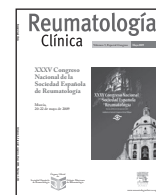




Reumatología Clínica

www.reumatologiaclinica.org



Abstracts aceptados para su publicación

XXXV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología

Murcia, 20-22 de mayo de 2009

306. CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES ENTRE ESPONDILITIS ANQUILOSANTE PURA Y ASOCIADA A PSORIASIS O ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

J.A. Maldonado Cocco¹, G. Citera, P. Arturi¹, J. Vázquez-Mellado², P. Sampaio Barros³, D. Flores⁴, R. Burgos-Vargas⁵, H. Santos⁶, J. Chávez Corrales⁷, D. Palleiro⁸, M. Gutiérrez⁹, E. Sousa¹⁰, F. Pimentel¹¹, S. Paira¹¹, A. Berman¹², M. Moreno¹³ y E. Collánchez-Estévez¹⁴

¹Buenos Aires, Argentina. ²México, DF. ³Sao Paulo, Brasil. ⁴Monterrey, México. ⁵Ciudad de México. ⁶Lisboa, Portugal. ⁷Lima, Perú. ⁸Montevideo, Uruguay. ⁹Santiago, Chile. ¹⁰Lisboa, Portugal. ¹¹Santa Fe, Argentina. ¹²Tucumán, Argentina. ¹³Guayaquil, Ecuador. ¹⁴Córdoba, España.

Introducción: El compromiso axial, característico de la espondilitis anquilosante (EA), puede también observarse en pacientes con artritis psoriásica (APs) y enfermedad inflamatoria intestinal (EII). El objetivo del presente estudio fue describir las características diferenciales de pacientes con EA pura comparada con aquellos con APS y EII que tuvieran compromiso axial asociado.

Pacientes y métodos: RESPONDIA es una base de datos Iberoamericana que incluyó pacientes con diagnóstico de espondiloartropatías (EspA) de diferentes países de Iberoamérica, utilizando la base REGISPONSER de España. Se incluyeron pacientes consecutivos con diagnóstico de EspA según criterios ESSG que acudieron a la consulta ambulatoria entre junio y diciembre de 2006. Se recolectaron datos demográficos, clínicos, actividad de la enfermedad, capacidad funcional, calidad de vida, status laboral y características radiológicas. Para este estudio se seleccionaron aquellos pacientes que cumplieran criterios para EA según criterios de New York modificados. Análisis estadístico. Los datos categóricos fueron comparados por Chi cuadrado o test exacto de Fisher y los continuos por ANOVA con pruebas post-hoc o Kruskal Wallis según correspondiera, utilizando SPSS versión 11.5.

Resultados: Se incluyeron 1.264 pacientes, 1.072 con diagnóstico de EA pura, 147 con APs y 45 con EII, con una edad mediana de 42 años (RIQ 33,7-51,8) y un tiempo mediano de evolución de la enfermedad de 6 años (RIQ 2-12), siendo este último comparable en los 3 grupos. Los pacientes con EA pura fueron significativamente más jóvenes (edad media 42,3, 48,6, 47,5 años $p = 0,001$) y con mayor frecuencia de sexo masculino (76,2%, 57,8%, 48,9% $p = 0,001$) que los otros 2 grupos. La frecuencia de manifestaciones axiales como dolor lumbar inflamatorio y sacroileítis (SI) fue significativamente más frecuente en el grupo EA pura vs los otros grupos, (dolor lumbar 97,4%, 86,2%, 84,4%. SI 92%, 69,4%, 68,2% $p = 0,002$) mientras que la frecuencia de dactilitis, entesitis y artritis periférica fue más frecuente en los pacientes con APs (dactilitis 8,3%, 41,8%, 15,6%; entesitis 28%, 34%, 15,6%; artritis 54,4%, 64,6%, 52,1% $p = 0,04$). La movilidad espinal estuvo significativamente más limitada en pacientes con EA pura vs los

otros 2 grupos, al igual que el daño radiológico de columna medido por BASRI (BASRI total 8,2, 6,1, 5,6 $p = 0,001$). La actividad de la enfermedad (BASDAI), capacidad funcional (BASFI) y calidad de vida (ASQoI) fue comparable en los 3 grupos. Con respecto al tratamiento los pacientes con APS utilizaron más frecuentemente metotrexate y leflunomida, aquellos con EII más frecuentemente sulfasalazina, mientras que el uso de AINEs habituales fue más frecuente en aquellos con EA pura. El 5,7% recibieron agentes biológicos y esto fue más frecuente en pacientes con APS.

Conclusión: Este estudio demuestra que los pacientes con EA pura presentaron un compromiso más severo del esqueleto axial que aquellos con EA asociada a psoriasis o enfermedad inflamatoria intestinal.

307. UVEÍTIS Y TRATAMIENTOS CON ANTI-TNFA: PRESENTACIÓN DE 7 CASOS CLÍNICOS

I. Macías Fernández, N. Chozas, R. Gil Vélez, M. Gandía Martínez, F. Medina Varo y S. García Pérez

Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Introducción: La uveítis describe el proceso inflamatorio de la porción media del ojo. Es la tercera causa de pérdida visual irreversible. Los tratamientos utilizados no han sido sometidos a rigurosos ensayos clínicos controlados, por lo que se basan en la experiencia clínica acumulada.

Casos clínicos: Caso 1: varón de 53 años con enfermedad de Behçet con afectación mucocutánea y ocular resistente a corticoides e inmunosupresores, que inicia Infliximab a dosis de 5 mg/kg a las 0, 2, 6 y cada 8 semanas asociado a metotrexate con mejoría, pudiéndose retirar éste. Se decide retirada cautelosa de la terapia biológica a los 18 meses, pero hubo que reiniciarla después, por reactivación del proceso ocular. Caso 2: varón de 24 años con enfermedad de Behçet con afectación ocular bilateral tratada con corticoides e inmunosupresores, sin lograr remisiones prolongadas, que inicia tratamiento con Infliximab teniendo que ser suspendido a los 3 meses por infección respiratoria por *Micobacterium kansasii*, reanudándose posteriormente y encontrándose actualmente asintomático. Caso 3: mujer de 34 años con enfermedad de Behçet y afectación ocular resistente a tratamientos inmunosupresores habituales que, a los 8 meses del diagnóstico, inicia tratamiento combinado metotrexate e Infliximab, estando actualmente, a los 3 meses del inicio de la terapia biológica, sin corticoides y con dosis decrecientes de metotrexate. Caso 4: varón de 43 años con espondilitis anquilosante HLA B27+ afectación axial y episodios de uveítis anteriores agudas recidivantes que inicia tratamiento en monoterapia con Infliximab, encontrándose actual-

mente, a los 18 meses del inicio del tratamiento, asintomático y sin nuevos episodios de inflamación ocular. Caso 5: varón de 36 años con espondilitis anquilosante HLA B27+ con afectación axial y periférica y episodios de uveítis anteriores agudas recidivantes y bilaterales, en tratamiento con varios inmunosupresores que inicia de tratamiento combinado metotrexate y Etanercept y actualmente, tras más de 2 años de tratamiento, no ha aparecido ningún otro episodio inflamatorio ocular. Caso 6: mujer de 45 años con enfermedad de Crohn en tratamiento con mesalacina con artralgiar/raquialgiar de ritmo mixto y antecedentes de uveítis anteriores agudas recidivantes. Se añade Infliximab y, actualmente, a los 6 meses del inicio de la terapia biológica, las raquialgiar han remitido y no ha vuelto a presentar más episodios de inflamación ocular. Caso 7: niña de 3 años artritis idiopática juvenil oligoarticular factor reumatoide negativo y anticuerpos antinucleares positivos e iridociclitis crónica OD, tratada con corticoides y metotrexate con mejoría articular, que no ocular, por lo que se añade Adalimumab con resolución del cuadro. **Comentarios:** Los pacientes con uveítis no controladas con glucocorticoides tópicos, pueden requerir terapia sistémica esteroidea y agentes inmunosupresores. Los fármacos inmunomoduladores están indicados en casos de inflamación intraocular que suponga una amenaza para la visión, fracaso o contraindicación a corticoides o de administración precoz ante ciertas patologías oculares de mal pronóstico. Se han utilizado los anti TNF α (Infliximab, Adalimumab y Etanercept) y otros como el Daclizumab, Efalizumab, Anakinra y Alefacept. De todos ellos, con el que más experiencia acumulada existe es con los antiTNF α , que se han utilizado en patología ocular refractaria a tratamiento habituales, asociada a Enfermedad de Behçet, Enfermedad de Crohn, espondiloartropatías..., observándose que son efectivos para disminuir la inflamación ocular, la recurrencia de los brotes y el uso concomitante de esteroides y/o inmunosupresores. Al comparar los 3, se ha sugerido que los anticuerpos monoclonales son más efectivos que el receptor soluble, lo cual puede tener implicaciones en la práctica clínica diaria, cuando se debe elegir el tratamiento a instaurar, aunque todos estos hallazgos deben ser confirmados con estudios prospectivos controlados.

308. PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN UNA CONSULTA BÁSICA DE REUMATOLOGÍA

J. Moreno Morales, E. Soriano Navarro, F. Rodríguez Martínez, V. Cogolludo Campillo y A. Valcárcel Susarte

Hospital Universitario Santa María del Rosell. Cartagena. Murcia.

Objetivo: Tradicionalmente se describe la actividad asistencial en Reumatología en base al número de pacientes nuevos y revisiones, en base a diagnósticos (porcentaje de enfermedades inflamatorias o no) (Morales-Romero et al. *Reumatol Clin.* 2005;1:87-94; Rodríguez Gómez et al. *Reumatol Clin.* 2006;2:239-46). En este trabajo se describen los procedimientos tales como artrocentesis, infiltraciones, ecografías, informes, realizados en una consulta básica (no monográfica) de Reumatología.

Material y métodos: Durante un periodo de 30 meses se llevó a cabo un registro de actividad, mediante una sencilla tabla de Excel, que incluía datos del paciente (número de historia asignado por el hospital, iniciales del paciente), procedimiento realizado, distinto de la consulta, diagnóstico sobre el que se realiza el procedimiento, y la articulación afecta; así como fecha del procedimiento. El periodo de registro va desde el 06/06/2006 hasta la fecha actual, poniendo el corte para examinar los datos a fecha 22/12/2008. El registro se ha llevado a cabo a título particular en una consulta, de las 4 que funcionaban durante el periodo de recogida de datos (actualmente son 5 las que hay en funcionamiento en nuestro hospital).

Resultados: Periodo del 06/06/2006 al 22/12/2008. Se registraron 824 procedimientos: Informes: 109; Artrocentesis: 202. 185 rodillas;

8 hombros; 3 codos; 3 caderas; 2 tobillos; 1 articulación acromioclavicular. Por diagnósticos: Fueron 102 artrosis; 41 AR; y en el resto de diagnósticos se hallan artropatías microcristalinas, a. psoriásicas, otras artritis (incluidas 2 sépticas); Infiltraciones: 591. 281 rodillas; 191 hombros; resto: otras localizaciones. Por diagnósticos fueron: 227 artrosis; 79 AR; 204 patología de partes blandas (bursitis, tendinitis, periartritis, síndrome del túnel carpiano, etc.); Ecografías: 206. 110 hombros; 28 rodillas; 8 caderas; 15 codos, 22 manos, 12 tobillos/pies. Por diagnósticos más frecuentes: 80 tendinitis/tenosinovitis; 42 artritis/sinovitis (incluidos 2 sépticas); 13 artrosis; Otros procedimientos consistieron en la realización de capilaroscopias y examen de líquido sinovial al microscopio óptico.

Conclusión: Al no existir consulta monográfica, y estar las 4 consultas organizadas de la misma manera, los datos son extrapolables, lo que nos aporta una cifra estimada de los actos realizados en nuestra sección en el periodo descrito: Unos 430 informes; más de 800 artrocentesis; más de 2300 Infiltraciones. El número de ecografías no es extrapolable al no haberse realizado en cuantía similar por el grado de capacitación para las mismas.

309. DENSIDAD MINERAL ÓSEA EN FALANGE Y MORTALIDAD: EXTENSIÓN A 7 AÑOS

R. Mazzucchelli, R. Almódovar, J. Quirós y P. Zarco

Unidad de Reumatología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.

Introducción: Hace 2 años presentamos datos preliminares de este estudio y ahora presentamos la extensión del mismo con 2 años más de seguimiento.

