfizer y FIS PI 07/0202.

### 35. LA COMORBILIDAD POR ANSIEDAD O DEPRESIÓN NO DETERMINA UNA MAYOR GRAVEDAD DE LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN LOS PACIENTES CON FIBROMIALGIA

J. Rivera Redondo<sup>1</sup>, M.A. Vallejo Pareja<sup>2</sup>, J. Esteve-Vives<sup>3</sup> y Grupo ICAF

<sup>1</sup>Unidad de Reumatología. Instituto Provincial de Rehabilitación. Madrid. <sup>2</sup>Departamento de Psicología de la Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. UNED. Madrid. <sup>3</sup>Sección Reumatología. Hospital Gral. Universitari d'Alacant. Alicante.

**Introducción:** La comorbilidad por depresión o ansiedad puede determinar la presencia de un mayor número e intensidad de otras manifestaciones clínicas, de manera que cuanto mayores sean la ansiedad o depresión mayores serán el número de otras manifestaciones clínicas así como de la importancia subjetiva que tienen.

**Objetivo:** Comparar el número de manifestaciones clínicas y su importancia subjetiva entre aquellos pacientes con fibromialgia (FM) que presentan ansiedad o depresión frente a aquellos otros que no la presentan.

**Pacientes y métodos:** Estudio transversal, multicéntrico de una cohorte de pacientes con FM atendida en consultas de reumatología distribuidas por todo el territorio nacional (estudio ICAF). Se preguntó a los pacientes por la presencia de otros diagnósticos de enfermedades bien definidas que estaban siendo tratadas en el momento de la entrevista (comorbilidad activa). Se compararon la edad, tiempo de evolución, presencia de otras manifestaciones clínicas, la importancia que el paciente otorgaba a cada una de ellas, número de diagnósticos sindrómicos realizados y número de intervenciones quirúrgicas a lo largo de su vida entre el grupo de pacientes con ansiedad o depresión frente a aquellos que no las presentaban. Se descartaron para el análisis aquellos pacientes con otro tipo de comorbilidad psiquiátrica. Se consideró valor estadístico para una  $p < 0,01$ .

**Resultados:** La cohorte del estudio ICAF está formada por 301 pacientes con FM (mujeres: 96,7%) distribuidos por todo el territorio nacional, con una edad media de  $48,73 \pm 8,54$  años y un tiempo medio de evolución de  $11,51 \pm 9,19$  años. Un total de 146 (48,5%) pacientes refería la presencia de comorbilidad psiquiátrica. La comorbilidad más frecuente fue la depresión (30,6%), seguida por la ansiedad (22,3%). Se descartaron 11 (3,7%) pacientes por presentar otra comorbilidad psiquiátrica diferente. El grupo sin comorbilidad psiquiátrica activa estaba formado por 155 (51,5%) pacientes. El grupo de pacientes con ansiedad o depresión mostraba unas puntuaciones superiores en la Escala de Ansiedad y Depresión (HADS) que el grupo sin comorbilidad psiquiátrica (Ansiedad:  $13,49 \pm 4,14$  vs  $11,02 \pm 4,22$ ;  $p < 0,0001$ . Depresión:  $11,74 \pm 4,42$  vs  $7,96 \pm 4,34$ ;  $p < 0,0001$ ). Los pacientes con ansiedad o depresión tienen un mayor número de las manifestaciones clínicas más comunes de la FM ( $7,74 \pm 0,98$  vs

$7,17 \pm 1,37$ ,  $p < 0,0001$ ), pero la importancia que otorgan a dichas manifestaciones no muestra diferencias significativas frente el grupo de pacientes sin ansiedad o depresión. Por otra parte, la presencia de otras comorbilidades, su importancia, el número de diagnósticos sindrómicos, edad del paciente, edad de comienzo, tiempo de evolución y retraso en el diagnóstico de la FM, no muestra diferencias significativas entre los pacientes con o sin comorbilidad por ansiedad o depresión.

**Conclusiones:** La comorbilidad por ansiedad o depresión determina la existencia de un mayor número de síntomas en los pacientes con FM pero no así la importancia que el paciente otorga a sus manifestaciones clínicas. La existencia de otras comorbilidades, el número de diagnósticos, intervenciones quirúrgicas o las características demográficas, no muestran diferencias entre los pacientes con o sin ansiedad o depresión.

Estudio financiado por laboratorios Pfizer y FIS PI 07/0202.

### 36. NIVELES SÉRICOS DE 25OH VITAMINA D EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA EN EL SUR DE ESPAÑA

C.A. Pereda Testa<sup>1</sup> y J. García Feito<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sección Reumatología, Clínica Mediterráneo, Almería. <sup>2</sup>Sección Reumatología, Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería.

**Introducción:** El dolor es una manifestación clínica cardinal en la fibromialgia. Su característica es difusa y de variada topografía, sin identificarse a la fecha, compromiso inflamatorio articular o muscular en su desarrollo ni tampoco una etiología clara. Algunos estudios recientes han sugerido la posibilidad de que pacientes con fibromialgia pudieran cursar con niveles bajos de 25OH vitamina D (deficiencia o insuficiencia) como factor agregado. El sur de España, por su localización geográfica, presenta unos niveles de exposición solar óptimos durante todo el año, comparados con los países del norte de Europa. Teniendo en cuenta que la producción de vitamina D en humanos, se debe en gran medida al grado de exposición solar de los individuos, creemos que sería de interés testear la presente hipótesis en esta región.

**Objetivo:** En una población de pacientes de consulta privada y pública en la provincia de Almería (situada entre  $36,5^\circ$  de latitud Norte y  $2,2^\circ$  longitud O). Identificar: 1. Niveles de 25OH Vitamina D en pacientes con fibromialgia comparado con pacientes controles. 2. Prevalencia de deficiencia de vitamina D:  $< 15$  ng/ml en ambas poblaciones. 3. Prevalencia de insuficiencia de vitamina D:  $< 30$  ng/ml en ambas poblaciones.

**Material y métodos:** Población de pacientes con diagnóstico de fibromialgia de acuerdo a los criterios del American College of Rheumatology 1990. Población de pacientes con artrosis, síndrome de atrapamiento u otra patología no inflamatoria sistémica (controles). Medición sérica de: 25 OH D, Calcio y fósforo sérico, parathormona molécula intacta, GOT, GPT, GGT, hemograma y albúmina. Se excluyeron aquellos pacientes con: enfermedad inflamatoria reumática, pacientes recibiendo corticoides orales o inhalados, enfermedad hepática o intestinal, pacientes recibiendo vitamina D.

**Resultados:** 26 pacientes con FM y 25 pacientes control fueron reclutados entre septiembre 2008 y enero 2009 (otoño –invierno). El 38% de FM y 40% de Controles presentó niveles compatibles con insuficiencia de vitamina D mientras que 8% de los controles y 3,8% de FM presentaron valores de deficiencia.

**Conclusiones:** No hubo diferencias significativas en los niveles de 25OH D en ambas poblaciones, si bien los controles fueron significa-

Tabla Resumen 36

	n	Edad	25 OH D	Ca	P	PTH	GOT	GPT	GGT	HTO	ALB
FM	26	52,7	40,2	9,6	3,8	42,2	19,5	18,2	21,7	39,6	4,1
Controles	25	60,2*	41,2	9,7	3,3	34,3	18,7	18,0	21,3	39,5	3,9

\* $p < 0,01$ .

tivamente mayores en edad. La prevalencia de insuficiencia de vitamina D fue elevada en ambos grupos, mientras que la insuficiencia fue mayor en controles. Los niveles séricos de 25OH D no parece influir en forma determinante en la población fibromiálgica.

### 37. FALLO FUNCIONAL DEL EJE SOMATOTROPO EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA SEVERA: RESULTADOS DE LA SELECCIÓN DE PACIENTES PARA EL ENSAYO CLÍNICO CON GH, CT27560

M.J. González Fernández<sup>1</sup>, G. Cuatrecasas<sup>2</sup>, G. Sesmiolo<sup>1</sup>, J. Cabrera<sup>3</sup>, B. Yoldi<sup>1</sup>, M. Ramentol<sup>1</sup>, R. Huguet<sup>1</sup>, C. Alegre<sup>1</sup> y Steering Comité\*

<sup>1</sup>Institut Universitari Dexeus, Barcelona. <sup>2</sup>Endocrinología, Centre Mèdic Tecknon, Barcelona. <sup>3</sup>Merck Pharma&Q.

**Introducción:** Algunos estudios han demostrado en la fibromialgia (FM) alteraciones en el eje GH; sin embargo en ensayos publicados no es claro si se trata de una resistencia o alteraciones en la secreción de la misma. CT27560 compara GH junto con triple terapia (IRS o IRNS, analgesia con opioides y amitriptilina) frente a esta triple terapia sola, en una cohorte de pacientes con fibromialgia severa, con IGF1 baja, test de hipoglucemia insulina (THI) normal o prueba del glucagón y que respondían al test de generación de GH (TGG). En este trabajo presentamos los datos de la selección de pacientes.

**Pacientes y métodos:** Todos los pacientes (n = 164 mujeres) tenían más de 16 puntos dolorosos positivos y puntuación FIQ > 75. La edad media fue de 50 ± 9,4 años y el índice de masa corporal de 27,2 ± 4,1 Kg/m. La GH basal era inferior a < 250 nU/ml (-1 DE según población control), una IG F1 < 150 nU/ml (-2 DE según control), test de hipoglucemia insulínica (THI) o de glucagón (TG) para secreción de GH superior a 5 ng/ml y un test de generación de GH con un incremento del 50% del valor basal de IGF-1.

**Resultados:** 19/164 (12,75%) tenían IGF-1 > 150 ng/l y 4/164 tenían IGF1 > 250 ng/l. 7/95 tenían THI < 3 ng/ml (7,36 del total), 15/95 tenían THI < 5 ng/ml (15,7%) criterio de deficiencia de GH en el adulto (AGHD). Cinco pacientes no respondedores a TG fueron reincorporados al ensayo tras retirar durante un mes los antidepressivos con posterior normalización de la respuesta, 9/95 tenían GH basal > 5 ng/ml (9,4%), 8/95 TG < 50% de respuesta a la IGF-1 (8,4%) criterios de insensibilidad a GH. No hubo correlación entre los niveles basales de GH, IGF1 y TG. Entre los diversos centros no existieron diferencias significativas cuando se analizó los niveles de IGF-1, porcentaje de no respondedores a THI y porcentaje de no respondedores al TG.

**Conclusiones:** En los pacientes con fibromialgia severa hay una alta prevalencia de disregulación del eje GH. Algunos pacientes muestran alteraciones bioquímicas típicas de AGHD y podrían ser candidatos a tratamiento sustitutivo. La mayoría presentan niveles bajos de IGF-1, aunque el test de secreción correcto sugiere cierta insensibilidad a GH en este síndrome confirmándolo el porcentaje de no respondedores al TG.

\*Grupo Corporativo Español: M. Puig, J. Fernández-Sola, F. García, C. Liñán, M. Lage, R. Reino, A. Mera, F. Navarro, P. López-Mondéjar, M.J. Coves, S. Burgues, J.P. Izquierdo y J. Cabrera.

### 38. TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR DE LA FIBROMIALGIA: RESULTADOS PRELIMINARES DE UN ESTUDIO PILOTO

A. Castel<sup>1</sup>, R. Fontova<sup>2</sup>, M.J. Poveda<sup>2</sup>, N. Aragonés<sup>1</sup>, A. Padrol<sup>1</sup>, S. Montulí<sup>3</sup>, I. Salvat<sup>3</sup>, J. Beceiro<sup>3</sup>, S. Monterde<sup>3</sup>, I. Miralles<sup>3</sup>, M. Salvat<sup>1</sup>, E. Añez<sup>1</sup> y M. Rull<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad del Dolor, <sup>2</sup>Unidad de Reumatología. Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII. Institut d'Investigació Sanitària Pere Virgili.

<sup>3</sup>Unidad de Fisioterapia. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona.

**Objetivo:** Determinar la efectividad de un tratamiento multidisciplinar de la fibromialgia (farmacológico, educativo, psicológico me-

diantes terapia cognitivo-conductual y fisioterapéutico mediante hidrocinésis y terapia de fortalecimiento) adaptado a pacientes con bajo nivel de escolarización.

**Método:** Asignación aleatoria a una de las dos condiciones experimentales: control vs tratamiento. Antes y después del tratamiento se evaluó: intensidad del dolor, funcionalidad, ansiedad, depresión, catastrofismo, sueño y calidad de vida. Criterios de inclusión: diagnóstico de fibromialgia (ACR), dolor = 6 meses, tener más de 17 años y menos de 60, entre 3 y 8 años de escolarización. Criterios de exclusión: otra patología severa de dolor crónico, elevada incapacidad física, herida abierta o enfermedad dermatológica, severa psicopatología, déficit cognitivo o sensitivo, litigio pendiente por incapacidad. Pruebas aplicadas: Escala Numérica de Dolor (NRS), cuestionario de dolor MPQ, cuestionario de impacto de fibromialgia FIQ, escala de ansiedad y depresión HADS, subescala de catastrofismo CSQ, subescala 1 cuestionario de sueño MOS y subescalas actividad física y calidad de vida del COOP-WONCA. El estudio piloto se realizó entre los meses de abril y junio de 2008. Consistió en 24 sesiones realizadas en grupo, con una frecuencia de dos días/semana. Sujetos: 17 pacientes de sexo femenino (11 del grupo tratamiento y 6 del grupo control) con una media de edad de 48,3 años (DE 7,3) y una duración media del dolor de 5 años 3 meses. El 89% estaban casadas, el 5,5% divorciadas y el 5,5% viudas.

**Resultados:** Ambos grupos fueron homogéneos en variables demográficas y clínicas previas al tratamiento. En el grupo control no hubo diferencias significativas en los resultados pre y post-tratamiento en ninguna de las variables estudiadas. En el grupo de tratamiento se obtuvieron diferencias pre y post-tratamiento en intensidad del dolor: NRS1 = 6,4, NRS2 = 5,5 [t = 2,9; p < 0,05]; componente afectivo del dolor: PRIA1 = 5,4, PRIA2 = 3,2 [t = 3,2, p < 0,01]; funcionalidad: FIQ1 = 72,2, FIQ2 = 46,2 [t = 5,9; p < 0,0001]; ansiedad: A1 = 13,5, A2 = 8,8 [t = 5,8, p < 0,0001]; depresión: D1 = 10,6, D2 = 5,2 [t = 4,5, p < 0,001]; catastrofismo: CT1 = 20,2, CT2 = 11,2 [t = 4,1, p < 0,01]; sueño: S1 = 3,3, S2 = 1 [t = 5,1, p < 0,0001]; actividad física: AF1 = 3,7; AF2 = 3,0 [t = 2,7, p < 0,05]; y calidad de vida: CV1 = 3,0, CV2 = 2,1 [t = 4,3, p < 0,01]. El ANOVA de la diferencia pre-post-tratamiento entre el grupo control y el grupo tratamiento demostró que existían diferencias significativas entre ambas condiciones experimentales en: componente afectivo del dolor [F(1,15) = 7,1, p < 0,05]; funcionalidad [F(1,15) = 10,7, p < 0,01]; ansiedad [F(1,15) = 11,0, p < 0,01]; depresión [F(1,15) = 6,1, p < 0,05]; catastrofismo [F(1,15) = 6,4, p < 0,05] y sueño [F(1,15) = 15,1, p < 0,001].

**Conclusiones:** 1) A pesar de lo reducido de la muestra de este estudio piloto, el programa multidisciplinar diseñado ha demostrado mayor efectividad que el tratamiento médico convencional. 2) Estos datos deben confirmarse con la realización del ensayo clínico previsto, con una muestra de 164 pacientes y la realización de valoraciones de seguimiento a los 3, 6 y 12 meses.

Proyecto de investigación financiado por: Fundació Marató TV-3/070910.

### 39. NIVELES DE VITAMINA D Y MORTALIDAD

R. Mazzucchelli, F. Cava<sup>1</sup>, R. Almodóvar, J. Quirós y P. Zarco

Unidad de Reumatología. <sup>1</sup>Unidad de análisis clínicos. Hospital Universitario Fundación Hospital Alcorcón. Madrid.

**Introducción:** En un estudio anterior demostramos la asociación entre densidad mineral ósea a nivel de falange y mortalidad. Para explicar esta asociación planteamos la hipótesis de que esta asociación estaría en relación con los niveles de vitamina D, comportándose la densidad mineral ósea como un marcador subrogado del estado de vitamina D.

**Objetivo:** El propósito de este estudio es analizar si existe asociación entre los niveles de 25-OH-vitamina D y mortalidad. De confirmarse

esta asociación analizar cuáles son los posibles factores que justifican este aumento.

**Material y métodos:** Se trata de un estudio observacional basado en el análisis de una base de datos administrativa. Se han cruzado los datos correspondientes al periodo entre marzo/2000 hasta diciembre/2007 de las base de datos (BD) proporcionada por el histórico de las determinaciones de 25-OH-vitamina D (25-OH-D) de nuestro hospital, con la base de datos hospitalaria CMBD (conjunto mínimo básico de datos al alta hospitalaria) que recoge datos de filiación, de diagnósticos y procedimientos codificados a través de CIE-9. Se han seleccionado aquellos pacientes que estando en la BD 25-OH-D han tenido 1 ingreso hospitalario en nuestro centro. Se analizaron los pacientes que fallecieron (tipo alta = 4) frente a los que sobrevivieron durante este periodo. Las variables estudiadas para cada paciente fueron las siguientes: de la BD 25-OH-D: la edad, sexo, fecha extracción, niveles de PTH y 25-OH-vitamina D; de la BD del CMBD: edad ingreso, sexo, tiempo seguimiento, presencia o no de obesidad, diabetes, neoplasia, anemia, trombosis, insuficiencia renal, demencia, enolismo, tabaco, enfermedad cerebrovascular, insuficiencia cardíaca, EPOC, hemorragia digestiva, hepatopatía, y otras variables clínicas determinadas a través del CIE-9. Se analizó la asociación de mortalidad por disminución de 1 desviación estándar en los niveles de 25-OH-vitamina D, mediante análisis univariante (t-Student para las variables cuantitativas y test de la  $\chi^2$  para las cuantitativas), univariante ajustado por edad y sexo (regresión logística binaria), y también se realizó análisis multivariante (regresión logística binaria). Se realizó análisis de supervivencia de Kaplan-Meier.

**Resultados:** Del total de 5.319 determinaciones de 25-OH-vit D (correspondientes a 3.104 pacientes) durante el periodo del estudio, 1.660 (53,47%) pacientes tuvieron al menos 1 ingreso en nuestro centro. 1.220 (73, 5%) fueron mujeres (media de edad 59,81 años y una DE 18,5) y 440 (26,5%) hombres (media de edad 58,6 años y una DE 18,2). El tiempo medio de seguimiento de la cohorte fue de 1181 días y DE 741 días. Se produjeron 99 exitus: 67 mujeres y 32 hombres (RR 0,741 (IC95% 0,479-1,146)). En el análisis univariante se obtuvieron diferencias estadísticas significativas: con las siguientes variables estudiadas: edad, 25-OH-vit D, Rweight, duración hospitalización, residencia/domicilio propio, obesidad, neoplasia, diabetes mellitus, VIH, anemia, insuf. renal aguda, insuf. renal crónica, acidosis, demencia, enf cerebrovascular, hemorragia digestiva, hepatopatía, cardiopatía isquémica, enf. arterial, fx de cadera, insuf. cardíaca e insuf. respiratoria. Por cada disminución de 1 desviación estándar de los niveles de 25-OH-vit D (ajustado a edad y sexo) se asoció con un aumento del riesgo de muerte de 2,38 (IC95% 1,66-3,41). Tras introducir en el análisis multivariante todas las variables que habían resultado estadísticamente significativas en el análisis univariante se mantuvo el aumento del riesgo de muerte RR 1,96 (IC95% 1,35-2,83).

**Conclusiones:** Este estudio muestra que por cada reducción de 1 DE en los niveles de 25-OH-vit D se duplica el riesgo de muerte que es independiente de la edad y sexo así como del resto de variables analizadas.

#### 40. UTILIDAD DEL MANTOUX EN EL SEGUIMIENTO DE UNA COHORTE DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON AGENTES BIOLÓGICOS

M. Maqueda López, M. Fernández Alba, M.D. Ruiz Montesino, F. Navarro Sarabia y C. Vargas Lebrón

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

**Introducción:** Hay evidencias de mayor incidencia de TBC en pacientes tratados con anti-TNF respecto a la población general y a la población con artritis reumatoide con otro tipo de tratamientos, por

ello se recomienda realizar Mantoux a todos los candidatos a terapia anti-TNF y profilaxis durante 9 meses con isoniacida en los casos en los que el resultado sea positivo. De esta forma se ha objetivado reducción de la incidencia de TBC en los pacientes que realizan quimioprofilaxis. A pesar de estas medidas un Mantoux negativo no nos descarta con seguridad una posible TBC latente, por lo cual debemos estar atentos en la evolución de estos pacientes a la aparición de síntomas de infección tuberculosa o presencia de factores de riesgo de tuberculosis. Además se recomienda de forma general la realización de Mantoux con frecuencia anual en todos los pacientes que realicen terapia con anti-TNF, ya que pueden existir casos de positivizaciones en pacientes que presentaban Mantoux negativo antes de iniciar terapia biológica.

**Objetivo:** Conocer el estado del Mantoux de una cohorte de pacientes en terapia biológica antes y después del inicio del tratamiento y ver la probabilidad de positivización del mismo.

**Material y métodos:** Se recogen de forma secuencial el resultado de Mantoux de los pacientes de una consulta monográfica de terapias biológicas del Servicio de Reumatología del HUV. Macarena (el Mantoux previo al inicio de la terapia y el 2.º Mantoux en aquellos en los que el primero fuera negativo y hubiera pasado al menos 1 año de éste). No se analizan en este estudio aquellos en los que el primer Mantoux fue negativo y aún no se han realizado 2.º Mantoux. Tampoco se tiene en cuenta si los resultados positivos se refieren a la primera lectura o al Booster.

**Resultados:** Se analizaron un total de 280 casos: 176 artritis reumatoide, 86 espondiloartropatías y 18 artritis idiopáticas juveniles. Tuvieron 1.º Mantoux positivo y realizaron quimioprofilaxis 106 (38%), 19 (7%) tuvieron 1.º negativo y 2.º positivo realizando quimioprofilaxis posterior y 155 (55%) tuvieron 1.º y 2.º Mantoux negativos. Realizando subanálisis por patología y por anti-TNF, se observa una mayor proporción de 2.º Mantoux positivo en pacientes con espondiloartropatía ( $p < 0,05$ ) y mayor porcentaje de 2.º Mantoux negativo en los pacientes con artritis reumatoide ( $p < 0,05$ ). Un 10,9% de los pacientes que tuvieron un 1.º Mantoux negativo lo positivizaron tras el inicio de la terapia biológica, no habiendo diferencias entre cada anti-TNF.

**Conclusiones:** Es evidente la indicación de realizar Mantoux a todos los pacientes candidatos a anti-TNF y quimioprofilaxis en los casos en los que sea positivo. En nuestro estudio hay un 10,9% de pacientes que positivizan el Mantoux tras el inicio de la terapia, por lo que es lógico recomendar la realización anual de Mantoux mientras continúan el anti-TNF. Aunque hay diferencias demostradas en la incidencia de reactivación de TBC entre los diferentes anti-TNF (mayor para infliximab y adalimumab que para etanercept), no encontramos en nuestro estudio diferencias en el porcentaje de positivización del mismo entre los diferentes biológicos.

#### 41. SALUD AUTOPERCIBIDA, RESTRICCIÓN DE ACTIVIDAD Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS EN LAS PERSONAS CON PROBLEMAS MUSCULOESQUELÉTICOS SEGUN LA ENCUESTA DE SALUD DE CATALUÑA (ESCA 2006)

X. Surís, M. Larrosa, M. Pueyo, J. Auleda, A. Mompert<sup>1</sup> y P. Brugulat<sup>1</sup>

Pla Director de Malalties Reumàtiques i de l'Aparell Locomotor, <sup>1</sup>Servei del Pla de Salut, Direcció General de Planificació i Avaluació. Departament de Salut de Catalunya.

**Introducción:** La ESCA es una fuente de información poblacional realizada desde el Departamento de Salud de Cataluña.

**Objetivo:** Conocer el nivel de salud autopercebida, la restricción de actividad y la utilización de servicios sanitarios de las personas que declaran problemas musculoesqueléticos según la ESCA 2006.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal en forma de encuesta a 15926 adultos (mayores de 15 años). Muestreo estratificado

polietápico representativo de sexo y grupo de edad de las unidades territoriales definidas. Variables recogidas: características sociodemográficas, hábitos relacionados con la salud, prácticas preventivas, salud autopercibida y calidad de vida, problemas de salud crónicos autodeclarados (se incluyeron 27 problemas crónicos de salud) y utilización de recursos sanitarios. Los problemas musculoesqueléticos se agruparon en cuatro categorías: artropatía crónica (artrosis-artritis-reumatismo) dolor dorsal o lumbar crónico, dolor cervical crónico y osteoporosis. La salud autopercibida se recoge de forma cualitativa (escala Likert) y cuantitativa (termómetro 0-100) siendo los valores más bajos indicativos de peor salud.

**Resultados:** El nivel de salud autopercibida entre las personas que declaran problemas musculoesqueléticos es significativamente peor (tras ajustar por edad y sexo) que las personas que no las declaran. La puntuación media de salud es de 55 vs 75,8 ( $p < 0,001$ ) en artropatía crónica; 61 vs 75,3 ( $p < 0,001$ ) en lumbalgia; 60,8 vs 74,9 ( $p < 0,001$ ) en cervicgia, y 49,3 vs 72,3 ( $p < 0,001$ ) en osteoporosis. La restricción de actividad en los últimos 15 días es también mayor de forma significativa tras ajustar por edad y sexo: 24% vs 10,7% ( $p < 0,001$ ) en artropatía crónica; 23,4 vs 9,7 ( $p < 0,001$ ) en lumbalgia; 30 vs 12,3 ( $p < 0,001$ ) en cervicgia; 32,9 vs 12,6 ( $p < 0,001$ ) en osteoporosis. Igualmente pasa con la restricción en el último año: 33,1% vs 12,5% en artropatía crónica; 30,5 vs 11,5 ( $p < 0,001$ ) en lumbalgia; 23,5 vs 10 ( $p < 0,001$ ) en cervicgia; 43,9 vs 15,5 ( $p < 0,001$ ) en osteoporosis. La declaración de discapacidad y problemas para llevar a cabo actividades de la vida diaria también es mayor en estas personas. Las personas que declaran tener artropatía crónica, cervicgia, lumbalgia y osteoporosis realizan de forma significativa más visitas en el último año al médico de atención primaria, especialistas, enfermería, fisioterapeutas y osteópatas.

**Conclusiones:** La presencia de los problemas musculoesqueléticos empeora la salud autopercibida, aumenta la restricción de actividades a corto y largo plazo y se asocia a mayor utilización de servicios sanitarios de forma significativa.

#### 42. UTILIDAD DE LAS TÉCNICAS IN VITRO DE DETECCIÓN DE INTERFERÓN- $\gamma$ PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA TUBERCULOSIS LATENTE EN ENFERMOS REUMÁTICOS CANDIDATOS A ANTI-TNF $\alpha$

L. Mateo, S. Mínguez, I. Latorre<sup>1</sup>, A. Moltó, S. Holgado, A. Olivé, E. García Melchor, J. Domínguez\*, D. Grados, J. Cañellas, A. Lacoma<sup>1</sup> y X. Tena

H. Germans Trias i Pujol. Badalona. <sup>1</sup>Servicios de Reumatología y Microbiología, Barcelona.

**Introducción:** La determinación de la infección latente de tuberculosis (LTB) es obligada antes de iniciar el tratamiento con un anti-TNF $\alpha$  en los enfermos candidatos. Aunque no existe un "patrón oro" para su detección, la prueba de la tuberculina (PPD) es el método estandarizado mundialmente. Según el consenso de la SER, se debe practicar dos veces, además de una radiografía de tórax. Sin embargo, la existencia de falsos positivos del PPD (vacunación previa por BCG, micobacterias atípicas) y de falsos negativos (anergia, inmunosupresión), ha impulsado el desarrollo de nuevas técnicas in vitro que permitan mejorar la sensibilidad en la detección de la LTB.

**Objetivo:** Determinar la utilidad de las técnicas de detección de IFN-g en sangre para la detección de la infección tuberculosa (IGRAS) en comparación con la prueba de la tuberculina en los enfermos que van a iniciar tratamiento con anti-TNF $\alpha$ .

**Pacientes y método:** Se incluyeron en el estudio los pacientes con enfermedad reumática inflamatoria que iban a iniciar tratamiento con un anti-TNF $\alpha$ . Se realizó en todos los casos la determinación de PPD (2 separados por 1-2 semanas), radiografía de tórax, análisis en suero de IGRAS mediante 2 métodos: Quantiferon (QFN) y T-SPOT.TB. Técnicas in vitro: Tras la estimulación con antígenos específicos

(ESAT-6, CFP-10 y TB7.7) se determinó la producción de IFN-g en los sobrenadantes mediante técnicas estandarizadas de enzimoimmunoanálisis (Quantiferon GOLD In tube) y mediante ELISPOT (T-SPOT.TB). Se realizó estudio estadístico descriptivo y análisis de la concordancia entre el PPD/T-SPOT.TB, PPD/QFN y T-SPOT/QFN mediante el test Kappa de Cohen, cuyo valor  $> 0,75$  señala una excelente concordancia, buena-moderada entre 0,40-0,75 y pobre  $< 0,40$ .

**Resultados:** Se incluyeron 23 enfermos (10V/13M), con media de edad de  $52,4 \pm 13,2$  años. Las enfermedades reumáticas fueron: 7 artritis reumatoide (seropositiva y erosiva), 4 espondilitis anquilosante, 5 artritis psoriásica, 3 artritis seronegativa, 2 lupus, 1 espondiloartritis indiferenciada, 1 síndrome SAPHO. Tiempo medio de evolución de la enfermedad de  $9,6 \pm 9$  años. La AR fue seropositiva y erosiva en todos los casos. Dieciséis enfermos recibieron tratamiento con dos inmunomoduladores de primera línea previos al anti-TNF (límites 0-5) y 10 (43,5%) también glucocorticoides. El PPD fue positivo en 3/23 (13%); sólo un enfermo dio positivo al segundo PPD tras un primero negativo. El T-SPOT.TB fue positivo en 7/23 (30,4%) y el QFN positivo en 5/23 (21,7%). El resultado de QFN fue indeterminado en 3 casos (13%), mientras que ningún caso fue indeterminado para T-SPOT. El test de concordancia  $\kappa$  entre el resultado de PPD/T-Spot fue 0,51; entre PPD/QFN 0,46; entre T-SPOT/QFN 0,79. Cinco enfermos (21,7%) realizaron profilaxis para tuberculosis, 2 de ellos con PPD (-) e IGRAS (+).

**Conclusiones:** 1) La detección de tuberculosis latente en los pacientes reumáticos es superior con las técnicas de IFN-g que con la tuberculina, incluso cuando se realizan dos determinaciones de la misma; 2) La concordancia entre el PPD y los IGRAS es moderada en inmunodeprimidos; 3) La técnica T-SPOT.TB parece tener mayor sensibilidad y menor tasa de indeterminados que Quantiferon.

#### 43. SÍNDROME ANTISINTETASA CON AFECTACIÓN PULMONAR: A PROPÓSITO DE TRES CASOS

M.G. Bonilla Hernán<sup>1</sup>, L. Gómez -Carrera<sup>2</sup>, T. Cobo Ibáñez<sup>3</sup>, P. Aguado Acín<sup>1</sup>, A. Villalba Illán<sup>1</sup>, C. Ordóñez Cañizares<sup>1</sup>, S. Alcolea Batres<sup>2</sup>, E. Martín-Mola<sup>1</sup> y R. Álvarez-Sala Walther<sup>2</sup>

Servicios de <sup>1</sup>Reumatología y <sup>2</sup>Neumología, Hospital Universitario La Paz, Madrid. <sup>3</sup>Sección de Reumatología, Hospital Infanta Sofía, Madrid.

**Introducción:** El Síndrome Antisintetasa (SAS) se caracteriza por la presencia de anticuerpos anti-Jo-1 asociados a fiebre, artritis, fenómeno de Raynaud (FR), manos de mecánico, miositis y enfermedad intersticial pulmonar (EPI).

**Objetivo:** Describir las características clínicas, radiológicas, de función respiratoria y su evolución a propósito de 3 casos SAS con EPI.