Objetivo: El propósito de este estudio es analizar si existe asociación entre la densidad mineral ósea (DMO) en falange y mortalidad. De confirmarse esta asociación analizar cuáles son los posibles factores que justificarían 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 apto de densitometría de falange (BD Accudexa), 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 Accudexa al menos han tenido 1 ingreso hospitalario. Se analizaron los pacientes que fallecieron (tipo alta = 4) frente a los que no durante este periodo. Las variables estudiadas para cada paciente fueron las siguientes: de la BD Accudexa: edad, sexo, fecha densitometría, DMO; de la BD del CMBD: edad ingreso, sexo, tiempo seguimiento, obesidad, diabetes, neoplasia, anemia, trombosis, insuficiencia renal, demencia, enolismo, tabaco, enf cerebrovascular, insuficiencia cardiaca, EPOC, hepatopatía, y otras variables clínicas determinadas a través del CIE-9. Se analizó la asociación de mortalidad por disminución de 1 desviación estándar en la determinación de la densidad/contenido mineral en falange (bmd/bmc), mediante análisis univariante (t-Student para las variables cuantitativas y test de la χ^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 5.664 densitometrías (correspondientes a 4.374 pacientes) realizadas a nivel de falange proximal (ACCUDEXA) durante el periodo del estudio, 1.743 (39,8%) pacientes tuvieron al menos 1 ingreso en nuestro centro. 1.587 (91,5%) fueron mujeres (media de edad 60,3 años y una DE 11,46) y 156 (8,5%) hombres (media de edad 56,5 años y una DE 14,97). El tiempo medio de seguimiento de la cohorte fue de 1390 días y DE 673 días. Se produjeron 73 exitus: 65 mujeres y 8 hombres (RR 1,26 (IC95% 0,59-2,68)). En el

análisis univariante se obtuvieron diferencias estadísticas significativas: con las siguientes variables estudiadas: edad, bmc, bmd, Rweighth, residencia/domicilio propio, neoplasia, anemia, insuf. renal aguda, insuf. renal crónica, acidosis, demencia, Insuf cardiaca e insuf respiratoria. Por cada disminución de 1 desviación estándar de la bmd de falange (ajustado a edad y sexo) se asoció con un aumento del riesgo de muerte de 1,34 (IC95% 1,01-1,77). Tras introducir en el análisis multivariante todas las variables que habían resultado estadísticamente significativas excepto demencia se mantuvo el aumento del riesgo de muerte RR 1,36 (IC95% 0,999-1,87).

Conclusiones: Este estudio muestra que por cada reducción de 1 DE en la densidad mineral ósea en falange se produce un aumento del 36% de la mortalidad que es independiente de la edad y sexo así como de la gran mayoría de las variables analizadas, excepto para la variable demencia e insuficiencia renal crónica.

310. CÓMO DERIVA PACIENTES EL MÉDICO DE CABECERA A UN MEDICO CONSULTOR DE REUMATOLOGÍA Y CÓMO ACUDE EL PACIENTE A ESTA CONSULTA

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

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife.

Objetivo: Determinar cómo son remitidos los pacientes a un médico consultor de reumatología en un área de salud y cómo acude el paciente a dicha consulta.

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%). De todos estos pacientes se tomaron datos concernientes a: edad y sexo; si el paciente conocía o aportaba el tratamiento que tomaba; cómo estaba redactado el pase de consulta para el especialista (era claro y conciso o, por el contrario, era genérico sin que se detallase claramente el motivo de consulta) y si este era o no aportado por el paciente en el momento de la consulta; qué tipo de pruebas analíticas o de imagen aportaba el paciente, si no las aportaba se indagaba en por qué motivo no había sido así, diferenciando entre por qué no se habían realizado o porque aun habiendo estado hechas el paciente consideró no relevante aportarlas; y por último, si tras la visita el paciente era dado de alta, citado nuevamente o remitido a nuestro hospital de referencia.

Resultados: 302 pacientes fueron incluidos en nuestra serie, 251 mujeres (83,1%) y 51 varones (16,8%) con una edad media de 55,1 ± 14,3 ds años. 266 (88%) pacientes aportaban el pase de consulta del médico remitente, de los cuales en 233 (77%) se estimaron como correctos mientras que 30 (9,9%) lo aportaban pero este era considerado como incorrecto no pudiéndose determinar el motivo de la consulta claramente. El resto (36 pacientes, 11,9%) no aportaban el pase de consulta por haberseles olvidado este o por referir que su médico no se los había dado. Cuando se les preguntaba si conocían el tratamiento médico que estaban tomando, un 14,5% no era capaz de aportar dicho dato. En cuanto a las pruebas complementarias que el paciente proporcionaba se estudiaron las correspondientes a analíticas y pruebas de radiología simple. El 36,7% (111) de los pacientes no aportaban ninguna analítica a pesar de haber sido recomendable a juicio del especialista haberla aportado mientras que el 31,1% (94) de los pacientes sí aportaban alguna prueba analítica en las cuales figuraba la velocidad de sedimentación glomerular, la proteína C reactiva, el factor reumatoide y los anticuerpos antinucleares en un 31,4% (94), 28,8% (87), 29,1% (88) y 29,1% (88) respectivamente. En cuanto a las pruebas de radiografía simple, de forma similar, el 36,4% (110) de los pacientes no aportaba ningún prueba de imagen a pesar de que, a juicio del especialista, habría sido recomendable haberlas pro-

porcionado; 8% (26) no las aportaban a pesar de haberlas tenido realizadas (olvidos de las pruebas en casa fundamentalmente) y en un 54% (165) sí aportaba dichas pruebas de radiología simple. Una vez finalizada la consulta por el reumatólogo consultor, a un 34,1% de los pacientes se les citaba nuevamente, un 40,1% eran dados de alta a su médico de cabecera y el 4,9% eran derivados a nuestro hospital de referencia.

Conclusión: La forma en que los pacientes son remitidos al médico consultor de reumatología y cómo acude el paciente a este especialista son ampliamente mejorables.

311. EFECTOS DE DIFERENTES TERAPIAS EN EL SÍNDROME DEL TÚNEL DEL CARPO SOBRE LA ESCALA DE ANSIEDAD-DEPRESIÓN HAD (HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE)

D. Ly-Pen¹, J.L. Andreu², G. de Blas³, A. Sánchez-Olaso⁴ y M.Á. Salinero⁵

¹Centro de Salud "Gandhi"; ²Servicio de Reumatología, HU Puerta de Hierro-Majadahonda; ³Servicio de Neurofisiología Clínica HU Ramón y Cajal; ⁴Servicio de Cirugía Plástica, HU Ramón y Cajal; ⁵Unidad de Formación e Investigación del Área 4. Madrid.

Introducción: El síndrome del túnel carpiano (STC) es una enfermedad muy frecuente en nuestra práctica. Hasta la fecha no ha sido estudiada la influencia del tratamiento con infiltraciones (I) y cirugía (C) sobre la escala de ansiedad-depresión (HAD) en estos pacientes.

Objetivo: Analizar el efecto del tratamiento del STC mediante I o C sobre las puntuaciones de la HAD validada para la población española.

Métodos: Ensayo clínico, aleatorizado y abierto, comparando I y C. Se incluyeron pacientes con síntomas sugestivos de STC (parestias nocturnas) de al menos 3 meses de evolución y confirmación neurofisiológica. Se excluyeron los pacientes con afectación motora clínicamente aparente. La evaluación subjetiva de los síntomas se realizó mediante escala analógico-visual (EAV) de dolor. Se realizaron revisiones clínicas a los 3, 6 y 12 meses del tratamiento. Cada paciente completó el cuestionario HAD y una EAV para dolor a 0, 3, 6 y 12 meses. La significación estadística se estableció mediante la prueba de la t de Student y la U de Mann-Whitney cuando fue preciso. Se utilizó un análisis de regresión lineal para conocer el efecto del tratamiento ajustado por la puntuación inicial de ambas escalas. El Comité Ético aprobó el ensayo. El estudio se completó antes de la instauración de la recomendación de los registros de ensayos clínicos obligatorios, como ClinicalTrial.gov o similares.

Resultados: Se incluyeron 65 pacientes (30 al grupo I y 35 al grupo C). Ambos grupos mejoraron significativamente en relación con los valores basales de la EAV de dolor, en las revisiones a los 3, 6 y 12 meses, no existiendo diferencias significativas entre I y C. A los 6 meses, la reducción en la escala de Ansiedad fue en torno a los 3 puntos para ambos tratamientos (C = 3,6 e I = 3,2), sin alcanzar diferencias significativas. A los 12 meses, fue algo mayor para los tratados con I, pero siempre en torno a los 3 puntos y sin diferencias significativas. La puntuación de la escala de Depresión, se redujo discretamente a los 6 meses, y de forma similar para ambos grupos (I = 1 y C = 1,19; p = 0,8). Tras 12 meses, el grupo I dobló la reducción previa, experimentando cambio muy discreto el grupo C (I = 1,96 y C = 1,03; p = 0,3). Al analizar el efecto del grupo C sobre el de I, el resultado fue de una reducción de 0,25 puntos para Ansiedad (p = 0,7) y de 0,02 puntos para Depresión (p = 0,9).

Conclusiones: El tratamiento del STC mediante I o C se traduce en una mejoría similar y discreta de las puntuaciones de Ansiedad de la escala HAD a los 6 y 12 meses. Para ambos tipos de tratamiento las puntuaciones de Depresión apenas cambian a los 6 meses, siendo algo mayores en el grupo I tras 12 meses de seguimiento. El efecto independiente de la C sobre ambas escalas es escaso y no significativo.

Tabla Resumen 312

	Sí metástasis	No metástasis
Calcio	9,19 mg/dl	9,39 mg/dl
Fósforo	3,47 mg/dl	3,38 mg/dl
Vit D	13,85 ng/ml	20,50 ng/ml
PTH	66,80 pg/ml	52,23 pg/ml
PSA	101,27 ng/ml	2,52 ng/ml

312. HIPERPARATIROIDISMO SECUNDARIO EN EL CARCINOMA DE PRÓSTATA AVANZADO

S. Quirosa Flores¹, F. Valle Díaz de la Guardia², M. Varsavky³, G.M. Ábalos Medina¹, J.L. Miján Ortiz², P. Manzano Fernández-Amigo¹, J. González Domínguez¹ y E. Raya Alvarez¹

¹Servicio de Reumatología, ²Servicio de Urología, ³Servicio de Endocrinología, Hospital Clínico San Cecilio. Granada.

Introducción: La PTH como hormona reguladora de la calcemia y el metabolismo del hueso parece jugar un papel fundamental en la fisiología de las metástasis osteoblásticas en los pacientes con carcinoma de próstata avanzado, sin embargo su importancia aún no está bien definida.

Objetivos: Analizar las diferencias en las determinaciones de PTH, calcio, fósforo y 25 (OH) vitamina D en el suero de los pacientes con carcinoma prostático con y sin metástasis óseas.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de 60 pacientes diagnosticados de cáncer de próstata mediante PSA, tacto rectal y/o biopsia. En todos los casos se hicieron determinaciones en suero de PTH, calcio, fósforo, 25 (OH) vitamina D así como PSA. Se les realizó también una gammagrafía ósea para determinar el grado de extensión tumoral. El programa estadístico utilizado para el contraste de datos fue el SPSS versión 15.

Resultados: De los pacientes estudiados el 73,3% no presentaban metástasis óseas con una edad media de 70,3 años frente a un 26,7% que las presentaban y cuya edad media era de 72,5 años. Los resultados analíticos se resumen en la tabla.

Los pacientes con cáncer de próstata y metástasis óseas presentaron niveles de PTH superiores a los no metastásicos de forma estadísticamente significativa ($p = 0,03$). Los niveles de vitamina D también fueron significativamente menores en este grupo ($p = 0,03$). No se apreciaron diferencias de interés en el resto de los valores. Se aplicó test de correlación de Pearson en busca de relaciones entre las variables. Encontramos una relación inversa en los pacientes sin metástasis, al aumentar el PSA disminuye el valor de vitamina D. ($p = 0,02$). Dentro del grupo de pacientes con metástasis se han analizado los resultados según presentaran foco metastásico único o múltiple en la gammagrafía, sin embargo no se apreciaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Conclusión: Los niveles de PTH están elevados en los pacientes con cáncer de próstata avanzado, posiblemente en relación a hiperparatiroidismo secundario a la neoformación ósea, lo que podría implicar valores pronósticos en cuanto a la evolución de la enfermedad.

313. OSTEOPOROSIS Y SU DIAGNÓSTICO POR SERVICIOS

M. Mínguez Vega, P. Bernabeu Gosálvez, G. Panadero Tendero, E. Salas Heredia y A. Carbonell Jordá

Hospital Clínico Universitario de San Juan, Alicante.

Objetivo: Conocer cuántos pacientes son dados de alta tras ingreso en el Hospital San Juan de Alicante con el diagnóstico de osteoporosis y qué Servicios los diagnostican.

Métodos: Los diagnósticos que figuran en el informe de alta de nuestro hospital se encuentran codificados mediante un sistema informático. Seleccionamos todos los informes realizados a lo largo del año 2006,

donde figura como diagnóstico Osteoporosis. Por otro lado seleccionamos los pacientes dados de alta del servicio de Traumatología mayores de 65 años con el diagnóstico de fractura no patológica para saber en cuántos de ellos aparecía también el diagnóstico de osteoporosis.