**Pacientes y métodos:** Caso I: varón de 65 años con HTA y cardiopatía isquémica. Comienza con mialgias, debilidad muscular y edema en manos. En analítica se objetiva aumento de cifras de CPK, ANA 1/40 y anti-Jo-1. Rx de tórax: EPI predominante en bases. TAC torácico de alta resolución (TACAR) patrón de vidrio deslustrado subpleural con engrosamiento septal intralobulillar y dilataciones bronquiales. Pruebas de función respiratoria (PFR): CVF: 1.850 (53,9%), FEV1: 1.480 (54,5%), TLC: 3.130 (52%), DLCO: 50%. pH: 7,4 PO<sub>2</sub>: 80 y PCO<sub>2</sub>: 34. Se inició tratamiento con glucocorticoides (GC) y azatioprina (AZA) con remisión de la clínica muscular y articular, normalización de CPK y mejoría de la clínica respiratoria. Posteriormente se suspendió AZA por pancitopenia que remitió y manteniéndose asintomático. Tres años después: PFR: CVF: 2.080 (63%), FEV1: 1.658 (61%) TLC: 3.630 (62%), DLCO: 48% pH: 7,4 PO<sub>2</sub>: 76,7 PCO<sub>2</sub>: 34,8. TACAR: afectación bilateral difuso de predominio en campos medio en inferiores con engrosamientos de los septos inter/intralobulillares en áreas de panalización y bronquiectasia de tracción en LM y LII. Caso II: mujer de 58 años no fumadora con FR desde hacía 3 años, sin otros síntomas. Comienza con artritis y edema en dorso de manos acom-

Tabla Resumen 43

PFR	Caso I	Caso II	Caso III
FVC	Pre tto. 1.850 (53,9%) Post tto. 2.080 (63%)	Pre tto. 2.230 (71%) Post tto. 2.740 (88,9%)	Pre tto. 3.230 (86,8%) Post tto. 3.530 (97,4%)
FEV1	Pre tto. 1.480 (54%) Post tto. 1.658 (61%)	Pre tto. 2.000 (75%) Post tto. 2.900 (87,7%)	Pre tto. 3.750 (95,3%) Post tto. 2.780 (89%)
FEV1/FVC	Pre tto. 80% Post tto. 80%	Pre tto. 90% Post tto. 83%	Pre 78% Post 78%
TLC	Pre tto. 3.130 (52%) Post tto. 3.620 (62%)	Pre tto. 3.710 (68%) Post tto. 4.680 (86%)	Pre tto. 5.960 (101%) Post tto. 5.940 (100%)
DLCO	Pre tto. 50% Post tto. 48%	Pre tto. 73% Post tto. 71%	Pre tto. 77,7 Post tto. 74,4%

pañado de tos y disnea. En analítica se objetiva ANA 1/40 y anti JO-1. RX de tórax (previa normal) patrón reticular de predominio periférico y en lóbulos inferiores con panalización. PFR: FVC: 2.230 (71%), FEV1 2.000 (75%), FEV1/FEV: (90%), TLC: 3.710 (68%) DLCO: 73%. TACAR: afectación difusa bilateral intersticial reticular de predominio en bases con panalización. Biopsia pulmonar: fibrosis muy evolucionada. Se inicia tratamiento con GC y ciclofosfamida intravenosa. 2 años después PFR: FVC: 2.740 (88,9%), FEV: 2.900 (87,7%), FE1/FVC: 83%, TLC: 4.680 (86%) DLCO: 70,9%. pH: 7,4, PO<sub>2</sub>: 84 PCO<sub>2</sub>: 38 TACAR: afectación reticular con engrosamientos septales y paraseptales en lóbulos superiores e inferiores y panalización en campos medios e inferiores. Caso III: mujer de 51 años exfumadora desde hacía 5. Comienza con artromialgias, tumefacción, FR, acompañada de grietas y lesiones rugosas en manos y disnea de moderados esfuerzos. En analítica se objetivó aumento de CPK y anticuerpos anti-JO-1. RX de tórax: aumento de trama broncovascular en bases. Electromiograma: patrón miopático en miembros superiores e inferiores de predominio proximal leve. PFR: FVC: 3.230 (86,8%) FVC/FEV1: 3.750 (95,3%) FEV 1%/FVC: 78,57%, TLCO: 77,7%, pH: 7,5, PO<sub>2</sub>: 92%, PCO<sub>2</sub>: 32,6%. TACAR: alteraciones periféricas en zonas subpleurales de ambas bases compatibles con fibrosis de intensidad moderada. Se trató con GC y AZA. Tras 2 años FVC: 3.530 (97,4%), FVCV1: 2.789 (89%), FEV1/FVC: (78%), TLC 5.940 (100%), DLCO: 74,4, pH: 7,4, PO<sub>2</sub>: 89, PCO<sub>2</sub>: 37%. Rx: aumento de trama broncovascular en bases. TACAR: tractos fibrosos compatibles con panalización en campos inferiores sugestivo de fibrosis pulmonar.

**Conclusión:** El tratamiento de elección de la EPI en los pacientes con SAS se basa en GC e inmunosupresores. En nuestra experiencia los 3 pacientes han recibido tratamiento con GC, 2 AZA y 1 ciclofosfamida con mejoría clínica, analítica y de las PFR.

#### 44. VARIABILIDAD INTEROBSERVADOR DEL SCORE CUTÁNEO DE RODNAN MODIFICADO EN ESCLEROSIS SISTÉMICA. RESULTADOS OBTENIDOS DE UN TALLER PRÁCTICO

J.J. Alegre-Sancho, E. Valls-Pascual, E. Beltrán-Catalán, C. Chalmeta-Verdejo, N. Fernández-Llanio, J. Ivorra-Cortés, S. Muñoz-Gil, J.A. Román-Ivorra, J.M. Senabre-Gallego, F. Gil-Latorre y A. Rueda-Cid

Sección de Reumatología. Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia.

**Introducción:** Actualmente el score cutáneo de Rodnan modificado (mRSS) es la única técnica plenamente validada para evaluar la afectación cutánea en la esclerosis sistémica (ES), a pesar de que su variabilidad interobservador puede alcanzar el 50% en caso de exploradores inexpertos. En este sentido, el grupo EUSTAR (EULAR Scleroderma Trials And Research) trabaja en la formación y mayor implantación del mRSS en Europa.

**Objetivo:** Cuantificar la variabilidad interobservador del mRSS en pacientes con ES, evaluando los datos obtenidos de un taller práctico de formación en la técnica.

**Métodos:** Ejercicio de evaluación de los datos recogidos en un taller para la enseñanza del mRSS que se desarrolló en Valencia. Tras una explicación teórica y una demostración práctica de la técnica, los

asistentes se dividieron en grupos y cada uno de ellos exploró, de forma ciega, tres pacientes con ES, 2 con afectación cutánea limitada (ESL) y 1 con afectación cutánea difusa (ESD). El análisis estadístico se realizó utilizando el programa SPSS Statistics 17.0, y se determinó la variabilidad interobservador para cada paciente mediante el cálculo del coeficiente de variación (CV).

**Resultados:** El taller contó con un total de 24 participantes, reumatólogos e internistas, de la provincia de Valencia. Preguntados específicamente, la mayoría de ellos (84,2%) no sabía realizar el mRSS a pesar de que muchos de ellos (63%) referían manejar habitualmente pacientes con ES. Se obtuvo un CV total para la variabilidad interobservador del 24%; siendo éste del 15% en el caso de ESD, y del 38% en ESL. Un subanálisis de subgrupos mostró una menor variabilidad entre exploradores con experiencia en la técnica: 18% vs 25% en ESD; 12% y 29% vs 16% y 36% en ESL.

**Conclusión:** La variabilidad interobservador en este taller de formación es mejor que la comunicada en estudios previos, incluso entre exploradores inexpertos. Parece existir una variabilidad mayor en la valoración de pacientes con ESL, aunque son necesarios más estudios para confirmar esta observación.

#### 45. PERFIL EVOLUTIVO DE LA PREESCLERODERMIA

E. Delgado, B. Rodríguez-Lozano, V. Hernández, J. Hernández, F. Díaz, M. Gantes y M. Flores

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna, Tenerife.

**Introducción:** Los factores que condicionan la evolución de preesclerodermia a Esclerosis Sistémica (ES) no han sido bien establecidos.

**Objetivo:** Describir el patrón evolutivo e identificar posibles factores predictivos en el estado de preesclerodermia.

**Pacientes y métodos:** Estudio retrospectivo de pacientes diagnosticados de preesclerodermia en base a la presencia de Raynaud y autoanticuerpos (ANA patrón nucleolar o anti-Scl-70 o anticentrómeros positivo) y/o hallazgos capilaroscópicos de patrón de esclerodermia, durante un periodo de 10 años. Dichos pacientes fueron remitidos al Servicio de Reumatología para realización de capilaroscopia durante los años 1999-2001. Se realizó valoración clínica (grado de afectación cutánea con índice modificado de Rodnan, ANA y especificidades, capilaroscopia realizada por el mismo observador, ECG, radiografía de tórax, pruebas de función respiratoria (espirometría/DLCO), ecocardiograma, manometría esofágica y función renal) al inicio y al final del estudio. Tras la evaluación basal ninguno de los pacientes cumplía los criterios diagnósticos de ES (ACR 1980).

**Resultados:** De 290 pacientes remitidos para realización de capilaroscopia en el período 1999-2001, 17 pacientes, mujeres, con mediana de edad de 52 años (19-62) fueron diagnosticados de preesclerodermia. (7%) y 1 paciente de ES difusa tras la 1.ª valoración clínica/inmunológica/capilaroscópica. Los motivos del estudio capilaroscópico en la población seleccionada fueron: Raynaud (65%), esclerodactilia (12%) y Raynaud con Scl-70+/ anticentrómero + (18%). Los patrones capilaroscópicos basales (Maricq) fueron: Patrón lento de esclerodermia (5, 28%), patrón activo de esclerodermia (3, 17%), patrón inespecífico de conectivopatía (6, 34%) y normal (4, 23%). Los datos clínicos fueron esclerodactilia (12, 62%), disfagia (11, 62%), manometría esofágica patológica (47%) (hipotonía esfínter esofágico inferior: 7; aperistalsis esofágica: 1), radiografía de tórax con patrón intersticial (4,24%) con alteración de DLCO/VA en 2 pacientes. En ninguno de los pacientes en la valoración inicial se objetivó afectación cutánea tipo esclerodactilia asociada a afectación pulmonar. Se realizó el seguimiento durante 8-10 años en 15 pacientes (una pérdida de seguimiento y un éxitus a los 3 años) con evolución a ES definida en 5 pacientes (30%): 4 ES difusa (1 de estas pacientes fue el

éxitus) y 1 paciente con ES subtipo CREST. Todos estos pacientes tenían en su 1.ª valoración: Raynaud, Scl-70 o anticentrómero +, afectación cutánea tipo esclerodactilia o visceral (esofágica) y patrón capilaroscópico lento de esclerodermia.

**Conclusiones:** 1. El 7% del total de los pacientes remitidos para realización de capilaroscopia en un período de 3 años fueron diagnosticados de preeclerodermia. 2. En este estudio exploratorio se observa evolución a ES definida en el 30% de dichos pacientes tras un seguimiento de 10 años. 3. Dado lo infrecuente de esta enfermedad se requieren estudios multicéntricos para poder obtener conclusiones con potencia estadística. Sin embargo, todos los pacientes que han evolucionado hacia ES presentaban al inicio Raynaud, anti-Scl-70 o anti-centrómero positivo, esclerodactilia o afectación visceral (esofágica) y patrón capilaroscópico lento de esclerodermia.

#### 46. SÍNDROME DE SHULMAN. FASCITIS EOSINOFÍLICA: A PROPÓSITO DE 12 CASOS

D. Grados<sup>1</sup>, A. Olivé<sup>1</sup>, E. García-Melchor<sup>1</sup>, M. Martínez<sup>1</sup>, S. Mínguez<sup>1</sup>, A. Moltó<sup>1</sup>, L. Mateo<sup>1</sup>, S. Holgado<sup>1</sup>, J. Cañellas<sup>1</sup>, X. Tena<sup>1</sup>, I. Bielsa<sup>2</sup>, E. García-Casares<sup>3</sup>, C. Castaño<sup>3</sup>

*Sección de Reumatología, Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona*<sup>1</sup>*Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona*<sup>2</sup>*Sección de Reumatología, Hospital Municipal de Badalona, Badalona, Barcelona*<sup>3</sup>

**Introducción:** La fascitis eosinofílica (FE) es un síndrome esclerodermiforme poco frecuente y de etiología desconocida. Fue descrita por Lawrence Edward Shulman en 1974. Se caracteriza por: induración cutánea, eosinofilia periférica, aumento de la velocidad de sedimentación globular y hipergammaglobulinemia. Anatómo-patológicamente: inflamación y engrosamiento de la fascia profunda.

**Objetivo:** Describir las características clínicas, el tratamiento y la evolución de los pacientes diagnosticados de FE.

**Pacientes y métodos:** Diseño: retrospectivo (1989-2008). Hospital: Universitario. Área de referencia: 700.000 habitantes. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de FE procedentes de la base de datos de los servicios de Reumatología, Dermatología y Anatomía patológica. Todos los pacientes cumplían los criterios descritos por Shulman (induración cutánea y biopsia compatible).

**Resultados:** Se diagnosticaron 12 pacientes con FE: 9 hombres (75%) y 3 mujeres (25%). Edad media en el momento del diagnóstico: 47,83 años (intervalo: 28-71 años). Tiempo medio desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico: 5,72 meses (intervalo: 0,5-18 meses). Tiempo medio de seguimiento: 56,4 meses (intervalo: 19-144 meses). En 5 pacientes (41%) se encuentra el antecedente de esfuerzo físico importante, un consumidor de productos de naturopatía y un antecedente de toma de atorvastatina. Todos los pacientes presentaron induración cutánea (12/12). La eosinofilia estuvo presente en un 91% de los pacientes. Se realizó biopsia profunda en todos los casos siendo compatible con FE. La induración cutánea afectaba en 5 pacientes a extremidades superiores e inferiores, 1 a extremidades superiores, 1 a extremidades inferiores y a extremidades y tronco. Otras manifestaciones fueron: 4 (33,3%) canal carpiano, 2 (16,6%) poliartritis, 2 (16,6%) morfea, 1 (8,3%) alteración ventilatoria restrictiva, 1 (8,3%) afectación neurológica central y periférica, 1 (8,3%) nefropatía IgA y 1 (8,3%) polineuropatía sensitiva axonal. Todos los pacientes recibieron glucocorticoides, dosis media: 57,3 mg/día (intervalo: 20-80 mg/día). Otros tratamientos utilizados fueron: antagonistas del receptor H2 (5 pacientes), metotrexato (3 pacientes), colchicina (2 pacientes) y azatioprina (1 paciente). En 3 pacientes (25%) la biopsia compatible se obtuvo tras realizarse RMN que evidenció el foco más activo. En la actualidad se mantiene el seguimiento de 7 pacientes (58%), 3 de ellos no precisan tratamiento, 3 perma-

necen en tratamiento con glucocorticoides (2,5 mg a 10 mg) y 1 con metotrexato.

**Conclusiones:** Las características clínicas de la presente serie no difieren de las descritas por otros autores. El antecedente de una actividad deportiva extrema es frecuente. La RMN puede ser útil para localizar la zona a indicar la biopsia profunda. La cifra de eosinofilia no está relacionada con la gravedad de la afectación cutánea. El fármaco más utilizado son los glucocorticoides. La evolución de la FE suele ser favorable, con buena respuesta inicial a la corticoterapia, aunque pudiendo presentar brotes en relación a la disminución o retirada del tratamiento.

#### 47. ACTIVIDAD DE LA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE Y CONSUMO DE ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS

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

*Hospital Universitario Río Hortega. Sección de Reumatología. Valladolid.*

**Introducción:** Las limitaciones del BASDAI y de otros índices clásicos empleados para medir la actividad de la espondilitis anquilosante (EA) se deben a la indefinición actual del concepto de actividad y a las mejores expectativas de los tratamientos con biológicos. Como consecuencia, los objetivos y los criterios de respuesta al tratamiento no están bien estandarizados. Las propuestas actuales se basan en ensayos clínicos, opiniones de expertos y bases de datos multicéntricas, pero su utilidad en la práctica clínica ordinaria no se ha probado. Se tiende a que sea el paciente quien decida tomar o no antiinflamatorios no esteroideos (AINE) como rescate para el control de sus síntomas, por lo que la información sobre su consumo de AINE puede proporcionar una estimación indirecta de la actividad de la enfermedad.

**Objetivos:** Determinar qué factores representan mejor la actividad de la EA en un momento determinado, estimada indirectamente por el consumo regular de AINE (estudio transversal). Determinar cuál de los criterios actualmente en uso para medir la respuesta al tratamiento con biológicos de la EA activa insuficientemente controlada con AINE es más específico en condiciones asistenciales ordinarias (estudio de cohorte).

**Pacientes y métodos:** Estudio observacional basado en los registros de la base de datos Reumaval acerca de la evolución durante 1 año de una cohorte de pacientes con EA no tratados previamente con biológicos y asistidos por un solo médico. Análisis estadístico de los índices BASDAI, BASFI, BASMI, MASES, VSG y PCR, de su relación con la toma regular de AINE y de su evolución tras tratamiento con o sin biológicos.

**Resultados:** Fueron incluidos 101 pacientes correlativos con las siguientes características basales: Edad  $43 \pm 11,5$  años; evolución de la enfermedad  $16,9 \pm 10,8$  años; BASDAI  $5,3 \pm 2,2$ , BASFI  $4,9 \pm 2,4$ , BASMI  $2,5 \pm 2,6$ , MASES  $1,3 \pm 2,3$ , PCR  $12,6 \pm 25,6$  mg/L, VSG  $20 \pm 16/1h$ . La correlación entre BASDAI y BASFI fue alta ( $r = 0,77$ ,  $p < 0,001$ ). El 48,5% de los pacientes aseguraba haber tomado AINE diariamente en la última semana, en mayor o menor dosis. La toma regular de AINE se asocia a valores de BASDAI altos ( $p < 0,001$ ) y en menor grado también con valores altos de BASFI, pero la adición de este último índice o de cualquiera de los otros no aportó ventajas a los modelos de regresión basados en el BASDAI o en sus derivados. Un BASDAI superior a 4,0 identifica el 90% de los pacientes que reciben AINE regulares, pero tiene una especificidad del 40%, lo que indica que muchos pacientes con valores mayores no toman AINE (área bajo la curva 0,73, IC 95% 0,63-0,82). Se clasificó a los pacientes en 3 grupos: 1) BASDAI  $< 4$  con o sin AINE (24); 2) BASDAI  $> 4$  sin AINE (31); y 3) BASDAI  $> 4$  con AINE (46). Tras un año de seguimiento, el 22% de los pacientes del tercer grupo habían recibido fármacos anti-TNF, tuvieron mayores descensos del BASDAI y su necesidad de AINE fue muy

inferior. Sin embargo, el porcentaje de pacientes con BASDAI < 4 fue del 25%, similar al del grupo sin biológicos. La respuesta favorable al tratamiento con biológicos fue discriminada mejor con los criterios ASAS 5/6 (Chi cuadrado 8,57,  $p = 0,003$ , OR 13,5. IC95 1,8-99,3) que con los criterios ASAS20, ASAS40 o BASDAI 50. Se consiguió en un 50% de los pacientes, frente a un 5,6% de las personas tratadas sólo con AINE.

**Conclusión:** La actividad media de la EA no tratada con biológicos y evaluada mediante BASDAI es de 5,3 en nuestras consultas ordinarias y la mitad de los pacientes recibe AINE regularmente. Por debajo de 5,3 muchos pacientes dejan de tomar AINE, por lo que el control de la enfermedad como objetivo (BASDAI < 4) es difícil, incluso con fármacos biológicos. La toma regular de AINE guarda relación con los valores de BASDAI. La influencia que tienen los índices BASFI, BASMI y MASES es muy pobre. El criterio de respuesta más específico para los tratamientos con anti-TNF es el ASAS 5/6, que alcanzó un 50% de los pacientes.

#### 48. DIFERENCIAS EN LAS CARACTERÍSTICAS BÁSICAS, MANIFESTACIONES ASOCIADAS Y SEVERIDAD DE LA ENFERMEDAD, ENTRE LOS PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE EN FUNCIÓN DE LA EDAD DE DIAGNÓSTICO

M. Granados Ruiz, E. Collantes Esteves, P. Font y E. Marín

*H.U. Reina Sofía, Córdoba, Servicio de Reumatología.*

**Objetivo:** El objetivo fundamental de nuestro estudio es investigar las diferencias entre los pacientes con espondilitis anquilosante diagnosticados antes y después de los 35 años. Se investigan diferencias existentes en función a: características básicas de la enfermedad, actividad, manifestaciones asociadas pasadas o actuales, signos y síntomas al inicio de la enfermedad y criterios ESSG pasados o actuales.

**Diseño y sujetos:** Se realiza un estudio descriptivo con 1382 pacientes diagnosticados de EA que cumplen los criterios de New York modificados de 1996. Los pacientes forman parte de la base de datos del estudio REGISPONER (estudio multicéntrico en el que intervienen más de 2.000 pacientes de 31 hospitales de toda España. Los pacientes son clasificados en 2 grupos: 1) Pacientes con diagnóstico de EA < 35 años 2) Pacientes con diagnóstico de EA más de 35 años. Las variables estudiadas son: edad de inicio, duración media de la enfermedad, género, variables de actividad de la enfermedad, (VSG, PCR, BASRI-t, BASDAI, BASFI), síntomas al inicio de la enfermedad (lumbalgia, cervicalgia, artritis de MMSS y MMII y sacroileítis), variables de criterios ESSG (historia familiar de SpA, psoriasis, EII, cervicitis, uretritis) y variables de manifestaciones asociadas pasadas o actuales (iritis/uveítis y dactilitis). Análisis estadístico: realizamos un descriptivo de las variables cuantitativas y de las variables cualitativas (todas ellas dicotómicas). Realizamos una tabla de contingencia y procedemos a comparar las variables que queremos estudiar en los 2 grupos creados. Para comparar las variables cuantitativas, realizamos la prueba t. Para comparar las variables cualitativas dicotómicas, realizamos la prueba  $\chi^2$  y vemos si existen diferencias significativas entre ambos grupos.

**Resultados:** Un total de 1382 pacientes de los cuales 785 son dx con menos de 35 a y 597 con más de 35 a. Encontramos diferencias significativas en: una mayor edad de inicio de la enfermedad y duración de los síntomas, mayor incidencia de lumbalgia, cervicalgia y artritis de MMSS como síntomas de inicio, mayor actividad de la enfermedad así como una mayor incidencia de historia familiar de SpA en los pacientes con diagnosticados después de los 35 años. El resto de las variables estudiadas no muestran diferencias significativas en ambos grupos.

**Conclusión:** Los pacientes que se diagnostican más tardíamente presentan más complicaciones asociadas al inicio así como una mayor

actividad de la enfermedad lo que hace muy importante el diagnóstico precoz de esta enfermedad.

#### 49. VALIDEZ Y FIABILIDAD DE LA ECOGRAFÍA EN LA ENTESIS AQUILEA

Ch. Plasencia Rodríguez, L. Lojo Oliveira, M.C. Ordóñez Cañizares, M. García Arias, C. Castillo Gallego, E. Martín-Mola y E. de Miguel Mendieta

*Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

**Introducción:** Para poder utilizar una prueba en la práctica clínica esta debe ser factible, fiable y válida. El objetivo de este estudio es comprobar estas tres condiciones en el estudio de la entesis aquilea en pacientes con espondiloartritis (EspA).

**Material y métodos:** Estudio ciego, controlado de las imágenes ecográficas de 36 casos (72 entesis aquileas), previamente obtenidas con un equipo General Electric Logiq5-pro, con sonda linear 5-12 MHz. En la entesis se estudian 3 áreas: Área inferior de la tuberosidad superior del calcáneo (área 1), región proximal de la entesis (área 2) y región distal de la entesis (área 3) (McGonable et al. Arthritis Rheum 2008;58:2694-99). El estudio de validez lo lleva a cabo un lector que previamente había leído el índice MASEI (De Miguel et al. Ann Rheum Dis 2008;68:169-174) de 12 entesis de los mismos pacientes y controles y el estudio de fiabilidad lo realizan 6 reumatólogos, dos con experiencia en ecografía de entesis y cuatro residentes en formación con conocimientos básicos de ecografía. En cada entesis se valoran las lesiones elementales descritas en el MASEI y la presencia de irregularidades corticales o erosiones en las tres áreas descritas. El estudio estadístico de fiabilidad se realiza mediante el índice de correlación intraclass y el alfa de Cronbach.

**Resultados:** Se estudian 17 pacientes con EspA (edad media 46,7 ± 14,7 años, 13 varones y 4 mujeres) y 19 controles sanos (edad media 43,5 ± 13,4 años, 10 varones y 9 mujeres). El ICC era de 0,7184 (0,60-0,82,  $p < 0,0001$ ). El alfa de Cronbach era de 0,7451 (0,53-0,93). La puntuación media alcanzada por cada uno de los lectores era significativamente menor en los controles que en los pacientes ( $p < 0,05$ ). La puntuación media de la lectura de las entesis aquileas de cada caso para el lector 1 era de 6,94 ± 4,35 en los pacientes y de 3,74 ± 2,51 en controles. La sensibilidad y especificidad obtenida por el lector 1 en las 12 entesis del índice MASEI era del 82,35% y 78,95% respectivamente, mientras que utilizando el estudio aislado de las tres áreas de la entesis aquilea era del 58,8% y la especificidad del 94,7% para un punto de corte de 7 puntos.

**Conclusiones:** La exploración aislada del tendón de Aquiles ha mostrado ser fiable. La exploración aislada de la entesis aquilea pierde sensibilidad diagnóstica pero es altamente específica reduciendo el tiempo de exploración a una cuarta parte del necesario para realizar un índice entesítico completo.

**Tabla Resumen 49**

	Lector 2	Lector 3	Lector 4	Lector 5	Lector 6
Lector 1	0,9235 (0,86-0,96)	0,4557 (0,16-0,68)	0,6885 (0,45-0,83)	0,7820 (0,61-0,88)	0,7884 (0,62-0,89)
Lector 2		0,4823 (0,15-0,71)	0,7448 (0,42-0,88)	0,8456 (0,72-0,92)	0,8694 (0,76-0,93)
Lector 3			0,5932 (0,33-0,77)	0,4632 (0,17-0,68)	0,5752 (0,25-0,77)
Lector 4				0,6844 (0,46-0,86)	0,8125 (0,53-0,92)
Lector 5					0,8380 (0,71-0,91)

## 50. DEBUT DE ARTRITIS PSORIÁSICA EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON EFALIZUMAB. A PROPÓSITO DE 3 CASOS

C. Peralta Ginés, B. Magallares López, C. Delgado Beltrán y C. Armas Ramírez de Vergés

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

**Introducción:** Presentamos tres casos de inicio de artritis psoriásica en pacientes en tratamiento con efalizumab. Efalizumab (Raptiva®) es un anticuerpo monoclonal humanizado IgG 1 dirigido contra la subunidad CD11a de LFA-1, bloqueando su adhesión a los linfocitos T (interfiriendo en su activación y migración). Está aprobado para el tratamiento de adultos con psoriasis en placas crónica moderada a grave pero se ha mostrado inefectivo para el tratamiento de la artritis psoriásica (Papp KA et al. J Cutan Med Surg. 2007;11(2):57-66). En los ensayos clínicos previos a su comercialización no se demostró un aumento de incidencia de "artropatía" respecto a placebo (Pincelli C et al. Arch Dermatol Res 2006;298:329-38). No obstante la experiencia clínica posterior nos muestra un debut de artritis psoriásica durante el tratamiento con este fármaco (Viguiet et al. Arthritis Reum 2008;58:1796-802; Bang et al. Acta Derm Venereol 2006;86(5):456-7).

**Material y métodos:** Casos (tabla 1, descripción de los casos; tabla 2, cumplimiento de los criterios de clasificación de CASPAR).

Los tres casos presentaban psoriasis vulgar (en placas), sin antecedente previo de artritis propia ni familiar y asociaron empeoramiento de su psoriasis al comienzo de la artritis. Todos cumplían los criterios diagnósticos de artritis psoriásica de Fournier y Espinoza y Vasey, así como los de CASPAR (tabla 2). En los casos 1 y 3 cabe destacar que el tratamiento con efalizumab se discontinuó en al menos 2 ocasiones por procesos intercurrentes, pero en el momento de aparición de la artritis cumplían el tratamiento correctamente. **Discusión:** se ha especulado que al impedir efalizumab la migración a piel de los linfocitos T, una parte se reconduce de las lesiones cutáneas a la sangre periférica, pudiendo depositarse así en la membrana sinovial, aunque es una teoría aún por demostrar. Por otra parte se ha descrito artritis tanto en pacientes respondedores (con mejoría clínica) como en aquellos no respondedores (Menter et al. J Am Acad Dermatol 2008;58(5):826-50). Aunque en el estudio de Pincelli no existe un aumento de manifestaciones articulares tiene el inconveniente de agruparlas todas bajo en concepto de "artropatía" sin diferenciar entre las distintas entidades posibles y sin control por un

Tabla Resumen 50

	Caso 1	Caso 2	Caso 3
Sexo/edad	M/56	M/29	M/65
Tiempo de evolución de psoriasis (años)	23	?, más de 3	18
Tiempo de exposición a efalizumab* (semanas)	61	7	80
Localización artritis	2.ª IFP bilateral manos, rodillas, tobillo dcho, dactilitis de 2.º y 3.º dedos pie dcho y 4.º dedo pie izdo. Sacroileítis radiológica (grado II bilat)	Rodillas, tobillo izdo, MTFs bilateralmente y entesitis talón bilateral.	Hombros, esternoclaviculares, rodillas y tarsos, dactilitis bilateral 2.º dedo pie. Sacroileítis II-III izda.
Tratamientos previos a efalizumab	Tratamiento tópico	Tratamiento tópico, PUVA, Etanercept	Tratamiento tópico
Tratamiento posterior	Prednisona, MTX 20 sc, AINE, Infliximab (5 mg/kg)	Ciclosporina, AINE, adalimumab	MTX 15 sc, Infliximab (5 mg/kg)

Tabla Resumen 50

	Caso 1	Caso 2	Caso 3
Enfermedad inflamatoria articular (periférica, espinal o entesítica)	+	+	+
Psoriasis actual	+	+	+
Distrofia psoriásica ungueal	+	+	+
Factor reumatoide	-	-	No determinado
Dactilitis actual	+	-	+
Rx compatible (neoformación ósea yuxtarticular)	-	-	+

\*Tiempo transcurrido entre el inicio de tratamiento con efalizumab y los primeros signos de artritis.

reumatólogo. Además ya se han descrito en la literatura nuevos casos de artritis en relación a efalizumab.

**Conclusiones:** 1. Nuestros pacientes en tratamiento con efalizumab que debutan con artritis cumplen criterios de artritis psoriásica. 2. Se desconoce la verdadera incidencia de artritis (que cumpla o no criterios de psoriásica) en pacientes con efalizumab. 3. Más estudios prospectivos serán necesarios para investigar la relación entre la exposición al fármaco y artritis psoriásica.

## 51. ¿EVALÚAN IGUAL LOS MÉDICOS DE PRIMARIA Y LOS REUMATÓLOGOS, LOS CRITERIOS DE DERIVACIÓN A UNIDADES DE ESPONDILOARTRITIS PRECOZ?

R. Almodóvar<sup>1</sup>, P. Zarco<sup>1</sup>, E. Collantes<sup>2</sup>, L. Carmona<sup>3</sup>, M. Gobbo<sup>3</sup>, R. Mazzucchelli<sup>1</sup>, F.J. Quirós<sup>1</sup> y Grupo Esperanza

<sup>1</sup>Unidad de Reumatología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid. <sup>2</sup>Hospital Reina Sofía, Córdoba. <sup>3</sup>Unidad de Investigación de la Fundación Española de Reumatología.

**Introducción:** El programa Esperanza es una vía clínica de atención precoz a pacientes con espondiloartropatías (SpA) que integra atención primaria (AP) y especializada (AE). Este programa se ha puesto en marcha en 28 hospitales del territorio nacional. Para la correcta derivación de los pacientes con sospecha de SpA se han establecido unos criterios que los Médicos de Atención Primaria (MAP) evalúan antes de remitir el paciente al Especialista en Reumatología responsable de la Unidad de Atención Precoz (UESP). Posteriormente, el UESP evalúa al paciente recogiendo todos los datos necesarios para su correcta clasificación.

**Objetivo:** Evaluar la concordancia entre los criterios de derivación de los pacientes según sean evaluados por los MAP o por los UESP.

**Material y métodos:** Diseño: estudio transversal de la visita basal de la cohorte de pacientes incluidos en el Programa Esperanza. Muestra: 243 pacientes menores de 45 años con evolución de los síntomas entre 3 y 24 meses, derivados por los MAP de abril a octubre de 2008. Los criterios para derivar a los pacientes desde AP hasta AE fueron: 1) Lumbalgia inflamatoria o 2) Artritis asimétrica o 3) Raquialgia/artroalgias, y, al menos uno de los siguientes: a) psoriasis, b) enfermedad inflamatoria intestinal (EII), c) uveítis anterior (UA), d) sacroileítis radiológica, e) antecedentes familiares de espondilitis, psoriasis, EII o UA, f) sacroileítis radiológica y g) HLAB27 positivo. Los UESP evalúan estas mismas variables, con la excepción de dos que fue necesario definir a través de otros datos recogidos por los UESP. Estas variables fueron: a) Historia familiar que se calculó por la presencia de antecedentes familiares de alguno de los siguientes: espondilitis, HLA-B27, psoriasis, iritis/uveítis anterior, artritis reactiva y EII; y b) sacroileítis radiológica: grado 2 o superior si es bilateral y grado 3 o superior si es unilateral. **Análisis:** Se evaluó la concordancia entre los criterios de derivación señalados por el MAP y las variables equivalentes evaluadas por los UESP mediante el índice kappa con un intervalo de confianza del 95% (IC95%).

**Resultados:** Se observó un grado de acuerdo muy bueno en uveítis anterior ( $r = 0,931$ ), y enfermedad inflamatoria intestinal ( $r = 0,885$ ).

Bueno para la psoriasis ( $r = 0,699$ ). La concordancia fue moderada para el antígeno HLA-B27 positivo ( $r = 0,553$ ), la historia familiar ( $r = 0,443$ ) y la artritis asimétrica ( $r = 0,419$ ). En el resto de criterios el acuerdo fue pobre o muy pobre, con valores kappa inferiores a 0,40.

**Conclusión:** Existe un alto grado de concordancia entre los MAP y los UESP en la evaluación de uveítis anterior, psoriasis y la EII. Sin embargo, llama la atención la escasa concordancia en el diagnóstico de lumbalgia inflamatoria y sacroileítis radiológica, lo que implica la necesidad de un mayor entrenamiento y formación a los MAP en estos aspectos.

## 52. ESPONDILITIS ANQUILOSANTE GRAVE (EAG). FRECUENCIA Y DATOS ASOCIADOS AL INICIO

En nombre del grupo RESPONDIA: J. Vázquez-Mellado<sup>1</sup>, P. Font<sup>2</sup>, P. Sampaio-Barros<sup>3</sup>, A. Berman<sup>4</sup>, M. Gutiérrez<sup>5</sup>, I. Stekman<sup>6</sup>, J. Chavez<sup>7</sup>, D. Palleiro<sup>8</sup>, A. Barcelós<sup>9</sup>, R. Sáñez<sup>10</sup>, M. Moreno<sup>11</sup>, C.R. Goncalves<sup>3</sup>, G. Citera<sup>4</sup>, J.A. Braga<sup>3</sup>, J. Casasola<sup>1</sup>, J. Saavedra<sup>5</sup>, A.C. Ximenes<sup>3</sup>, R. Burgos-Vargas<sup>1</sup> y E. Collantes-Estévez<sup>2</sup>

RESPONDIA: <sup>1</sup>México, <sup>2</sup>España, <sup>3</sup>Brasil, <sup>4</sup>Argentina, <sup>5</sup>Chile, <sup>6</sup>Venezuela, <sup>7</sup>Perú, <sup>8</sup>Uruguay, <sup>9</sup>Portugal, <sup>10</sup>Costa Rica, <sup>11</sup>Ecuador.

**Introducción:** RESPONDIA es un grupo de aprox. 100 reumatólogos de 10 países que han reunido datos demográficos y clínicos de pacientes con espondiloartritis (SpA) desde 2006. La espondilitis anquilosante (EA) es la SpA más frecuente en IBA y se asocia a incapacidad funcional y actividad de la enfermedad.

**Objetivo:** Determinar la frecuencia de EA grave en IBA y analizar en estos pacientes los datos asociados al inicio y durante el seguimiento.

**Métodos:** Es un estudio transversal, observacional, de 1.383 pacientes consecutivos con EA de acuerdo a los criterios de Nueva York) los datos demográficos, clínicos, radiográficos y terapéuticos fueron colectados por los miembros de RESPONDIA que habían recibido entrenamiento previos para ello. Los datos se transmitieron y almacenaron on-line electrónicamente en la página de REGISPONSER. Se definió como EA grave (EAG) a la presencia de al menos 2 de los siguientes parámetros: Grados radiológicos III o IV (criterios de Nueva York y BASRI) de 1) Sacroilíacas 2) Columna lumbar y/o 3) Caderas y 4) BASFI > 4. El análisis estadístico incluyó: t de Student, chi cuadrada y regresión logística.

**Resultados:** El 72% eran del sexo masculino, 70% HLA B27+, los promedios (DE) de edad, edad de inicio y duración de la enfermedad fueron 46,6 (12,8), 39,3 (12) y 15,1 (10,3) años respectivamente. 537 pacientes (52%) fueron clasificados como EAG, un tercio de ellos tenían < 10 años de duración de la enfermedad. Como se esperaba, los pacientes con EAG tenían significativamente mayor afectación axial al compararlos con EANOg (distancia occipucio-pared, Schober modificado y rotación cervical), mayor trastorno funcional (ASQuOL y BASFI), mayor actividad (VSG, PCR y BASDAI) (0,000). En la comparación de EAG vs EANOg se encontró significativamente ( $p = 0,000$ ): discapacidad total para trabajar 22% VS 3%, género masculino 78% VS 66%, HLA B27+ 78 VS 66%, y duración de la enfermedad < 10 años: 63 VS 54%. Los datos clínicos durante el primer año de la enfermedad asociados a EAG se muestran en la tabla.

Tabla Resumen 52

	EA NoG (%)	EAG (%)	p
Lumbalgia	69	80	0,000
Coxalgia	15	27	
Artritis de Miembros inferiores*	39	19	0,000
Cervicalgia	30	42	0,000
Artritis de Miembros superiores*	24	13	0,000
Entesitis*	36	27	0,002
Dactilitis	13	5	0,000
Psoriasis	15	6	0,000

**Conclusiones:** Más del 50% de los pacientes de IBA con EA tienen EAG de acuerdo a nuestra definición. EAG se asocia a género masculino, HLAB27 y en el primer año de la enfermedad ya son manifiestos los datos que reflejan mayor compromiso axial y menor compromiso periférico.

## 53. ¿ES DIFERENTE EL ESTADO DE LOS PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS PRECOZ SEGÚN SU FORMA DE AFECTACIÓN INICIAL (ENTESÍTICA, AXIAL, PERIFÉRICA O MIXTA)?

R. Almodóvar<sup>1</sup>, P. Zarco<sup>1</sup>, E. Collantes<sup>2</sup>, L. Carmona<sup>3</sup>, M. Gobbo<sup>3</sup>, M.J. García Yébenes<sup>3</sup>, R. Mazzucchelli<sup>1</sup>, F.J. Quirós<sup>1</sup> y Grupo Esperanza

<sup>1</sup>Unidad de Reumatología, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid. <sup>2</sup>Hospital Reina Sofía, Córdoba. <sup>3</sup>Unidad de Investigación de la Fundación Española de Reumatología.

**Introducción:** El programa Esperanza ha puesto en marcha en el territorio nacional 28 unidades especializadas para el diagnóstico y seguimiento de las espondiloartropatías de reciente comienzo (UESP). En la visita basal se recogen datos sobre criterios de clasificación, exploración física, pruebas complementarias, actividad de la enfermedad, capacidad funcional, calidad de vida y radiología.

**Objetivo:** Estudiar las diferencias existentes en las variables recogidas en el Programa Esperanza según la forma de afectación (entesítica, axial, periférica y mixta).

**Material y métodos:** Diseño: estudio transversal de la visita basal de la cohorte de pacientes incluidos en el Programa Esperanza. Muestra: 347 pacientes menores de 45 años atendidos en las UESP, con un tiempo de evolución entre 3 y 24 meses. Criterios de inclusión: 1) Lumbalgia inflamatoria o 2) Artritis asimétrica o 3) Raquialgia/artralgias, y, al menos uno de los siguientes: a) psoriasis, b) enfermedad inflamatoria intestinal (EII), c) uveítis anterior (UA), d) sacroileítis radiológica, e) antecedentes familiares de espondilitis, psoriasis, EII, UA, o sacroileítis radiológica y f) HLAB27 +. Datos recogidos: socio-demográficos; medidas antropométricas; presencia de dolor o limitación en hombros, caderas, sacroilíacas o columna lumbar; número de entesis dolorosas y articulaciones inflamadas; datos de laboratorio (VSG, PCR, FR y HLA-B27); actividad de la enfermedad (BASDAI, EVA dolor lumbar nocturno, y EVA global paciente); índice funcional de Bath (BASFI); índice de Bath de evaluación radiográfica (BASRI total y columna); calidad de vida (AsQoL). Las SpA se clasificaron según la forma de afectación en: 1) Entesítica: más de una entesis dolorosa, 2) Periférica: cualquier número de articulaciones dolorosas excepto temporo-mandibular, C1-C2, esternoclavicular acromioclavicular, L4-L5 y coxofemoral, 3) Axial: sólo lumbalgia inflamatoria y 4) Mixta: cualquier combinación de las anteriores. Análisis: se usó el test Chi cuadrado para la comparación de proporciones, y método de Kruskal-Wallis para el contraste de variables continuas, tras comprobar que estas variables no tenían distribución normal.

**Resultados:** La edad media es de  $33 \pm 7$  años y el tiempo medio de evolución de  $11,3 \pm 6,5$  meses. La forma de afectación más habitual es la periférica (33,3%), seguida de la entesítica (29,7%) y la mixta (22,5%), siendo la axial la menos común (14,4%). Las formas entesítica y mixta presentan una media significativamente más baja ( $p < 0,05$ ) en el test de Schöber y en la distancia intermaleolar y valores más elevados ( $p < 0,005$ ) en la distancia dedos-suelo. El dolor y la limitación son también más elevados ( $p < 0,005$ ) en estas formas, sobre todo en zona sacroiliaca y lumbar, donde más del 40% de los pacientes presenta dolor y/o limitación. El BASDAI y BASFI están más elevados en formas entesíticas y mixtas ( $p < 0,005$ ) y los valores del AsQoL son más bajos ( $p < 0,05$ ). Los valores de laboratorio (VSG y PCR) son significativamente más altos en las formas periféricas ( $p < 0,05$ ). No se encontraron diferencias significativas en el resto de los parámetros estudiados.

Tabla Resumen 54

	Visita basal			3 meses			6 meses			t de Student
	Mediana	Mínimo	Máximo	Mediana	Mínimo	Máximo	Mediana	Mínimo	Máximo	p
PASI	2,5	0,0	21,9	1,8	0,0	19,4	0,9	0,0	21,6	< 0,0002
EVA dolor	7	1,0	9,0	4	0,0	8,0	3	0,0	9,0	< 0,0001
VSG	20,5	4,0	56,0	15,0	1,0	64,0	14,0	1,0	64,0	0,0486
PCR	7,0	0,5	88,9	4,4	0,4	31,0	4,0	0,3	141,0	0,5339

**Conclusión:** Las formas entesítica y mixta de los pacientes con espondiloartropatía precoz presentan mayor actividad de la enfermedad, incapacidad funcional y una peor calidad de vida, a diferencia de las formas de inicio axial y periférica.

#### 54. ESTUDIO PROSPECTIVO, MULTICÉNTRICO DE VALORACIÓN POR ULTRASONOGRAFÍA DE ALTA FRECUENCIA DE LA RESPUESTA EN LA ARTRITIS EN PACIENTES CON ARTROPATÍA PSORIÁSICA TRATADOS CON LEFLUNOMIDA

J.J. De Agustín<sup>1</sup>, C. Moragues<sup>2</sup>, I. Möller<sup>3</sup>, E. Casado<sup>4</sup>, H. Corominas<sup>5</sup>, R. Toneu<sup>6</sup>, R. Morla<sup>7</sup>, L. Mateo<sup>8</sup>, T. Clavaguera<sup>9</sup>, A. Ponce<sup>10</sup> y F. Moreno<sup>11</sup>

<sup>1</sup>Hospital Vall d'Hebron. <sup>2</sup>Hospital de Bellvitge. <sup>3</sup>Clínica Platón.

<sup>4</sup>Hospital Parc Taulí. <sup>5</sup>Hospital de la Cruz Roja. <sup>6</sup>Hospital de Manresa.

<sup>7</sup>Hospital del Vendrell. <sup>8</sup>Hospital Germans Trias I Pujol. <sup>9</sup>Hospital de

Palamós. <sup>10</sup>Hospital de Granollers. <sup>11</sup>Hospital de San Rafael.

**Introducción:** En la artropatía psoriásica (APs) es necesario utilizar tratamientos FAME como la leflunomida. Con la ecografía de alta frecuencia es posible estudiar la afectación articular de la psoriasis y los cambios que aparecen con los diferentes tratamientos FAME. Se estudió durante 6 meses con ecografía de alta frecuencia y power Doppler la evolución de la artritis en pacientes con APs tratados con leflunomida (LFN) para evaluar la eficacia de este fármaco.

**Material y métodos:** Se reclutaron pacientes con APs con afectación cutánea y articular activa que iniciaron tratamiento con LFN. Previamente (V1) a los tres meses (V2) y 6 meses después (V3) se realizaron controles clínicos (EAV de dolor, VSG, PCR y PASI) y ecográfico (derrame articular d, hipertrofia sinovial [HS], erosiones e y señal Doppler [SDa], valoradas mediante escalas ordinales de 4 categorías para las articulaciones). Se exploró ecográficamente la articulación más activa clínicamente. El ecografista fue ciego para los datos clínicos y las exploraciones ecográficas previas. Se realizó análisis intra e inter observador. Se compararon el grado de D, HS, E, SDa la visita basal (V1) con el 3er mes de seguimiento (V2) y la visita basal con el 6.º mes de seguimiento (V3). El análisis estadístico se realizó mediante el paquete estadístico SAS versión 9.1.

**Resultados:** Se reclutaron 51 pacientes en 11 centros hospitalarios, de los cuales se incluyeron 48 en el análisis estadístico (3 pacientes tuvieron pérdidas de seguimiento a partir de V1). La edad media a la inclusión fue 53,5 años. La distribución por sexos fue 30 hombres y 21 mujeres. La media de la edad en el momento del diagnóstico fue 47,9 meses (13-75). El tiempo medio de evolución fue 66,2 meses (0-636). En total se estudiaron 88 articulaciones en la V1, 87 en la V2 y 74 en la V3. Los cambios en el PASI, VSG, PCR y EVA del dolor se muestran en la tabla 1. Se observó D en el 87,5%, HS en el 80,7%, E en el 59,8% y SD en el 61,4% de las articulaciones al inicio del estudio. Al final del periodo de seguimiento no presentaban D ni HS el 56,8%, y SD el 77,0%. Se observó una reducción significativa de los valores medios para las variables ecográficas D, HS y SD en cada una de las visitas de seguimiento. La evolución de las variables ecográficas (D, HS, E, SD) se presentan en la tabla 2. Se observó un valor del kappa de concordancia intraobservador global de 0,717 (0,662-0,764), y de concordancia interobservador global de 0,420 (0,328-0,528).

Tabla Resumen 54

	n	Media	DT	Mediana	Mínimo	Máximo	p
Derrame							
Visita 1 (basal)	88	2,3	0,7	2,0	1,0	4,0	-
Visita 2 (mes 3)	87	1,7	0,7	2,0	1,0	4,0	< 0,0001
Visita 3 (mes 6)	74	1,5	0,6	1,0	1,0	3,0	< 0,0001
Sinovitis							
Visita 1 (basal)	88	2,4	0,9	2,0	1,0	4,0	-
Visita 2 (mes 3)	87	1,7	0,7	2,0	1,0	3,0	< 0,0001
Visita 3 (mes 6)	74	1,5	0,6	1,0	1,0	3,0	< 0,0001
Alteraciones en la cortical ósea							
Visita 1 (basal)	88	1,9	0,9	2,0	1,0	4,0	-
Visita 2 (mes 3)	87	1,9	0,8	2,0	1,0	4,0	0,2759
Visita 3 (mes 6)	74	1,9	0,9	2,0	1,0	4,0	0,4018
Señal Doppler							
Visita 1 (basal)	88	2,0	1,0	2,0	1,0	4,0	-
Visita 2 (mes 3)	87	1,5	0,7	1,0	1,0	4,0	< 0,0001
Visita 3 (mes 6)	74	1,3	0,6	1,0	1,0	3,0	< 0,0001

**Conclusiones:** Los resultados demuestran ecográficamente una mejoría de la artritis en los pacientes tratados con leflunomida, y clínicamente una reducción del PASI, EVA y de la VSG durante los 6 meses del estudio. Estos datos aportan más evidencia acerca de la eficacia de la leflunomida en el tratamiento de la artropatía psoriásica.

#### 55. INFLUENCIA DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO (NSE) EN LA VARIABILIDAD CLÍNICA DE LAS ESPONDILOARTRITIS (SPA)

En nombre del grupo RESPONDIA: J. Vázquez-Mellado<sup>1</sup>, P. Font<sup>2</sup>, A. Berman<sup>3</sup>, M. Gutiérrez<sup>4</sup>, D. Palleiro<sup>5</sup>, J. Chávez<sup>6</sup>, R. Saénz<sup>7</sup>, I. Stekman<sup>8</sup>, A. Barcelós<sup>9</sup>, M. Moreno<sup>1</sup>, R. Wong<sup>3</sup>, G. Huerta<sup>1</sup>, J. Saavedra<sup>4</sup>, J. Maldonado-Cocco<sup>3</sup>, D. Flores<sup>1</sup>, C. Pérez<sup>1</sup>, R. Burgos-Vargas<sup>1</sup> y E. Collantes-Estevez<sup>2</sup>

RESPONDIA: <sup>1</sup>México, <sup>2</sup>España, <sup>3</sup>Argentina, <sup>4</sup>Chile, <sup>5</sup>Uruguay, <sup>6</sup>Perú, <sup>7</sup>Costa Rica, <sup>8</sup>Venezuela, <sup>9</sup>Portugal, <sup>10</sup>Ecuador.

**Introducción:** La variabilidad de las SpA está influenciada por aspectos genéticos, ambientales, raciales y geográficos. En Iberoamérica (IBA) hay grandes diferencias en NSE que influyen en el acceso a la atención y tal vez en la expresión de ciertas enfermedades. RESPONDIA es un grupo de aprox. 100 reumatólogos de 10 países IBA interesados en el estudio de las SpA.

**Objetivo:** Determinar el efecto del NSE en la expresión clínica de las SpA en IBA.

**Pacientes y métodos:** Estudio observacional, transversal, multicéntrico, multinacional, prospectivo. Pacientes con diagnóstico de SpA (Criterios de ESSG o de Amor), evaluados por reumatólogos participantes (previos talleres de estandarización) para variables clínicas, cuestionarios (SF12, EuroQoL), índices de SpA y métodos para recopilar datos en papel y transmitirlos a la página web del Registro Español de SpA (Regisponser). NSE por escala de Graffar (nivel educativo, condiciones de vivienda, tipo de trabajo y fuente de ingresos); se hicieron dos grupos: NSE alto (NSA, Graffar: Alto, medio alto y medio) y bajo (NSB, Graffar: Medio-bajo y bajo). Análisis estadístico: t Student, chi cuadrada y regresión logística.

**Resultados:** 1902 pacientes, 60% hombres, edad al inicio, edad actual y duración de la enfermedad, promedio (DE) 35 (16), 45 (15), y 12

Tabla Resumen 55

	NSB (%)	NSA (%)	p	Regresión logística
Edad al inicio < 18 años	18	13	0,006	0,018
Artritis periférica	42	35	0,004	
Entesitis	46	34	0,000	
Tarsitis	19	12	0,002	0,000
? rotación cervical	60	47	0,000	0,006
Discapacidad permanente	16	6	0,000	
Ejercicio regular	25	39	0,000	
EVA > 5	64	51	0,000	
AsQoL > 7	63	42	0,000	0,002
BASFI > 4	56	42	0,000	
Diagnóstico EA	69	76	0,008	0,010
SpA indiferenciada (U-SpA)	31	24	0,008	0,010
Tratamiento anti-TNF	7	14	0,002	

(10) años respectivamente. 52% eran HLA-B27. Las diferencias significativas entre NSA (n = 519, 45%) y NSB (n = 383, 41,3%) se muestran en la tabla. En la regresión logística permanecieron significativas: < edad de inicio, tarsitis, ? rotación cervical, ?AsQoL y el diagnóstico de EA o SpA indiferenciada.

**Conclusiones:** El patrón de las SPA en IBA está influenciado por el NSE, los pacientes de NSEB son + jóvenes al inicio, tienen + tarsitis, ? rotación cervical, ? AsQoL, > frecuencia de U-SpA y con < frecuencia reciben anti-TNF.

## 56. LESIONES DEL BÍCEPS BRAQUIAL Y SU CORREDERA: COMPARACIÓN ENTRE EL EXAMEN FÍSICO Y LA RESONANCIA MAGNÉTICA

L. Silva<sup>1</sup>, J.L. Andreu<sup>1</sup>, M. Fernández-Castro<sup>1</sup>, P. Muñoz<sup>1</sup>, M. Pastrana<sup>2</sup>, C. Barbadillo<sup>1</sup>, J. Sanz<sup>1</sup>, J. Mulero<sup>1</sup>, J. Campos<sup>1</sup>, A. Prada<sup>1</sup> y T. Otón<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. <sup>2</sup>Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid.

**Objetivo:** La exploración física protocolizada del hombro doloroso incluye maniobras específicamente dirigidas a valorar el tendón del bíceps braquial y su corredera. La resonancia magnética (RM) proporciona una visión anatómica adecuada de las estructuras del hombro y, actualmente, está considerada la técnica más precisa para la valoración de las partes blandas en la patología del hombro. Nuestro objetivo es comparar la exploración física del bíceps braquial y su corredera con los hallazgos en la RM en pacientes con hombro doloroso.

**Material y métodos:** Se seleccionaron pacientes de manera consecutiva con un episodio de hombro doloroso. Tras firmar un consentimiento informado se les realizó una exploración protocolizada del hombro de manera independiente por dos reumatólogos. En un plazo = 3 días se les realizó una RM del hombro (Siemens Avanto 1,5 TESLA bobina multicanal de hombro). Se calculó la sensibilidad, especificidad, valores predictivos (VP) y precisión de cada una de las maniobras de la exploración física para el diagnóstico de las diferentes afectaciones del tendón del bíceps braquial y su corredera.

**Resultados:** Se incluyó un total de 29 pacientes con una edad media de 55 ± 14 años y una mediana de duración de los síntomas de 83 días (intervalo: 9-738). Para la tendinosis bicipital, la maniobra de Yegarson alcanzó una sensibilidad del 50% y una precisión del 79%; y la maniobra del Palm-up una sensibilidad del 100% y una precisión del 38%. Con respecto al derrame en la vaina del bíceps, la maniobra de Yegarson tan sólo logró una sensibilidad del 14% con una precisión del 45%. La maniobra del Palm-up logró detectar el 64% de los casos de derrame en la vaina alcanzando una precisión del 45. Ni la exploración física ni la RM detectaron ninguna rotura o luxación del tendón bicipital.

**Conclusiones:** La maniobra del palm-up en la exploración física del hombro ha demostrado tener una excelente sensibilidad para la de-

tección de la tendinosis bicipital y además es capaz de detectar un alto porcentaje de casos con derrame en la vaina del bíceps. La maniobra de Yegarson es una maniobra precisa para el diagnóstico de la tendinosis bicipital. Los datos obtenidos en este estudio no permiten extraer conclusiones sobre la rotura y luxación del tendón del bíceps.

## 57. ECOGRAFÍA TRIDIMENSIONAL VOLUMÉTRICA. ¿MEJORA LA FIABILIDAD INTEROBSERVADOR DE LA ECOGRAFÍA MUSCULOESQUELÉTICA?

E. Naredo<sup>1</sup>, I. Möller<sup>2</sup>, C. Acebes<sup>3</sup>, E. Batlle-Gualda<sup>4</sup>, E. Brito<sup>5</sup>, J.J. de Agustín<sup>6</sup>, E. de Miguel<sup>7</sup>, A. Martínez<sup>4</sup>, L. Mayordomo<sup>8</sup>, C. Moragues<sup>9</sup>, A. Rodríguez<sup>5</sup>, E. Rejón<sup>8</sup>, J. Usón<sup>10</sup> y J. Garrido<sup>11</sup>

<sup>1</sup>Reumatología, Hospital Severo Ochoa, Madrid. <sup>2</sup>Reumatología, Instituto Poal, Barcelona. <sup>3</sup>Reumatología, Fundación Jiménez Díaz, Madrid. <sup>4</sup>Reumatología, Hospital General de Alicante, Alicante. <sup>5</sup>Reumatología, Hospital Ramón y Cajal, Madrid. <sup>6</sup>Reumatología, Hospital Vall d'Hebron, Barcelona. <sup>7</sup>Reumatología, Hospital La Paz, Madrid. <sup>8</sup>Reumatología, Hospital de Valme, Sevilla. <sup>9</sup>Reumatología, Hospital de Bellvitge, Barcelona. <sup>10</sup>Reumatología, Hospital de Móstoles, Madrid. <sup>11</sup>Metodología, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.

**Introducción:** En los últimos años, están disponibles sondas volumétricas (SV) tridimensionales (3D) en algunos equipos de ultrasonografía (US). La ventaja principal descrita de la US musculoesquelética (ME) 3D volumétrica sobre la USME bidimensional (2D) convencional es la ausencia de influencia de la experiencia del explorador sobre la adquisición de las imágenes.

**Objetivo:** Comparar la fiabilidad interobservador de la US 3D volumétrica y la US 2D en tiempo real en la detección de cambios inflamatorios y destructivos en la muñeca y mano reumatoide.

**Métodos:** Previamente al estudio de fiabilidad, un reumatólogo seleccionó 2 pacientes con artritis reumatoide (AR) y realizó, independientemente, una adquisición volumétrica en escala de grises y con power Doppler (PD) en tres regiones anatómicas de su muñeca/mano más sintomática, usando 2 máquinas idénticas equipadas con SV. Las regiones anatómicas fueron el aspecto dorsal de la articulación radiocarpiana, el aspecto dorsal de la segunda metacarpofalángica y el tendón extensor cubital del carpo a nivel de la estiloides cubital. Doce reumatólogos expertos en USME fueron aleatorizados en 2 grupos de 6 miembros. A cada grupo se asignó un paciente y una máquina. En la primera parte del estudio, cada grupo de expertos llevó a cabo una exploración ciega, independiente y consecutiva, en tiempo real, en escala de grises y con PD de las tres regiones anatómicas. Los expertos investigaron la presencia de cambios inflamatorios (sinovitis y tenosinovitis en escala de grises, señal de PD sinovial y tenosinovial) y/o erosiones óseas. La señal de PD se graduó de 0 a 3. Tras finalizar la exploración en 2D, cada investigador realizó una adquisición volumétrica en escala de grises y PD en las tres regiones anatómicas. En la segunda parte del estudio, los investigadores de cada grupo evaluaron, de forma ciega, los cambios patológicos en los 6 volúmenes del paciente no explorado por ellos adquiridos y grabados previamente al estudio interobservador. En la última parte del estudio, cada grupo evaluó independiente y anónimamente la calidad diagnóstica, mediante una escala Likert 1-5, de los 6 volúmenes adquiridos por los miembros del otro grupo (36 volúmenes). La fiabilidad interobservador se determinó mediante el test de kappa.

**Resultados:** Los valores de kappa fueron más altos en la US 3D volumétrica que en la US 2D en la detección de sinovitis/tenosinovitis (0,41 vs 0,37) y señal de PD (0,82 vs 0,45) y en la cuantificación de señal de PD (0,81 vs 0,55). La puntuación media (± DE; rango) de la calidad diagnóstica de los volúmenes adquiridos por los 12 investigadores fue 3,85 (± 0,55; 2,50-4,70).

**Conclusión:** La US 3D volumétrica puede mejorar la fiabilidad interobservador en estudios multicéntricos en AR.

Tabla Resumen 57

	US 2D	US 3D V
Hallazgos patológicos	Kappa (p)	Kappa (p)
Sinovitis/tenosinovitis	0,372 (0,001)	0,410 (<0,0005)
Señal PD	0,452 (<0,0005)	0,819 (<0,0005)
Grado señal PD	0,550 (<0,0005)	0,813 (<0,0005)
Erosiones óseas	0,450 (<0,0005)	0,474 (<0,0005)

## 58. REPRODUCIBILIDAD Y SENSIBILIDAD AL CAMBIO DE LA EVALUACIÓN ULTRASONOGRÁFICA DE ENTESITIS EN ESPONDILOARTROPATÍAS

E. Naredo<sup>1</sup>, M.L. García-Vivar<sup>2</sup>, Á.M. García-Aparicio<sup>3</sup>, J.L. Fernández-Sueiro<sup>4</sup>, M. Fernández-Prada<sup>5</sup>, E. Giner<sup>6</sup>, M. Rodríguez-Gómez<sup>7</sup>, M.F. Pina<sup>8</sup>, J.A. Medina-Luezas<sup>9</sup>, F.J. Toyos<sup>10</sup>, C. Campos<sup>11</sup>, R. Gutiérrez-Polo<sup>12</sup>, M.Á. Ferrer<sup>13</sup>, O. Martínez<sup>14</sup>, C. Díaz-Torné<sup>15</sup>, T. González<sup>16</sup>, S. Campos<sup>17</sup>, R. Queiro<sup>18</sup>, M. Castaño-Sánchez<sup>19</sup>, J.J. Aznar<sup>20</sup>, S. Bustabad<sup>21</sup>, M. Páez-Camino<sup>22</sup>, R. Tuneu<sup>23</sup>, T. Ruiz<sup>24</sup>, E. Batlle-Gualda<sup>25</sup>, L. Mateo<sup>26</sup>, M. Pujol<sup>27</sup>, A. Ponce<sup>28</sup>, I. Ros<sup>29</sup>, Á. Gallegos<sup>30</sup>, J. Moreno<sup>31</sup>, D. Gumbau<sup>32</sup>, M. Sianes<sup>33</sup>, M.J. Poveda Elices<sup>34</sup>, M. Romero-Gómez<sup>35</sup> y E. Raya<sup>36</sup>

<sup>1</sup>Reumatología, Hospital Severo Ochoa, Madrid. <sup>2</sup>Reumatología, Hospital de Basurto, Bilbao. <sup>3</sup>Reumatología, Hospital Virgen de la Salud, Toledo. <sup>4</sup>Reumatología, Hospital Juan Canalejo, La Coruña. <sup>5</sup>Reumatología, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara. <sup>6</sup>Reumatología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. <sup>7</sup>Reumatología, Complejo Hospitalario Ourense, Ourense. <sup>8</sup>Reumatología, Hospital Rafael Méndez, Lorca, Murcia. <sup>9</sup>Reumatología, Complejo Hospitalario de Palencia, Palencia. <sup>10</sup>Reumatología Hospital Virgen Macarena, Sevilla. <sup>11</sup>Reumatología, Hospital General Universitario de Valencia, Valencia. <sup>12</sup>Reumatología, Clínica San Miguel, Pamplona. <sup>13</sup>Reumatología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada. <sup>14</sup>Reumatología, Hospital Virgen de la Concha, Zamora. <sup>15</sup>Reumatología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. <sup>16</sup>Reumatología, Instituto Provincial de Rehabilitación, Madrid. <sup>17</sup>Reumatología, Hospital Virgen del Rocío, Sevilla. <sup>18</sup>Reumatología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. <sup>19</sup>Reumatología, Hospital Virgen de la Arrixaca, Murcia. <sup>20</sup>Reumatología, Hospital de Mérida, Mérida. <sup>21</sup>Reumatología, Hospital Universitario de Tenerife, Tenerife. <sup>22</sup>Reumatología, Hospital de Jerez, Jerez. <sup>23</sup>Reumatología, Hospital Althaia Xarxa Assistencial de Manresa, Barcelona. <sup>24</sup>Reumatología, Hospital Sierrallana, Santander. <sup>25</sup>Reumatología, Hospital General de Alicante, Alicante. <sup>26</sup>Reumatología, Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona. <sup>27</sup>Reumatología, Hospital Mútua de Terrassa, Barcelona. <sup>28</sup>Reumatología, Hospital General de Granollers, Barcelona. <sup>29</sup>Reumatología, Hospital. Son Llatzer, Palma de Mallorca. <sup>30</sup>Reumatología, Hospital Universitario de Getafe, Madrid. <sup>31</sup>Reumatología, Hospital Santa María del Rosell, Cartagena. <sup>32</sup>Reumatología, Hospital de la Plana, Villarreal. <sup>33</sup>Reumatología, Hospital General de Albacete, Albacete. <sup>34</sup>Reumatología, MD. <sup>35</sup>Reumatología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. <sup>36</sup>Reumatología, Hospital Clínico San Cecilio, Granada.