Resultados: El diagnóstico de osteoporosis figura en 118 informes de alta hospitalaria, siendo en los Servicios de Neumología y Medicina Interna en los que más prevalece. Curiosamente Reumatología, Ginecología o Traumatología están entre los Servicios en donde menos consta como diagnóstico. Por otro lado, en el Servicio de Traumatología ingresaron 122 pacientes mayores de 65 años con fracturas no patológicas de diversas localizaciones, sin embargo, en ninguno de estos informes consta el diagnóstico de osteoporosis.

Conclusiones: Aunque no se analiza el método de diagnóstico de osteoporosis en este trabajo, probablemente en ciertos Servicios se sobreestime su diagnóstico y no se haga siguiendo los criterios de la OMS pues resulta curioso que Servicios no relacionados directamente con el Aparato Locomotor como Cardiología, Neumología o Neurología estén entre los que más lo diagnostican. Otros Servicios, como es el Servicio de Traumatología lo infraestiman, pues los normal es que un porcentaje importante de los pacientes mayores de 65 años que ingresen con fracturas no patológicas, padezcan de osteoporosis.

314. ALTERACIONES ÓSEAS EN PACIENTES ALCOHÓLICOS

J. Calvo Catalá¹, P. Sorní³, C. Campos Fernández¹ y B. Climent²

¹Reumatología y Metabolismo óseo, ²Unidad de Toxicología, ³Medicina Interna, Consorcio H. General Universitario. Valencia.

Introducción: Es conocido que el consumo excesivo de alcohol es un factor de riesgo de masa ósea baja y por lo tanto de fracturas. El alcohol tiene un efecto inhibitorio directo sobre los osteoblastos y puede condicionar malnutrición, déficit de vitamina D, alteraciones de la función tubular renal e hipogonadismo secundario.

Objetivos: Objetivo principal: valorar la alteración de la masa ósea en pacientes varones con dependencia de alcohol. Objetivos secundarios: prevalencia de fracturas (anamnesis y estudio Rx de columna), estudio del metabolismo fosfocálcico, valoración de déficits de magnesio, proteínas y vitaminas del grupo B, alteraciones hormonales (función tiroidea y PTH), sobrecarga de hierro y estudio de la función hepática, para poder establecer su relación con la masa ósea.

Material y métodos: Estudio descriptivo de pacientes atendidos en la Unidad de Toxicología Clínica desde enero del año 2007 hasta mayo del 2008 para deshabitación de alcohol, que estuvieran exentos de factores de riesgo no modificables de osteoporosis (36 pacientes). Se les realizó medición de MO de columna y cadera total, Rx columna, analítica, ecografía hepática y anamnesis detallada. Datos analizados estadísticamente por el programa SPSS versión 15.

Resultados: Edad media de 51 años con IMC medio de 25, con una duración media de la dependencia de 26 años con un patrón de consumo continuo (72%) y un consumo medio diario de 21 UBE/día. Se detectó osteopenia en el 42% y osteoporosis en un 11%. Se evidenciaron fracturas en un 27% de casos (vertebral: 16% y de cadera: 11%). La hepatopatía alcohólica es el antecedente más constatado (47%), seguido de patología psiquiátrica, úlcus, cirrosis hepática, diabetes, pancreatitis, polineuropatía y TCE. En un 94% coexistía tabaquismo y consumo de otras drogas en un 6%. Existía una evidente alteración del perfil nutricional: anemia, hipoalbuminemia, etc.

Conclusiones: Coincidimos con otras series en que estos pacientes presentan una masa ósea patológica superior a la esperada en una población de la misma edad y sexo: 53% (42% osteopenia y 11% osteoporosis), siendo su causa multifactorial: malnutrición, falta de ejercicio, etc. Existe también un incremento de fracturas: 27% (16% Fr.V, y 11% de cadera), contribuyendo en las mismas las frecuentes caídas. Debemos resaltar la colaboración de las unidades de Desintoxicación y de Reumatología, pues a pesar de ser pacientes pluripa-

Tabla Resumen 315

Pacientes que han desarrollado tuberculosis (Edad: edad de presentación de la complicación)

Pacientes	Género	Edad	Enfermedad	Fármaco	Protocolo	Tipo de infección	Otros factores
1	Femenino	55	AR	Etanercept	Correcto	TBC pulmonar	Corticoides dosis variables
2	Femenino	73	AR	Etanercept	Incorrecto	TBC urinaria	Corticoides altas dosis

tológicos, evitar fracturas contribuirá a mejorar la calidad de vida y disminuir la mortalidad.

315. COMPLICACIONES INFECCIOSAS EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTI-TNFA

B. Magallares López y J.A. Amiguet

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Introducción: Presentamos los resultados obtenidos en nuestro hospital mediante una recogida sistemática de datos de los pacientes que han sido tratados con infliximab, adalimumab o etanercept que han cumplido un mínimo de dos años tras el inicio de la terapia.

Resultados: Se obtienen los datos de 85 pacientes (61 mujeres) de los cuales 53 presentan AR y el resto algún tipo de espondiloartropatía; 33 recibieron tratamiento con etanercept, 29 con adalimumab y 23 con infliximab. Recogimos un total de 22 complicaciones infecciosas de las cuales el 27,4% se produjeron con etanercept, el 36,3% con adalimumab, y otro 36,3% con infliximab. De la totalidad en 5 casos (22,7%) no se precisó suspensión del fármaco para la correcta evolución del paciente, sin embargo sí fue necesaria una suspensión temporal en 7 (31,8%) sujetos, y definitiva en el resto (45,5%). La infección que se repite con mayor frecuencia es la del aparato respiratorio, siendo el 41% de las complicaciones infecciosas (diagnóstico final de neumonía hasta en un 44,5%). Destacan dos sujetos en los que la infección fue por *Mycobacterium tuberculosis* y cuyas características se describen en la tabla.

Primer caso: condensación parenquimatosa extensa en lóbulo superior izquierdo; se realizaron 5 baciloscopias de esputo, fibrobroncoscopia con lavado bronco-alveolar y baciloscopia: todos negativos; el diagnóstico microbiológico definitivo se realizó con cultivo de Lowenstein-Jensen negativo y cultivo para micobacterias en MB/Bact positivo para *Mycobacterium tuberculosis* en esputo. Segundo caso: no queda reflejado en la historia si se le determinó un segundo PPD o booster; cuadro de febrícula mantenida y malestar general sin focalidad; radiografía de tórax, mantoux y diversos cultivos (hemocultivos, urocultivos, etc.) repetidamente negativos. Se realizó PCR de micobacterias en orina que resultó positiva, siendo diagnosticada de infección tuberculosa urinaria.

Conclusiones: En las pacientes que desarrollaron infección activa por *Mycobacterium tuberculosis* destaca que el estudio de la enfermedad fue arduo e infructuoso y que fuera del contexto de una alta sospecha se hubiera considerado como razonablemente descartada (Díaz Verdusco et al. *Rev Inst Nat Enf Resp Mex* 2005;18(1):27-37). También existen diferencias con respecto a lo publicado en la literatura: ambas desarrollaron la enfermedad estando en tratamiento con etanercept, que en principio sería el fármaco de menor riesgo para aparición de tuberculosis (Rodríguez Moreno et al. *An Med Int* 2006;23(2):86-92). No obstante, es el anti-TNF α más usado en nuestro medio y por tanto presenta mayor exposición (dado el bajo número de sujetos afectos no se puede concluir que esta observación tenga valor). En ambos casos la enfermedad se presentó tras una larga exposición al fármaco de más de tres años. En la literatura se describen exposiciones de 12 semanas de media (Keane et al. *N Engl J Med* 2001;345(15):1098-104).

316. PERFIL DE SEGURIDAD DE LAS TERAPIAS BIOLÓGICAS INTRAVENOSAS EN UNA COHORTE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE. MONITORIZACIÓN CLÍNICA POR ENFERMERÍA (ESTUDIO SEBIOL)

H. Corominas¹, J. González¹, G. Roldán¹, L. Sánchez¹, G. García², M. Franco², E. Mur², S. Sánchez³, S. Iniesta³, I. Padró³, C. Aimarich⁴, M. Sesma⁴, J. Martín⁵, M.C. Rodríguez⁶, M.R. Capellán⁷, Y. Luna⁷, C. Gozávez⁸, E. Sáez⁸ y P. Plana⁹

¹Hospital Dos de Maig, Barcelona. ²Hospital de la Vall d'Hebron, Barcelona. ³Hospital del Mar, Barcelona. ⁴Hospital Parc Taulí, Sabadell, Barcelona. ⁵Hospital Clínic i Provincial, Barcelona. ⁶Hospital de Palamós, Palamós, Girona. ⁷Hospital Esperit Sant, Barcelona. ⁸Hospital de Sant Pau, Barcelona. ⁹Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona.

Introducción: El incremento del uso de tratamientos biológicos en el control de la artritis reumatoide (AR), indica la importancia de completar los conocimientos analizados en el estudio BIOBADASER con un estudio observacional de cohorte que permita determinar el perfil de seguridad perinfusional de dichos tratamientos.

Objetivos: Confirmar el perfil de seguridad de las terapias biológicas en condiciones de práctica clínica habitual, tras la administración de fármacos endovenosos y durante las 24 horas posteriores a la administración del mismo.

Material y métodos: Se evaluó una cohorte transversal de pacientes con AR entre el 15 de noviembre y el 15 de diciembre de 2008 en consultas de enfermería de 12 centros hospitalarios catalanes diagnosticados con AR según los criterios del American College of Rheumatology (ACR), y tratados con agentes biológicos. Se analizó la edad y el sexo de los pacientes y se solicitaron los tratamientos farmacológicos actuales y los previos, así como datos de vacunación previa y premedicación. Se registró también cualquier acontecimiento adverso ocurrido en el momento de la administración del fármaco o en las 24 horas posteriores. En caso de suceder un acontecimiento adverso, se clasificó según el diccionario internacional MedDRAv11.0, y se describieron la intensidad (leve, moderada, severa), la relación con la administración del fármaco según el algoritmo de Karch y Lasagna (no relacionada, improbable, posible, probable, definitiva) y las medidas emprendidas. Ver tabla Resumen 316.

Resultados: 111 pacientes cumplieron los criterios de inclusión, con una edad media de 56,06 años (DE = 12,12), siendo 90 de los cuales mujeres (81,1%) y un tiempo medio transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad de 11,97 años (DE = 7,95). 24 pacientes (21,6%) presentaban antecedentes de alergia. Se observaron un total de 12 acontecimientos adversos (tabla) en 7 pacientes, 9 de los cuales en el momento de la administración y 3 en las 24 horas posteriores. No se observó ningún acontecimiento adverso grave, y sólo uno de los acontecimientos adversos (AA) se calificó de intensidad moderada (urticaria). Los AA restantes fueron de intensidad leve.

Conclusiones: Los resultados no muestran ningún acontecimiento adverso grave, mientras que todos los acontecimientos adversos observados ya se habían descrito anteriormente para el uso de estos tratamientos con incidencias similares o superiores a las observadas en este estudio.

Tabla Resumen 316

Principio activo	Pacientes	AA durante la administración		AA a las 24h de la administración	
Infliximab	73 (65,8%)	Pacientes mínimo 1 AA	4 ^a (5,48%)	Pacientes mínimo 1 AA	2 (2,74%)
		Prurito + rubor	2 ^b (2,74%)	Urticaria	1 ^c (1,37%)
		Sensación de calor + rubor	1 ^c (1,37%)	Mareo + boca seca	1 ^f (1,37%)
		Rubor	1 ^c (1,37%)		
Abatacept	23 (20,7%)	Pacientes mínimo 1 AA	0	Pacientes mínimo 1 AA	0
Rituximab)	15 (13,5%)	Pacientes mínimo 1 AA	1 (6,7%)	Pacientes mínimo 1 AA	0
		Taquicardia	1 ^d (6,7%)		

^aTodos presentaron, al menos, rubor facial. ^bUn caso con relación probable con la administración del fármaco (se interrumpió temporalmente el tratamiento), y el otro con relación definitiva (se ajustó la dosis). ^cRelación definitiva con la medicación (se interrumpió temporalmente el tratamiento). ^dRelación posible con la medicación (ninguna acción emprendida). ^eRelación probable con la medicación (ninguna acción emprendida). ^fRelación definitiva con la medicación (ninguna acción emprendida).

317. ANTICUERPOS ANTIPÉPTIDOS CITRULINADOS EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA

M.D. López Montilla, M.C. Castro Villegas, I. Gómez Gracia, A. Salmoral Chamizo, M. Rojas Vargas, F. Martínez Sánchez y E. Collantes Estévez

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Objetivo: Los anticuerpos antipéptidos citrulinados (Ac anti-CCP) son marcadores altamente específicos para la artritis reumatoide, pero su papel en la artritis psoriásica no está claro. El objetivo de nuestro estudio fue determinar la frecuencia de anti-CCP en nuestra población de pacientes con artritis psoriásica y describir las características clínicas de estos enfermos.