**Objetivo:** Investigar la fiabilidad y sensibilidad al cambio de la ultrasonografía (US) con power Doppler (PD) en la evaluación de entesitis en espondiloartropatías (SpA).

**Métodos:** Se incluyeron prospectivamente 197 pacientes con SpA activa que iniciaban terapia anti-factor de necrosis tumoral en 35 centros españoles. Se llevó a cabo una exploración US con PD de 14 entesitis periféricas por el mismo investigador en cada centro, basal y a los 6 meses. Se evaluaron las siguientes lesiones elementales (LE) en cada entesitis (presencia/ausencia): entesopatía en escala de grises (EG) de acuerdo a la definición OMERACT ("abnormally hypoechoic and/or thickened tendon or ligament at its bony attachment") (1), depósitos cálcicos en la entesitis, alteraciones corticales (erosión y/o proliferación ósea), bursitis adyacente y señal de PD intraentesis y

Tabla Resumen 58

Scores de LE	Disminución media (p)	SRM	CCI intraobservador (IC 95%)
Entesopatía en EG	0,85 (< 0,0005)	0,44	0,94 (0,93-0,95)
Señal de PD intraentesis	0,68 (< 0,0005)	0,40	0,98 (0,97-0,98)
Señal de PD perientesis	0,76 (< 0,0005)	0,44	0,98 (0,97-0,98)
Depósitos cálcicos	0,18 (0,036)	0,15	0,95 (0,94-0,96)
Alteraciones corticales	- 0,25 (0,036)	- 0,15	0,97 (0,96-0,97)
Bursitis	- 0,12 (0,142)	- 0,10	0,95 (0,93-0,96)

perientesis (tendinosa y/o bursal). Se calculó un score global para cada una de las LE US (la suma de entesitis con cada LE US). La fiabilidad intraobservador de la US se evaluó mediante la interpretación ciega de las imágenes basales guardadas, 3 meses después de la exploración en tiempo real. La sensibilidad al cambio se determinó mediante la "Standardized Response Mean" (SRM).

**Resultados:** En el 91,4% de los pacientes se detectaron hallazgos US en escala de grises o con PD en una media ( $\pm$  DE) de 5,7 ( $\pm$  3,8) entesitis. La tabla muestra el cambio medio en los scores de LE y el coeficiente de correlación intraclase (CCI) intraobservador y la SRM de cada score de LE. La fiabilidad intraobservador fue muy alta para todos los scores US. La entesopatía en EG y la señal de PD intra y perientesis mostraron moderada sensibilidad al cambio.

**Conclusión:** La US con PD es un método reproducible en la evaluación de LE en entesitis en SpA. La entesopatía en EG y la señal de PD parecen ser hallazgos US sensibles al cambio en SpA.

## 59. PATRONES ECOGRÁFICOS DEL LÍQUIDO SINOVIAL: ¿PUEDEN PREDECIR EL RESULTADO MICROSCÓPICO DEL RECuento CELULAR?

A. Ponce, X. Suris, D. Cerdà, V. Ortiz y N. Busquets

Unidad de Reumatología. Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Granollers. Barcelona.

**Introducción:** Se han definido 6 posibles patrones ecográficos diferentes para el líquido sinovial (LS): anecoico, nuboso, mixto, corpuscular, punteado y granular (Reumatismo 2002;54 (3): 261-265)

**Objetivo:** Evaluar por ultrasonografía (US) el LS en diferentes patologías que cursan con derrame articular, definiendo el patrón ecográfico del líquido, y su relación con el diagnóstico clínico y el estudio microscópico del LS.

**Material y métodos:** Se incluyeron de forma prospectiva 101 LS de articulaciones en las que se sospechó clínicamente, en visita rutinaria, la presencia de derrame articular. Se practicó, por un único investigador una US (Logiq 5, General Electric Medical Systems). Se practicó una punción-aspiración ecodirigida del LS. Otro investigador, que desconocía los hallazgos de la US, realizó el estudio del LS. Se recogieron las siguientes variables clínicas, ecográficas, y macro-microscópicas del LS: tiempo de evolución del derrame, localización y diagnóstico de base; grado de distensión US de la cápsula articular (en mm), volumen de líquido y patrón ultrasonográfico del líquido; volumen de LS extraído, aspecto, viscosidad, recuento de leucocitos y hemáties, presencia de cristales: tipo, localización intra o extracelular, cantidad y presencia de agregados cristalinos.

**Resultados:** Las articulaciones estudiadas fueron 85 rodillas, 2 hombros, 3 codos, 3 tobillos, 2 metacarpofalángicas y 6 quistes de Baker. Los diagnósticos clínicos de los pacientes fueron 20 artrosis (OA), 47 artropatías inflamatorias (16 AR, 14 SpA, 13 artritis no filiadas, 4 conectivopatías), 16 condrocalcinosis (CC), 13 gota, 3 bursitis y 1 osteonecrosis (ON) 1 hemartrosis. Los patrones ecográficos hallados fueron: 17 anecoico, 44 nuboso, 9 mixto, 28 punteado, 2 corpuscular, 1 granular. Los diagnósticos clínicos, agrupados en patología mecánica, inflamatoria o cristalina, y según los diferentes patrones encontrados, se muestran en la tabla. Analizando el recuento celular (leu-

Tabla Resumen 59

	Anecoico	Nuboso	Mixto	Punteado	Corpuscular	Granular
Mecánica	10	2	1	11*	0	1
Inflamatoria	4	37	6	0	0	0
Cristalina (CC/gota)	3 (2/1)	5 (1/4)	2 (2/0)	17 (11/6)	2 (0/2)	0
Total	17	44	9	28	2	1

\*10 OA, en 4 cristales de CC.

cocitos/mm<sup>3</sup>) la mediana y cuartiles 1-3 según los patrones los resultados fueron los siguientes: anecoico: 400 [100-1.100]; nuboso: 3.400 [450-9.075]; mixto: 6.300 [1.800-10.400]; punteado: 400 [200-1.225]. De forma significativa, el patrón anecoico presentaba valores más bajos de leucocitos que el mixto + nuboso (400 [100-1100] vs 3900 [800 - 9050];  $p < 0,001$ ). El patrón anecoico se asociaba a una presencia de  $< 2000$  leucocitos en un 88% de los casos, frente a un 50% en los no anecoicos ( $p < 0,001$ ). Sensibilidad: 88,2%/Especificidad: 50%. El patrón nuboso + mixto se asociaba a una presencia de  $> 2000$  leucocitos en un 67,9% de los casos, frente a un 15,2% en los no nuboso + mixto ( $p < 0,001$ ). Sensibilidad: 67,9%/Especificidad: 84,8%.

**Conclusiones:** En nuestro trabajo, el patrón anecoico se asocia a la presencia de un LS con celularidad de rango mecánico con una alta sensibilidad, aunque con sólo moderada especificidad, mientras que los patrones nuboso y mixto se asocian a la presencia de un LS con celularidad de rango inflamatorio con una alta especificidad. Los resultados indican que, en algunos casos, la US puede ser de utilidad para predecir el rango de celularidad (mecánico-inflamatorio) del LS, en especial cuando el patrón encontrado es nuboso o mixto, que orienta hacia celularidad de rango inflamatorio. No obstante, serán necesarios más estudios, con test de validez intra-interobservador que confirmen estos hallazgos.

## 60. PATRONES ECOGRÁFICOS DEL LIQUIDO SINOVIAL: ¿PUEDEN PREDECIR LA PRESENCIA DE CRISTALES?

A. Ponce, X. Surís, D. Cerdà, V. Ortiz y N. Busquets

Hospital General de Granollers. Barcelona.

**Introducción:** Se han definido 6 patrones ecográficos diferentes para el líquido sinovial (LS) según la patología: anecoico, nuboso, mixto, corpuscular, punteado y granular (Reumatismo 2002;54(3): 261-265). El patrón punteado se considera el característico de presencia de la cristales de pirofosfato cálcico, y el corpuscular de la presencia de cristales de urato monosódico.

**Objetivo:** Evaluar por ultrasonografía (US) el LS en diferentes patologías que cursan con derrame articular, definiendo el patrón ecográfico, y su relación con la enfermedad articular y el estudio microscópico del LS.

**Material y métodos:** Se incluyeron de forma prospectiva 101 LS en los que se sospechó clínicamente, en visita rutinaria, la presencia de derrame articular en cualquier localización. Se practicó, por un único investigador una US (Logiq 5, General Electric Medical Systems), y se practicó una punción-aspiración ecodirigida del LS. Otro investigador, que desconocía los hallazgos de la US, realizó el estudio del LS. Se recogieron las siguientes variables clínicas, ecográficas, y macro-microscópicas del LS: tiempo de evolución del derrame, localización y diagnóstico de base; grado de distensión US de la cápsula articular (en mm), volumen de líquido y patrón ultrasonográfico del líquido; volumen de LS extraído, aspecto, viscosidad, recuento de leucocitos y hematíes, presencia de cristales-tipo, localización intra o extracelular, cantidad y presencia de agregados.

**Resultados:** Las articulaciones estudiadas fueron 85 rodillas, 2 hombros, 3 codos, 3 tobillos, 2 metacarpofalángicas y 6 quistes de Baker. Los diagnósticos clínicos de los pacientes fueron 20 artrosis (OA), 47

Tabla Resumen 60

	Anecoico	Nuboso	Mixto	Punteado	Corpuscular	Granular
Cristales de urato	12	1	4	0	6	1
Cristales de cc	19	1	4	1	13	0
Cristales total (CC+urato)	31	2	8	1	19	1

artropatía inflamatorias (16 AR, 14 SpA, 13 artritis no filiadas, 16 condrocalcinosis (CC), 13 gota, 3 bursitis y 1 osteonecrosis, 1 hemartrosis). Los patrones ecográficos hallados fueron: 17 anecoico, 44 nuboso, 9 mixto y 28 punteado, 2 corpuscular, 1 granular. Pacientes tenían cristales en el LS (13 CC, 5 gota). De los 101 LS analizados, en 31 se encontraron cristales en el análisis microscópico. La distribución de los cristales según el patrón se muestra en la tabla. El patrón punteado se asociaba a la presencia de cristales de uno u otro tipo en el 67,9% de los casos, frente al 15,7% de los patrones anecoico, nuboso y mixto. ( $p < 0,001$ ). Sensibilidad: 67%. Especificidad: 86%. Valor predictivo +: 67%. Valor predictivo -: 85%. 21 LS presentaron cantidad moderada o elevada de cristales. De ellos, 15 (76,1%) presentaron patrón punteado y 1 corpuscular. En 10 LS presentaron cantidad ligera de cristales. De ellos 5 (50%) presentaron el patrón punteado.

**Conclusiones:** El patrón ecográfico punteado se asocia con la presencia de cristales en LS, no sólo de pirofosfato sino también de urato, con alta especificidad. La detección es mayor si existe una cantidad moderada o elevada de cristales en el estudio microscópico, frente a la presencia de una cantidad ligera. El patrón corpuscular, muy característico de gota, se detectó sólo de forma ocasional. Los resultados indican que, en algunos casos, la US puede predecir la presencia de cristales en el LS en el estudio posterior. No obstante, son necesarios más estudios, con test de validez intra-interobservador que confirmen estos hallazgos.

## 61. INDICADORES DE GESTIÓN EN EL PROGRAMA ESPERANZA (UNIDADES PARA EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE LA ESPONDILOARTRITIS PRECOZ)

M. Gobbo, L. Carmona y Grupo ESPeranza

Fundación Española de Reumatología.

**Introducción:** El Programa Esperanza es una vía clínica que facilita el diagnóstico precoz en pacientes con síntomas sugerentes de espondiloartritis (EspA) y la asistencia necesaria y coordinada para un tratamiento integral, con la finalidad de mejorar la situación funcional y calidad de vida, y evitar la progresión de la EspA. La atención al paciente se realiza de forma continuada y sin fragmentación entre niveles asistenciales. La vía clínica se estructura en procesos que deben ser explícitos y concretos para poder ser evaluados de forma continuada, ya que esta evaluación permite: a) proporcionar feedback a los clínicos para mejorar su práctica, y b) realizar los ajustes necesarios en el programa para alcance los fines propuestos.

**Objetivos:** Definir, ejecutar y evaluar los indicadores de gestión de procesos dentro del Programa Esperanza.

**Métodos:** Un grupo formado por especialistas en espondiloartropatías, en gestión y en investigación, estableció los indicadores para que la vía clínica garantizara sus fines. Posteriormente, en la plataforma informática del programa, se creó un sistema de consulta en tiempo real de la evolución del cumplimiento de algunos de estos indicadores.

**Resultados:** Entre los indicadores, 10 debían cumplirse necesariamente (100%) para la puesta en marcha del Programa en las unidades y 11 son indicadores de objetivos a alcanzar durante el funcionamiento de las mismas. El cumplimiento promedio de los 17 indicadores evaluados (para el resto es necesario esperar 1 año) se muestra en la tabla.

**Tabla Resumen 61**

Indicadores de gestión evaluados y cumplimiento medio

Indicador	Cumplimiento medio
1 Plan asistencial elaborado y consensado por los niveles asistenciales previo a su implantación	100%
2 Dossier con protocolo de tratamiento básico de la enfermedad que se proporciona al Reumatólogo consultor para su seguimiento	100%
3 Presencia de especialista consultor de área accesible para los médicos de Atención Primaria	100%
4 Cumplimiento del cronograma establecido de reuniones periódicas para garantizar la correcta implantación del programa en el área	100%
5 La Dirección de Primaria está informada del programa y lo aprueba	100%
6 Agenda específica para espondilitis precoz	100%
7 Compromiso firmado de utilizar la documentación actualizada sobre el manejo de pacientes con espondilitis, basada en la mejor evidencia disponible, que se le proveerá desde la central coordinadora del programa, y de acudir a las sesiones de formación	100%
8 Compromiso de utilizar sistemas de almacenaje con control de seguridad de la información (archivos con llave, ordenador con control de acceso...), camilla, cinta métrica, material de punción, negatoscopio o sistema de visualización de imágenes en formato adecuado	100%
9 Sistema automatizado de informes con los indicadores globales del programa	100%
10 Cumplimiento de los plazos establecidos para la implantación de agendas	100%
11 Realizar una correcta evaluación de los pacientes con espondilitis precoz	60%
12 Derivar a los pacientes a Atención Especializada de forma correcta en el formato preestablecido	90%
13 Contrastar el éxito de los criterios de derivación utilizados	30%
14 Realizar un informe con la orientación diagnóstico-terapéutica del paciente destinado al médico de atención primaria que remitió al paciente de modo que este pueda seguir su evolución	20%
15 Recibir en la consulta de reumatología a los pacientes derivados desde atención primaria con sospecha de EspA antes de que transcurran 30 días	70%
16 Que los pacientes dispongan de información suficiente para cooperar en la toma de decisiones respecto a su enfermedad, y un diagnóstico tras ser atendidos en atención especializada	40%
17 Atención adecuada para los pacientes con espondilitis precoz (tiempo reservado a consulta)	55%

**Conclusiones:** La puesta en marcha de un programa de atención especializada con formato de vía clínica es viable en los servicios de reumatología españoles, siendo posible la implantación, evaluación y seguimiento de la actividad de este tipo de unidades a través de indicadores de gestión.

## 62. PROGRAMA ESPERANZA: CREACIÓN DE UNIDADES PARA EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE LA ESPONDILOARTRITIS DE RECIENTE COMIENZO

M. Gobbo y Grupo ESPeranza

*Fundación Española de Reumatología.*

**Introducción:** La prevalencia de las espondiloartritis (EspA) es alta (1,9% en población general y 13% en pacientes de reumatología) y el retraso medio diagnóstico en España variable y excesivamente largo (6,5 ± 8,4 años). Los criterios de respuesta al tratamiento han mejorado y existen tratamientos más eficaces que podrían modificar las lesiones estructurales y la evolución hacia la anquilosis de la enfermedad. Sin embargo, un médico no especializado en este campo, que evoluciona muy rápidamente, no puede ofrecer una atención apropiada en base a la mejor evidencia científica disponible. Por estas razones la Fundación Española de Reumatología ha puesto en marcha el Programa Esperanza, una vía clínica para el manejo óptimo de las EspA que integra atención primaria (AP) y especializada (AE).

**Objetivos:** 1) reducir la variabilidad en la práctica clínica; 2) facilitar el diagnóstico precoz; 3) mejorar la formación de médicos generales y especialistas y 4) estimular la investigación.

**Metodología:** Se realizó una convocatoria para la creación de unidades de atención precoz (UESP) para pacientes con EspA; un Plan Gestor que identifica los procesos de primaria y especializada necesarios para una adecuada atención a estos pacientes; una plataforma web que sirve de soporte para la gestión y evaluación de estos procesos; un curso de formación en EspA en cuatro módulos trimestrales; y una convocatoria de proyectos de investigación.

**Resultados:** 1) Durante el 2008 se pusieron en marcha 29 UESP. Adscritos a estas unidades se han incorporado al programa 1663 médicos de primaria (MAP), que son formados por los responsables de las UESP. Desde el inicio del programa (abril 2008) hasta la actualidad (enero 2009), se han atendido en las UESP 456 pacientes. 2) Se han puesto en marcha los dos primeros módulos del programa formativo, y se ha obtenido la acreditación del curso por la Comisión de Forma-

ción Continuada de las Profesiones Sanitarias (1,7 créditos). 3) A través de la plataforma web es posible: –MAP: Derivar y citar a los pacientes a través de unos criterios prefijados para facilitar el diagnóstico precoz; obtener un feed-back de AE (consultas y respuestas on-line y confirmación de la adecuación de los criterios); consultar los informes del paciente emitidos por el UESP; acceder a documentación actualizada y fiable sobre EspA, así como a toda la documentación relacionada con el programa; y realizar el curso de formación y la evaluación del mismo para obtener la acreditación correspondiente. –UESP: Recoger de forma electrónica todos los datos necesarios para la correcta evaluación y seguimiento de los pacientes; elaborar de forma automática los informes de los pacientes con estos datos; acceder a información actualizada sobre EspA y documentación relacionada con el programa; realizar el curso de formación y la evaluación; fijar y consultar su agenda; y comprobar de forma dinámica a través de informes personalizados el cumplimiento de los indicadores de gestión del programa. – Pacientes: acceder a sus informes médicos y a información relacionada con la enfermedad (links con páginas de ejercicios, consejos de salud, etc.). 4) Se están desarrollando cuatro proyectos de investigación dentro del programa: dos para conocer la utilidad de diferentes técnicas de imagen en el diagnóstico precoz, uno para el desarrollo de un biobanco con muestras de ADN y otro para el estudio de biomarcadores pronóstico de la evolución de la enfermedad.

**Conclusiones:** A pesar de las dificultades inherentes a un proceso de esta envergadura la puesta en marcha de las UESP se ha realizado de forma exitosa. Durante su primer año de funcionamiento, un gran número de profesionales y pacientes se han beneficiado del programa, alcanzándose con creces la mayoría de los objetivos propuestos en su inicio.

## 63. COSTES ECONÓMICOS ASOCIADOS CON EL DIAGNÓSTICO DE FIBROMIALGIA

J. Rivera Redondo<sup>1</sup>, J. Rejas<sup>2</sup>, J. Esteve-Vives<sup>3</sup>, M.A. Vallejo Pareja<sup>4</sup> y Grupo ICAF

<sup>1</sup>Unidad de Reumatología. Instituto Provincial de Rehabilitación. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. <sup>2</sup>Laboratorios Pfizer. Madrid. <sup>3</sup>Sección Reumatología. Hospital General Universitario d'Alacant. Alicante. <sup>4</sup>Departamento de Psicología de la Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. UNED. Madrid.

**Introducción:** La fibromialgia (FM) está considerada como una de las enfermedades con mayor gasto directo sanitario asociado. Ade-

Tabla Resumen 63

	Media (€)	Porcentaje total	Porcentaje subtotal
<i>Costes totales</i>	9.982	100	
<i>Costes sanitarios</i>	3.246	32,5	100
Visitas médicas	847	8,5	26,1
Primaria	(182)		
Especializada	(665)		
Pruebas complementarias	473	4,7	14,6
Análisis	(64)		
Radiografías	(58)		
Resonancia M.	(198)		
Otras	(153)		
T. no farmacológicos	1.368	13,7	42,2
T. farmacológicos	439	4,4	13,5
Hospitalización	69	0,7	2,1
Parafarmacia	49	1,5	1,5
<i>Costes indirectos</i>	6.736	67,5	100
Reducción jornada lab.	913	9,1	13,5
Baja laboral	3.556	35,7	52,8
Incapacidad permanente	2.267	22,7	33,7

más, al incidir especialmente en la edad productiva laboral los costes indirectos por pérdida de productividad laboral son también considerables. Hasta la actualidad en España no se conocía con exactitud el gasto económico total asociado con la FM.

**Objetivo:** Describir el coste económico total asociado con el diagnóstico de FM en una cohorte de pacientes distribuida por todo el territorio nacional.

**Pacientes y métodos:** Estudio transversal, multicéntrico de una cohorte de pacientes con FM atendida en consultas de reumatología distribuidas por todo el territorio nacional (estudio ICAF). Los pacientes cumplían criterios de FM según la ACR, no tenían otras enfermedades sistémicas y eran atendidos por las manifestaciones clínicas de la FM. En todos los pacientes se recogieron datos sobre aspectos socio epidemiológicos, situación laboral y pérdida de jornadas laborales, manifestaciones clínicas, comorbilidad asociada, capacidad funcional y utilización de los recursos sanitarios. El cálculo del coste sanitario total se hizo sumando los conceptos de gasto sanitario directo y gasto indirecto producido por la pérdida de jornadas laborales. Se realizó un estudio correlacional entre costes económicos y las variables clínicas.

**Resultados:** La cohorte del estudio ICAF está formada por 301 pacientes con FM (mujeres: 96,7%) distribuidos por todo el territorio nacional, con una edad media de 48,73 ± 8,54 años y un tiempo medio de evolución de 11,51 ± 9,19 años. El coste económico total de la FM en España es de 9.982 euros por pacientes y año. Los diferentes conceptos del gasto sanitario y los costes indirectos pueden verse en la tabla.

Los gastos indirectos por pérdida de productividad laboral son aproximadamente el doble que los gastos sanitarios. Las terapias no farmacológicas constituyen la parte más costosa del gasto sanitario triplicando el gasto farmacológico. La correlación entre variables clínicas y coste sanitario fue significativa en el sentido de que cuanto mayor es la afectación clínica mayor es el gasto sanitario. Las principales variables clínicas medidas mostraron: FIQ total,  $r = 0,329$  ( $p < 0,0001$ ); número de manifestaciones clínicas,  $r = 0,194$  ( $p < 0,001$ ); intensidad de las manifestaciones,  $r = 0,236$  ( $p < 0,0001$ ); presencia de otras comorbilidades,  $r = 0,207$  ( $p < 0,0001$ ). El modelo de regresión múltiple mostró que las variables asociadas con el coste total fueron la capacidad funcional (HAQ), depresión, presencia de comorbilidades y una menor edad, con un coeficiente ajustado de dispersión  $R^2 = 0,221$ .

**Conclusiones:** El coste económico asociado con la FM en España es elevado, con una media en nuestra cohorte de 9.982 euros por paciente y año. Los gastos indirectos suponen el doble de los gastos sanitarios. Existe una correlación significativa entre la gravedad de la FM y los costes económicos asociados.

Estudio financiado por laboratorios Pfizer y FIS PI 07/0202.

#### 64. PARTICIPACION DE LA ENFERMERA DE REUMATOLOGÍA EN LA INFORMACIÓN Y FORMACIÓN DE LOS PACIENTES TRATADOS CON METROTEXATO SUBCUTÁNEO (CITOTÓXICOS)

M. Garro Lara y A. Avilés Tejada

Servicio de Reumatología C.P.E. Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería.

**Introducción:** El metrotexato inyectable con jeringa precargada es un agente citotóxico con propiedades teratogénicas que es irritante a la piel, es un fármaco (FAME) que interviene en el algoritmo terapéutico en las patologías como artritis reumatoide, artritis psoriásica, espondilitis anquilosante y artritis idiopática juvenil. Es un eslabón anterior al tratamiento biológico y en el que en muchos casos van coadministrados. La utilización de este fármaco es idónea para pacientes con problemas gastrointestinales y con ingesta diaria elevada de comprimidos. Se observó por parte de enfermería que existían dudas, temores y miedos en el paciente para la auto-administración, al percibir una indumentaria especial en la administración del fármaco en los Centros de Salud (batas, guantes, mascarillas, etc.), necesitando información sobre la normativa de la administración sanitaria local, respecto a la gestión de los tratamientos citotóxicos y a los aspectos de seguridad que deban ser trasladados de manera clara y concisa al paciente.

**Objetivos:** Solventar dudas y temores. Conseguir el manejo satisfactorio de su plan terapéutico alcanzando los resultados específicos a través de un soporte profesional. Diagnóstico (NANDA): -Temor 000148 "respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce como un peligro"; -00082 "manejo efectivo del régimen terapéutico profesional". Objetivos esperados (NOC). Conocimiento del régimen terapéutico "transmitido sobre un régimen de tratamiento específico": -181306 Descripción de la medicación; -1813010 Descripción del proceso enfermedad; -181312 Ejecución del proceso terapéutico. Intervención de enfermería (NIC): -1602 "Enseñanza del proceso enfermedad"; - 5616 "Enseñanza del medicamento prescrito".

**Resultados:** Es un estudio descriptivo retrospectivo 2007/2008 de 28 pacientes que pasa de medicación oral a subcutánea. Desde junio 2007 hasta octubre 2008, 28 pacientes han pasado de oral a parenteral. El 16% varones y el 86% mujeres. Sólo el 2,8% se inyecta en el Centro de Salud y el 2,8% vuelve a pastillas por temor a inyectarse. El resto se autoadministran y evolucionan favorablemente.

**Métodos:** Enfermería colabora dedicando al paciente el tiempo necesario para su información y aprendizaje para la auto-administración, con una atención individualizada al paciente o cuidador con clases prácticas bajo la supervisión profesional y proporcionándole el material adecuado (contenedor de residuos, manual informativo, kit de derrame, etc.).

**Conclusión:** La enfermera de reumatología hace una valoración previa del grado de capacidad y destreza del paciente o cuidador, para ayudarle a conseguir la auto-administración dándole así un grado de independencia en su vida (trabajo, viajes...) siendo así costo-efectiva. "Un paciente bien formado e informado, disminuye su grado de ansiedad y controla mejor su enfermedad"

#### 65. INCIDENCIA DE FENÓMENOS AUTOINMUNES EN UNA SERIE DE PACIENTES CON ENFERMEADES REUMÁTICAS EN TRATAMIENTO PROLONGADO CON INFILIXIMAB

S. Escandón Peláez e I. Castro Fernández

Unidad de Reumatología. Complejo Hospitalario Xeral-Calde, Lugo.

**Antecedentes:** La citocina factor de necrosis tumoral (TNF)-alfa juega un papel fundamental en la patogénesis de muchas enfermedades reumáticas, en particular en el desarrollo de la artritis reumatoide (AR), artritis psoriásica (APs), espondilitis anquilosante (EA) o espondiloartropatías indiferenciadas (EI). Estudios controlados han de-

mostrado que el inhibidor del TNF $\alpha$ , infliximab, reducía significativamente signos y síntomas, mejoraba la función y la calidad de vida y era eficaz en el tratamiento de enfermedades reumáticas refractarias a terapia convencional. Sin embargo, el uso de este anticuerpo monoclonal quimérico murino y humano se ha visto asociado en algunos casos al desarrollo de fenómenos autoinmunes y al desarrollo de síndrome "lupus-like".

**Objetivo:** Analizar si el tratamiento prolongado con infliximab se asocia al desarrollo de estos fenómenos autoinmunes en una serie de pacientes tratados de forma periódica con este fármaco por AR, APs, EA o El refractarias a terapias estándar.

**Métodos:** Se determinó la frecuencia de positividad de anticuerpos antinucleares (ANA) mediante inmunofluorescencia indirecta en una serie de pacientes con AR, APs, EA o El refractarias a terapias estándar que estaban recibiendo de forma periódica tratamiento con infliximab y que acudieron para recibir dicha terapia durante un periodo de 2 meses, siendo ANA negativos antes de la primera dosis del tratamiento con este fármaco biológico.

**Resultados:** Se estudiaron 37 pacientes (21 varones y 16 mujeres) con una media de edad de 55,6 años. De ellos 18 (43,9%) habían sido diagnosticados de AR, 4 (9,8%) de APs, 12 (29,6%) de EA y 7 (17,1%) de El. Después de una media de duración del tratamiento con infliximab de 22,6 meses (mediana: 17 meses, rango intercuartílico: 7-29 meses), 8 de los 37 pacientes (21,6%) desarrollaron positividad de ANA (mediana: 1/320, rango: 1/160-640). Sin embargo, ninguno de ellos desarrolló anticuerpos anti-DNA o anti-ENA. Además, ningún paciente desarrolló un síndrome "lupus-like".

**Conclusión:** Después de transcurridos 2 años de tratamiento periódico con infliximab uno de cada 5 pacientes desarrolla positividad para ANA. Sin embargo, dicha positividad no tiene relevancia clínica ni se asocia a desarrollo de síndrome "lupus-like" en nuestro medio.

## 66. INCIDENCIA DE EFECTOS SECUNDARIOS CON LA ADMINISTRACIÓN DE INFlixIMAB EN UNA PAUTA CORTA

D. Chausson, M.J. Esteban, L. Vallejo, L. Callejo, I. Rosa y M.L. Alonso

*Enfermería Hospital de día. Servicio de Reumatología, Hospital de Basurto. Bilbao.*

**Introducción:** El infliximab es un anticuerpo monoclonal quimérico, anti-TNF $\alpha$ , que se utiliza como tratamiento en diversas patologías, en reumatología fundamentalmente en artritis reumatoide (AR) y espondiloartropatías. Los pacientes deben ser cuidadosamente seleccionados (sin insuficiencia cardíaca y/o infecciones activas, etc.). Inicialmente se usó una pauta de infusión intravenosa en 2 horas, con control de tensión arterial y frecuencia cardíaca al inicio y final del tratamiento. Desde hace un año, hemos acortado su administración a 45 minutos. La reducción del tiempo de administración supone un beneficio para el enfermo al acortar su periodo de estancia y proporciona capacidad para tratar a mayor número de pacientes.

**Objetivo:** Comparar los efectos secundarios durante el periodo de administración y el inmediato posterior a la infusión de infliximab en 45 minutos respecto a 2 horas.

**Material y métodos:** Se estudia una población de 54 pacientes con AR o espondiloartritis, seguidos en el Hospital de Día por el servicio de Reumatología del Hospital de Basurto, tratados con Infliximab I.V. Se compara la incidencia de efectos secundarios constatados por enfermería durante su administración en 2 horas respecto a 45 minutos.

**Resultados:** A lo largo del 2007 en la pauta de 2 h, sólo un paciente presentó reacción a la infusión con rubefacción facial y sudoración, que se resolvió en las siguientes sesiones con dexclorfeniramina maleato (polaramine) previo. Durante el 2008 con pauta de administración de 45 minutos, 3 pacientes presentaron una o más reacciones a

la infusión, que se describen a continuación: un paciente presentó mareos, en dos pacientes se observó rubefacción facial, uno presentó sudoración, otro refirió dolor torácico y lumbar y un paciente presentó cefalea. En ningún caso apareció reacción local a la infusión ni los efectos secundarios obligaron a suspenderla. La frecuencia cardíaca y tensión arterial al final de la infusión son significativamente más bajas ( $p < 0,001$ ), si bien su descenso es moderado y sin importancia clínica. El descenso de la tensión arterial y la frecuencia cardíaca en ambos grupos fue similar con las dos pautas de administración.

**Conclusiones:** La incidencia de efectos secundarios durante la administración de Infliximab en 45 minutos es muy baja y similar a la de la infusión en 2 horas. La gravedad de dichos efectos es leve y en los tres casos se resolvió alargando el tiempo de infusión a 2 horas, por lo que se concluye que infliximab puede ser administrado en 45 minutos, sin mayor riesgo de efectos secundarios para el paciente respecto a la administración en 2 horas.

## 67. LAVADO ARTICULAR DE CADERA EN PACIENTES CON OSTEOARTRITIS: UNA OPCIÓN EFICAZ Y SEGURA. EXPERIENCIA EN HOSPITAL DE DÍA

A. Cortes Palacios, J. Lozano Mateos, A. Acosta Pereira, V. Torrente-Segarra, R. Morlá Novell, C. Díaz-Torné y A. Rodríguez de la Serna

*Hospital de Día Polivalente y consulta de Reumatología del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.*

**Introducción:** De las enfermedades reumáticas, la osteoartritis (OA) es la de mayor prevalencia. El lavado articular es una opción terapéutica en las afecciones mecánicas e inflamatorias de la OA. Se utiliza desde hace años en la articulación de la rodilla y del hombro y se está utilizando cada vez más como una técnica efectiva en la articulación coxo-femoral. La función del LAC es la evacuación de restos de fibrina, microcristales y la dilución de sustancias inflamatorias. Para la seguridad del paciente se realiza en 'box' del Hospital de Día Polivalente.