Métodos: Pacientes diagnosticados de artritis psoriásica que cumplían criterios del CASPAR. En ellos se valoró especialmente, la presencia de afectación axial, periférica y características específicas de la artritis psoriásica como la presencia de dactilitis o afectación radiológica de IFD. Se estudio la positividad de Ac anti-CCP, HLA B 27 y FR. Se consideró positivo la presencia de péptidos citrulinados con títulos a partir de 5 UI/ml (valor de referencia de nuestro laboratorio).

Resultados: Se estudiaron 118 pacientes: 60 varones y 58 mujeres, con una media de evolución de la enfermedad de 5,6 años, de estos 4 tenían péptidos citrulinados positivos (3,4%), 3 eran mujeres y 1 hombre. Todos tenían psoriasis actual y todos eran HLA B 27 negativo. Las características clínicas de estos pacientes se describen en la tabla Resumen 317.

Conclusiones: Los Ac anti-CCP pueden encontrarse en pacientes con artritis psoriásica, algunos podrían tener una artritis reumatoide concomitante, pero presentan características muy específicas de artritis psoriásica como la dactilitis o la afectación de IFD.

Tabla Resumen 317

Sexo	Tiempo de evolución de la enfermedad	Forma clínica	Dactilitis	Afectación de IFD	FR
Mujer	Más de 10 años	Poliartritis	Sí	No	Negativo
Mujer	Más de 10 años	Poliartritis	Sí	Sí	Positivo
Varón	Más de 10 años	Poliartritis	No	No	Negativo
Mujer	1 año	Oligoartritis	No	No	Negativo

318. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON FIBROMIALGIA ATENDIDOS EN CONSULTA REUMATOLÓGICA

G. Santos¹, J. Rosas¹, X. Barber², R. Martín¹, R. Riestra³, C. Cano³, N. Llahí³ y G. Porcar³.

¹Sección Reumatología, ²Centro de Investigación Operativa, Universidad Miguel Hernández de Elche. ³Enfermería de Reumatología, Hospital Marina Baixa, Villajoyosa, Alicante.

Objetivos: Comparar con otras series publicadas, las características de los pacientes con Fibromialgia (FM) atendidos en la Consulta de Reumatología del Centro de Especialidades de Benidorm (Alicante) durante el año 2007.

Método: Comparación de estudios previos de pacientes con FM, con estudio prospectivo en 188 pacientes consecutivos, valorados durante 2007 con diagnóstico nuevo o previo de FM, evaluados mediante la determinación del Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (CIF: versión española de consenso del FIQ: Esteve-Vives et al. Reumatol Clin 2007;3:21), con diagnóstico según criterios ACR de 1990. Se recogieron datos epidemiológicos generales, resultados de CIF, escala visual análoga (EVA) de dolor (0-10) y cansancio (0-10), tratamiento previo con antidepresivos y porcentaje de abandonos del tratamiento.

Resultados: Ver tabla Resumen 318.

Tabla Resumen 318

Características de los pacientes de pacientes con FBM, según CIF, EVA de dolor y cansancio y tratamiento recibido y abandonos del tratamiento

	Santos G (2008)	Hannonen P (1)	Arnold LM (2)	Arnold LM (3)	Crofford LJ (4)	Russell J (5)
N.º	188	130	104	150	1,051	150
Mujer (%)	95%	100%	86%	90%	93%	91%
Edad (años): m+DE	54 ± 8,74	50 ± 8,2	50 ± 12,3	49 ± 10,6	49,5 ± 11,6	52 ± 10,6
CIF	74	-	61 ± 18,4	58 ± 14,4	67 ± 13,6	65 ± 14,7
					7,8 ± 1,4	
EVA dolor (0-10): media+DE	9	6 ± 2,1	6,9 ± 2,1	-	-	-
EVA cansancio (0-10): media+DE	9	6 ± 2,1	7,4 ± 2,1	-	-	-
Tratamiento previo con antidepresivos	28%	-	34%	-	-	-
Abandonos	-	6 ± 2,1	44%	16%	37%	35%

(1) Hannonen. Br J Rheumatol 1998;37:1279. Grupo tratamiento con amitriptilina. (2) Arnold. Arthritis Rheum 2005;50(9):2974. Grupo tratamiento con duloxetine. (3) Arnold. Arthritis Rheum 2007;56(4):1336. Grupo tratamiento con gabapentina. (4) Crofford. Pain 2008 (136): 419. Grupo tratamiento con pregabalina (fase abierta). (5) Russell. Pain 2008 (136):432. Grupo tratamiento duloxetine 60 mg/día (fase aguda).

Conclusiones: 1. La edad media de los pacientes evaluados, se corresponde con el periodo de vida laboral. 2. En nuestros pacientes la puntuación del CIF fue superior a otras series a nivel de dolor y de cansancio. 3. El 28% de los pacientes ya habían recibido tratamiento antidepressivo.

319. SAPHO INCOMPLETO

O. Fernández, J.M. Gorordo, N. Rivera, I. Martínez de Lizarduy¹, E. Ucar, M.L. García, E. Galíndez, F.J. García, I. Torre, C. Pérez y J.M. Aranburu

Servicio de Reumatología y ¹Dermatología. Hospital Basurto, Bilbao.

Introducción: Chamot propuso en 1987 el término de síndrome de SAPHO a la asociación de sinovitis, acné, pustulosis, hiperostosis y osteítis, siendo necesarios 2 criterios para el diagnóstico. La aparición de la sintomatología es escalonada, iniciándose frecuentemente en adolescentes, con afectación cutánea en forma de pustulosis palmoplantar o acné grave. Desarrollan con el tiempo afectación ósea, principalmente osteítis torácica y sacroileítis incipiente. El diagnóstico es clínico, los reactantes de fase aguda elevados y las técnicas de imagen lo apoyan. El tratamiento es sintomático con AINEs.

Casos clínicos: Presentamos 4 pacientes, con edades comprendidas entre 14 y 48 años, remitidos por dermatólogos por dolores osteomusculares asociados a los siguientes cuadros cutáneos de larga evolución: en 2 casos el síntoma inicial fue acné pustuloso en tórax y en otros, 2 pustulosis palmoplantar. Los 4 pacientes referían meses después de la aparición del cuadro cutáneo (media de 12.8 meses), dolor esternal. 3 presentaron sacroileítis bilateral y uno unilateral, siendo en todos los casos el HLA-B27 negativo. Desde el inicio de la sintomatología, el diagnóstico se retrasó 2.5 años en los que se realizaron pruebas diagnósticas diversas por diferentes especialidades y se pautaron tratamientos agresivos sin mejoría. En un caso se realizó biopsia de médula ósea ante la aparición de imagen lítica esternal. Ninguno asoció enfermedad inflamatoria digestiva, hematológica grave ni malignidad. Hecho el diagnóstico, se inició terapia con AINEs a demanda, manteniéndose desde entonces en observación y con evolución favorable.

Conclusión: Ante un paciente con antecedentes de acné o pustulosis que asocie dolor esternal, debe sospecharse el síndrome de SAPHO como posible diagnóstico. Dada su expresión escalonada, el síndrome está infradiagnosticado y se debe de realizar seguimiento por la posibilidad de afectación articular, principalmente sacroileítis. El diagnóstico precoz, evita pruebas cruentas y tratamiento agresivos.

320. EFECTOS A CORTO PLAZO DEL TRATAMIENTO CON ANTAGONISTAS DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL-ALFA SOBRE LOS NIVELES DE LÍPIDOS SÉRICOS EN PACIENTES CON ARTRITIS INFLAMATORIA CRÓNICA

R. García Portales¹, S. Gómez Ramírez², P.Valdivielso Felices², J. Rodríguez Andreu¹, M. De Haro Líger¹, J. Aguilar del Rey¹ y J.L. Casals Sánchez¹

¹Sección de Reumatología, ²Servicio de Medicina Interna, Hospital Virgen de la Victoria de Málaga.

Objetivos: El factor de necrosis tumoral-alfa (TNF α), citocina clave en la patogénesis de las artritis inflamatorias crónicas (AIC), tiene efectos pro-aterogénicos y puede estar relacionada con la resistencia a la insulina. Los pacientes con AIC presentan un mayor riesgo vascular. Es este trabajo se analiza si el tratamiento con antagonistas del TNF α modifica a corto plazo el perfil de lipídico en pacientes con AIC.

Material y métodos: 17 pacientes (10 mujeres, 7 hombres; 45 \pm 13 años) con AIC (7 artritis reumatoide, 4 espondilitis anquilopoyética,

Tabla Resumen 320

	Hombres		Mujeres	
	Basal	3 meses	Basal	3 meses
CT (mg/dL)	211 \pm 34	204 \pm 38	201 \pm 55	200 \pm 41
C-LDL (mg/dL)	142 \pm 28	132 \pm 32	121 \pm 26	121 \pm 46
C-HDL (mg/dL)	48 \pm 13	48 \pm 14	58 \pm 12	60 \pm 15
TGL (mg/dL)	135 \pm 76	150 \pm 77	128 \pm 82	95 \pm 41 **
TGL/C-HDL	3,3 \pm 2,7	3,7 \pm 2,8	2,3 \pm 1,6	1,7 \pm 0,7 ***
TC/C-HDL	4,6 \pm 0,9	4,5 \pm 1,2	3,5 \pm 1,0 *	3,5 \pm 1,0
Apo b/Apo a1	0,9 \pm 0,2	0,8 \pm 0,2	0,6 \pm 0,2 *	0,6 \pm 0,2
HOMA	4,0 \pm 2,6	3,9 \pm 1,8	2,9 \pm 2,4	2,1 \pm 0,7

6 artritis psoriásica) que iniciaban terapia con antagonistas del TNF α (10 Adalimumab, 5 Etanercept, 2 Infliximab) entraron en este estudio prospectivo. Se realizó hematimetría, proteína C-reactiva (PCR), colesterol total (CT) y fracciones (C-HDL, C-LDL), apolipoproteínas (Apo) b y a1, triglicéridos (TGL), ratios CT/HDL, TGL/HDL y Apo b/Apo a1, glucemia, insulina y HOMA, y se determinaron parámetros antropométricos y presión arterial tanto basales como a los 3 meses de iniciado el tratamiento.

Resultados: Globalmente, sólo se observó una reducción en la PCR, leucocitos y plaquetas a los tres meses de iniciado el tratamiento con respecto a los valores basales. Sin embargo, en las mujeres se produjo además una reducción significativa del nivel de TGL (tabla) así como un aumento del índice de masa corporal. Se descartó la influencia de modificaciones en la actividad física, consumo de grasas o alcohol. No se observaron cambios en la insulinemia ni el HOMA. *p < 0,05 frente a hombres, **p < 0,05 frente a basal, ***p = 0,072 frente a basal (Wilcoxon rank test).

Conclusiones: En nuestro estudio el tratamiento de las AIC con antagonistas del TNF α reduce a corto plazo los niveles de PCR sin afectar al perfil lipídico. Sin embargo, a diferencia de lo descrito por otros autores (Spanakis et al. J Rheumatol 2006;33:2440-6; Soubrier et al. Joint Bone Spine 2008;75:22-4), dicho tratamiento reduce también los niveles de TGL y la ratio TGL/C-HDL en mujeres. El tratamiento con anti-TNF podría contribuir a una reducción del riesgo vascular en mujeres con AIC (Jacobson et al. Clin Ther 2007;29:763-77), aunque son necesarios estudios más amplios para corroborar estos resultados.

321. DIAGNÓSTICO FINAL AL CABO DE UN AÑO DE SEGUIMIENTO EN UNA CONSULTA DE ARTRITIS DE INICIO: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE 381 PACIENTES

V. Ruiz-Esquide, J.A. Gómez Puerta, C. Moll, E. Graell, G. Salvador, J. de Dios Cañete y R. Sanmartí

Servicio de Reumatología, Hospital Clínico, Barcelona.

Introducción: La frecuencia de las diferentes enfermedades reumáticas inflamatorias en las consultas de artritis de inicio puede variar según la región geográfica estudiada, la población analizada o el tiempo de seguimiento hasta la confirmación del diagnóstico.

Objetivo: Realizar un análisis descriptivo del diagnóstico final realizado al cabo de un año de seguimiento en nuestra consulta de artritis de inicio de los pacientes visitados a lo largo de 9 años.

Material y métodos: Se incluyeron todos los pacientes visitados en la consulta de artritis de inicio entre enero del 2000 y diciembre del 2008, que presentaban artritis de hasta de un año de evolución, en al menos una articulación y se evaluó el diagnóstico final de los mismos al cabo de un año de seguimiento. Los diagnósticos finales fueron agrupados en alguno de los siguientes diagnósticos: artritis reumatoide (AR), artritis psoriásica (APs), espondiloartropatía (indiferenciada, espondilitis anquilosante, reactiva y enteropática), artritis indiferenciada, artritis autolimitada, enfermedad sistémica auto-

inmune (lupus eritematoso sistémico, síndrome de Sjögren, esclerosis sistémica, polimiositis, crioglobulinemia), enfermedad inflamatoria de origen desconocido (SAPHO, sarcoidosis, enfermedad de Behçet, reumatismo palindrómico), polimialgia reumática, artritis microcristalina y artrosis y otros reumatismos.

Resultados: De un total de 475 pacientes incluidos en la base de datos de artritis de inicio se analizaron 381 pacientes (65% mujeres, con una edad media de 49 +/- 18,6 años), de los que se disponía de al menos un año de seguimiento en la consulta monográfica de artritis de inicio. La media de duración de los síntomas a la inclusión fue de 4,5 meses. Después de un año de seguimiento el diagnóstico final fue: AR: 118 pacientes (31%), APs: 43 pacientes (11,3%), espondiloartropatía: 39 pacientes (10,2%), artritis Indiferenciada: 62 pacientes (16,2%), artritis autolimitada: 42 pacientes (11%), enfermedad sistémica autoinmune: 14 pacientes (3,7%), enfermedad autoinflamatoria de origen desconocido: 17 pacientes (4,5%), polimialgia reumática: 17 pacientes (4,5%), artritis microcristalina: 8 pacientes (2%) y artrosis y otros reumatismos: 21 pacientes (5,5%). En el caso de los pacientes con AR la media de evolución de la artritis al momento de la primera visita fue de 5,1 meses, en el caso de los pacientes con diagnóstico de espondiloartropatía (incluyendo APs) fue de 5 meses y de 4,8 meses en los pacientes con diagnóstico de artritis indiferenciada.

Conclusiones: En una consulta monográfica de artritis de inicio, la enfermedad reumática más prevalente es la artritis reumatoide (31%), seguida de las espondiloartropatías (incluida la APs) (21,5) y la artritis indiferenciada (16,3). Los pacientes que acuden a la consulta de artritis de inicio tienen una media de duración de los síntomas de 4,5 meses, no observándose diferencias significativas entre los diferentes grupos diagnósticos.

322. TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB EN PACIENTE CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE E INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

V. Ríos, D de la Fuente, M. Saumoy¹ y X. Juanola

Servicio de Reumatología y ¹Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitari de Bellvitge. IDIBELL. Barcelona.

Introducción: La positividad para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ha constituido una contraindicación para la utilización de fármacos anti-TNF. Sin embargo, en los últimos años se han comunicado algunos casos de utilización de este fármaco en pacientes VIH positivos.

Objetivo: Describir un paciente afecto de Espondilitis Anquilosante (EA) e infección por VIH que ha recibido tratamiento con anti-TNF durante más de un año con excelente respuesta y sin presentar efectos adversos ni progresión de la enfermedad infecciosa.

Paciente: Varón de 32 años diagnosticado de EA a los 16 años con afectación axial y periférica asimétrica y HLA B27 positivo. Había recibido previamente tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y salazopirina (2 g/día). En Septiembre de 2007, presentaba intenso dolor nocturno (Escala Puntuación Numérica: 7/10) y mal control de la enfermedad con BASDAI de 5,6 BASFI de 5,5 y elevación de los reactantes de fase aguda (VSG 49 mm/h, PCR 64,6 mg/L) cumpliendo criterios para tratamiento con anti-TNF. En el screening previo se objetivó PPD negativo, serologías para el virus de hepatitis B y C negativos y positividad para el VIH con carga viral de 103.352 y una cifra de CD4 de 524,4. Dada la marcada afectación axial y periférica del paciente se inició tratamiento con Infliximab 5 mg/Kg en noviembre de 2007 sin tratamiento antirretroviral asociado. Hasta la fecha ha recibido 9 infusiones con muy buena respuesta clínica y analítica, sin presentar efectos adversos ni ninguna infección intercurrente. En el último control destaca BASDAI 1,6; BASFI 1,3; VSG 17 mm/h; PCR 7,2 mg/L, carga viral de 28.526 y CD4 de 646.

Conclusiones: Este caso, junto con algunas publicaciones previas con resultados similares, permiten considerar el tratamiento con anti-TNF en pacientes HIV positivos con importante afectación de la enfermedad inflamatoria. La evolución a largo plazo de la enfermedad reumatológica y de la infección determinará su eficacia y seguridad real.

323. ¿LA DURACIÓN DE LA ENFERMEDAD PODRÍA VARIAR EL DAS28 Y EL HAQ EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE TRATADOS CON INFLIXIMAB?

C. Díez-Morrondo¹, N. Palmou¹, J.M. Lema¹, J.A. Pinto¹, J.L. Fernández-Sueiro¹, M. Freire¹, F.J. De Toro², A. Atanes¹, G. Graña¹, J.C. Fernández-López¹, M. Acasuso³, N. Oreiro¹, A. San Martín¹, F. Galdo² y F.J. Blanco¹

¹CHU A Coruña, ²Universidade A Coruña, ³CAP SanJosé, A Coruña.

Introducción: Al aumentar la duración de la enfermedad en los pacientes con artritis reumatoide (AR) tratados con FAME que no son capaces de controlar la actividad inflamatoria podríamos pensar que el índice DAS28 podría ser más alto, y la puntuación HAQ también.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue analizar la relación del índice HAQ y DAS28 con la duración de la enfermedad en pacientes con AR tratados con el anticuerpo monoclonal quimérico infliximab.

Métodos: Pacientes con el diagnóstico de AR que cumplían los criterios revisados para la clasificación de la AR del Colegio Americano de Reumatología (anteriormente ARA) de 1987 fueron incluidos en este estudio. Los pacientes tenían AR activa definida por una puntuación DAS28 > 3,2, a pesar de metotrexato (MTX) y recibieron tratamiento durante al menos 6 meses con Infliximab ev (3 mg/kg en las semanas 0, 2, 6, 14, 22 y 30) y MTX po. HAQ y DAS28 se evaluaron inicialmente (antes de la primera dosis de infliximab) y en la semana 30.^a (sexta dosis). Se analizó la relación de la duración de la enfermedad (DE < 5 años, DE 6-10 años, DE > 10 años) con los índices HAQ y DAS28 basal y a la semana 30.^a usando ANOVA, chi cuadrado y test exacto de Fisher (se utilizó SPSS 16.0).

Resultados: Noventa siete pacientes con AR fueron incluidos (75% mujeres), edad de diagnóstico [media (DE)] 42,3 (13,1) años; duración de la enfermedad 11,5 (7,7) años; 72% factor reumatoide positivo; 68% con erosiones, con un 23% nódulos; 66% con 1 o 2 alelos de epítipo compartido; 25% TNF α -308A y el 13% TNF α -238A; VSG 40,6 (22,0) mm/h, PCR 24,8 (27,2) mg/L; DAS28 6,22 (1,12); HAQ 1,52 (0,66). Con base en criterios de EULAR los pacientes respondedores fueron el 57%. Diecinueve pacientes tuvieron DE < 5 años, 34 tenían 6-10 años y 44 tenían > 10 años. Los pacientes con la duración de la enfermedad < 5 años tuvieron una menor puntuación HAQ, 1,27 (0,51), que aquellos con 6-10 años, 1,46 (0,71) o > 10 años, 1,64 (0,66), p 0,037. El DAS28 no presentaba diferencias entre los tres grupos de DE, 5,95 (1,10) 6,40 (1,13) y 6,20 (1,12) respectivamente, p 0,607. En la comparación de los otros parámetros no se encontraron diferencias en cuanto a frecuencia del EC, -308 y -238 polimorfismos TNF α , el sexo, la edad de diagnóstico, factor reumatoide, VSG, PCR, erosiones y nódulos. En la semana 30.^a no hemos visto ninguna diferencia entre los tres grupos en el porcentaje de pacientes respondedores, HAQ, DAS28, HAQ y mejoría del DAS28, aunque los pacientes con DE < 5 años alcanzaban con más frecuencia un HAQ < 0,50 (8/19 vs 5/34 y 6/44, respectivamente), p 0,015, y veinte pacientes (20,6%) habían alcanzado DAS28 < 3,2 en la semana 30.^a siendo el 50% de los pacientes del grupo con DE > 10 años (p 0,208).

Conclusión: Se observaron similares características demográficas, genéticas, clínicas y biológicas independientemente de la duración de la enfermedad, a excepción del HAQ basal. Cuando la duración de

la enfermedad era mayor encontramos teníamos una puntuación HAQ más alta. El DAS28 y el HAQ tenían una mejoría significativa en la semana 30.^a en los pacientes con AR tratados con infliximab, y la duración de la enfermedad no determinaba diferencias entre los pacientes, aunque se observaba que era más difícil encontrar pacientes con HAQ < 0,50 cuando la duración de la enfermedad era mayor de 5 años y en cambio había una tendencia a mejor respuesta a infliximab en pacientes con enfermedad de más larga duración.

324. OSTEOPOROSIS TRANSITORIA DE CADERA Y EMBARAZO: UNA ASOCIACIÓN INCÓMODA

A. Moltó, S. Holgado, L. Mateo, A. Olivé, E. García, S. Mínguez, D. Grados y X. Tena

Sección de Reumatología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona.

Introducción: La osteoporosis transitoria de cadera es una entidad clínica poco frecuente de causa desconocida que afecta de forma característica a adultos jóvenes y mujeres en el tercer trimestre del embarazo. Se manifiesta por una coxalgia inflamatoria que regresa en unos meses. En la radiología simple de pelvis se observa una osteopenia de la cabeza del fémur. Su diagnóstico es importante: su presencia condiciona al obstetra a realizar una cesárea electiva en lugar de un parto vaginal, además de aumentar el riesgo de fractura de fémur.

Objetivo: Describir las características clínicas de 4 casos de osteoporosis transitoria de cadera en el embarazo.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes diagnosticados de osteoporosis transitoria de cadera durante el embarazo en el período de 1992 hasta el 2008 en la sección de reumatología de un hospital universitario con una población de referencia de 700.000 habitantes.

Resultados: Se revisaron 4 pacientes (6 caderas afectadas en total) con una media de edad de 31 años (29-35). La cadera izquierda se afectó de forma más frecuente (66%). En 2 casos la afectación fue bilateral, y en uno de ellos en 2 embarazos consecutivos. Dos de las pacientes eran fumadoras, y ninguna había recibido previamente tratamiento con glucocorticoides. El 50% de las pacientes eran primíparas, y todas ellas finalizaron la gestación mediante cesárea. En 3 de las pacientes los síntomas aparecieron en el tercer trimestre de gestación. El diagnóstico definitivo se estableció en el post-parto en todos los casos. La radiología simple evidenció una osteopenia de la cabeza femoral sin pinzamiento del espacio articular. En ningún caso se produjo fractura de fémur. Se analizó el metabolismo óseo (Ca sérico, P sérico, PTH, 25-OH-VitD) en 3 de las pacientes resultando

normal. Todas las pacientes fueron tratadas con calcitonina (40 UI vía subcutánea) y la duración media de los síntomas fue de 9 meses (3-18). Tres de las pacientes presentaron en la densitometría ósea una osteoporosis de la articulación afectada y osteopenia en la región lumbar.

Conclusión: La osteoporosis transitoria de cadera en el embarazo es una entidad poco frecuente, pero cuyo diagnóstico es importante ya que condiciona un riesgo para la madre. La mayoría de las pacientes deben finalizar su gestación en cesárea y existe un aumento de las fracturas de fémur. El diagnóstico durante la gestación suele ser clínico. El diagnóstico definitivo se realiza post-parto con radiología simple, gammagrafía o resonancia magnética. Puede ser bilateral y recurrir. La evolución espontánea es hacia la resolución en un período variable de tiempo, si bien el uso de fármacos antiresortivos acortan el curso natural de la enfermedad.

325. EVALUACIÓN DE LOS PACIENTES CON FIBROMIALGIA MEDIANTE EL CUESTIONARIO DE IMPACTO DE LA FIBROMIALGIA ATENDIDOS EN CONSULTA DE REUMATOLOGÍA

G. Santos¹, J. Rosas¹, X. Barber², R. Martín¹, C. Cano³, R. Riestra³, N. Llahí³ y G. Porcar³

¹Sección de Reumatología, ²Centro de Investigación Operativa, Universidad Miguel Hernández, Elche, ³Enfermería de Reumatología, Hospital Marina Baixa, Villajoyosa Alicante.

Objetivos: Conocer las características de los pacientes con fibromialgia (FM) atendidos en Consulta de Reumatología del Centro de Especialidades de Benidorm (Alicante) durante 2007, evaluados mediante el Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (CIF).