**Objetivos:** Valorar la eficacia y seguridad al mes y a los 3 meses del lavado articular de cadera (LAC) en pacientes con OA, visitados en la consulta ambulatoria de Reumatología; Describir la técnica utilizada.

**Pacientes y métodos:** se incluyeron 22 pacientes ( $N = 22$ ), media edad 70 años, con OA de cadera grado II-III sintomáticos, de forma consecutiva procedentes de la consulta ambulatoria de Reumatología del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Se realizó el LAC utilizando para la punción la técnica de Golding con trocar de 1,1 mm de diámetro con anestesia previa de la piel con mevicapaína 2%, perfundiendo 500 cc de solución salina al 0,9% con presión positiva y efectuando una segunda punción paralela a la primera para salida del líquido perfundido. El control evolutivo lo realizó la enfermera completando los índices de valoración para OA: WOMAC, LEQUESNE y la valoración del dolor mediante la escala visual analógica EVA.

**Resultados:** El LAC se muestra eficaz por cuanto hay una reducción del EVA basal (media 7,33) con respecto al del primer mes (media 5,33) con diferencia significativa ( $p < 0,001$ ). Asimismo el 60% obtiene una mejoría  $> 20\%$  del EVA basal y del WOMAC dominio dolor a los tres meses, aunque sin diferencias significativas. El resto de parámetros valorados, así como sus dominios de forma separada, presentaron también mejoría aunque esta no fue significativa (tabla).

No se presentaron complicaciones graves; se objetivaron las siguientes complicaciones leves: un paciente presentó dolor durante la práctica del LAC, otro presentó dolor posteriormente de intensidad EVA = 6 que precisó analgesia y otro paciente presentó un cuadro vagal que recuperó espontáneamente. En todos los casos prosiguió el LAC hasta su finalización.

Tabla Resumen 57

	Media
LEQUESNE basal	13,14
LEQUESNE control 1	11,08
LEQUESNE control 2	11,00
WOMAC dolor basal	311,43
WOMAC dolor control 1	253,46
WOMAC dolor control 2	257,50
WOMAC rigidez basal	125,00
WOMAC rigidez control 1	98,33
WOMAC rigidez control 2	90,83
WOMAC capacidad funcional basal	975,36
WOMAC capacidad funcional control 1	805,17
WOMAC capacidad funcional control 2	841,67

**Conclusiones:** El LAC se ofrece como una técnica eficaz y segura en el tratamiento de la OA de cadera, así pues es una alternativa al tratamiento convencional y es de bajo coste. Se realiza de forma rápida y cómoda para el paciente en régimen de Hospital de Día.

## 68. PROGRAMA DE EDUCACIÓN SANITARIA EN ENFERMOS DE ARTRITIS REUMATOIDE

L. Cano-García, V. Coret, M.Á. Belmonte, I. Ureña, M. López-Lasanta, P. Espiño-Lorenzo, F.G. Jiménez-Núñez, S. Manrique y A. Fernández-Nebro

*Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.*

**Objetivos:** Valorar el grado de asimilación de conocimientos y el nivel de aceptación por parte de los pacientes de un programa educativo para enfermos con artritis reumatoide (AR).

**Pacientes y métodos:** Diseño: estudio experimental abierto no controlado ni aleatorizado. Población: mayores de 18 años diagnosticados de AR según criterios ACR. Intervención: programa formativo con 9 temas distribuidos en 2 sesiones (tabla). Los temas y contenidos de las sesiones se seleccionaron identificando los asuntos críticos de los pacientes mediante taxonomía NANDA II 2001-2002 y transformándolos en diagnósticos enfermeros comunes en la AR procedentes de NANDA 2002-2003 (disposición para mejorar el régimen terapéutico, manejo inefectivo del régimen terapéutico, deterioro de la movilidad física, fatiga, baja autoestima crónica, patrón sexual inefectivo, ansiedad, riesgo de caídas y temor). El programa fue impartido por una enfermera, una psicóloga y un fisioterapeuta, mediante exposiciones teóricas, casos prácticos, sociodrama, dinámicas grupales y demostraciones. Evaluación: La utilidad del programa y la asimilación de los contenidos se miden mediante un test diseñado específicamente con objeto de examinar los conocimientos previos de los que partía la población y los adquiridos al final de las 2 sesiones formativas (10 preguntas puntuadas de 0-10). También se evaluó el grado de satisfacción con la información recibida (escala de Likert con 5 ítems). Análisis: análisis estadístico: descriptiva básica de los resultados, test de Kolmogorov para la normalidad de las variables, T de Student para muestras pareadas en comparación de los test antes y después.

**Resultados:** 31 enfermos de AR (90% mujeres, con un rango de edad de 45-60 años, 80% con más de 1 año de evolución de la enfermedad) asistieron al programa y contestaron la encuesta de satisfacción. El 94% de ellos se encontraron muy satisfechos con el programa y un 6% bastante satisfechos. El 100% estuvieron muy satisfechos con los ponentes. Sólo 16 pacientes (94% mujeres) contestaron a la encuesta de conocimientos previos y finales del programa. La edad media de estos pacientes fue de  $55 \pm 10$  años (rango 31-75). La media del resultado del test basal de conocimiento fue de  $5 \pm 1,26$  y la media del test posterior fue  $8,37 \pm 1,45$  (dif. de medias  $-3,37 \pm 1,02$ ;  $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** Este estudio demuestra que un programa educativo para enfermos de AR mejora los conocimientos de estos acerca de su autocuidado. Es fundamental el seguimiento en consulta de enfer-

Tabla Resumen 68

Sesión	Contenidos	Tiempo (min)	Técnica	Ponente
1	Características de la AR	20	ET, DG	Enfermera
1	Diferencias entre artritis y artrosis	20	ET, DG	Enfermera
1	Tratamiento de la AR	30	CP, S	Enfermera
1	Dolor, técnicas y tratamiento	30	DG	Psicóloga
1	Ejercicio y AR (I)	30	D, ET	Fisioterapeuta
2	Ayudas técnicas para el paciente y el hogar	30	D, ET	Enfermera
2	Alimentación y AR	15	ET	Enfermera
2	Afrontamiento de la enfermedad y depresión	30	DG, CP	Psicóloga
2	AR y ámbito familiar	30	DG, CP	Psicóloga/ Enfermera
2	Ejercicio y AR (II)	30	ET, D	Fisioterapeuta

ET, Exposición teórica; D, demostraciones; CP, casos prácticos; S, sociodrama; DG, dinámicas grupales.

mería de los enfermos con el fin de afianzar los conocimientos adquiridos.

## 69. PAPEL DE LAS LLAMADAS TELEFÓNICAS EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA

T. Mulero, A. López de Benito, C. Vadillo, L. Abásolo, J.M. Leal, P. López Viejo y J.Á. Jover

*Hospital Clínico San Carlos, Madrid.*

**Introducción:** La enfermera en reumatología se ha convertido en una herramienta imprescindible para el médico y el paciente en el seguimiento clínico. La atención telefónica es una de sus actividades y constan de: a) llamada de seguimiento: dirigida a pacientes con enfermedades autoinmunes incluidos en una consulta específica de enfermería; b) llamada de nuevos: se atiende a pacientes procedentes de urgencias para controlar evolución de incidencias.

**Objetivo:** Describir la labor de enfermería en la atención telefónica de los pacientes de una consulta de reumatología.

**Material y métodos:** Estudio transversal. Los sujetos son los pacientes que han acudido a la consulta de reumatología de un hospital terciario en el año 2008. Se registran todas las llamadas recibidas de los pacientes (en "llamadas de seguimiento a largo plazo") y realizadas por las enfermeras (en "llamadas a pacientes nuevos procedentes de urgencias (CRU)"). De ellas se describirán las características de las mismas, los diagnósticos y características sociodemográficas de los pacientes, los motivos que las generaron y el porcentaje de resolución.

**Resultados:** Durante el año 2008 se valoraron 25.625 pacientes en las consultas de reumatología (25% nuevos y 75% revisiones). Los pacientes de las consultas de enfermería fueron el 14% de las revisiones ( $n = 2.619$ ). Cualquiera de estos, pudo realizar una "llamada de seguimiento a largo plazo" (rango de 0 a 10 llamadas). En total, se recibieron 2.429 llamadas. La mayoría de los pacientes eran mujeres (72%), con una edad media en torno a los 53 años, siendo la patología más frecuente la artritis reumatoide (56%), seguida de espondiloartropatías (10,2%). Fundamentalmente las llamadas se recibían en los tres primeros meses tras el diagnóstico de la enfermedad. Las causas principales fueron: aparición de comorbilidad en relación o no con la enfermedad autoinmune (60%), seguido de intolerancia al tratamiento (15%), brotes de actividad de la enfermedad (15%), siendo el 10% restante por necesidad de recetas de tratamientos hospitalarios, dudas de tratamientos y cambios de citas. De todas ellas se resolvieron por teléfono el 85%, el 10% se resolvían con la ayuda de un médico y el otro 5% requirieron citarse en consultas para evaluación. Se vieron 3.598 pacientes de urgencias (24% de nuevos). De estos, la selección de los pacientes para recibir esta atención telefónica, lo decidía el médico responsable. Se realizaron 175 "llamadas de CRU"

a 131 pacientes. 75% eran mujeres (edad media: 63 años); La media de días de seguimiento telefónico fue de 15,5 (rango: 2 a 40). La patología más frecuente fue: tendinitis de hombro (33%), lumbalgia (17%), gonartrosis (15%), gota (7%) y monoartritis (7%). Otras fueron: celulitis, epicondilitis y bursitis trocántera. El 60% del total recibieron el alta telefónica, siendo el 100% para la bursitis trocántera, seguido de tendinitis de hombro (70%) y celulitis (66%). La lumbalgia requirió reevaluación en consultas en el 59% de los casos.

**Conclusiones:** La atención telefónica tiene una repercusión muy positiva ya que logra un adecuado seguimiento del paciente, evitando revisiones innecesarias con el consiguiente ahorro de tiempo y optimizando la ocupación de las consultas médicas.

## 70. PLAN DE CUIDADOS AL PACIENTE CON TRATAMIENTO DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS POR VÍA SUBCUTÁNEA

M.J. León Cabezas

*Consulta de Enfermería de ESI Reumatología. Hospital Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid.*

**Introducción:** La autoadministración por Vía Subcutánea de los fármacos biológicos permite al paciente una mayor comodidad e independencia a la hora de la administración de dichos fármacos. La enfermera debe participar en la detección de los problemas de salud, informar a los pacientes de todo el proceso, adelantarnos para evitar las complicaciones potenciales, fomentando estilos de vida saludables. Por todo ello, lo mejor es utilizar un lenguaje científico común a los profesionales de enfermería, con una estandarización de los cuidados que permitan evaluar los resultados de nuestras intervenciones.

**Objetivos:** Establecer un plan de cuidados adaptados al proceso de instrucción de un paciente en tratamiento con fármacos biológicos.

**Método:** Análisis cualitativos apoyados en entrevistas personales. La realización de este plan de cuidados se basó en la valoración de los patrones funcionales de M. Gordon.

**Resultados:** Tras el examen cualitativo se consiguió detectar cinco diagnósticos enfermeros, para los que se han propuesto una serie de resultados e intervenciones de enfermería que conforman el plan de cuidados estandarizados al paciente con tratamiento de fármacos biológicos por vía subcutánea. 1. Patrón funcional afrontamiento/tolerancia al estrés, 00148 Temor. a. Resultados NOC: 1404 El paciente demostrará autocontrol del miedo; 1402 Autocontrol de la ansiedad; 1601 Conducta de cumplimiento. b. Intervenciones NIC: 7910 Consulta: 5230 Aumentar el afrontamiento; 5440 Aumentar los sistemas de apoyo; 5606 Enseñanza individual; 8180 Consulta por teléfono. 2. Patrón percepción/gestión salud, 00004 Riesgo de infección. a. Resultados NOC: 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas; 1807 Conocimiento: Control infección; 702 Estado inmune. b. Intervenciones NIC: 6540 Control de infecciones; 3590 Vigilancia de la piel; 2380 Manejo de la medicación; 6530 Manejo de la inmunización/vacunación. 3. Patrón percepción/gestión salud, 00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico. a. Resultados NOC: 1609 Conducta terapéutica: enfermedad o lesión; 1814 Conocimiento: Procedimientos terapéuticos. b. Intervenciones NIC: 5540 Potenciación de la disposición de aprendizaje; 7120 Movilización familiar; 5270 Apoyo emocional; 5400 Potenciación de la autoestima; 5520 Facilitar el aprendizaje. 4. Patrón actividad/ejercicio, 00085 Deterioro de la movilidad física. a. Resultados NOC: 0206 Movimiento articular: activo; 0207 Movimiento articular: pasivo; 0212 Movimiento coordinado; 0300 Autocuidados: actividades de la vida diaria (AVD); 1616 Rendimiento de los mecanismos corporales. b. Intervenciones NIC: 5440 Aumentar los sistemas de apoyo; 0140 Fomentar los mecanismos. 5. Patrón sueño/descanso, 00095 Insomnio. a. Resultados NOC: 2002 Bienestar personal; 0004 Sueño. b. Intervenciones NIC: 1850 Mejorar el sueño; 6450 Manejo de ideas ilusorias.

**Conclusiones:** La definición de los diagnósticos nos permite la planificación de las actividades de enfermería desde un punto de vista preventivo mejorando los cuidados de nuestros pacientes. La realización de las intervenciones surgidas tras la definición del objetivo, mejora la adhesión del paciente al tratamiento. En el tratamiento con fármacos biológicos, al igual que en otras actividades asistenciales de nuestra competencia, la enfermera de Reumatología, debe contar con un plan de cuidados estandarizados para ofrecer una asistencia de calidad al paciente en tratamiento con fármacos biológicos en particular y al paciente reumatológico en general. Empezando por una valoración de patrones que nos permita detectar los problemas, formulándolos a través de diagnósticos (NANDA), con sus respectivos objetivos (NOC) que debemos ir alcanzando mediante las intervenciones (NIC) y todo ello sin olvidar realizar una evaluación continua durante todo el proceso.

## 71. ESTUDIO DE REACCIONES ADVERSAS AL INFLIXIMAB EN UN HOSPITAL DE DÍA MÉDICO. DOS AÑOS Y MEDIO DE ACTIVIDAD

P. Gutiérrez, S. Dacosta, M.J. Álvarez, M.A. Argüelles y C. San José

*Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.*

**Introducción:** El Infliximab es un tratamiento de segunda línea utilizado en algunas enfermedades autoinmunes. Están descritas reacciones adversas (RAMs) durante su administración que en ocasiones obligan a suspenderla.

**Objetivo:** Describir las RAMs inmediatas tras la administración de Infliximab y analizar las asociaciones entre ellas y determinadas características de los pacientes, del tipo de tratamiento y del protocolo de cuidados de enfermería utilizado.

**Material y métodos:** Cohorte de 153 pacientes con enfermedades reumáticas, cuidados en el Hospital de Día Médico (HDM) desde su apertura en junio de 2006 a diciembre de 2008, que han recibido Infliximab según los protocolos de Cuidados de Enfermería implantados en el HDM. Se registraron de forma prospectiva las RAMs, los pretratamientos para evitarlas y las suspensiones. Se consideran Retratamientos, cuando han pasado más de 14 semanas desde la perfusión anterior y reciben siempre pretratamiento con antihistamínicos y corticoides. Se realiza la estadística descriptiva, frecuencias y porcentajes para las variables de atributo y media y desviación típica para las numéricas. Las variables numéricas se han analizado mediante la U de Mann-Whitney y las de atributo mediante tablas de contingencia, valorando las diferencias con Chi-cuadrado de Pearson o prueba exacta de Fisher. Se han considerado las diferencias significativas si  $p < 0,05$ . Los datos han sido analizados con el SPSS 17.0.

**Resultados:** De los 153 pacientes, 88 (57,5%) eran mujeres y 65 (42,5%) hombres con una edad media de  $48 \pm 15$  años. Estaban diagnosticados 66 (43%) de Artritis Reumatoide (AR), 52 (34%) de Espondilitis Anquilosante (EA), 31 (20%) de Artritis Psoriática (APs) y 4 (3%) de Espondiloartropatía Indiferenciada (EII). Respecto al tipo de tratamiento, 144 fueron tratamientos de inicio y 9 retratamientos. Del total de infusiones el 1,2% provocaron RAMs en 17 pacientes, manifestando prurito (59%), calor, rubor y opresión torácica (53%), síntomas abdominales (30%), taquicardia (23%) e hipertensión (18%). En el 80% de los casos se presentaron durante las 4 primeras perfusiones, independientemente del ritmo de perfusión. Causaron la suspensión en los pacientes en retratamiento y en el 6% de todos los pacientes en tratamiento. Respecto al sexo se presentaron RAMs en el 6,2% de los hombres frente al 14,8% de las mujeres ( $p = 0,09$ ). Respecto al diagnóstico se presentaron en el 9% que estaban diagnosticados de AR, o EA, o EII (no APs) frente al 19,4% con APs ( $p = 0,10$ ). En cuanto al tipo de tratamiento, en los de inicio se presentan en el 9,7% de los pacientes frente al 33,3% en los retratamientos ( $p = 0,02$ ). No existen diferencias significativas en el análisis inferencial. La tendencia de los datos en el sexo, diagnóstico y tipo de tratamiento sugiere conti-

nuar con el estudio para, con una muestra mayor, comprobar si se hacen significativas.

**Conclusiones:** En nuestra cohorte la tasa de RAMs es baja. Las mujeres, los pacientes con artritis psoriásica, los retratamientos y las 4 primeras perfusiones son situaciones que probablemente ofrezcan más riesgo.

## 72. DETECCIÓN DE TUBERCULOSIS LATENTE EN UNA POBLACIÓN DE ARTROPATÍAS INFLAMATORIAS EN TRATAMIENTO CON ANTAGONISTAS TNF-ALFA EN UN HOSPITAL DE DÍA DE REUMATOLOGÍA

J. Martín, M.V. Hernández, M.J. Gonçalves, C. Saura, J.D. Cañete, R. Sanmartí y N. Guañabens

*Servicio de Reumatología. Hospital Clínic. Universidad de Barcelona.*

**Introducción:** El tratamiento con antagonistas de TNF $\alpha$  se ha asociado a un incremento del riesgo de tuberculosis (TBC). Por ello, la Sociedad Española de Reumatología (SER) emitió unas recomendaciones para la detección y tratamiento de pacientes con tuberculosis latente que fueran a iniciar tratamiento con anti-TNF.

**Objetivo:** Analizar el grado de cumplimiento de las recomendaciones de la SER para la detección de TBC latente en pacientes con artritis inflamatorias crónicas en tratamiento con terapia biológica con anti-TNF $\alpha$ .

**Material y métodos:** A todos los pacientes visitados en Hospital de Día de Reumatología que están recibiendo tratamiento con anti-TNF debido a enfermedades inflamatorias articulares les fue administrado un cuestionario en el que se analizó: características del paciente (edad, sexo, diagnóstico), tratamiento y fecha de inicio, antecedentes de TBC, realización de prueba de tuberculina (PPD), realización de PPD a la semana si el primero es negativo (booster), radiografía (Rx) de tórax, vacunación previa BCG, diagnóstico de TBC latente, quimioprofilaxis con isoniácida (dosis, duración y adherencia al tratamiento) en los casos diagnosticados de TBC latente, y detección de TBC activa así como el tiempo desde el inicio de la terapia biológica. Este cuestionario fue administrado por enfermería mientras el paciente recibía el tratamiento. Posteriormente, las respuestas dadas por el paciente fueron contrastadas con los datos previos de su historial, revisándose todas las historias clínicas.

**Resultados:** El cuestionario fue realizado en 57 pacientes: 14 artritis reumatoide, 11 artritis psoriásica, 20 espondilitis anquilosante y 12 con otras enfermedades inflamatorias (3 espondiloartropatías indiferenciadas, 4 artritis asociadas a enfermedad inflamatoria intestinal, 3 síndrome SAPHO y 2 uveítis). La edad media de los pacientes fue  $50 \pm 11,5$  años; 45,6% mujeres y 54,4% hombres. Todos ellos estaban en tratamiento con infliximab, administrado de forma endovenosa, con un tiempo de duración desde su inicio de  $47,1 \pm 30,6$  meses (rango 1-96). Los antecedentes de TBC, realización de PPD, Rx tórax y vacunación con BCG se realizaron en los 57 pacientes (100%). De ellos, 1 refería antecedentes de TBC (1,75%), 5 fueron PPD positivo (8,77%), 1 presentó cambios radiográficos post-TBC (1,75%) y 1 refería vacunación previa (1,75%). El segundo PPD se realizó en 21 de los 52 pacientes con PPD negativo (40,4%), habiéndose realizado en la mayoría de pacientes antes de la fecha de las recomendaciones de la SER. Se detectó TBC latente en 6 pacientes (10,52%) recibiendo todos ellos (100%) quimioprofilaxis con isoniácida 300 mg/d durante 9 meses, con un buen cumplimiento del tratamiento en todos los casos (100%). Se detectó TBC pulmonar, sin afección extrapulmonar, sólo en un paciente. Cuando se revisó este caso, se comprobó que el paciente había iniciado el tratamiento hace más de 5 años y, previamente a su inicio se había realizado un PPD que fue negativo y una Rx tórax que fue normal. Por tanto, este caso se consideró como una primoinfección tuberculosa y no como una reactivación de TBC latente debido al tratamiento.

**Conclusiones:** En todos los pacientes que han iniciado terapia biológica en el Hospital de Día de Reumatología se ha realizado una detección adecuada de tuberculosis latente (PPD y Rx tórax). El segundo PPD o booster se ha realizado en un número menor de pacientes, sobre todo en aquellos pacientes incluidos antes de 2003.

## 73. PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN EL RECLUTAMIENTO DE PACIENTES PARA LOS PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN DE UNA SECCIÓN DE REUMATOLOGÍA

M. De Pedraza Hernandez, M.D. Caro Romero y J.J. Pérez Venegas

*Sección de Reumatología, Hospital Jerez de la Frontera.*

**Objetivo:** Evaluar la actividad de Enfermería en el reclutamiento de pacientes y el grado de respuesta de los mismos para la realización de los Proyectos de Investigación clínica y básica en una Sección de Reumatología.

**Métodos:** Hemos analizado de forma retrospectiva los datos de actividad de enfermería realizada en pacientes candidatos a colaborar en diferentes proyectos de Investigación de nuestra Sección. Se cuantificaron los datos relativos a: 1. Edad y Sexo. 2. Realización de contacto telefónico. 3. Grado de colaboración del paciente. 4. Evaluación del tiempo medio de la labor de enfermería: información, resolución de dudas, firma del consentimiento informado, extracción y preparación de muestras, realización de Cuestionarios específicos de cada proyecto. 5. Registro de datos. Todas las actividades se realizaron según los protocolos establecidos para cada intervención.

**Resultados:** Se incluyen 62 pacientes en el estudio (59 mujeres/95,16% y 3 hombres/4,84%). La distribución por grupos de edad es: 9 (14,5%) de 25 a 34 años, 17 (27,4%) de 35 a 44 años, 15 (24,2%) de 45 a 54 años, 10 (16,1%) de 55 a 64 años, 7 (11,3%) de 65 a 74 años y 4 (6,5%) > 75 años. En 8 pacientes (12,9%) no hubo contacto telefónico. De los 54 pacientes (87,09%) contactados, 52 (96,09%) respondieron de forma afirmativa y sólo 2 (3,70%) no aceptaron participar. El tiempo medio total empleado en cada paciente fue de 40 minutos, distribuido en: Explicación telefónica y citación del paciente: 8 minutos, y en Consulta de Enfermería: Resolver preguntas y dudas: 4 minutos, cumplimentación del Consentimiento Informado: 2 minutos, Extracción de muestra de sangre: 4 minutos, Cuestionarios: 20 minutos y Registro: 2 minutos.

**Conclusiones:** El alto grado de colaboración de los pacientes encontrado en nuestro trabajo demuestra que los conocimientos de la Enfermería en el ámbito de la comunicación-empatía-relación-motivación son un factor clave para conseguir resultados eficaces en aquellas actividades que impliquen una participación activa de los pacientes.

## 74. REUMATOLOGIA EN UN HOSPITAL DE DÍA MÉDICO. NUESTRA EXPERIENCIA DESDE JUNIO DE 2006 A DICIEMBRE DE 2008

P. Gutiérrez, J.C. Menéndez, M.J. Álvarez, A. Argüelles y C. San José

*Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.*

**Introducción:** El Hospital de Día Médico (HDM) es una unidad polivalente que atiende a pacientes en forma ambulatoria sin comprometer la calidad de la atención.

**Objetivo:** Conocer las repercusiones de la asistencia a pacientes de Reumatología en un HDM

**Material y métodos:** Pacientes cuidados en el HDM equipado con 8 sillones, 2 enfermeras y una auxiliar en horario de 8 a 15 horas, desde su apertura en junio de 2006 al 31 de diciembre de 2008. El comienzo fue con agenda manual y pacientes de Reumatología y Metabolismo Óseo, que hasta la apertura del HDM recibían su tratamiento en 2 camas de la Unidad de Corta Estancia. Se fueron incorporando paulatinamente pacientes de otros servicios que eran

tratados en las unidades de hospitalización. De junio a agosto identificamos las acciones que realizaba el usuario para recibir el tratamiento y todas las que hacíamos nosotros con él y con los distintos departamentos del hospital. Trabajamos con Admisiones, Citaciones, Archivos, Farmacia e Informática con el objetivo de unificar acciones que evitaran al usuario deambular por el hospital. En agosto de 2006 diseñamos el funcionamiento del HDM, informatizamos la unidad y comenzamos a gestionar nosotros su funcionamiento. Disponemos de un registro de todos los pacientes con sus tratamientos y cuidados, lo que nos permite conocer la actividad por servicios y compararla.

**Resultados:** Hemos atendido a 756 pacientes, que han recibido 5.737 tratamientos empleando 13.500 horas. Los pacientes de Reumatología han sido 207 (27%), recibiendo 1.525 (26%) tratamientos y ocupando 4.637 (34%) horas del HDM. A 31 de diciembre de 2008 continúan en tratamiento 449 pacientes de los que 117 pertenecen a Reumatología, estando diagnosticados 55 de artritis reumatoide, 22 de espondilitis anquilosante, 20 de artropatía psoriática y otros 20 con diagnósticos varios. La ocupación por servicios ha sido progresiva y creciente en general, siendo Reumatología (34,5%) quien la lidera, seguida por Digestivo (21,5%), Neurología (17%), Vascular (11,5%), M. Interna (7,5%), M. óseo (5%) y Neumología (1,3%). El resto (2,7%) está repartido entre Nefrología, Nutrición, Radioterapia, Dermatología y Cirugía General. El HDM tiene un 7% de fallos a la cita de tratamiento. Reumatología (5%) está por debajo, aunque es el servicio con más tratamientos. Por encima de la media se encuentran Neurología (10%) y Digestivo (9%). El paciente ahora acude directamente al HDM, recibe el tratamiento y marcha al domicilio con todo gestionado. Tenemos protocolizados los Cuidados de Enfermería para cada tratamiento al igual que están establecidas unas Normas de funcionamiento del HDM.

**Conclusiones:** 1. El HDM proporciona confort a los pacientes, les evita el ingreso y los trámites por el hospital y atiende sus necesidades. 2. Los pacientes han pasado a ser cuidados por el mismo personal de enfermería, con planes de cuidados para cada tratamiento, de forma que minimizando la variabilidad conseguimos cuidados eficientes. 3. Reumatología representa la tercera parte de la actividad del HDM, proporciona la cuarta parte de los pacientes y mantiene un índice de fallos a la cita por debajo de la media.

## 75. VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES DE EDUCACIÓN EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE UTILIZANDO LA VERSIÓN ESPAÑOLA DEL CUESTIONARIO ENAT (SPENAT)

J. de la Torre-Aboki<sup>1</sup>, A. García-Palao<sup>1</sup>, A. Carbonell-Jordá<sup>2</sup>, N. Martínez-Alberola<sup>3</sup>, J. Hill<sup>4</sup> y M. Ndosí<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Sección de Reumatología, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante. <sup>2</sup>Sección de Reumatología, Hospital General de San Juan, Alicante. <sup>3</sup>Sección de Reumatología, Hospital General de Elda, Alicante. <sup>4</sup>Academic and Clinical Unit for Musculoskeletal Nursing, Leeds, Reino Unido.

**Introducción:** La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune crónica de etiología desconocida que se caracteriza por la aparición de inflamación en la membrana sinovial de las articulaciones, produciendo dolor, daño estructural y por tanto, discapacidad funcional. Los pacientes han de aprender a convivir con la enfermedad y tratar de manejarse en la realización de actividades de la vida básica. La mayoría de los pacientes desean recibir información sobre su enfermedad y tratamientos, y la mayoría de las enfermeras dan dicha información, pero existen discrepancias entre la información que el paciente quiere recibir y la contenida en los programas de educación que se les proporciona. Para evidenciar dicha discrepancia se desarrolló el cuestionario Arthritis Educational Needs Assessment Tool –ENAT– (Hardware et al 2004).

**Objetivo:** Valorar las necesidades educacionales de pacientes con AR mediante la versión española del cuestionario ENAT (SpENAT).

**Método:** El cuestionario ENAT es un cuestionario autoaplicado compuesto de 39 ítems agrupados en 7 dominios (Manejo del dolor, Movilidad, Sentimientos, Proceso de la enfermedad, Tratamientos, Medidas de autoayuda y Apoyo recibido). Al paciente se le pregunta "Cuánto desea saber sobre los temas siguientes" y los ítems se puntúan por medio de una escala Likert con cinco opciones de respuesta (1 = No me importa nada 5 = Me importa muchísimo). Se realizó la traducción y adaptación transcultural al Español del cuestionario original, basándonos en el método de Beaton et al (2000). Una vez creado se realizó una prueba piloto en 25 pacientes con AR, posteriormente, se administró a 125 pacientes con AR. Tras realizar el Rasch Analysis se confirmó la validez del cuestionario para la valoración de necesidades educacionales en pacientes con AR en España. Se realizó un análisis descriptivo de los datos y el test de Kruskal-Wallis fue utilizado para determinar diferencias entre los grupos de pacientes.

**Resultado:** Los pacientes eran en su mayoría mujeres (69%). La edad media fue 57 años (rango: 27-86). La duración media de la enfermedad fue de 10 años (rango: 1-37). Los pacientes con niveles básicos de formación fueron el 18%, con formación secundaria el 44% y con formación superior el 54%. Los pacientes puntuaron sus necesidades educacionales como "Me importa muchísimo" en todos los dominios. Las mujeres más puntuaron más elevadas sus necesidades educacionales que los hombres en todos los dominios excepto en "Manejo del dolor". No se observaron diferencias de necesidades educacionales comparando grupos de edad. A menor duración de enfermedad (menos de 4 años), se puntuó, de manera significativa, más necesidades de educación en todos los dominios. Las necesidades educacionales variaron en función de los niveles de formación; los pacientes con formación superior, mostraron menores necesidades educacionales en "Manejo del dolor" y "Tratamiento", mientras que los pacientes con formación secundaria, mostraron más necesidades educacionales en "Movilidad", "Proceso de la enfermedad" y "Apoyo recibido".

**Conclusión:** Los resultados sugieren que el cuestionario SpENAT es una herramienta válida para valorar necesidades de educación en pacientes con AR. Los pacientes españoles con AR consideran muy importante más información en todos los dominios. Se ha de enfatizar la instauración de programas de educación estructurados en la práctica clínica.

## 76. NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN TRATAMIENTO CON ADALIMUMAB FRENTE A LOS METODOS DE APLICACIÓN

E. Fernández Ulloa<sup>1</sup>, P. García Casado<sup>1</sup> y S. Blanco Abril<sup>2</sup>

Hospital Universitario Ramón y Cajal, <sup>1</sup>Servicio Reumatología. <sup>2</sup>Servicio Urgencias. Madrid.