Método: Estudio prospectivo en 188 pacientes consecutivos, evaluados durante 2007 mediante determinación del CIF (versión española del FIQ: Esteve-Vives. Reumatol Clin 2007;3:21), en el momento del inicio del estudio, y a los 3 meses, en pacientes diagnosticados de FBM, según criterios ACR de 1990.

Resultados: Se evaluaron 188 pacientes (95% mujeres), con edad media al diagnóstico de 52 ± 9,14 años y al inicio del estudio de 54 ± 8,74 años.

Conclusiones: 1. El resultado del CIF expresa la gravedad de la percepción de enfermedad. 2. La gravedad se detecta en los dominios que hacen referencia al dolor y al cansancio. 3. A lo largo del estudio esta valoración muestra una tendencia a empeorar.

Tabla Resumen 325

Evaluación de la FBM mediante el CIF previo al estudio, al inicio del estudio y a los 3 meses

Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (CIF)	Previo al estudio (n.º: 58) Media + DE	Al inicio del estudio (n.º: 141) Media + DE	A los 3 meses (n.º: 64) Media + DE
CIF Global	65,5 ± 26,7	73,1 ± 13,6	75,6 ± 13,4
¿Ha sido usted capaz de...	24,6 ± 25,2	29,1 ± 26,8	41,4 ± 26,7
¿Cuántos días de la última semana se sintió bien?	1 ± 1	2 ± 2	1 ± 2
¿Cuántos días de la última semana no pudo hacer su trabajo, incluido doméstico, por causa de la fibromialgia?	3 ± 3	3 ± 2	4 ± 2
En su trabajo habitual, incluido doméstico ¿hasta qué punto el dolor u otros síntomas de la fibromialgia dificultaron su capacidad para trabajar?	7 ± 3	8 ± 2	8 ± 3
¿Cómo ha sido de fuerte el dolor?	8 ± 2	8 ± 2	8 ± 2
¿Cómo se ha encontrado de cansada?	9 ± 2	9 ± 8	9 ± 2
¿Cómo se ha sentido al levantarse por las mañanas?	8 ± 2	9 ± 2	9 ± 2
¿Cómo se ha notado de rígida o agarrotada?	8 ± 2	8 ± 2	8 ± 2
¿Cómo se ha notado de nerviosa, tensa o angustiada?	8 ± 3	8 ± 2	8 ± 2
¿Cómo se ha sentido de deprimida o triste?	7 ± 3	8 ± 3	8 ± 2

326. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE 12,5 mcg DE FENTANILO TRANSDÉRMICO EN LA PERIARTRITIS DE HOMBRO

G. Santos¹, J. Rosas¹, X. Barber², C. Cano³, R. Riestra³, G. Porcar³ y N. Llahí³

¹Sección de Reumatología, ²Centro de Investigación Operativa, Universidad Miguel Hernández, Elche. ³Enfermería de Reumatología, Hospital Marina Baixa, Villajoyosa, Alicante.

Objetivos: Conocer el perfil demográfico y clínico, así como la eficacia y seguridad del tratamiento con fentanilo transdérmico en los pacientes con dolor por periartritis de hombro, atendidos en la Consulta de Reumatología del Centro de Especialidades de Benidorm (Alicante), durante octubre y noviembre de 2008.

Método: Estudio prospectivo de todos los pacientes con dolor por periartritis de hombro. Se recogieron datos demográficos, descriptivos del proceso clínico, del tratamiento administrado y se evaluó la eficacia y seguridad del FENTANILO 12 µg en parche transdérmico, añadido al tratamiento con infiltraciones, antiinflamatorios (AINEs) y analgésicos no opioides, mediante Escala Visual Analógica (EVA), de 0-10.

Resultados: Se evaluaron 60 pacientes. El 77% eran mujeres, con edad media de 55 años. La localización del dolor en hombro fue: derecho. 49%, izquierdo. 38%, bilateral 13%. El tiempo de evolución del dolor fue: entre 0-3 meses: 18%, 4-6 meses: 25%, 7-12 meses: 10%, > 12 meses: 18%. El 40% aceptaron tratamiento con un opioide mayor, y el 53% una infiltración local. La EVA media de dolor fue 5, siendo la media de dolor máximo al inicio de 7,4. Los Acontecimientos Adversos (AA) relacionables con el tratamiento opioide fueron: náuseas y/o vómitos 17%, mareo o vértigo 13%, somnolencia o malestar general 4%. Se recogieron 16% de abandonos del tratamiento (el 50% de ellos, reiniciaron el tratamiento con la mitad de dosis). Al final del periodo de seguimiento (media de 79,5 días), 8 de los 16 pacientes que mantuvieron el tratamiento opioide, consideraron la intervención como eficaz.

Conclusiones: 1. El 60% de los pacientes rechaza el tratamiento con opioides mayores. 2. Los pacientes que aceptaron el tratamiento con fentanilo puntuaron la EVA inicial de dolor máximo entre 8 y 10, en el 80% de los casos frente al 52% entre los que no lo usaron. 3. Se aprecia una reducción en la evaluación del dolor medio en ambos grupos de tratamiento, pasando del 10% de pacientes con EVA entre 8 y 10 al 0%. 4.- Los AA fueron los esperables y motivaron el abandono precoz del tratamiento en el 50% de los pacientes que lo habían iniciado. 5. El fentanilo transdérmico a dosis de 12,5 µg mejora el dolor por periartritis de hombro.

Tabla Resumen 326

Valoración del dolor en hombro: EVA media y % de pacientes en subgrupos según el tiempo de evolución en meses

EVA dolor	EVA dolor máximo Fentanilo Basal-Final	EVA dolor máximo No fentanilo Basal-Final	EVA dolor medio Fentanilo Basal-Final	EVA dolor medio No fentanilo Basal-Final
Media	8,5-6,2*	7,2-5,8*	5,8-4,4**	4,6-3,4*
0-3 (%)	5-40	17-13	15-20	27-53
4-7 (%)	15-20	31-67	75-80	60-47
8-10 (%)	80-20	52-20	10-0	10-0

p valor < 0,001; **p 0,0043.

327. VALORACIÓN DEL AHORRO EN GASTO FARMACÉUTICO QUE SUPONE LA INCLUSIÓN DE PACIENTES QUE PRECISAN TRATAMIENTO BIOLÓGICO EN ENSAYOS CLÍNICOS

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

Servicio de Reumatología. Hospital U. Dr. Peset, Valencia.

Objetivo: Estimar el coste evitado en terapia biológica que se produce en el tratamiento de patología articular inflamatoria, debido a la participación de un Servicio de Reumatología en Ensayos Clínicos de pacientes que van a necesitar dicho tratamiento.

Material y métodos: Se obtiene información procedente de todos los pacientes tratados en ensayos clínicos durante 6 años (2002-2008). Se incluye un total de 88 pacientes: 80 con artritis reumatoide, 2 con artritis psoriásica y 6 con espondilitis anquilosante. Todos los pacientes incluidos tenían indicación de terapia biológica según criterios de la Sociedad Española de Reumatología. La terapia biológica administrada durante la participación de estos pacientes en ensayos clínicos fue: infliximab, adalimumab, etanercept, anakinra, golimumab, ocrelizumab, abatacept o tocilizumab. Se recogieron datos del tiempo de permanencia del paciente en el ensayo (meses/paciente), coste mensual del tratamiento según lo especificado en la ficha técnica y coste total del tratamiento durante el tiempo que ha estado incluido en el ensayo. Para los fármacos que no están comercializados se ha realizado un análisis indirecto del coste evitado, asumiendo que de no haber participado el paciente en algún ensayo clínico, habría comenzado con uno de los tratamientos comercializados en ese momento (anti-TNFα con coste medio estimado de 1.000 €/mes; rituximab con coste medio estimado de 2.687,16 €/ciclo).

Resultados: 67 pacientes recibieron tratamiento con anti-TNFα (infliximab, adalimumab, etanercept) con una suma total de 1027 meses (media de 15 meses/paciente), con un coste mensual mínimo de 547,22 € y máximo de 1915,22 €, y un coste total del tratamiento de 1.069.747,84 €. 11 pacientes recibieron tratamiento con anti-IL1 durante 66 meses (media de 6 meses/paciente), con un coste mensual para cada uno de 1.006,12 € y un coste total del tratamiento de 66.403,92 €. 2 pacientes recibieron tratamiento con abatacept durante un total de 46 meses (media de 23 meses/paciente), con un coste mensual individual mínimo de 1.187,88 € y máximo de 2.375,76 €, y un coste total de tratamiento de 57.018,24 €. 4 pacientes recibieron tratamiento con golimumab durante 108 meses (media de 27 meses/paciente) con un coste mensual individual estimado de 1.000 € y un coste total del tratamiento de 108.000 €. 1 paciente recibió tratamiento con ocrelizumab durante un total de 33 meses, con un coste mensual medio estimado de 325,716 € y un coste total del tratamiento de 10.748,64 € (2 ciclos de tratamiento). 3 pacientes recibieron tratamiento con tocilizumab durante un total de 6 meses (media de 2 meses/paciente), con un coste mensual estimado de 1.000 € y un coste total del tratamiento de 6.000 €. El coste evitado en el uso de terapia biológica es de 1.317.918,64€ durante 6 años, lo que supone un ahorro anual de 219.653,11 €.

Conclusiones: Además de las ventajas que aportan los ensayos clínicos en conocimientos adquiridos sobre nuevas terapias y en metodología de la investigación, la inclusión de pacientes supone un "ahorro" en gasto farmacéutico nada despreciable y en ocasiones poco valorado.

328. PREDICTORES DEL ESTADO DE SALUD: ESTUDIO DE SEGUIMIENTO DE LA FIBROMIALGIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

M.A. Pastor, N. Pons, A. Lledó y S. López-Roig

Departamento de Psicología de la Salud, Universidad Miguel Hernández. Elche, Alicante.

Objetivo: Determinar los factores psicosociales que predicen el estado de salud tras un año de seguimiento en pacientes con fibromialgia (FM) tratadas en Atención Primaria (AP).

Método: Estudio longitudinal con una muestra de 118 mujeres en T1 (n = 53 en T2). Variables e instrumentos: Variables clínicas: intensidad del dolor (NRS). Variables psicosociales: locus de control (Pastor et al, 1990), autoeficacia en dolor crónico (Martín-Aragón et al. 1999), competencia percibida en salud (Pastor et al. 1997); afrontamiento (Pastor et al. 2004). Variables de estado de salud: impacto físico y psicosocial (Badia y Alonso, 1994). Análisis: regresión lineal por bloques (STEPWISE) controlando las variables dependientes en T1.

Resultados: Locus de control-destino predijo significativamente la intensidad de dolor ($b = 27^*$), mientras que locus de control-interno el impacto físico ($b = -0,29^*$) y psicosocial ($b = -0,36^{**}$), este último junto con el afrontamiento pasivo ($b = 0,25^*$).

Conclusiones: Controlado el efecto del estado de salud inicial, el estado de salud al año de seguimiento es predicho por el locus de control y el afrontamiento pasivo. Modificar o potenciar determinadas creencias y formas de afrontamiento debería considerarse como parte de la intervención habitual con estos pacientes en el contexto de AP.

329. EFICACIA DEL METOTREXATE EN LA POLIMIALGIA REUMÁTICA

O. Illera Martín, J. Bachiller Corral, M. Revenga y M. Vázquez

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

Introducción: La polimialgia reumática (PMR), enfermedad inflamatoria que afecta a personas mayores de 65 años, se caracteriza por dolor y rigidez de cinturas escapular y pelviana. Frecuentemente se acompaña de síntomas constitucionales. Los corticoides en dosis bajas-medias son el tratamiento estándar, produciendo respuesta clínica importante. El tratamiento suele durar de 18 a 24 meses. Sin embargo puede haber recurrencias sintomáticas al reducir la dosis de esteroides y preocupan los efectos adversos relacionados con estos. Hasta un 33% de pacientes desarrollan síntomas de arteritis de la temporal (ATCG), lo que sugiere que son dos formas clínicas de una misma entidad patogénica. En ocasiones la ATCG requiere asociación a Metotrexate (MTX) por resistencia, dependencia o intolerancia a corticoides. El añadir MTX al tratamiento de la PMR podría disminuir la dosis de prednisona (Pred), mantener la remisión y reducir las recaídas o recurrencias.

Objetivo: Determinar si existen diferencias en el tratamiento con Pred. sólo frente a la combinación Pred.+ MTX en los pacientes (pax) con PMR, en cuanto a requerimiento de corticoides, dosis acumulada y tasa de remisión.

Material y métodos: Evaluación retrospectiva de las historias clínicas de una serie de pax con diagnóstico de PMR, que habían recibido tratamiento con Pred. o la combinación con metotrexate y habían tenido seguimiento de al menos 2 a. Se revisaron dosis iniciales y acumuladas de Pred., inicio y dosis de MTX, duración y tiempo hasta la remisión, núm. de recaídas y desarrollo de otra enfermedad. Evaluación estadística con la t de Student (significación si $p < 0,05$).

Resultados: Revisión de historias clínicas de 25 pax. Edad 1/2: 71 a, 16 (64%) mujeres. La rigidez fue el rasgo dominante en 14 pax (56%).

10 presentaron síntomas constitucionales (1 fiebre, 6 astenia y 3 anorexia y pérdida de peso), 6 sinovitis transitoria en carpos y 2 en rodillas. El comienzo fue insidioso en 17 (68%) y agudo en 8 (32%). Se descartaron los pax con síntomas o semiología sugestiva de ATCG (cefalea temporal, claudicación mandibular, hiperalgesia frontotemporal, engrosamiento o reducción del pulso de a. temporales y alteraciones visuales). Todos eran factor reumatoide negativo. 4 tenían AAN +. La VSG estaba elevada en todos menos 1 (promedio 65 mm). 12 (48%) presentaban anemia n.n y 16 (64%) aumento de F. Alc. De los 25 pax, 14 (56%) se trataron con Pred. y 11 (44%) con Pred. + MTX. La dosis inicial de Pred. fue de 10 a 20 mg/día (promedio 14,2 mg/día). La dosis acumulada en general fue de 2.144,2 mg (pNS entre ambos grupos). La dosis 1/2 de MTX fue 15 mg/semana, y se inició por T1/2 de 4 meses tras el diagnóstico. El T de tratamiento de los pax con Pred. fue de 12,4 meses y 10,8 meses en el combinado (pNS). En todos se redujo la VSG a < 20 mm, pNS entre ambos grupos). Todos los pax alcanzaron la remisión excepto dos, uno por abandono del seguimiento y otro por desarrollar un proceso mielomatoso. El tiempo hasta la remisión fue de 4,4 meses en el grupo de Pred. y de 4,2 en el de tratamiento combinado (pNS). 6 pax rebrotaron, 1 por incumplimiento del tratamiento y 5 al disminuir la dosis de Pred. (en 3 se agregó MTX y en 2 se aumentó la dosis de Pred. para luego disminuirla lentamente). Los 6 alcanzaron la remisión. Se modificó el diagnóstico en 2 pax (8%), uno a ATCG (confirmado por ECO-Doppler) y otro a mieloma múltiple.

Conclusión: No hubo diferencias significativas en las dosis acumuladas, tiempo de tratamiento, ni tiempo en alcanzar la remisión entre los grupos tratados con Pred. vs tratamiento combinado. Encontramos una tendencia a asociar el MTX a los pax que sufrieron recaída. Son necesarios estudios prospectivos con mayor número de pacientes para evaluar la utilidad del MTX en la PMR sin ATCG.

330. HIPERTENSIÓN PULMONAR SILENTE EN ARTRITIS REUMATOIDE DE LARGA EVOLUCIÓN

N. Lozano Rivas¹, F.J. Pastor Pérez², A. Uceda Galiano¹, M.J. Moreno Martínez¹, E. Peñas Martínez¹, A. Bermúdez Torrente¹ y C. Marras Fernández-Cid¹

¹Servicio de Reumatología, ²Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Objetivo: Estudiar la prevalencia de hipertensión pulmonar (HTP) y otras alteraciones ecocardiográficas en pacientes con artritis reumatoide (AR) de larga evolución.

Material y métodos: Se incluyeron 33 pacientes con AR de larga evolución, sin disnea y con una señal de insuficiencia tricuspídea adecuada para el cálculo de la presión sistólica de la arteria pulmonar (PSAP) mediante ecocardiografía doppler transtorácica. Analizamos variables clínicas, analíticas y ecocardiográficas. Se consideró la existencia de hipertensión pulmonar ligera cuando los valores de PSAP se encontraban entre 30 y 39 mmHg, moderada entre 40 y 50 mmHg y severa > 50 mmHg.

Resultados: La edad media de los pacientes incluidos era $54,7 \pm 12,0$ años, con un 63,4% de mujeres y una evolución media de la enfermedad de $15,7 \pm 11,1$ años. Todos los pacientes tenían una fracción de eyección conservada sin alteraciones valvulares significativas salvo en 2 pacientes, uno de ellos con insuficiencia tricuspídea moderada y otro con insuficiencia aórtica moderada. En 4 pacientes (12,1%) encontramos derrame pericárdico ligero sin repercusión hemodinámica. Se detectó la presencia de HTP en 9 pacientes (27,2%). El 83% tenía HTP leve, 17% moderada, y ningún paciente con grado severo. Entre los pacientes con o sin HTP no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre los años de evolución de la enfermedad, niveles de factor reumatoide y de anticuerpos antipéptidos citrulinados.

Conclusión: La presencia de HTP no es infrecuente en pacientes con AR de larga evolución, la mayoría de grado ligero, y constituye el hallazgo ecocardiográfico más habitual en nuestra población.

331. UTILIDAD DE LA GAMMAGRAFÍA RENAL CON GALIO COMO MÉTODO DE DESPISTAJE DE LA NEFROPATÍA INTERSTICIAL ASOCIADA AL SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO

P. Santo, J. Narváez, M.M. Bianchi, M. Robustillo, D. de la Fuente, C. Gómez Vaquero, R. Poveda¹, y J.M. Nolla

Servicios de Reumatología y ¹Nefrología. Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona.

Introducción: La nefritis intersticial (NI) es la complicación renal más frecuente en el síndrome de Sjogren primario (SSp). El diagnóstico de la NI basado en los datos clínicos suele ser difícil, siendo muchas veces necesaria la realización de una biopsia renal. Recientemente, algunas series de casos de NI aguda por fármacos ha señalado la posible utilidad de la gammagrafía con galio como método diagnóstico incruento de esta entidad. La utilidad de esta técnica aún no se ha evaluado en el SSp.

Objetivo: Evaluar la utilidad de la gammagrafía renal con galio como método de despistaje de la NI asociada al SSp.

Material y métodos: Se presentan los resultados preliminares de un estudio prospectivo en marcha en pacientes con SSp (criterios europeos) y afección renal. En todos los casos se realiza gammagrafía con galio y biopsia renal.

Resultados: Hasta la fecha se han incluido 3 mujeres, con una edad media de 64 ± 7,5 años. Todas ellas presentaban insuficiencia renal aguda o crónica y proteinuria de rango no nefrótico (0,5-1 g/24 h). En dos casos la NI se presentó en el debut de la enfermedad; en la tercera paciente el SSp se había diagnosticado 3 años antes. En todos los casos, las enfermas presentaban otras patologías concomitantes (diabetes mellitus y/o HTA) que podían justificar el trastorno renal. La biopsia renal confirmó el diagnóstico de NI en los 3 casos; una de las pacientes presentó también datos de glomerulonefritis membranoproliferativa concomitante. La gammagrafía renal con galio sólo fue positiva en 2 de las 3 enfermas; el único falso negativo en la gammagrafía correspondió a la paciente que presentaba la insuficiencia renal de larga evolución (3 años).

Conclusión: Nuestros datos preliminares sugieren que la gammagrafía renal con galio parece ser una técnica útil en el despistaje de la NI asociada al SSp (sensibilidad 66,6%). Con los datos disponibles hasta el momento no parece que esta prueba pueda sustituir a la biopsia, pero sí puede ser de utilidad (cuando es positiva) para sentar la indicación de biopsia renal en pacientes con SSp que presenten otras patologías concomitantes que puedan justificar el trastorno renal. Es posible que la sensibilidad de esta prueba se vea afectada por el tiempo de evolución de la nefritis.

332. NEFROPATÍA LÚPICA EN TRATAMIENTO CON RITUXIMAB

J.C. Escribano Stablé, F.J. Navarro Blasco, R. Noguera Pons y J. A. González

Unidad de Reumatología, Hospital General Universitario de Elche, Alicante.

Objetivos: Evaluación del tratamiento con Rituximab una serie de pacientes con Nefropatía Lúpica (NL).

Material y métodos: Revisión de la literatura, datos demográficos, clínicos y analíticos de cuatro pacientes diagnosticados de NL y tratados Rituximab

Resultados: (Tabla). Todos los sujetos recibieron tratamiento con 1.000 mg (2 dosis) de Rituximab acompañado de un ARA II o IECA

Tabla Resumen 332

Paciente	Edad (años)	Sexo	Clínica de presentación	Manifestaciones asociadas	Tratamiento previo	Número de ciclos de rituximab (Los ciclos estuvieron espaciados entre sí por intervalos de dos meses)	Hemoglobina (mg/dl)	PCR (mg/L) (Proteína C Reactiva)	VSG	Factor reumatóide (U/ml)	C3	C4	Ana basal	Ana 3 meses	Ac. Anti-dna basal	Ac. Anti-dna 3 meses	Ac. Aclaramiento creatinina basal	Aclaramiento 3 meses	Proteinuria mg/24 h basal	Proteinuria mg/24 h 3 meses	Proteinuria total basal	Proteinuria total 3 meses
Paciente 1	18	Mujer	Pericarditis aguda. Rash malar en "alas de mariposa". Artralgias	Serositis lúpica. Nefritis lúpica. Dermatitis lúpica aguda	Deflazacort 30 mg Resochin 250 mg Ciclofosfámid	2	11	<2	25	5	59	8	1/640	1/640	1/80	Neg	94,7	82	462	171	33	14
Paciente 2	19	Mujer	Fiebre, poliartralgias. Estigmas vasculíticos en dedos de las manos	Nefritis y hepatitis lúpica. Anemia hemolítica autoinmune. Vaculitis de pequeño vaso. Dermatitis lúpica aguda	Deflazacort 30 mg Naproxeno 500 mg Dolquine 200mg Azatioprina 500 mg	1	10,3	54	15	3	45	4	1/640	1/320	1/640	Neg	91	95,6	500	80	76	16
Paciente 3	34	Hombre	Proteinuria y microhematuria	Nefritis lúpica	Deflazacort 30 mg Adiro 100 mg Azatioprina 500 mg	2	13	5	10	7	88	15	1/640	1/640	1/640	1/640	151	136	268	116	37	16
Paciente 4	28	Mujer	Proteinuria y microhematuria	Nefritis lúpica	Prednisona 30 mg Ciclofosfámid Metoject 10 mg	2	10,4	<2	41	3	43	15	1/640	1/640	1/640	1/640	86,5	84,6	8.933	2.813	1.051	194

para el control de la proteinuria. Se realizaron mediciones antes de iniciar tratamiento con Rituximab y 3 meses después. Se observó una importante mejoría de parámetros renales en todos los pacientes. No se describieron efectos secundarios, siendo en general bien tolerado.

Conclusiones: La NL es una complicación frecuente que ensombrece el pronóstico de los pacientes diagnosticados de LES. El tratamiento estándar consiste en la administración de glucocorticoides y ciclofosfamida endovenosa. Existen alternativas para los pacientes no respondedores como el micofenolato de mofetilo y el Rituximab (anticuerpo monoclonal dirigido contra los receptores CD20 de los linfocitos B). Hasta la fecha, las evidencias con este fármaco se limitan a serie de casos clínicos en los que se aprecia una mejoría clínica, analítica e histológica en los pacientes que recibieron dicho tratamiento. Nuestra experiencia con Rituximab ha sido satisfactoria aunque limitada por el número de individuos tratados.

333. RESOLUCIÓN DE NECROSIS DIGITAL SEVERA REFRACTARIA A PROSTAGLANDINAS TRATADA CON BOSENTÁN Y ANTICOAGULACIÓN EN PACIENTE CON ESCLEROSIS SISTÉMICA LIMITADA

I. Castellví, C. Geli, C. Díaz-Torné, P. Moya y C. Díaz-López

Unitat de Reumatologia. Servei de Medicina Interna. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

Introducción: La esclerosis sistémica (ES) es una conectivopatía caracterizada por dañar la célula endotelial pudiendo causar microvasculopatía proliferativa y obliterativa. El fenómeno de Raynaud (FR) es un síndrome característico de estos pacientes que potencia la lesión cutánea pudiendo causar úlceras (UD), necrosis (ND) o gangrena digital (GD). El tratamiento de elección en casos graves son las prostaglandinas requiriéndose en ocasiones la amputación digital. El antagonista del receptor de la endotelina (ARE) tipo 1, Bosentán, ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de complicaciones vasculares de la enfermedad como la hipertensión pulmonar o las úlceras digitales refractarias. A continuación presentamos una paciente afecta de ES y FR sin úlceras digitales previas que presentó buena evolución clínica de necrosis digital severa resistente a prostaglandinas tras instaurar terapia con bosentán y heparina de bajo peso molecular.