**Introducción:** Las enfermedades reumatológicas constituyen la 1.<sup>a</sup> causa de invalidez permanente y la 3.<sup>a</sup> de invalidez temporal. Engloban más de 250 patologías y afectan al 57% de los españoles de más de 20 años de edad. Son enfermedades dolorosas y crónicas que provocan una importante dependencia sanitaria, destacando la asistencia enfermera que precisan. Las nuevas terapias biológicas como son los Anti-TNF hacen frente a estas enfermedades a la vez que suponen un compromiso y/o entrenamiento específico por parte del paciente para la correcta aplicación de las mismas. Teniendo en cuenta la metodología enfermera y trabajando de acuerdo a un plan de cuidados estandarizados queremos valorar la satisfacción que tienen los pacientes que acuden a la Unidad de Reumatología del Hospital Ramón y Cajal para la correcta administración de adalimumab. Podemos utilizar pluma autoinyectora y jeringa precargada según criterio de la enfermera que realiza la técnica previa prescripción médica. Consi-

deramos imprescindible hacer partícipe al paciente de sus propios cuidados, integrándolo en el equipo sanitario para obtener una mejor respuesta en cuanto a la adherencia al tratamiento y mejor control de la enfermedad.

**Objetivos:** Valorar la percepción del paciente frente a los 2 dispositivos, pluma o jeringa.

**Material y métodos:** Se trata de un estudio descriptivo observacional. Mediante encuesta analógica autodiseñada con puntuaciones del 1 al 10, siendo 1 mayor facilidad o menor dolor y grado de nerviosismo y 10 mayor dificultad o mayor dolor y grado de nerviosismo. De una muestra total de 40 pacientes, 12 son excluidos del estudio por haber utilizado solamente 1 de los dos métodos de inyección. Valorando en los otros 30 los siguientes ítems: 1.- Facilidad de manejo, 2.- Facilidad de aprendizaje, 3.- Facilidad para saber si se ha terminado de inyectar toda la dosis, 4.- Facilidad para la sujeción del dispositivo con las manos, 5.- Facilidad para accionar el dispositivo, 6.- Nivel de nerviosismo a la hora de pincharse, 7.- Nivel de dolor con el pinchazo. Respecto al uso de uno u otro dispositivo. Mediante la aplicación informática SPSS 12.0, sometemos los datos a un análisis de la varianza mediante el test de t de Student.

**Resultados:** La edad media de los pacientes estudiados fue de 53,71 años con una desviación típica de 16,650 y una distribución por sexo del 71,4% mujeres y 28,6% hombres. Respecto al diagnóstico de su enfermedad el 75% presentaban Artritis Reumatoide (AR), el 14,3% Espondilitis Anquilosante (EA), el 7,1% Artritis Crónica Juvenil (ACJ) y el 3,6% otras patologías. En cuanto al análisis de los ítems anteriormente mencionados no se observan diferencias estadísticamente significativas entre la pluma auto-inyectora y la jeringa precargada, si bien es cierto que el valor de la media en todos los ítems de la pluma es ligeramente inferior a la jeringa precargada.

**Conclusiones:** No existen diferencias estadísticamente significativas entre el uso de pluma auto-inyectora o jeringa precargada obteniendo la pluma mejor puntuación que la jeringa, creemos que en una muestra mayor si podrían llegarse a producir diferencias significativas, por tanto creemos que el tema merece un estudio en mayor profundidad.

## 77. ESTUDIO MULTICÉNTRICO, ALEATORIZADO Y CONTROLADO DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON DIATERMIA REGENERATIVA EN LA TENDINITIS AQUÍLEA, BURSITIS TROCANTÉREA Y SÍNDROME TEMPOROMANDIBULAR

V. Poca Días<sup>1</sup>, R. Foraster Lloret<sup>2</sup>, S. Ramón Rona<sup>3</sup>, J. González Lagunas<sup>4</sup>, C. Santos<sup>5</sup> y F.J. García Fructuoso<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología, Clínica CIMA, Barcelona. <sup>2</sup>Servicio de Fisioterapia y Rehabilitación. Clínica CIMA, Barcelona. <sup>3</sup>Servicio de Rehabilitación. Hospital Quirón, Barcelona. <sup>4</sup>Servicio de Cirugía Maxilofacial, Hospital Quirón, Barcelona. <sup>5</sup>Departamento BABVE, Universidad Autónoma Barcelona, Bellaterra.

**Introducción:** La utilización de electromedicina en la terapéutica física aplicada en el ámbito de la reumatología presenta, en general, insuficiencias importantes en cuanto a sus niveles de evidencia, en contraste con su masiva utilización. En los últimos años, la utilización de la diatermia, ha aumentado de forma considerable sin que hayamos podido localizar bibliografía que la sustente. Hemos considerado de interés estudiar de forma multicéntrica, aleatorizada y controlada, la eficacia y seguridad de un equipo TECAR (radiofrecuencia a 0,5 MHz), en tres patologías que permiten un diagnóstico fiable y reproducible, de difícil tratamiento, y con tendencia a la cronicación o recidiva (Tendinitis Aquilea –TA–, Bursitis Trocantérea –BT– y Síndrome Temporo Mandibular –STM–).

**Material y métodos:** El estudio, que suscribe la Declaración de Helsinki, y que contó con la aprobación del CEIC de referencia de la Clínica CIMA, ofreció la posibilidad de participar en el mismo a to-

dos los pacientes de los dos centros participantes (Hospital Quirón y Clínica CIMA). Los pacientes sufrían cualquiera de las tres patologías por un tiempo superior a 1 mes y todos firmaron un consentimiento informado. Tras retirada farmacológica analgésica y antiinflamatoria, con la excepción de Paracetamol, se practicaron EVA, SF-36 y escalas de impresión paciente/observador (de 5 niveles), en las visitas de inicio y finalización (tras 12 sesiones durante 1 mes). Los pacientes podían ser sometidos, de forma aleatoria, a un equipo efectivo (TECAR HCR902) o a un equipo ficticio de aspecto idéntico, suministrado por el mismo fabricante. Se incluyeron 66 pacientes (50 mujeres y 13 varones, edad media = 46,4 años) con la siguiente distribución: 12 TA (6 placebo/6 efectivo), 18 STM (12 placebo/6 efectivo), 33 BT (12 placebo/ 21 efectivo). 3 abandonaron el estudio.

**Resultados:** Se aprecia una disminución significativa de valores EVA entre inicio y final ( $p = 0,01$ ), sin que el patrón de disminución presente diferencias entre las patologías ni entre placebo o efectivo. No hay alteración significativa en el SF-36, ni por patologías ni por grupos placebo/efectivo. La impresión subjetiva presenta diferencias significativas en TA y BT entre placebo y efectivo (Respuesta = “mucho mejor” = Placebo TA = 0%, Efectivo TA = 66,7%; Placebo BT = 0%, Efectivo BT = 14,0%), no hay diferencias en STM. La edad y el sexo no parecen influir en la respuesta. Tanto en efectivos como en placebos, existe una correlación significativa entre la diferencia de EVA (EVA previa/posterior) y la impresión al acabar (Tau-b de Kendall Efectivo:  $R = -0,576$ ;  $p > 0,001$ ; Placebo:  $R = -0,475$ ;  $p = 0,003$ ).

**Conclusiones:** Es destacable el alto grado de fidelización y aceptación de esta propuesta terapéutica, así como la ausencia de efectos secundarios o indeseables. La impresión de mejoría es potente en los casos de TA y BT, sin que tenga contraste en EVA ni en SF-36 que tienen una respuesta similar ante el placebo, siendo la EVA la que mejor refleja la linealidad de la respuesta clínica. Aunque el efecto placebo se presume alto en este tipo de aplicaciones, las diferencias observadas sugieren el interés de un seguimiento prolongado tras la aplicación, como ya está haciendo el equipo investigador. La impresión del paciente parece el método más fiable de evaluación de resultados en la aplicación de esta técnica, que bajo esta medida, parece muy útil en el tratamiento a corto plazo de la TA, útil en la BT y no efectiva en STM, lo que debería confirmarse aumentando el tamaño muestral.

## 78. MANEJO DEL DOLOR LUMBAR EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

C. Gómez Vaquero<sup>1</sup>, M. Martínez Gil<sup>2</sup>, M. Caubet<sup>3</sup>, L. Tarín<sup>3</sup>, M. Segundo<sup>3</sup> y J.M. Nolla<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitari de Bellvitge. <sup>2</sup>Urgencias. Hospital Mutua de Terrassa. <sup>3</sup>Medicina de Familia. DAP L'Hospitalet. Barcelona.

**Introducción:** La lumbalgia es una patología prevalente en la población general adulta, causa de incapacidad laboral frecuente y motivo de consulta habitual a los servicios de urgencias y a las consultas de Reumatología.

**Objetivos:** Describir el perfil del paciente que consulta a urgencias por una lumbalgia. Evaluar el manejo de estos pacientes.

**Métodos:** El estudio se ha realizado en el Servicio de Urgencias de un hospital terciario universitario. Se han revisado de forma retrospectiva los informes de alta del servicio de urgencias de todos los pacientes cuyo motivo de consulta fue lumbalgia de origen no traumático durante el año 2006. Se realizaron 125.923 visitas con una media de 345 visitas al día; de ellas, 16.707 (13%, 46 visitas/día) se realizaron en la sección de Traumatología. Se identificaron 1965 visitas por lumbalgia (1,5% del total de visitas), de las cuales 162 (8,2%) fueron reconsultas; el estudio se ha realizado únicamente en

los 1803 pacientes que consultaron por primera vez. Se han recogido los siguientes datos: a) filiación del paciente, b) características del dolor (duración, ritmo, localización, recurrencia), c) señales de alerta, d) exploración física, e) exploraciones complementarias, f) tratamiento, g) destino al alta. El tratamiento estadístico realizado ha sido básicamente descriptivo; las diferencias entre grupos de pacientes se han analizado mediante ANOVA con un nivel de significancia de 0,05.

**Resultados:** Ochocientos sesenta y dos hombres y 941 mujeres (edad media:  $49 \pm 17$  vs  $55 \pm 18$  años;  $p < 0,05$ ) consultaron a urgencias por dolor lumbar. El 63% no había presentado episodios previos de lumbalgia. De las lumbalgias agudas (duración inferior a 3 meses;  $n: 1548$ ), el 75% de los pacientes acudió a urgencias sin haber consultado previamente a otro médico; de las lumbalgias crónicas ( $n: 183$ ), el 9% no había consultado ( $p < 0,05$ ). El 43% de los pacientes con lumbalgia aguda y el 8%, crónica ( $p < 0,05$ ) refería no haber tomado analgesia antes de consultar a urgencias. El valor de la EVA del dolor se recogió en 10 informes; el mecanismo de producción del dolor, en el 73%; el ritmo de dolor, en el 60%. Treinta y cuatro pacientes referían un dolor de ritmo inflamatorio; de ellos, seis presentaban patología infecciosa o neoplásica. El dolor se irradiaba a EEII en el 49% de los pacientes, el 39% de ellos con distribución radicular. La presencia o ausencia de señales de alerta constaba en el 13% de los informes. Respecto a la exploración física: la exploración de la movilidad constaba en el 78% de los informes (65%, con movilidad limitada); la marcha de talones y puntillas, en el 2%; los ROT, en el 36%; las maniobras radiculares, en el 79%. Las exploraciones complementarias practicadas fueron: ninguna, en el 27%; una radiografía de columna lumbar, en el 72%. En urgencias, se administró tratamiento analgésico al 30% de los pacientes. Al alta, los tratamientos pautados con mayor frecuencia fueron: AINE en monoterapia al 55% y AINE en combinación con paracetamol al 26%. Se realizaron 22 ingresos.

**Conclusiones:** Con frecuencia, los pacientes que acuden a urgencias por lumbalgia aguda no han consultado a su médico de familia ni han tomado analgesia previamente. Los informes de alta no contienen muchos de los datos recomendados en la mayoría de guías de práctica clínica. La indicación de exploraciones complementarias y el tratamiento al alta tampoco se ajustan a las mismas.

## 79. ENFERMEDAD DE STILL Y SÍNDROME DE ACTIVACIÓN MACROFÁGICA

J. Atxotegi<sup>1</sup>, O. Maiz<sup>1</sup>, E. Uriarte<sup>1</sup>, J. Cancio<sup>1</sup>, Á. Mendiá<sup>2</sup>, I. Ruiz<sup>3</sup> y J. Belzunegui<sup>1</sup>

Sección de Reumatología<sup>1</sup>, Servicio Medicina Intensiva<sup>2</sup>, Servicio Anatomía Patológica<sup>3</sup> del Hospital Donostia, Gipuzkoa.

**Introducción:** El Síndrome de Activación MACrofágica (SAM) es una grave y rara entidad descrita en asociación a toma de fármacos y a diversas enfermedades que incluyen conectivopatías, infecciones, inmunodeficiencias y tumores. Dada su rareza presentamos dos casos de enfermedad de Still con SAM.

**Material y métodos:** Caso 1. Mujer diagnosticada de enfermedad de Still a los 10 años por cuadro de fiebre en picos y oligoartritis. A los 15 y 18 años padeció 2 rebotes, uno de ellos con pericarditis. A los 22 años ingresó con fiebre. En la analítica destacó: VSG 48 mm/h, PCR 88,79 mg/l, hemoglobina 11 g/dl, leucocitos 13.700/mm, plaquetas 95.000/mm, bilirrubina 6,3 mg/dl, GOT 582 U/l, LDH 3.773 U/l, triglicéridos 471 mg/dl, fibrinógeno 208 mg/dl, ferritina 64.126 ng/ml, Serología IgG e IgM para virus Epstein-Barr positiva, Aspirado medular compatible con hemofagocitosis. Tratada con dexametasona y 6 mg/Kg de ciclosporina mejoría espectacular. Caso 2. Mujer de 35 años sin antecedentes de interés que ingresó por fiebre, rash, odinofagia y artralgias diagnosticándose de enfermedad de Still. Tratada

inicialmente con esteroides la evolución fue negativa presentando fracaso multiorgánico con distrés respiratorio y requiriendo ventilación mecánica. En la analítica destacó: VSG 21 mm/h, PCR 253 mg/l, hemoglobina 7,2 g/dl, leucocitos 6.700/mm, plaquetas 56.000/mm, bilirrubina 12,5 mg/dl, GOT 1.260 U/l, GPT 580 U/l, LDH 7.748 U/l, triglicéridos 604 mg/dl, fibrinógeno 105 mg/dl, ferritina de 175.266 ng/ml. El mielograma mostró aumento de elementos del sistema monocito-macrófago con imagen de hemofagocitosis. En el líquido peritoneal se apreciaron macrófagos con fragmentos de leucocitos y hematías intracitoplasmáticos. Se inició tratamiento con ciclosporina 5 mg/Kg/día sin mejoría a las 48 horas por lo que se añadió un antagonista del receptor de la IL-1, 100 mg/día vía subcutánea. Desde entonces la evolución fue satisfactoria, mejorando todos los parámetros analíticos y quedando asintomática.

**Conclusiones:** De lo descrito en nuestros casos y lo revisado en la literatura nos gustaría destacar: 1. El SAM es una entidad probablemente infradiagnosticada pues en muchos casos se asemeja a la entidad a la que se asocia. 2. EL SAM y la enfermedad de Still pueden aparecer conjuntamente (Caso 2) o con años de diferencia (Caso 1). 3. EL SAM es muy grave y precisa terapia temprana y agresiva. 4. En el SAM se han encontrado niveles muy elevados de diversas citocinas como IL-1, IL-6 y TNF. 5. La escasa bibliografía hace que la actitud terapéutica a tomar no sea clara. Prácticamente siempre se utilizan esteroides. La ciclosporina (como en nuestro primer caso, no así en el segundo) se ha demostrado muy eficaz en ocasiones. Con ella se ha descrito un efecto terapéutico espectacular incluso en pocas horas (efecto switch-off). 6. Los antiTNF pueden ser muy eficaces pero se han descrito casos de SAM justo después de su administración. 7. Anakinra y Tocilizumab son fármacos muy eficaces en la enfermedad de Still y probablemente en el SAM asociado (caso 2). 8. El estudio citopatológico de líquidos corporales puede ayudar al diagnóstico.

## 80. ENFERMEDAD DE KIKUCHI – FUJIMOTO O LINFADENITIS NECROTIZANTE. ENTIDAD A TENER EN CUENTA EN REUMATOLOGÍA. REVISIÓN DE CUATRO CASOS

A. Rueda, C. Campos, J. Calvo, E. Sánchez, A. Baixauli, E. Mateo, M.I. González-Cruz y M.D. Pastor

Reumatología y M. óseo. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia.

**Introducción:** La enfermedad de Kikuchi-Fujimoto (EK) es una entidad poco frecuente, benigna, autolimitada, febril y que se caracteriza por un compromiso inflamatorio ganglionar.

**Objetivos:** Presentamos 4 pacientes (3 mujeres y un hombre; edad media 23,7 años), con cuadro febril y adenopatías. Se descartaron otras patologías infecciosas, autoinmunes y neoplásicas, confirmando la biopsia ganglionar el diagnóstico de enfermedad de Kikuchi – Fujimoto.

**Material y métodos:** Caso 1: Mujer de 25 años, con fiebre de 15 días de evolución. A la exploración: adenopatías y hepatoesplenomegalia. Elevación de GOT/GPT/VS Médula ósea (MO) normal. TAC: hepatoesplenomegalia y adenopatías axilares. Caso 2: Mujer de 17 años con repetidos episodios febriles en los últimos seis meses y adenopatías cervicales. Sólo destacable aumento de VS y beta 2 microglobulina. Caso 3: Mujer de 22 años con fiebre, astenia y anorexia de un mes de evolución. Episodio semejante previo. Adenopatía axilar derecha. Anemia macrocítica con aumento de VS ANA 1/320. TAC: hepatoesplenomegalia y adenopatías axilares y abdominales. MO normal. Caso 4: Varón de 31 años con cuadro febril de 3 meses de evolución, afectación de estado general y artralgias. Elevación de VS, anemia y colostasis disociada. Adenopatías y hepatoesplenomegalia. En los 4 casos, la biopsia ganglionar confirmó el diagnóstico de EK.

**Conclusiones:** La EK es un proceso linfático benigno infrecuente, de incidencia y prevalencia desconocidas, que afecta sobre todo a mujeres menores de 40 años, como en los casos que presentamos. La etiopatogenia es desconocida (posible proceso autoinmune con intervención vírica y reacción hiperinmune de células T e histiocitos activados). Debuta con adenopatías, acompañándose de fiebre en un 40% de casos, siendo menos frecuente la hepatoesplenomegalia, lesiones cutáneas, artralgias, etc. La analítica es inespecífica. El diagnóstico es histológico: compromiso de linfocitos T, focos necróticos paracorticales y marcada proliferación de histiocitos y macrófagos, con ausencia de neutrófilos. Estableceremos el diagnóstico diferencial con otras linfadenitis necrotizantes: infecciosas (TB), autoinmunes (LES) y sobre todo malignas como el linfoma. Generalmente presentan buena respuesta a los AINEs o corticoides, dependiendo de la severidad clínica. El pronóstico es bueno y las recurrencias excepcionales. Es importante seguir la evolución de los pacientes ante la posibilidad de cuadro autoinmune, fundamentalmente LES.

### 81. DEBUT DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL TRAS INICIO DE TRATAMIENTO CON ETANERCEPT: A PROPÓSITO DE TRES CASOS

M.G. Bonilla Hernán, C. Castillo Gallego, D. Peiteado López, L. Nuño Nuño, M. García Arias, A. Balsa Criado y E. Martín-Mola

*Servicio de Reumatología Hospital Universitario La Paz, Madrid.*

**Introducción:** El TNF $\alpha$  juega un papel importante en la patogénesis de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII). La administración de anticuerpos monoclonales dirigido contra el TNF $\alpha$  han demostrado su eficacia en la colitis Ulcerosa (CU) y la Enfermedad de Crohn (EC). Sin embargo, se han descrito casos de brotes o desarrollo de CU y EC en pacientes con Artritis Reumatoide (AR) o Espondiloartropatías después del inicio de tratamiento con inhibidores del TNF $\alpha$ .

**Objetivo:** Describir nuestra experiencia en el debut de EII en pacientes con enfermedad reumatológica tras el inicio con etanercept.

**Pacientes y métodos:** Caso 1: Mujer de 48 años con AR Factor Reumatoide positivo, diagnosticada en el año 1996. Había sido tratada con AINES, glucocorticoides (GC) y como FAMES sales de oro, metotrexato, salazopirina y leflunomida. En 2001 por persistencia de la actividad se inició infliximab con importante mejoría. Tras 4 años desarrolló múltiples lesiones cutáneas compatibles con psoriasis, que se confirmó histológicamente. Las lesiones persistieron a pesar de tratamiento convencional, ante lo cual se suspendió infliximab con el consiguiente empeoramiento articular. Debido a la actividad articular y cutánea se inició etanercept. Meses después tuvo un primer episodio de rectorragia. Fue valorada en Digestivo y tras la realización de las pruebas complementarias se diagnosticó de CU. Tras este hallazgo se suspendió etanercept y se inició mesalazina y adalimumab, con mejoría de la clínica intestinal y articular. Caso 2: Varón de 62 años diagnosticado de Espondilitis Anquilosante (EA) a los 36 años. Recibió tratamiento con varios AINEs, salazopirina y metotrexato, precisando implantación de prótesis en ambas caderas por coxitis secundaria a la espondilitis. Por persistencia de la actividad clínica se inició etanercept. Aproximadamente 1 año después del inicio, comenzó con diarrea y tras ser estudiado se diagnosticó de EC. Se retiró etanercept y se inició tratamiento con GC y mesalazina con mejoría clínica. Caso 3: Varón de 46 años diagnosticado de EA en 2004. Recibió tratamiento con varios AINEs y tras 8 meses, por persistencia de la actividad se inició etanercept. Cuatro años después comenzó con fiebre y dolor abdominal que requirió ingreso hospitalario, durante el cual se diagnosticó de EC. Se suspendió el tratamiento con etanercept e inició adalimumab.

**Conclusión:** los datos obtenidos en nuestra experiencia establecen cierta relación temporal entre el inicio del tratamiento con etanercept y el desarrollo de EII. Estas observaciones hacen pensar que

aunque se usan fármacos anti-TNF $\alpha$  en la EII, dado que sus mecanismos de acción son diferentes, en algún caso, el etanercept podría tener un papel en el desarrollo de EII.

### 82. EL EMBARAZO EN PACIENTES REUMÁTICAS: UTILIDAD DE UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR

C. Chalmeta Verdejo, N. Fernández-Llanio, J.A. Román-Ivorra, J. Ivorra-Cortés, S. Muñoz-Gil, J. Senabre-Gallego, E. Valls-Pascual, J.J. Alegre-Sancho, E. Beltrán-Catalán y A. Rueda-Cid

*Sección de Reumatología. Hospital Dr. Peset, Valencia.*

**Introducción:** Hasta hace pocos años, el embarazo era una posibilidad contraindicada en pacientes enfermedades reumáticas por la elevada frecuencia de aparición de complicaciones. El desarrollo de nuevos tratamientos farmacológicos que mejoran la esperanza y la calidad de vida de estas pacientes hacen que aumente en ellas el deseo de ser madres. La experiencia de equipos multidisciplinares, con la participación de reumatólogos, que llevan a cabo un correcto asesoramiento preconcepcional y un adecuado seguimiento durante el embarazo y el puerperio, permite la conclusión de la gestación en estas pacientes con menos complicaciones materno-fetales.

**Objetivos:** Ofrecer a nuestras pacientes la posibilidad de una atención adecuada que permita un resultado satisfactorio de la gestación y una mejor calidad de asistencia percibida. Secundariamente queremos obtener datos respecto a fertilidad en pacientes con diferentes patologías reumáticas.

**Material y método:** Junto con un obstetra hemos diseñado un protocolo de atención y seguimiento a las pacientes con diferentes enfermedades reumáticas que deseen quedar embarazadas. En una primera consulta previa a la concepción se informa a la paciente sobre riesgos tanto para la madre como para el feto, se revisan los tratamientos farmacológicos actuales y de los últimos meses así como los parámetros clínicos y analíticos de actividad de la enfermedad. Durante el embarazo se efectúan consultas mensuales junto con el obstetra para comprobar la correcta evolución de la gestación y la detección precoz de actividad de la enfermedad o complicaciones fetales. Tras el parto se aconseja a la madre sobre el tratamiento farmacológico que puede utilizar durante la lactancia y se reinstaura tratamiento para prevención de actividad de la enfermedad lo más precoz posible. Desde la puesta en marcha de la consulta en abril 2008 hemos atendido un total de 21 pacientes gestantes: 9 con poliartritis crónica; 1 con espondiloartropatía (EA) asociada a colitis ulcerosa; 4 con Lupus Eritematoso Sistémico (LES); 5 con síndrome antifosfolípido (SAF); 1 con sarcoidosis y 1 con síndrome Sjögren (SS).

**Resultados:** De las 21 gestaciones, 16 han concluido con recién nacidos (RN) sanos, 2 pacientes (1 paciente con artritis reumatoide y 1 paciente con SAF) han sufrido un aborto y en las 3 restantes la gestación evoluciona satisfactoriamente. De los 16 RN sanos, en 3 el parto se indujo de forma prematura por retraso del crecimiento intrauterino (1 de ellos acompañado de preeclampsia). En todas las pacientes el embarazo tuvo lugar en ausencia de enfermedad activa y habiendo suspendido fármacos con capacidad teratogénica al menos 3 meses antes de la concepción.

**Conclusión:** la gestación en pacientes con enfermedades reumáticas puede llevarse a cabo de forma satisfactoria. Un adecuado seguimiento materno-fetal en equipos multidisciplinares facilita el correcto asesoramiento de las pacientes y la detección precoz de complicaciones.

### 83. INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES EN UN HOSPITAL TERCIARIO DE MADRID

C. Vadiillo, L. Abásolo, C. Hernández, C. Lajas, E. Pato, C. Martínez y J.Á. Jover

Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

**Introducción:** La tuberculosis (TB) es un problema de salud pública a nivel mundial. Los pacientes con enfermedades reumáticas sistémicas tienen un riesgo alto de presentar infecciones oportunistas.

**Objetivo:** a) Describir la incidencia y las características en pacientes con TB y enfermedades autoinmunes de un Hospital terciario. b) Mostrar el riesgo de TB con terapias biológicas. c) Valorar la incidencia de TB tras la aparición de las recomendaciones para la profilaxis en TB latente.

**Métodos:** Estudio de Cohortes retrospectivo, que incluye los pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas atendidos en consulta de reumatología de un hospital terciario desde enero 1991 hasta diciembre 2006. Caso de TB: a) Cultivo positivo para *Mycobacterium tuberculosis*; o b) Cuadro clínico compatible que responde a tratamiento tuberculoestático. Los datos se recogieron de una base de datos establecida en 1991 para el seguimiento longitudinal de pacientes reumatológicos. Se registraron datos clínicos, sociodemográficos y de tratamiento de todos los pacientes. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes con TB registrándose datos específicos de: tratamiento, screening de la TB, profilaxis, y características de la TB. Se estimó la incidencia de TB por 100.000 pacientes-año con el 95% del intervalo de confianza (95% IC) en los pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas. Posteriormente se analizó el riesgo relativo de TB (IRR) con el 95% IC en los pacientes con terapias biológicas comparados con aquellos que no las utilizaban mediante un modelo de Poisson. Finalmente, analizamos la incidencia de TB pre y post recomendaciones para la profilaxis en TB latente, estableciendo como corte marzo de 2002.

**Resultados:** Incluimos un total de 5.532 pacientes con enfermedades autoinmunes. El seguimiento total fue de 24.082 personas-año. Encontramos 30 casos de TB: 93% eran mujeres, con una edad media de 62 años, siendo el diagnóstico más frecuente el de artritis reumatoide. 30% utilizaban biológicos, 40% metotrexate y 80% al menos 7,5mg de prednisona durante más de tres meses. El 75% tuvo afectación extrapulmonar. La incidencia de TB fue mayor para enfermos con enfermedad mixta de tejido conectivo 645,0 (IC95%: 115,6-1849,3), seguido de lupus 261,6 (IC95%: 98,2-697,1), siendo la espondiloartropatía la que tuvo menor incidencia de TB 34,4 (IC95%: 8,6-137,8). La incidencia de TB en pacientes tomando biológicos fue de 645,0 (IC95%: 366,4-1.136,0), mientras que la de los que no lo tomaban fue de 80,9 (IC95%: 51,0-128,5). El riesgo de TB en pacientes tomando biológicos en comparación con aquellos que no los tomaban fue de 6,2 (IC95%; 2,7-14,3) ajustado por edad, sexo, inicio de la enfermedad y diagnóstico. La incidencia de TB para aquellos pacientes pre recomendaciones para la profilaxis en TB latente fue de 143,4 (IC95%: 91,4-248,8), disminuyendo a 92,4 (IC95%: 51,2-166,9) posterior a marzo del 2002.

**Conclusión:** Los pacientes con enfermedades reumáticas sistémicas tienen una incidencia de TB alta, con mayor frecuencia de afectación extrapulmonar. La incidencia de TB se modifica con los diagnósticos y con los tratamientos utilizados. Así, los fármacos biológicos se asocian a un mayor riesgo de infección tuberculosa en estos pacientes. No obstante las recomendaciones para la profilaxis en TB latente parecen eficaces en nuestro medio.

Tabla Resumen 84

	N	TI/1.000 p-a	TI población general/1.000 p-a	Etanercept	Infliximab	Adalimumab
Enfermedad desmielinizante	9	0,42 (0,22-0,81)	-	0,57 (0,21-1,51)	0,44 (0,19-1,07)	-
Neuritis óptica	5	0,23 (0,10-0,56)	0,05 <sup>1</sup>	0,28 (0,07-1,14)	0,27 (0,09-0,83)	-
Esclerosis múltiple	1	0,05 (0,01-0,33)	0,04-0,06 <sup>2</sup>	-	0,09 (0,01-0,6)	-

### 84. ENFERMEDADES DESMIELINIZANTES, NEURITIS ÓPTICA Y ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN ENFERMEDADES REUMÁTICAS TRATADAS CON ANTAGONISTAS DEL TNF $\alpha$

M.C. Fernández-Espartero<sup>1</sup>, B. Pérez Zafri<sup>2</sup>, R. Roselló<sup>3</sup>, A. Mera<sup>4</sup>, L. Silva<sup>5</sup>, J. Calvo-Alén<sup>6</sup>, T. Ruiz<sup>6</sup>, R. Noguera<sup>7</sup>, J. Maymó<sup>8</sup>, D. Boquet<sup>9</sup>, J. Salaberri<sup>10</sup> y L. Carmona<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario de Móstoles. <sup>2</sup>Unidad de Investigación. FER. <sup>3</sup>Hospital General San Jorge, Huesca. <sup>4</sup>Hospital Universitario de Santiago. <sup>5</sup>Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. <sup>6</sup>Hospital de Sierrallana, Torrelavega, Cantabria. <sup>7</sup>Hospital General Universitario de Elche. <sup>8</sup>IMAS. Hospital de l'Esperança y del Mar, Barcelona. <sup>9</sup>Hospital Arnau de Vilanova, Lleida. <sup>10</sup>Hospital del SAS, Jerez.

**Introducción:** El factor de necrosis tumoral alfa (TNF $\alpha$ ) desempeña un importante papel en la patogenia de la enfermedad desmielinizante del sistema nervioso central. El bloqueo del TNF $\alpha$  con anticuerpos monoclonales o con los receptores solubles de TNF $\alpha$  disminuye la severidad de la encefalomiелitis autoinmune experimental, modelo animal de la esclerosis múltiple, sin embargo, los antagonistas del TNF $\alpha$  empeoran, de forma inesperada, la esclerosis múltiple.

**Objetivos:** Estimar la tasa de incidencia (TI) de enfermedad desmielinizante, de neuritis óptica, y de esclerosis múltiple en pacientes con enfermedades reumáticas tratados con antagonistas del TNF $\alpha$ , compararla con la TI en la población general y describir todos los casos comunicados a BIOBADASER.

**Métodos:** BIOBADASER es un registro establecido en el año 2001 para determinar la seguridad de las terapias biológicas en enfermedades reumáticas. Se recogen datos de los pacientes (sexo, edad, diagnóstico, fecha de diagnóstico), tratamiento (tipo, fecha de inicio y fin) y acontecimientos adversos relevantes. Hasta Septiembre de 2008 se han incluido 9.256 pacientes reumáticos con tratamiento biológico, con una exposición de 21425 pacientes-años. Calculamos la TI para los diferentes tratamientos anti-TNF $\alpha$  y los comparamos con la TI en la población general.

**Resultados:** Identificamos 49 pacientes con signos y síntomas neurológicos de inicio en BIOBADASER, con una edad media de 55  $\pm$  12 años. En 40 casos, los síntomas neurológicos aparecieron con el primer anti-TNF $\alpha$ . En 32 pacientes se suspendió el tratamiento. En 16 pacientes el resultado fue comunicado como "curado". Se confirmó el diagnóstico de enfermedad desmielinizante en 9 pacientes, de neuritis óptica en 5 pacientes y de esclerosis múltiple en un paciente. La tabla muestra la TI de estas patologías en la población general y con los distintos anti-TNF $\alpha$ . No hay diferencias significativas entre etanercept e infliximab, y no hay casos comunicados con adalimumab. Ver tabla.

**Conclusión:** La TI de esclerosis múltiple en BIOBADASER es similar a la de la población general. Sin embargo la TI de neuritis óptica es mayor en los pacientes reumáticos tratados con antagonistas del TNF $\alpha$  que en la población general.

### 85. ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO: REVISIÓN DE 41 CASOS

E. Riera<sup>1</sup>, A. Olivé<sup>2</sup>, J. Narváez<sup>3</sup>, S. Holgado<sup>2</sup>, M.M. Bianchi<sup>3</sup>, L. Mateo<sup>2</sup>, P. Santo<sup>3</sup>, X. Tena<sup>2</sup> y J.M. Nolla<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Mútua de Terrassa, Barcelona. <sup>2</sup>Hospital Universitari Germans Trias i Pujol de Badalona, Barcelona. <sup>3</sup>Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona.

**Objetivo:** Describir las características clínicas, el tratamiento, la evolución, el pronóstico y clase funcional de 41 pacientes con enfermedad de Still del adulto (ESA).

**Métodos:** Estudio retrospectivo: 1984-2008. Multicéntrico. Se revisan las historias clínicas de los pacientes con ESA atendidos en el servicio de reumatología del 2 Hospitales universitarios del área de Barcelona. Todos los pacientes cumplían los criterios de clasificación de Yamaguchi et al. (J Rheumatol 1992; 19: 424-430).

**Resultados:** Se incluyeron 41 pacientes (15 varones y 25 mujeres). Edad media en el momento del diagnóstico de 38,19 años (DE 15,59). Todos los pacientes presentaron fiebre en agujas acompañado del exantema típico en 38 (92,6%) y precedido de odinofagia en 37 (90,2%). Cuarenta pacientes (97,5%) presentaron poliartalgias mientras que 36 (88%) presentaron artritis con patrón poliarticular en 29 (80,5%) y oligoarticular en 7 (19,5%). Las articulaciones afectadas con más frecuencia fueron las rodillas muñecas y tobillos. Otras manifestaciones clínicas menos frecuentes fueron: adenopatías en 17 pacientes (41%), visceromegalias en 16 (39%), dolor abdominal en 5 (12%), pleuritis en 6 (14,6%), pericarditis en 5 (12%) y neumopatía intersticial inflamatoria en 2 (4,8%). La mayoría de los pacientes presentaban leucocitosis con neutrofilia y aumento de los reactantes de fase aguda; se detectó alteración de la bioquímica hepática en el 50% de los casos e hiperferritinemia en el 83% de los pacientes en los que se registró. En el 44% de los casos el curso de la enfermedad fue monocíclico y en el 56% restante, policíclico/crónico. Siete pacientes (17,5%) fueron controlados únicamente con AAS o AINE y once (27,5%) con glucocorticoides. El 55% de los pacientes precisó inmunosupresores y en siete de ellos (17,5%) se tuvo que añadir un tratamiento biológico con antagonistas del factor de necrosis tumoral alfa o anakinra por mal control de la enfermedad. Actualmente 17 pacientes (42,4%) no reciben tratamiento y están asintomáticos hace 72,55 meses (DE 30,75). El tiempo de evolución media es de 114,74 meses (DE 105,65). Quince han seguido un curso monocíclico y dos policíclico/crónico. Veintitrés (57,5%) continúan con tratamiento: 3 con AAS, 1 con AINE y metilprednisolona, 8 con AINE, prednisona y metotrexate, 4 con metotrexate solo y 7 con AINE, prednisona, metotrexate y tratamiento biológico. El tiempo medio de evolución es de 110,96 meses (DE 70,22). Cuatro han seguido un curso monocíclico y diecinueve policíclico/crónico. Se ha perdido el seguimiento de una paciente. Nueve pacientes (22%) han presentado erosiones radiográficas. Según los criterios de clase funcional de la ACR: veintinueve (72,5%) estaban en clase I, siete (17,5%) en clase II, dos (5%) en clase III y dos (5%) en clase IV.

**Conclusión:** Las manifestaciones clínicas no varían respecto a otras series. La forma de presentación más frecuente es la poliartritis febril. El 56% de los pacientes tuvo un curso policíclico-crónico precisando un tratamiento más agresivo. El 22% han presentado erosiones mientras que la mayoría de pacientes está en clase funcional I.

## 86. SUPERVIVENCIA AL TRATAMIENTO Y SEGURIDAD DE LOS ANTI-TNF EN PACIENTES REUMÁTICOS MAYORES DE 65 AÑOS

N. Busquets<sup>1</sup>, B. Pérez<sup>2</sup>, M.Á. Descalzo<sup>2</sup>, A. Ponce<sup>1</sup>, V. Ortiz<sup>1</sup>, D. Cerdà<sup>1</sup> y X. Surís<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Granollers. <sup>2</sup>Sociedad Española de Reumatología. Barcelona.

**Introducción:** La mayor incidencia de la artritis reumatoide se da entre los 30-50 años, pero dado que es una enfermedad crónica la prevalencia de la artritis reumatoide es mayor por encima de los 65 años. Lo mismo pasa con la artritis psoriásica y la espondilitis anquilosante, que suelen debutar antes de los 40 años, y es poco habitual que debuten a partir de los 65 años, pero perduran durante toda la vida del individuo. Puesto que un tanto por ciento nada despreciable de los pacientes que acuden a las consultas de reumatología se encuentra en franja de edad por encima de los 65 años, es importante poder contestar a la pregunta de si el balance beneficio-riesgo de las terapias anti-TNF se mantiene en este grupo.

**Objetivo:** Determinar la supervivencia al tratamiento y la seguridad de la terapia anti-TNF en pacientes mayores de 65 años.

**Métodos:** BIOBADASER es un registro establecido en el año 2000 para determinar la seguridad de las terapias biológicas en enfermedades reumáticas. Se recogen datos de los pacientes (sexo, edad, diagnóstico, fecha de diagnóstico), tratamiento (tipo, fecha de inicio y fin) y acontecimientos adversos (AA) relevantes. Se calculó la supervivencia al tratamiento y las tasas de incidencia por 1000 pacientes-año (IC95%) de AA en pacientes mayores y menores de 65 años, diferenciando por gravedad y por tipo de acontecimiento.

**Resultados:** A fecha de diciembre de 2007 se encontraban registrados en BIOBADASER 8697 pacientes tratados con anti-TNF de los que 1509 eran > 65 años al inicio del tratamiento. Presentaban una duración media de la enfermedad similar de 8 y 9 años en pacientes menores y mayores de 65 años respectivamente. Los diagnósticos más frecuentes fueron: artritis reumatoide 61% y 76%, espondilitis anquilosante 12% y 5%, y artritis psoriásica 11% y 5%, en mayores y menores de 65 años respectivamente. La supervivencia al tratamiento es similar, a los 4 años, 54% y 47% en menores y mayores de 65 respectivamente, aunque los motivos de interrupción varían, los primeros suspenden el anti-TNF en mayor medida por ineficacia (44% frente 32%), y los mayores de 65 lo suspenden sin embargo con más frecuencia por acontecimientos adversos (AA) (40% frente 54%). Por lo tanto la incidencia de AA difiere considerablemente entre unos pacientes y otros. Lo más llamativo son las diferencias en cuanto a los AA graves: 29/1.000 pacientes\*año (IC: 27-32) en < 65 años frente a 74/1.000 pacientes\*año (IC: 64-85) en > 65 años; las infecciones: 57/1.000 pacientes\*año (IC: 53-61) en < 65 años frente a 79/1.000 pacientes\*año (IC: 69-90) en > 65 años; los eventos cardiovasculares: 4/1.000 pacientes\*año (IC: 3-5) en < 65 años frente a 15/1.000 pacientes\*año (IC: 11-20) en > 65 años; y las neoplasias: 5/1000 pacientes\*año (IC: 4-6) en < 65 años frente a 13/1.000 pacientes\*año (IC: 9-18) en > 65 años.

**Conclusiones:** La terapia anti-TNF parece tener similar eficacia en la población mayor y menor de 65 años, sin embargo la tasa de AA graves, infecciones y neoplasias se encuentra aumentada considerablemente.

## 87. ANÁLISIS DEL RESULTADO DEL FRAX EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

C. Gómez Vaquero<sup>1</sup>, M. Bianchi<sup>1</sup>, P. Santo<sup>1</sup>, J. Narváez<sup>1</sup>, D. Roig<sup>2</sup> y J.M. Nolla<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet. Barcelona. <sup>2</sup>Unidad de Reumatología. CAE Cornellà de Llobregat, SAP Baix Llobregat Centre. Cornellà de Llobregat. Barcelona.

**Introducción:** Recientemente, se nos ha proporcionado una herramienta, el FRAX, desarrollado por Kanis y colaboradores en la Universidad de Sheffield con el patrocinio de la OMS, para calcular el riesgo de fractura osteoporótica a diez años.

**Objetivo:** Analizar el riesgo de fractura calculado mediante FRAX y sus determinantes en los pacientes remitidos a una unidad de densitometría.

**Métodos:** A los pacientes remitidos a una Unidad de Densitometría desde Atención Primaria para evaluación de la DMO, se les proporcionó un cuestionario autoadministrado que contenía preguntas relacionadas con los factores de riesgo incluidos en el FRAX. A todos ellos, se les practicó una densitometría ósea de columna lumbar y fémur proximal con un densitómetro DXA Hologic QDR 4500. Los pacientes se asignaron a las categorías normal, osteopenia y osteoporosis siguiendo las indicaciones de la ISCD. La población de referencia para el cálculo del T y el Z-score fue la incluida en el estudio del GTO. Con los datos de la encuesta, se calculó, mediante FRAX, el riesgo de fractura global (RFG) y de cadera (RFC) sin y con introducción de la DMO de cuello femoral (RFG-S, RFC-S, RFG-C y RFC-C, respectivamente). Los resultados se introdujeron en una base datos Access 2003 y se analizaron con el programa estadístico SPSS 15.0.

**Resultados:** Se analizaron las encuestas de 881 pacientes. El 97% eran mujeres (no se analizaron los datos de los únicos 28 varones) y tenían una edad media de 61,9 ± 8,9 años. Su índice de masa corporal medio era de 27,0 ± 4,2. Sin incluir el IMC ni la edad, el 31% de las pacientes no tenía ningún factor de riesgo de fractura, el 40%, tenía uno; el 22%, dos; el 6%, 3; el 1%, cuatro; y una paciente tenía cinco. La DMO media de columna lumbar era de 0,873 ± 0,127 g/cm<sup>2</sup>; la de cuello femoral, 0,704 ± 0,105 g/cm<sup>2</sup>; y la de cadera total, 0,817 ± 0,107 g/cm<sup>2</sup>. El 20% de las pacientes tenía una DMO normal, el 55% tenía osteopenia y el 25%, osteoporosis. El RFG-S era de 6,3 ± 5,5% (mediana: 4,2%); el RFC-S, de 2,1 ± 3,3% (mediana: 0,9%); el RFG-C, de 5,4 ± 4,8% (mediana: 3,9%); el RFC-C, de 1,5 ± 2,9% (mediana: 0,5%). La introducción de la DMO de cuello femoral en la ecuación de cálculo del FRAX tuvo como consecuencia la obtención de un riesgo de fractura inferior ( $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** El riesgo de fractura calculado mediante FRAX de las pacientes remitidas para valoración de masa ósea parece bajo. La introducción de la DMO en el cálculo del FRAX disminuye el riesgo de fractura calculado.

### 88. APLICACIÓN DEL RESULTADO DE LA DENSITOMETRÍA ÓSEA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

C. Gómez Vaquero, M. Jordana, M. Bianchi, P. Santo, J. Narváez y J.M. Nolla

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

**Introducción:** La densitometría ósea (DMO) se ha convertido ya en una técnica accesible en la práctica clínica habitual para evaluación de la masa ósea. La utilización que se hace de los resultados que proporciona es poco conocida.

**Objetivo:** Analizar los cambios de tratamiento de la osteoporosis que se producen tras la realización de una DMO.

**Métodos:** A 853 mujeres remitidas a una Unidad de Densitometría desde Atención Primaria para evaluación de la DMO, se les proporcionó un cuestionario autoadministrado que interrogaba sobre los tratamientos realizados habitualmente y sobre factores de riesgo incluidos en el FRAX. A todas ellas, se les practicó una densitometría ósea de columna lumbar y fémur proximal con un densitómetro DXA Hologic QDR 4500. Los pacientes se asignaron a las categorías normal, osteopenia y osteoporosis siguiendo las indicaciones de la ISCD. La población de referencia para el cálculo del T y el Z-score fue la incluida en el estudio del GTO. No antes de 3 meses después de la realización de la DMO, se accedió a la historia clínica informatizada de Atención Primaria, se consultaron los tratamientos crónicos pautados y se recogieron los relacionados con la osteoporosis. Se desestimaron los pacientes que referían tomar tratamientos en el cuestionario autoadministrado y estos no se veían reflejados en la historia clínica informatizada pues no todos los médicos de familia utilizan esta herramienta. Evaluamos los cambios de tratamiento en relación con el resultado de la DMO y del FRAX. Los resultados se introdujeron en una base de datos Access 2003 y se analizaron con el programa estadístico SPSS 15.0.

**Resultados:** Se obtuvieron datos válidos en 741 pacientes. En el momento de practicar la DMO, el 50% recibían suplementos de calcio y vitamina D (53% con DMO normal, 46% con osteopenia y 48% con osteoporosis) y el 30%, tratamiento con antirresortivos u osteoformadores (TAO) (11% con DMO normal, 29% con osteopenia y 48% con osteoporosis): 2 pacientes recibían THS; 169, bisfosfonatos; 1, calcitonina; 38, raloxifeno; y 12, ranelato de estroncio. En 359 pacientes, hubo variaciones respecto a la administración de suplementos de calcio y vitamina D: el 58% los iniciaron (8% con DMO normal, 61% con osteopenia y 31% con osteoporosis) y el 42% los suspendieron (39% con DMO normal, 45% con osteopenia y 16% con osteoporosis). Doscientos cua-

tro pacientes con osteopenia u osteoporosis no reciben suplementos de calcio y vitamina D. En 131 pacientes, hubo variaciones respecto a la administración de TAO: el 78% los iniciaron (2% con DMO normal, 49% con osteopenia y 49% con osteoporosis), el 8% cambiaron de fármaco y 14% los suspendieron. En consecuencia, el 41% de los pacientes recibían TAO: 249, bisfosfonatos; 1, calcitonina; 37, raloxifeno; 15, ranelato de estroncio; y 4, hormona paratiroidea. En los pacientes con DMO normal tratados con TAO (n: 17), el riesgo de fractura global calculado por FRAX fue de 4,1 ± 2,1% (intervalo: 1,9-8,5); en los pacientes con osteoporosis no tratados (n: 47), 7,4 ± 6,9% (1,1-40,0).

**Conclusiones:** La realización de una densitometría ósea induce un aumento de la prescripción de tratamientos antirresortivos u osteoformadores. La prescripción de los mismos podría ser optimizada. La administración de suplementos de calcio y vitamina D parece independiente del resultado de la DMO.

### 89. INSTAURACIÓN DE TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS Y SU CUMPLIMIENTO TRAS LA FRACTURA DE CADERA EN EL ÁREA SANITARIA 2 DE LA COMUNIDAD DE MADRID

E. Toledano Martínez<sup>1</sup>, M.Á. Hernández García<sup>2</sup>, R. Puñet Pellise<sup>2</sup> y J.A. García Vadillo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. <sup>2</sup>Servicio de Rehabilitación. Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

**Objetivos:** Conocer de manera prospectiva el grado de instauración y cumplimiento terapéutico contra la osteoporosis entre los pacientes que en el año 2006 han presentado una fractura de cadera osteoporótica en el Área Sanitaria 2 de la Comunidad de Madrid. Estimar la tasa de mortalidad en esta población durante el año siguiente a la fractura de cadera.

**Material y métodos:** El Hospital Universitario de La Princesa es el único centro público que atiende a la población adulta del Área 2. Se incluyeron en el estudio todos los pacientes ingresados, pertenecientes al área 2, con fractura de cadera por traumatismo de bajo impacto desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2006. Para valorar el tratamiento instaurado tras la fractura y su cumplimiento terapéutico, se utilizaron los informes de alta de los Servicios de Traumatología y Rehabilitación, obtenidos a través del registro Hygeia. Cada trimestre se comprobó en la historia clínica informatizada de Atención Primaria las recetas prescritas para el tratamiento de la osteoporosis. En caso de ausencia de datos, se contactó telefónicamente con el paciente y/o familia. Los datos de mortalidad se obtuvieron de las historias informatizadas de Atención Primaria y se solicitaron al Instituto de Estadística en caso de pérdida de seguimiento. Para la descripción de los resultados se estimaron la media, la desviación estándar e intervalos de confianza para variables cuantitativas, así como proporciones estadísticas para variables cualitativas. Se utilizó el Test de McNemar para datos pareados. El tratamiento estadístico se realizó mediante el programa SPSS, versión 15.0.

**Resultados:** Durante el año siguiente a la fractura se produjo un 20,2% de mortalidad entre todos los pacientes, con una distribución de edad media de 84,9 (9) años. La supervivencia presentó un tiempo mediano de 3,2 meses (p25-p75: 1-5,9).

**Conclusiones:** Inicialmente se prescribió tratamiento al 69,9% con calcio, al 70,9% con vitamina D y al 47,7% con antirresortivos. La adherencia terapéutica es escasa. Sólo el 30% continuaban con Calcio/Vitamina D a los 3 meses, y en torno al 25% para antirresortivos/osteofarmacos. Aparece un patrón de estabilidad en la adherencia a lo largo del seguimiento. Los pacientes que continúan con el tratamiento a los 3 meses, se mantienen con una adherencia estable en los siguientes controles. Se produjo un 20,2% de mortalidad durante el primer año tras de la fractura.

*Este trabajo de investigación ha sido financiado con una beca de Merck Sharp and Dohme de España –MSD–.*

**Tabla Resumen 89**

Instauración y cumplimiento terapéutico durante el año siguiente a la fractura. Adherencia terapéutica a lo largo del seguimiento respecto al tratamiento instaurado al alta

	Prescripción inicial			Adherencia respecto a los prescritos en seguimiento			
	Calcio n (%)	Vitamina D n (%)	Antirresortivo n (%)	Seguimiento	Calcio n/N (%)	Vitamina D n/N (%)	Antirresortivo n/N (%)
Alta	262 (69,9)	266 (70,9)	179 (47,7)				
3 m	86 (30,2%)	92 (32,4)	70 (24,6)	3 m	84/279 (30,1)	87/273 (31,9)	70/285 (24,6)
6 m	78 (28,5)	87 (31,9)	67 (24,5)	6 m	77/268 (28,7)	83/262 (31,7)	67/273 (24,5)
9 m	82 (30,4)	91 (33,7)	67 (24,8)	9 m	78/264 (29,5)	83/259 (32)	67/270 (24,8)
12 m	84 (31,6)	94 (35,2)	70 (26,1)	12 m	79/260 (30,4)	84/256 (32,8)	70/268 (26,1)

## 90. HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO TRATADO CON DIFOSFONATOS SIN CIRUGÍA PREVIA: EVOLUCIÓN MINERAL ÓSEA

B. Barquiel<sup>1</sup>, A. Torrijos<sup>2</sup>, M. García-Domínguez<sup>1</sup>, M. García-Arias<sup>2</sup>, M.C. Ordóñez<sup>2</sup> y C. Álvarez-Escotá<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición, <sup>2</sup>Servicio de Reumatología, Hospital Universitario La Paz, Madrid.

**Objetivo:** Describir la evolución mineral ósea tras el tratamiento con Difosfonatos (DF) en pacientes con Hiperparatiroidismo Primario (HPP) no subsidiario de cirugía.

**Pacientes y métodos:** Incluimos una serie de 15 pacientes con diagnóstico de HPP seguidos conjuntamente por las Unidades de Osteoporosis y Endocrinología. Ninguno de los casos había recibido tratamiento quirúrgico. Se trató de 14 mujeres y 1 varón, todos ellos de raza blanca. La edad media fue de  $63 \pm 8$  años al inicio del seguimiento y el IMC medio de  $26,0 \pm 4,3$  kg/m<sup>2</sup>. Once pacientes tomaban tres o más vasos de leche o equivalentes diarios. Tres de ellos consumían alcohol de forma habitual y uno de ellos era fumador. Cinco pacientes habían recibido tratamiento previo esteroideo, uno había sido tratado con tiazidas, dos con inmunosupresores y tres habían recibido tiroxina previamente. Además del HPP, tres pacientes padecían alguna conectivopatía y una de ellas tenía hipertiroidismo. Todos los pacientes recibieron tratamiento con DF durante un periodo medio de  $19 \pm 7$  meses. Describimos la evolución de distintos parámetros bioquímicos y densitométricos. Efectuamos dicho análisis descriptivo con SPSS versión 11.0.

**Resultados:** La calcemia basal media fue de  $10,3 \pm 0,7$  mg/dl. La PTH intacta basal media fue de  $102,0 \pm 35,7$  pg/ml ( $> 60$  pg/ml) y la mediana de calciuria basal  $200,3$  mg/24 h. Tras 12 meses de tratamiento, la calcemia fue de  $10,1 \pm 0,7$  mg/dl. La PTH intacta media fue de  $110,6 \pm 57,1$  pg/ml y la mediana de calciuria  $212,2$  mg/24 h. En cuanto a los parámetros densitométricos, se objetivaron los siguientes valores medios basales: Columna lumbar:  $0,844 \pm 0,153$  g/cm<sup>2</sup>, T score  $-2,6 \pm 1,4$  DE (p50 =  $-2,3$  DE); Cadera total:  $0,805 \pm 0,100$  g/cm<sup>2</sup>, T score:  $-1,9 \pm 0,7$  DE (p50 =  $-1,9$  DE); Cuello femoral:  $0,731 \pm 0,117$  g/cm<sup>2</sup>, T score  $-2,0 \pm 0,9$  DE (p50 =  $-2,3$  DE). A los 12 meses los resultados densitométricos fueron: columna lumbar:  $0,871 \pm 0,152$  g/cm<sup>2</sup>, T score  $-1,9 \pm 1,3$  DE (p50 =  $-2,0$  DE); cadera total:  $0,857 \pm 0,138$  g/cm<sup>2</sup>, T score:  $0,0 \pm 1,4$  DE (p50 =  $0,1$  DE); cuello femoral:  $0,783 \pm 0,161$  g/cm<sup>2</sup>, T score  $-1,0 \pm 1,4$  DE (p50 =  $-0,3$  DE).

**Conclusiones:** El tratamiento con DF puede ser una alternativa a la cirugía en pacientes con HPP. Es posible que exista una mejoría de la densidad mineral ósea en columna lumbar, cadera y cuello femoral, mantenida al menos durante el primer año de tratamiento y a pesar del HPP coexistente.

## 91. RELACIÓN ENTRE ÍNDICES DE ACTIVIDAD FÍSICA Y PARÁMETROS DE ACTIVIDAD DE ENFERMEDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

V.Hernández-Hernández, I. Ferraz-Amaro, A. Maside-Franco<sup>1</sup>, E. Delgado-Frías y F. Díaz-González

Servicio de Reumatología. <sup>1</sup>Sección de Inmunología. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife.

**Objetivo:** Determinar si existe relación entre la actividad física, medida por cuestionarios específicos y por acelerometría triaxial, y la

actividad de la enfermedad en pacientes con artritis reumatoide (AR) tanto en términos analíticos como mediante scores específicos.

**Material y métodos:** 15 mujeres con artritis reumatoide con una edad media de  $53 \pm 4,17$  años y un tiempo medio de evolución de  $4,45 \pm 5,19$  años en tratamiento actual con metotrexato, leflunomida o la combinación de ambos, sin tratamiento con terapias biológicas y sin afectación severa de grandes articulaciones, fueron incluidas en el estudio. A todas ellas se les determinó actividad física mediante la utilización del cuestionario IPAQ (International Physical Activity Questionnaires™ en su forma extendida) y mediante acelerometría triaxial (RT3 Triaxial Research Tracker®, StayHealthy, California, EEUU) durante 5 días (3 laborables y 2 de fin de semana), retirándose éste sólo durante el baño y el descanso nocturno. A todas ellas, igualmente, se les determinó hemograma, velocidad de sedimentación globular (VSG), proteína C reactiva (PCR) y bioquímica básica. Se determinó la actividad de la enfermedad mediante Disease Activity Score (DAS28), Health Assessment Questionnaire (HAQ) y Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT). Del mismo modo se recogieron medidas antropométricas específicas y se determinó composición corporal mediante impedanciometría de multifrecuencia (BioScan® Spectrum multifrecuencia).

**Resultados:** El índice IPAQ medido en MET-min/sem-1 mostró una relación inversa estadísticamente significativa con los scores de actividad de la enfermedad HAQ ( $r = -0,61$ ,  $p = 0,01$ ) y DAS28 ( $r = -0,61$ ,  $p = 0,02$ ) de manera que a mayor puntuación en estos scores el paciente presentaba menores índices de actividad física. También se obtuvo relación inversamente proporcional y estadísticamente significativa entre el IPAQ y la velocidad de sedimentación globular ( $r = -0,63$ ,  $p = 0,01$ ), de manera que a mayor VSG menor puntuación en el cuestionario de actividad física. No se encontró relación entre el IPAQ y la proteína C reactiva. La acelerometría triaxial no demostró relación con los scores de actividad clínica ni con la VSG o PCR. Ni la acelerometría ni IPAQ mostraron relación con datos de composición corporal.

**Conclusión:** La actividad física podría ser un instrumento válido para determinar si existe actividad de la enfermedad en pacientes con artritis reumatoide.

## 92. INDICACIÓN DE DENSITOMETRÍA ÓSEA, USO DE BIFOSFONATOS Y LA RELACIÓN DE AMBOS CON EL ÍNDICE FRAX EN LOS PACIENTES REMITIDOS A UN REUMATÓLOGO CONSULTOR

I. Ferraz-Amaro, J.J. Bethencourt, E. Trujillo y S. Bustabad

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife.

**Objetivo:** Determinar el uso que se hace de la densitometría ósea (DMO) en un área de salud en relación a sus indicaciones, uso de bifosfonatos e índice Frax.

**Material y métodos:** Durante julio a diciembre de 2008 se atendieron en el área de salud dependiente de nuestro hospital a 3.264 pacientes, de estas, 1.200 consultas fueron consideradas como sucesivas, correspondiendo 2.064 a consultas de primera vez. De estas consultas de primera vez se recogieron de forma aleatoria y homogénea geográficamente datos de 302 pacientes (14%). A todos los pacientes de más de 50 años ( $n = 199$ , 65%, 167 mujeres (84%) y 32 varones (16%) con una edad media de  $63,2$  años  $\pm 9,4$  DE) se les cal-

culó el índice de Frax (expresado como riesgo de fractura mayor en cualquier localización/ riesgo de fractura de cadera), se determinó si tenían realizada densitometría ósea o no, si la indicación había sido correcta (tomando como patrón las indicaciones de la International Society of Densitometry), si el paciente estaba tomando tratamiento con bifosfonatos y si este tratamiento correspondía a una indicación correcta o no.

**Resultados:** 130 pacientes fueron incluidos en nuestra serie con un índice Frax medio de 3,95/1,19. Veinte y dos pacientes (17%) tenían realizada DMO, de los cuales en 17 (78%) se estimó que la indicación había sido correcta mientras que en 5 (22%) dicha indicación no lo fue. El índice Frax para la primera situación fue significativamente superior, 4,90/1,42 frente a 2,07/0,29 ( $p = 0,002$ ). Ciento dos pacientes (79%) de los pacientes no tenían realizada DMO, estimándose que en 51 (40% del total) no haberla hecho había sido incorrecto ya que dichos pacientes sí tenían indicación para su realización. El índice Frax para las que sí tenían indicación de haberse realizado fue de 6,13/2,25, mientras que en las que no tenían indicación de realizarse fue de 1,94/0,30, significativamente inferior ( $p = 0,000$ ). Diez pacientes (8%) tomaban bifosfonatos, estimándose que en el 80% y en el 20% dicha indicación había sido correcta e incorrecta respectivamente. Los índices Frax para ambas posibilidades fueron de 7,25/2,63 y 3,55/0,79 (sin diferencia estadísticamente significativa en este caso).

**Conclusión:** Existe un alto porcentaje tanto de falta de uso como de sobre uso de densitometría ósea y bifosfonatos en nuestra área de salud. A pesar de esto, los pacientes que tienen realizada DMO muestran valores de índice Frax estadísticamente superiores a aquellos que no la tienen realizada.

### 93. MANIFESTACIONES ÓSEAS EN LA MASTOCITOSIS DEL ADULTO

R. Fíguls<sup>1</sup>, H. Corominas<sup>1</sup>, M. Riera<sup>1</sup>, J.A. Smandia<sup>2</sup>, A. Ravella<sup>2</sup> y M. Casademont<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Reumatología. <sup>2</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Dos de Maig, Barcelona.

**Objetivo:** Las manifestaciones clínicas de esta enfermedad, de baja incidencia, dependen de la liberación masiva o crónica de los mediadores mastocitarios y de la infiltración tisular de los mismos y afecta predominantemente a la piel, pero también a órganos como el tubo digestivo, hígado, bazo, ganglios linfáticos y en un notable porcentaje de casos la médula ósea y los huesos. Nuestro objetivo es ponderar las manifestaciones clínicas y radiológicas, en el aparato locomotor de los pacientes adultos (dado que en nuestro hospital no existe servicio de Pediatría) para establecer un protocolo de atención en nuestro Servicio de Reumatología.

**Material y métodos:** Se estudian 8 pacientes (6 mujeres y 2 varones; 2 de ellos relacionados genéticamente: madre e hija), todos proceden de la consulta externa de Dermatología, para la posible detección (y en su caso tratamiento) de afección ósea. Se valora la anamnesis, exploración física, laboratorio, anatomía patológica de la lesión cutánea (7 casos de urticaria pigmentosa y 1 caso de telangiectasia macular eruptiva perstans), radiología, DMO y según los casos, estudio de médula ósea (aspirado, biopsia, inmunofenotipo), gammagrafía ósea y RNM.

**Resultados:** Dentro de los 8 casos se distinguen 2 como mastocitosis cutánea y 6 como mastocitosis sistémica indolente (según criterios y clasificación de consenso de la OMS, del 2001). La afección ósea radiológica se ha constatado en 5 pacientes. En 3 es osteopélica y en 2 mixta (osteopélica + osteosclerosa). Aparecen colapsos vertebrales múltiples en 2, pequeñas imágenes focales osteolíticas en 2 y osteosclerosas también en 2. La DMO demuestra osteoporosis en 2 casos, osteopenia en 4 y ha sido normal en 2. El dolor óseo manifestado en 2 casos, se atribuye a las fracturas. Otros 3 no manifiestan dolor y en los 3 restantes se considera que el dolor es debido a otros trastornos.

Otros datos clínicos a considerar son: síntomas abdominales: antecedentes de úlcus duodenal (1), dolor abdominal (1), síndrome diarreico (1), ligera hepatomegalia detectada por ecografía (2); episodios de flush (3); taquicardia (1); disnea (1). Las pruebas de Laboratorio más demostrativas han sido: N-metil histaminuria en los 8 casos y triptasa sérica en 6. En 1 caso discreto aumento de N-telopéptidos en orina. La gammagrafía (solicitada en 4 casos) pone de relieve, aparte de los colapsos vertebrales: 1 patrón normal y 3 patrones difusos (1 de los cuales recuerda el patrón de gran scan). La RNM de médula ósea revela infiltración de la misma en el único caso solicitado.

**Conclusiones:** Consideramos básico el estudio de médula ósea, para el diagnóstico, clasificación y toma de decisiones. Si aparecen alteraciones hematológicas mielodisplásicas o mieloproliferativas se debe derivar a Hematología, independientemente del tratamiento antiirresortivo que consideremos oportuno. Valorando el coste-efectividad, las pruebas básicas para la determinación de afección ósea deben ser la seriada ósea y la DMO. La gammagrafía ósea y la RNM también pueden emplearse pero quizá sean más útiles como marcadores de actividad y seguimiento.

### 94. ALTERACIONES ÓSEAS EN LA ENFERMEDAD CELIACA

C. Campos Fernández, A. Baixauli Rubio, J. Calvo Catalá, M.I. González-Cruz Cervellera, E. Mateo, M.D. Pastor Cubillo y A. Rueda Cid

*Reumatología y Metabolismo Óseo. Consorcio H. General Universitario. Valencia.*

**Objetivo:** La enfermedad celiaca es una enteropatía malabsortiva de origen autoinmune ocasionada por una intolerancia permanente al gluten. Se caracteriza por una reacción inflamatoria, de base inmune, que altera la mucosa del intestino delgado dificultando la absorción de macro y micronutrientes. La enfermedad celiaca por su trastorno en la absorción de ciertos minerales puede asociarse a pérdida ósea. Por lo tanto no es extraño encontrar pacientes con enfermedad celiaca y osteopenia u osteoporosis. Valoraremos la prevalencia de masa ósea patológica en nuestro medio en pacientes con enfermedad celiaca del adulto.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo prospectivo, de enfermos diagnosticados de enfermedad celiaca mayores de 18 años en el Hospital General de Valencia. El diagnóstico de enfermedad celiaca se estableció mediante determinación de autoanticuerpos (anti-endomisio y anti-transglutaminasa tisular) y biopsia duodenal y/o yeyunal compatible. El estudio densitométrico se realizó mediante DXA en columna lumbar y cuello femoral, siguiendo los criterios de la OMS.

**Resultados:** Se han incluido 42 pacientes, siendo 13 varones (31%) y 29 mujeres (69%), con una edad media 44 años (rango 18-80). Los resultados densitométricos obtenidos fueron: -Masa ósea normal: 13 pacientes (31%); 3 varones (23%), de edad media 37 años; 10 mujeres (77%) con edad media 36,8 años; -Osteopenia (Opn): 20 pacientes (47,6%), 7 varones (35%), de edad media 39,4 años; 13 mujeres (65%), con edad media 41,2 años; -Osteoporosis (Op): 9 pacientes (21,4%), 3 varones (33,3%), de edad media 44,6 años; 6 mujeres (66,7%) con edad media 70,5 años.

**Conclusiones:** La osteoporosis es una enfermedad infradiagnosticada y por tanto no está convenientemente tratada. En las osteoporosis secundarias todo el protagonismo lo recibe la enfermedad primaria, siguiendo la osteoporosis su evolución natural hacia la fractura. Los enfermos celíacos muestran una elevada prevalencia de alteraciones de la masa ósea. Los estudios demuestran que la osteopenia y la osteoporosis están presentes en el 40% al 70% de los celíacos diagnosticados, y que más del 20% de los pacientes presenta una densidad por debajo del umbral del riesgo de fractura. La masa ósea de los

pacientes asintomáticos no tratados es un 10% menor que la de los no celíacos de igual sexo y edad. La osteoporosis merece el mismo protagonismo para evitar la elevada incidencia de fracturas en esta enfermedad.

### 95. EFECTO DEL ÁCIDO ZOLEDRÓNICO (ZLD) SOBRE EL REMODELADO ÓSEO, LOS PARÁMETROS DEL METABOLISMO MINERAL Y LA FUNCIÓN RENAL EN PACIENTES CON OSTEOPOROSIS. RESULTADOS PRELIMINARES

M.V. Hernández<sup>1</sup>, P. Peris<sup>1</sup>, R. Reyes<sup>1</sup>, A. Monegal<sup>1</sup>, L. Gifré<sup>1</sup>, M.Á. Martínez-Ferrer<sup>1</sup>, L. Álvarez<sup>2</sup> y N. Guañabens<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología. <sup>2</sup>Servicio de Bioquímica Clínica. Unidad de Metabolismo Óseo. Hospital Clínic. IDIBAPS. Universidad de Barcelona.

**Introducción:** El tratamiento con ácido zoledrónico (ZLD) en la osteoporosis (OP) ha demostrado una gran eficacia en la prevención de fracturas. La monitorización de la respuesta terapéutica y el control de sus efectos secundarios son aspectos relevantes para su aplicación en la práctica clínica.

**Objetivo:** Analizar el efecto del tratamiento con ZLD en el remodelado óseo, los parámetros del metabolismo mineral y la función renal en pacientes con OP. Comparar la respuesta clínica según tratamiento previo con otros bisfosfonatos (BF) y valorar los efectos secundarios.

**Metodología:** Se analizaron de forma prospectiva 41 pacientes con OP (edad 72,2 ± 9,2 años; 85% mujeres) que iniciaron tratamiento con ZLD (5 mg /iv). Se determinaron PINP (marcador de formación ósea) y NTx en orina (marcador de resorción), Ca, P, PTH, 25-OH vitamina D y creatinina antes de iniciar el tratamiento y, posteriormente, a la semana y a los 6 meses. Además, se realizó un hemograma cuantificando los leucocitos, linfocitos y eosinófilos en los mismos periodos de tiempo. En todos los pacientes se analizaron los efectos secundarios y el tratamiento previo con otros BF.

**Resultados:** A la semana de iniciar el tratamiento se observó una disminución significativa del NTx del 69% ( $p < 0,001$ ), que persistió a los 6 meses (49%) ( $p = 0,001$ ). El PINP disminuyó de forma significativa (30%) a los 6 meses de tratamiento ( $p = 0,01$ ). Se observó un aumento significativo, del 30%, de los valores de PTH (56,9 ± 19 vs 73,8 ± 25 pg/ml,  $p = 0,001$ ) a la semana del tratamiento que persistió a los 6 meses, sin cambios significativos en el resto de variable analizadas. Los pacientes que habían seguido tratamiento previo con otros BF (32%) tenían unos valores de PINP basales más bajos que los que no habían seguido tratamiento (18 ± 12 vs 36,3 ± 22,  $p = 0,03$ ) y no mostraron variaciones significativas durante el estudio. El 31% de los pacientes presentaron un síndrome seudogripal tras la administración del tratamiento, aunque éste fue bien tolerado y ningún paciente requirió su retirada por efectos adversos. Los pacientes que presentaron un síndrome seudogripal no mostraron variaciones significativas en el recuento celular (leucocitos, linfocitos, eosinófilos). La función renal se mantuvo estable a lo largo del estudio.

**Conclusión:** El tratamiento con ZLD (5 mg/iv) produce una rápida disminución de la resorción ósea, ya evidente a la semana de su administración, y una disminución de la formación ósea a los 6 meses del tratamiento. En los pacientes que han seguido tratamiento previo con otros BF los marcadores de formación ósea (PINP) pueden ser poco útiles para la monitorización del tratamiento. El significado y repercusión clínica del aumento de los valores séricos de PTH que se observan con este tratamiento debe ser analizado a largo plazo. El ZLD es bien tolerado en la mayoría de pacientes y no se han observado alteraciones de la función renal con este tratamiento.

### 96. UTILIDAD DEL ÍNDICE FRAX EN EL MANEJO DE LA OSTEOPOROSIS. FORTALEZAS Y DEBILIDADES

J. Calvo Catalá, C. Campos Fernández, A. Rueda, M.I. González-Cruz, M.D. Pastor y E. Mateo

Reumatología y Metabolismo Óseo. Consorcio H. General Universitario. Valencia.

**Objetivo:** Desde 2008, disponemos del ÍNDICE DE FRAX, nueva herramienta de predicción de riesgo de fractura, patrocinada por la OMS, que permite calcular el riesgo de fractura de cadera y otras fracturas osteoporóticas, en hombres y en mujeres, evaluando factores de riesgo (FR) y pudiendo incluir o no la DMO del cuello femoral. Es habitual observar tratamientos innecesarios establecidos únicamente con el criterio de la DMO, lo que por otra parte, excluye otros tratamientos precisos. Valoraremos la concordancia de pacientes tratados en nuestra consulta de OP, aplicándoles el IF.

**Material y métodos:** Valoramos los 100 primeros pacientes remitidos a la consulta de OP con tratamiento antirresortivo/osteofórmador. Si bien la dificultad es cuál es el valor de IF con el que iniciaríamos el tratamiento, hemos aplicado el corte en 20% en fracturas mayores o 3% en cadera.

**Resultados:** Aplicando el IF a los 100 pacientes (todos ellos con tratamiento), en 57 casos, no estaba indicado tratar al paciente (porcentaje inferior al corte de 20 y 3%): 25 de ellos, recibían tratamiento por DMO de columna con rango de OP (media -2.8T; intervalo -3.7 y -2.6); 13 pacientes se trataban por fractura OP previa y 19 pacientes se trataban sólo por una DMO con rango de OPn (superior a -2T), sin más FR y en principio, con una indicación incorrecta.

**Conclusiones:** Fortaleza del IF: el IF puede evitar tratamientos innecesarios, basados sólo en una OPn densitométrica. Un 19% de nuestros pacientes se incluirían en este grupo. De igual forma, indicaría tratamientos que sin valorar los FR no se efectuarían. Debilidades del IF: -No valora suficientemente la existencia de fracturas previas y así, un 13% de nuestros pacientes, con fractura previa, no habrían recibido tratamiento necesario. -Utiliza sólo la DMO de cuello de cadera, por lo que pacientes con DMO de columna muy baja, quedarían sin tratamiento, con riesgo elevado de fractura vertebral (25% en el estudio, con una DMO media de -2,8T). -Disponemos de una buena herramienta que contribuye a la mejor aplicación terapéutica de los pacientes con OPn y/o OP, pero nunca debe reemplazar al juicio clínico y sentido común.

### 97. ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES CON VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN NORMAL O BAJA. UN HALLAZGO FRECUENTE

L. Lojo Oliveira<sup>1</sup>, C. Castillo Gallego<sup>1</sup>, A. Rodríguez<sup>2</sup>, E. Martín-Mola<sup>1</sup> y E. de Miguel Mendieta<sup>1</sup>

Servicios de Reumatología, <sup>1</sup>Hospital Universitario La Paz y <sup>2</sup>Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

**Introducción:** Uno de los signos claves en la sospecha y diagnóstico de arteritis de células gigantes (ACG) es el aumento de la velocidad de sedimentación globular (VSG) por encima de 50 mm/h. No obstante, existen pacientes que no presentan esta alteración.

**Objetivos:** Evaluar la frecuencia y significado de una VSG normal o baja, en pacientes con ACG.

**Material y métodos:** Estudio en el que se revisan todas las arteritis de células gigantes recogidas en nuestra base de datos desde junio de 2004 hasta diciembre de 2008. Los datos recogidos proceden del conjunto mínimo de datos introducidos de forma prospectiva de todos los pacientes con ACG. Entre ellos se incluyen: edad, sexo, VSG, cefalea, palpación de arterias temporales, biopsia de arteria temporal, tratamiento esteroideo, evolución y diagnóstico final del clínico. Se excluían los pacientes que habían tomado corticoides antes de acudir a la consulta. Como patrón oro del diagnóstico de la enferme-

dad, se utilizó el diagnóstico final del reumatólogo responsable en base a los criterios del American College of Rheumatology, la biopsia de arteria temporal y la evolución clínica de los pacientes. Para el análisis estadístico se utiliza la t de Student para muestras independientes.

**Resultados:** Se analizan 71 pacientes diagnosticados de arteritis de la temporal, 46 mujeres (edad media de  $77 \pm 6$  años y VSG media de  $69,8 \pm 31,7$ ) y 25 varones (edad media de  $76 \pm 10$  años y VSG media de  $69,4 \pm 33,6$ ). La VSG era inferior a 50 mm/h en la primera consulta en 17 pacientes (23,9%), 13 pacientes (18,3%) tenían una VSG inferior a 30 mm/h y 5 pacientes (7%) inferior a 20 mm/h. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a edad, sexo, cefalea, diferencias en el pulso arterial o presencia de halo hipocóico o número de ramas afectadas en la ecografía con respecto a la VSG elevada normal o baja. Tan sólo los pacientes con VSG inferior a 50mm/h mostraban una diferencia significativa en cuanto al n.º de criterios ACR que presentaban los pacientes (2,4 vs 3,8,  $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** Casi una cuarta parte de los pacientes con ACG presentan una velocidad inferior a la requerida en los criterios ACR. Las cifras bajas de VSG infraponderan significativamente los criterios ACR, por lo que la sospecha clínica y el conocimiento de la enfermedad son básicas en el diagnóstico.

## 98. SÍNDROME DE LOS DEDOS AZULES: EXPERIENCIA DE UN SERVICIO DE REUMATOLOGÍA

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

*Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona.*

**Introducción:** El compromiso isquémico de los dedos es un escenario clínico al que ocasionalmente nos tenemos que enfrentar los reumatólogos, ya que en la mayoría de los casos cursa con los pulsos distales conservados por lo que se suele descartar, de entrada, una patología vascular. En la bibliografía de origen anglosajón se utiliza el término de síndrome de los dedos azules o blue toe syndrome para designar a este trastorno. Su mecanismo etiopatogénico es variado e incluye la embolia, la trombosis y la afeción de la pared vascular. Independientemente de la causa, este cuadro clínico es una urgencia médica que requiere un diagnóstico y tratamiento específico rápido, dado el riesgo de progresión a necrosis irreversible.

**Objetivos:** Evaluar la frecuencia, etiología y evolución de los pacientes ingresados por síndrome de los dedos azules en el servicio de Reumatología de un hospital universitario.

**Material y métodos:** Se revisaron de forma retrospectiva las historias clínicas de los pacientes ingresados en nuestro servicio por isquemia aguda o subaguda de los dedos entre 1990 y 2008.

**Resultados:** Se identificaron 22 pacientes (12 mujeres y 10 varones), con una edad media en el momento del diagnóstico de  $54,7 \pm 19$  años (rango: 25-86 años). En el 64% (14/22) de los enfermos existía compromiso isquémico de uno o varios dedos de las manos (siendo el segundo y tercer dedos los más frecuentemente afectados); en el 27% (6/22) se afectaron uno varios dedos de los pies, y en el 9% (2/22) restante se afectaron simultáneamente dedos de las manos y de los pies. Respecto a la etiología, un 9% (2/22) de los casos fueron secundarios a trombosis en el contexto de un síndrome antifosfolípido primario, un 5% (1/22) a embolia por cristales de colesterol, un 14% (3/22) de los pacientes tenían una crioglobulinemia mixta (asociada a síndrome de Sjögren primario en un caso y a infección por VHC en dos, atribuyéndose en estos casos la isquemia a oclusión vascular por crioprecipitados, aunque sin poderse descartar la participación de una vasculitis por inmunocomplejos formados por crioglobulinas), y en un 72% (16/22) de los enfermos la isquemia fue causada por la

afeción de la pared vascular. Este último grupo incluye 9 casos de vasculitis (1 enfermo con PAN, 4 pacientes con vasculitis necrosante en el contexto de artritis reumatoide y 4 casos de tromboangitis obliterante o enfermedad de Buerger) y 7 casos de arteriopatía oclusiva no vasculítica en el contexto de esclerodermia (5 pacientes), enfermedad mixta del tejido conectivo (1) o síndrome overlap con asociación de esclerodermia y lupus eritematoso sistémico (1), todos ellos con fenómeno de Raynaud severo de difícil control. El 72% (16/22) de los enfermos presentaban además factores de riesgo cardiovascular, siendo los más frecuentes el tabaquismo activo (9) y la hipertensión arterial (7). El 82% (18/22) de los pacientes evolucionó bien con el tratamiento médico conservador y sólo un 18% (4/22) necesitó amputación.

**Conclusión:** En nuestra experiencia, la causa más frecuente de isquemia aguda o subaguda de los dedos con pulsos distales conservados, son las vasculitis y la arteriopatía oclusiva no vasculítica en el contexto de esclerodermia. Además, en el diagnóstico diferencial también se han de tener muy en cuenta a las seudovasculitis (especialmente el síndrome antifosfolípido y el embolismo por colesterol) pues representan un porcentaje no despreciable (14%) de estos enfermos. A pesar de su gravedad, la isquemia suele responder al tratamiento médico conservador, no siendo necesaria en la amputación en la mayoría de los casos.

## 99. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR ASOCIADOS A LAS MANIFESTACIONES ISQUÉMICAS DE LA ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES

E.F. Vicente, A. Casado, I. González-Álvaro, P. Talavera, J.A. García-Vadillo, A. Humbería, J.P. López-Bote y S. Castañeda

*Servicio de Reumatología, Hospital Universitario de la Princesa, UAM, Madrid.*

**Introducción:** La asociación entre los factores clásicos de riesgo cardiovascular (FRCV) y la arteritis de células gigantes (ACG) sigue siendo motivo de controversia. Estudios realizados en nuestro país sugieren que la presencia de FRCV al diagnóstico puede influir en la aparición de algunas manifestaciones isquémicas de la ACG (González Gay et al. *Medicine* 2004;83:342-7).

**Objetivos:** Describir las manifestaciones clínicas y FRCV en una población de ACG y analizar la asociación entre dichos factores y las manifestaciones isquémicas de la enfermedad.

**Material y métodos:** Estudio transversal en el que se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de ACG confirmada histológicamente que acudieron a nuestro Servicio durante el año 2008 ( $n = 58$ ; edad  $74,2 \pm 7,2$  años; 86,2% mujeres). Se recogieron variables demográficas, clínicas, analíticas, FRCV (tabaco, hipercolesterolemia, diabetes e hipertensión arterial [HTA]), tratamiento con inmunosupresores (IS) y glucocorticoides (GC). Se definió anemia si  $Hb < 11$  g/dl y VSG elevada si  $> 40$  mm/h. Las manifestaciones isquémicas arteriales se clasificaron en moderadas (claudicación mandibular, amaurosis fugax, pérdida transitoria de visión [PTV] y diplopía) y graves (ceguera, ictus [ACV], cardiopatía isquémica [CPI] y arteriopatía periférica). Análisis estadístico: las variables continuas se expresan como media  $\pm$  DE y las categóricas como número de casos y porcentajes (%). Se evaluaron los factores asociados con las manifestaciones isquémicas mediante la t de Student para las variables continuas y la  $\chi^2$  para las categóricas. Se realizó análisis de regresión logística que incluyó las variables que mostraron una asociación estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) en el análisis bivalente (Stata v.10).

**Resultados:** Características clínicas: 33 pacientes (58,9%) presentaron cefalea, 29 (50,8%) polimialgia reumática (PMR) y 20 (37%) exploración patológica de la arteria temporal. En 25 pacientes (43,9%) se detectó anemia, VSG elevada en 56 (98,2%) y factor reumatoide en 4. En 38 pacientes (73%) se requirió el uso de IS, siendo el metotrexato

to (69,8%) y la azatioprina (22,7%) los más empleados. En 44 (75,8%) existían FRCV: HTA (62,5%), hipercolesterolemia (55,2%), DM (14%) y tabaquismo (5 fumadores activos [9,6%]; 28 exfumadores [53,8%]). Se detectaron manifestaciones isquémicas en 29 pacientes (50%). En 7 (12,1%) fueron graves [6 ceguera (10,3%), 1 ACV, 1 arteriopatía periférica y 1 paciente con CPI] y en 22 (37,9%) moderadas [20 claudicación intermitente (35,1%), 5 amaurosis fugax (8,6%), 6 PTV (10,3%) y 0 diplopia]. En el análisis por sexos, la edad al diagnóstico fue mayor en las mujeres ( $p = 0,004$ ). La dosis inicial de GC se asoció con HTA ( $p = 0,02$ ). También hemos encontrado asociación entre PTV y tabaquismo activo ( $p = 0,04$ ). El análisis multivariante ajustado por sexo identificó la HTA y la hipercolesterolemia como los factores asociados con las manifestaciones isquémicas moderadas ( $p = 0,016$ ;  $p = 0,02$ , respectivamente). La ceguera mostró asociación con la edad y dosis de prednisona ( $p = 0,018$  y  $p = 0,028$ , respectivamente).

**Conclusiones:** Las características clínicas de nuestra serie son superponibles a las descritas por otros autores. La claudicación mandibular y las alteraciones visuales son las manifestaciones isquémicas más frecuentes en nuestros pacientes. Nuestro estudio sugiere que los FRCV clásicos pueden asociarse con algunas de las manifestaciones isquémicas de la ACG.

#### 100. ESTUDIO DE LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA POLIMIALGIA REUMÁTICA

E.F. Vicente, P. Talavera, A. Casado, A.M. Ortiz, T. Velasco, E. Patiño, M. Ibáñez y S. Castañeda

*Servicio de Reumatología, Hospital Universitario de la Princesa, UAM, Madrid.*

**Introducción:** La asociación entre los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y la polimialgia reumática (PMR) ha sido poco estudiada. Si bien algunos autores sugieren la utilización empírica de antiagregantes en la arteritis de células gigantes por un supuesto incremento del riesgo cardiovascular, la importancia de los FRCV clásicos en la PMR no está bien definida.

**Objetivos:** 1. Describir las manifestaciones clínicas y FRCV en una población con PMR aislada. 2. Analizar la asociación entre los FRCV y la intensidad de la inflamación definida por la necesidad de utilizar dosis elevadas de corticoides (GC) y/o inmunosupresores (IS).

**Material y métodos:** Estudio transversal en el que se analizaron los datos de todos los pacientes diagnosticados de PMR por criterios clínicos que acudieron a consulta durante el año 2008 ( $n = 80$ ; edad X:  $73,1 \pm 6,9$  años; 67,5% mujeres). Se recogieron variables demográficas, clínicas, analíticas, FRCV [tabaco, hipercolesterolemia, diabetes (DM) e HTA], tratamiento con IS y/o GC. Se analizó la existencia de anemia ( $Hb < 11$  g/dl), VSG elevada ( $> 40$  mm/h) y presencia de factor reumatoide. Se consideraron PMR con mayor grado de inflamación aquellas que requirieron dosis iniciales de GC  $> 20$  mg/d o el empleo de IS durante la evolución. Análisis estadístico: las variables continuas se expresan como media  $\pm$  DE y las categóricas como número de casos (%). Se evaluaron los factores asociados con la intensidad de la inflamación, analizada de forma individual y como variable agrupada (uso de GC a dosis altas o IS), mediante la *t* de Student para las variables continuas y la  $\chi^2$  para las categóricas. Se realizó un análisis de regresión multivariante con las variables que mostraron asociación estadísticamente significativa en los análisis bivariantes (Stata v.10).

**Resultados:** El tiempo medio de seguimiento fue de  $4,9 \pm 4$  años. La dosis inicial de prednisona  $22 \pm 13,2$  mg/d. En 28 pacientes (35,9%) se realizó biopsia de arteria temporal (negativa). Sólo 6 pacientes presentaron anemia (8%) y VSG elevada 68 (85,5%). En 26 pacientes (33,3%) se utilizaron IS, siendo el metotrexato (32,5%) el más empleado. En 60 pacientes (75%) existía algún FRCV: tabaco [2 fumadores activos (3,7%) y 18 ex-fumadores (33,3%)], hipercolesterolemia

(52,6%), DM (16,7%) y HTA (50%). En el análisis bivalente se encontró asociación entre hipercolesterolemia y sexo femenino ( $p = 0,006$ ), HTA y edad ( $p = 0,001$ ) y mayor uso de IS en los pacientes con más evolución ( $p = 0,038$ ). Las dosis más altas de GC se utilizaron más en los pacientes de mayor edad ( $p = 0,03$ ), menor tiempo de evolución (0,016) y biopsia de arteria temporal realizada ( $p = 0,002$ ). En el análisis multivariante se encontró asociación entre HTA y mayor edad al diagnóstico ( $p = 0,003$ ), presencia de anemia ( $p = 0,036$ ) y tabaquismo activo ( $p = 0,038$ ). La hipercolesterolemia se asoció con el sexo femenino ( $p = 0,007$ ) y el tiempo de evolución ( $p = 0,003$ ), y de forma negativa con la VSG ( $p = 0,04$ ). El empleo de IS se asoció con el sexo femenino ( $p = 0,025$ ) y negativamente con la HTA ( $p = 0,036$ ).

**Conclusiones:** Las características clínicas de nuestra serie son superponibles a las descritas por otros autores. La HTA fue el único FRCV que mostró asociación con un marcador indirecto de inflamación en la PMR, la anemia, aunque también mostró una asociación negativa con el uso de IS. Se requieren estudios multicéntricos con mayor tamaño muestral para dilucidar la asociación entre los FRCV y la inflamación en la PMR.

#### 101. SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE POLIANGITIS MICROSCÓPICA: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 20 AÑOS

M. Borao<sup>1</sup>, L. Corral-Gudino<sup>1</sup>, J.L. Lerma<sup>2</sup>, J. del Pino<sup>3</sup>, A.C. Antolí<sup>1</sup>, C.A. Montilla<sup>3</sup>, R. López-González<sup>3</sup>, P. Miramontes<sup>1</sup>, M.D. Sánchez<sup>3</sup> y S. Gómez-Castro<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Nefrología, <sup>3</sup>Unidad de Reumatología, Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

**Objetivos:** Describir la mortalidad y estudiar los factores pronóstico asociados a ésta en pacientes con Poliangiitis microscópica (PAM) y Granulomatosis de Wegener (GM).

**Método:** Estudio retrospectivo (1987-2007). Emplazamiento: Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Pacientes diagnosticados de forma consecutiva de acuerdo a los criterios de Chapel Hill. Sólo fueron incluidos los pacientes con biopsia diagnóstica de vasculitis. Se tomaron datos epidemiológicos, clínicos, de laboratorio, radiológicos, biopsia y de tratamiento. Los datos se analizaron por análisis bivariable y modelo de riesgo proporcional Cox.

**Resultados:** Veintidós pacientes con PAM (36% varones) y nueve con GM (89% varones) fueron revisados. La media de edad al diagnóstico fue de 62 años (47-75) en PAM y 48 años (40-71) en GW. La clínica más prevalente al diagnóstico fue síntomas generales. El 91% de los pacientes con PAM y 67% de los pacientes con GW tenían un aclaramiento de creatinina menor de 60 ml/min. La implicación pulmonar en pacientes con PAM fue del 36% y del 78% en pacientes con GW. Los anticuerpos anticentrómero (ANCA) fueron positivos en un 80% en la PAM (88% pANCA) y el 100% en la GW (80% cANCA). El valor BVAS y DEI medio fue de 17 (12-25) y 5 (5-9) en los pacientes con PAM y 18 (15-22) y 7 (6-7) en pacientes con GW. Se trató con ciclofosfamida (Cy) y corticoides (Cs) en el 50% de las PAM y en el 77% de las GW. Azatioprina (Az) con Cs en 11% de las PAM. El resto de pacientes recibieron Cs en monoterapia. Los pacientes con PAM y GW estuvieron en seguimiento una mediana de 78 meses (5-131) y 25 meses (17-228) respectivamente. Siete pacientes con PAM murieron (cinco en los primeros 6 meses); cuatro de ellos se debieron a distintas complicaciones propias de la PAM. Cinco pacientes con GW murieron (uno en los primeros 6 meses); tres muertes se asociaron a GW y dos fueron potencialmente atribuidas a la Cy. La supervivencia acumulada a los 1, 5 y 10 años fue de 73%, 67% y 59% para la PAM y 89%, 56% y 56% para la GW. De acuerdo a los análisis bivariantes, BVAS  $< 17$  ( $p = 0,01$ ), DEI  $< 5$  ( $p = 0,00$ ) y edad  $< 65$  años ( $p = 0,00$ ) se asociaron con un aumento de la supervivencia en PAM. El esquema de tratamiento con Cy o Az más Cs vs Cs en monoterapia no adquirió significación estadística ( $p = 0,08$ ). En nuestras series sólo BVAS actuó como factor

de riesgo significativo con los modelos de riesgo proporcional Cox: HR 1,27 (1,1-1,5). Las recaídas ocurrieron en 5 pacientes con PAM (23%) después de una mediana de tiempo de 54 meses (35-93). No se encontraron variables relacionadas con las recaídas.

**Conclusiones:** La mayoría de los pacientes tuvieron alteraciones pulmonares y renales que comprometían su vida. El pronóstico a largo plazo de los pacientes que sobrevivieron los primeros 6 meses fue bueno. Los pacientes ancianos y los que padecían enfermedad con mayor grado de extensión o más activa en el momento del diagnóstico tuvieron un peor pronóstico.

## 102. ARTERITIS DE TAKAYASU: DESCRIPCIÓN DE 8 CASOS

E. García-Melchor, S. Mínguez, A. Moltó, D. Grados, A. Olivé, S. Holgado, L. Mateo, J. Cañellas, X. Tena y J Ruiz<sup>1</sup>

Sección de Reumatología y <sup>1</sup>Servicio de Neumología Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona. Barcelona.

**Introducción:** La arteritis de Takayasu (AT) es una vasculitis granulomatosa que afecta a vasos de gran calibre con predilección por la aorta y sus ramas principales. La inflamación mantenida de estos vasos da lugar a estenosis y en ocasiones a la formación de aneurismas.

**Objetivo:** Describir las características demográficas, manifestaciones clínicas, pruebas de laboratorio y el tratamiento recibido de los pacientes con AT.

**Pacientes y métodos:** Diseño: retrospectivo. Centro: universitario. Área de referencia: 700.000 habitantes. Se revisaron los historiales clínicos de los pacientes diagnosticados de AT obtenidos de la base de datos de la Sección de Reumatología (CIPER). Todos los pacientes cumplían los criterios del American College of Rheumatology (ACR) para la AT. Se utilizaron los criterios del National Institutes of Health (NIH) para evaluar la presencia de enfermedad activa en el momento del diagnóstico. Se utilizó la clasificación de la Conferencia Internacional de AT de Tokyo de 1994 para clasificar a los pacientes según el territorio vascular afecto.

**Resultados:** Entre enero de 1987 y diciembre de 2008 se diagnosticaron 8 pacientes con AT: 2 hombres (25%) y 6 mujeres (75%). La edad media en el momento del diagnóstico fue de 51 años (intervalo: 26-66 años). El tiempo medio entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico fue de 120 meses (intervalo: 48 horas-480 meses). Las manifestaciones clínicas de esta serie de pacientes se detallan en la tabla. Todos los pacientes cumplían los criterios diagnósticos de la ACR y en el momento del diagnóstico todos tenían enfermedad activa según los criterios del NIH. Respecto al territorio vascular afecto, la distribución de los pacientes según a clasificación de Tokyo se muestra en la tabla. Las regiones más afectadas fueron la aorta abdominal en 4 pacientes (50%) y la arteria subclavia en 4 (50%). Destacar que en dos pacientes se afectaron las arterias renales y en uno las arterias pulmonares. Se determinaron los valores de velocidad de sedimentación globular (VSG) en 6 pacientes, siendo elevada (> 20 mm 1.<sup>a</sup> hora) en todos ellos, con valores medios de 56 mm (rango

36-88 mm). Como complicaciones graves, 3 pacientes (37,5%) presentaron un accidente vascular isquémico, 3 (37,5%) cardiopatía isquémica y 2 (25%) insuficiencia renal terminal que requirió hemodiálisis. Respecto al tratamiento, 5 pacientes (62,5%) recibieron tratamiento con prednisona oral a dosis de 1 mg/kg/día, 2 de ellos recibieron previamente bolus de metilprednisolona endovenosa (500 mg/día durante 3 días). Tres pacientes (37,5%) recibieron además de los glucocorticoides un tratamiento inmunosupresor, que fue en dos casos metotrexato y en uno azatioprina. Tres pacientes (37,5%) no recibieron ningún tipo de tratamiento. Cuatro pacientes (50%) requirieron tratamiento quirúrgico o intervencionismo vascular: en dos casos derivación vascular (bypass aorto-bifemoral), y en dos la implantación de stents (subclavia y arteria pulmonar). El tiempo medio de seguimiento fue de 742 meses (intervalo: 2-255 meses), 2 pacientes fallecieron, uno por peritonitis en contexto de diálisis peritoneal y en otro la causa no figuraba en el historial clínico.

**Conclusiones:** La AT es una vasculitis que típicamente aparece en mujeres jóvenes de raza oriental. Sin embargo, la presente serie demuestra que también podemos encontrar casos en nuestro país. Un 50% de los pacientes presentan además de la clínica vascular típica, manifestaciones sistémicas. La afectación vascular más frecuente en nuestra serie fue la tipo I, que corresponde a la afectación aislada de troncos supraaórticos. El tratamiento médico y quirúrgico es esencial.

Tabla Resumen 102

Manifestaciones clínicas vasculares: 8 (100%)	Manifestaciones clínicas sistémicas: 5 (62,5%)	Clasificación afectación arterial
Claudicación extremidades: 5 (62,5%)	Astenia: 3 (37,5%)	Tipo I: Troncos supraaórticos 3 (37,5%)
Disminución de pulsos: 8 (100%)	Pérdida de peso: 2 (25%)	Tipo IIa: Aorta ascendente, arco aórtico, troncos supraaórticos 0
Asimetría tensión arterial braquial: 3 (37,5%)	Eritema nodoso: 1 (12,5%)	Tipo IIb: Aorta ascendente, arco órtico, troncos supraaórticos, aorta descendente torácica 1 (12,5%)
Soplos vasculares: 5 (62,5%)	Artralgias: 2 (25%)	Tipo III: Aorta descendente torácica, aorta abdominal ± renales 1 (12,5%)
Dolor torácico: 2 (25%)	Artritis: 1 (12,5%)	Tipo IV: Aorta abdominal ± renales 2 (25%)
Disnea: 1 (12,5%)	Cefalea: 1 (12,5%)	Tipo V: Tipo IIb + tipo IV 1 (12,5%)
Insuficiencia renal aguda: 1 (12,5%)	Adenopatías: 2 (25%)	
Alteraciones visuales: 1 (12,5%)	Esplenomegalia: 1 (12,5%)	