Caso clínico: Paciente de 43 años fumadora y con agenesia de bazo, diagnosticada de ES con forma cutánea limitada en mayo de 2003. Tras diagnóstico inicia tratamiento con calcioantagonistas disminuyendo el número de crisis de FR. En septiembre de 2008 la paciente presenta crisis de FR en 2 a 5 dedo de mano derecha, autolimitándose en 5 dedo pero persistiendo en los otros. A la exploración destacaba la presencia de ND franca con bordes eritematosos mal delimitados en tercio distal de interfalángica distal 2 y 3r dedo de la mano derecha así como en toda la superficie de la tercera falange distal, estando toda la mano edematosa. Los pulsos radiales eran normales. Los datos de laboratorio (tabla) revelaron una elevación de la PCR y leucocitosis. Los anticuerpos antinucleares fueron positivos a título de 1/40. La videocapilaroscopia mostró hallazgos compatibles con patrón esclerodermiforme en fase activa (imagen 3). Por cuadro de isquemia severa inició durante 21 días terapia con alprostadil 40 ug/día y tratamiento sintomático con tramadol y AINE a dosis plenas sin mejoría clínica y persistiendo las mismas lesiones. Ante refractariedad a tratamiento pautado el 14 de octubre se suspende alprostadil y inicia bosentán 62,5 mg dos veces al día, bemiparina sódica 5.000 UI/día, clopidogrel 75 mg/d y buprenorfina 35ug/72h para control de dolor isquémico digital. Tras 4 semanas se aumentó la dosis de bosentán a 125 mg dos veces al día. Tras 6 semanas de tratamiento, la paciente pudo retirar el opioide por ausencia de dolor isquémico digital. Tras 12 semanas de tratamiento la paciente está asintomática,

Tabla Resumen 333

	Pre ARE	4 semanas	12 semanas
VSG (mm/H)	23	53	60
PCR (mg/l)	8,5	4	< 3
Colesterol (mmol/l)	4,09	5,45	
Creatinina (mmol/l)	56	55	57
AST (U/l)	14	14	11
ALT (U/l)	13	11	9
GGT (U/l)	118	94	43
FFAA (U/l)	77	74	65
Hemoglobina (g/l)	138	102	104
Plaquetas ($\times 10^9$)	448	482	508
Leucocitos ($\times 10^9$)	16,12	9,64	8,79
ANA (IFI)	1/40 moteado	1/80 moteado	1/80 moteado
C3 (mg/100 ml)	110	110	
C4 (mg/100 ml)	24	25	

con resolución completa de la ND del 2 y 3 dedo afectos así como delimitación del área necrótica de 4 dedo a tercio más distal de IFD. Desde inicio de terapia con bosentán la paciente no ha presentado nuevos episodios de UD ni crisis de FR

Conclusiones: La necrosis digital y las UD son una complicación vascular grave en pacientes con ES. El tratamiento de elección en estos casos son los análogos de prostaglandinas y anticoagulación, requiriendo en algunos casos amputación si fracasan. Nuestro centro presenta un caso de necrosis digital refractaria a prostaglandinas que evolucionó de forma favorable tras iniciar tratamiento con bosentán. Nuestra experiencia indica que al igual que en UD refractarias, el bosentán podría ser útil para tratar la ND antes de plantear medidas quirúrgicas agresivas como simpatectomías o amputación una vez ha fracasado el tratamiento con prostaciclina.

334. GLOMERULONEFRITIS MESANGIOCAPILAR AGUDA EN UNA PACIENTE CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO

M.R. Rodríguez Moreno¹, M. Guzmán Úbeda¹, J. Jiménez Alonso², C. Hidalgo Tenorio², J.M. Sabio², L. Jáimez³ e I. Rodríguez Moreno

¹Servicio de Reumatología, ²Servicio de Medicina Interna, ³Sección de Autoinmunidad. Laboratorio de especialidades, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción: El síndrome de Sjögren es una enfermedad autoinmune sistémica cuyo proceso inmunológico es la hiperactividad de células B, que produce autoanticuerpos e inmunocomplejos. La nefritis intersticial con proteinuria y disfunción tubular es la manifestación renal más común de síndrome de Sjögren, pero la afectación glomerular debida a depósito de inmunocomplejos circulantes puede ocurrir raramente

Caso clínico: Mujer de 39 años con Sd Sjögren primario, anemia ferropénica y pleuritis residual. Ingresa por náuseas, edematización piernas, abdomen y párpados y cara y disnea progresiva. Exploración física: consciente y orientada. TA: 131/76 FC: 69 SAT O2: 99 TEMP: 36. Sat O₂ (FiO₂ 21%): 98%. ACR: disminución del murmullo vesicular en bases con abolición del mismo en senos costodiafragmáticos. Abdomen: reflujo hepatoyugular con ruidos hidroaéreos aumentados. Liger dolorimiento en hipogastrio. MMII con edemas y fovea (+). Pruebas complementarias: Analítica: VSG 56, FR: 23, PCR: 2,7. Hb: 9,9. VCM: 81. Beta 2 microglob: 7,71. Hipergammaglobulinemia policlonal IgG: 1.803, C3:78, C4: 21. Ro: 48, La: 104 Sedimento normal. Bioquímica: Urea 70; Creatinina 1,57; Na⁺ 135. Coagulación normal. Orina: Proteínas 3+; Sangre 2+; pH 6; Leucocitos indicios. Sedimento: 1-3 leucocitos pc; 2-3 Hematíes pc; presencia de células de vías bajas. Rx Tórax: Aumento del índice cardiotorácico, cisuritis, pinzamiento de ambos senos costodiafragmáticos. Estudio inmunológico: ANA > 1/320, Ro y La: +++, C3: 52, C4: 10. Hipergammaglobulinemia policlonal. Biopsia renal: Nefritis intersticial, esclerosis y glomerulo-

nefritis mesangiocapilar granular. Ecocardiograma: Al ingreso: normal. 2.^a (4/8/2008): FEVI 40%, con contractilidad del VI alterado de manera generalizada pero más en cara inferior. 3.^a (20/8/2008): VI de diámetros en el límite ligeramente dilatado con FE ligera a moderadamente deprimida (45%) e insuficiencia mitral secundaria moderada; derrame pericárdico ligero circunferencial. Urocultivo: 100.000 UFC de virus BK. TAC toraco-abdominal: múltiples adenopatías axilares bilaterales, así como retrocavas, mediastínicas y prevasculares de 1 cm. Derrame pleural bilateral. Son negativas las siguientes pruebas: anti-DNA, Sm, Scl-70, pANCA, anti-Jo-1, antimembrana basal glomerular, crioglobulinas, serología viral (VHCC y B, VIH, CMV, Toxoplasma), antígeno y viremia para VCM, h. tiroideas, coagulación, marcadores cardíacos, ecodoppler renal, PET. Evolución: Tras instaurar tratamiento con bolos de prednisona, y después de ciclofosfamida la función renal continuó empeorando siendo necesario el empleo de un anti-CD20 (Rituximab) tras el cual mejoró la función renal. Requiriéndose no obstante técnicas de ultrafiltración durante su estancia en UCI.

Conclusiones: Se ha descrito que los cambios Glomerulares se asocian con Nefropatía por virus BK. La infección de las células epiteliales glomerulares puede ocurrir en pacientes con infección por virus BK siendo más frecuente la afectación por el virus del epitelio tubular con cargas virales elevadas. 1. Describimos por primera vez la asociación de una glomerulonefritis mesangiocapilar aguda en una paciente con síndrome de Sjögren primario con una infección urinaria por virus BK. 2. Pensamos que la existencia de una infección urinaria por virus BK junto al Síndrome de Sjögren primario pudieron contribuir al desarrollo de una afectación simultánea de túbulo y glomérulo que indujeron un fracaso renal agudo en esta paciente. 3. El trastorno glomerular se correlacionó con el descenso de los niveles de C4. 4. La coexistencia del trastorno tubular y el glomerular inducen fracaso renal agudo y edema agudo de pulmón que requirió diálisis con técnica de ultrafiltración para eliminar volumen, toxinas sanguíneas e inmunocomplejos circulantes. 5. El tratamiento con bolos de metilprednisolona y ciclofosfamida no fueron efectivos requiriéndose el tratamiento con un anti-CD20 (Rituximab)

335. TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE PAGET CON ZOLEDRONATO.

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

Servicio de Reumatología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivo: Estudiar la eficacia del tratamiento con zoledronato en pacientes con enfermedad de Paget (EP) y la presencia de efectos secundarios tras su administración.

Pacientes y método: Se incluyeron 22 pacientes con EP activa, con criterios de tratamiento farmacológico: 21 pacientes tenían niveles de fosfatasa alcalina (FA) superior al doble del valor de referencia y una paciente presentaba coxopatía pagética con rápida progresión. A todos ellos se les administró 5 mg de zoledronato por vía intravenosa en una única infusión junto con paracetamol 1 gramo IV de forma simultánea. En cada paciente se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, extensión, número de focos, años de evolución de la enfermedad, número de tratamientos previos, FA basal y FA a los 6, 12 y 18 meses posttratamiento, calcio sérico y creatinina basal y posttratamiento). Se realizó electrocardiograma antes y después del tratamiento en 18 de los 22 enfermos.

Resultados: Se incluyeron 14 (64%) varones y 8 mujeres. La edad media (DE) al inicio del tratamiento fue de 74,4 (8,4) años. El tiempo medio de evolución de la EP en los pacientes tratados fue de 16,5 años, y habían recibido una media de 2,5 ciclos previos de tratamiento antiresortivo para la EP. Tras el tratamiento con zoledronato todos

los pacientes presentaron remisión bioquímica completa. Los niveles medios basales de FA eran de 347 U/L, y disminuyeron a 75 U/L a los 6 meses (reducción del 79%), 76 U/L a los 12 meses y 78 U/L a los 18 meses. No se produjo una disminución significativa en los niveles de calcio pre y posttratamiento. De igual manera no se apreció deterioro de la función renal en ningún paciente. En 18 enfermos se disponía de electrocardiograma previo y posterior al tratamiento con zoledronato. 13 enfermos presentaban ritmo sinusal, 3 fibrilación auricular crónica y 2 enfermos fibrilación auricular paroxística. No se detectó ningún caso nuevo de fibrilación auricular.

Conclusiones: Según los resultados de nuestro estudio el zoledronato es un fármaco muy eficaz en la EP, con una respuesta satisfactoria en el 100% de los enfermos. La FA a los 6 meses se redujo un 78%. No encontramos ningún caso de hipocalcemia, insuficiencia renal ni fibrilación auricular tras el tratamiento.

336. ASOCIACIÓN ENTRE REACCIONES INFUSIONALES A INFLIXIMAB Y ANTICUERPOS ANTI-INFLIXIMAB

L. Nuño, F. Pascual-Salcedo¹, A. Balsa, S. Ramiro¹, C. Soto¹, M. Díaz-Arias, G. Bonilla, D. Peiteado, L. Aarden² y E. Martín-Mola

Servicio de Reumatología y ¹Servicio de Inmunología, Hospital La Paz, Madrid. ²Sanquin Research at CLB and Landsteiner Laboratory and Academic Medical Centre, University of Amsterdam, Amsterdam, Holanda.

Introducción: Algunos pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias en tratamiento con Infliximab pueden presentar una respuesta inadecuada o desarrollo de reacciones infusionales. Una de las teorías postuladas es la neutralización del infliximab debido a la presencia de anticuerpos humanos anti-quiméricos (HACA).

Objetivos: Estudiar la presencia de HACA en pacientes tratados con Infliximab, y su influencia en la pérdida de respuesta clínica y el desarrollo de reacciones infusionales.

Métodos: Se obtuvo suero de 43 pacientes tratados con Infliximab, previo a cada infusión. Los niveles séricos de Infliximab se midieron por ELISA, basado en la capacidad del medicamento para unirse al TNF recombinante inmovilizado en las placas por medio de un anticuerpo monoclonal anti-TNF (CLB/7) (límite de detección = 1 ng/ml). Los niveles séricos de HACA se midieron por un "bridging" ELISA, que utiliza la multivalencia de los anticuerpos séricos para unirse a Infliximab inmovilizado en las placas de ELISA y al mismo fármaco en solución, marcado con biotina (Aarden et al. *Curr Opin Immunol* 2008;20:431-5). Niveles de HACA superiores a 50 ng/ml se consideró positivo (media + 6 DE de 82 controles). A partir de las historias clínicas se obtuvieron los aspectos clínicos relevantes. Se estudió la relación entre variables mediante chi cuadrado o test exacto de Fisher.

Resultados: La edad media de nuestra cohorte al inicio de tratamiento con Infliximab era de 49 ± 13 años (72% mujeres). Los diagnósticos eran: 69,8% artritis reumatoide; 11,6% espondilitis anquilosante; 14% artropatía psoriásica; 4,3% enfermedad de Behçet y 4,3% dermatomiositis. El 55,8% de los casos presentaron HACA. En la cinética de pacientes que no desarrollaron HACA, se observa mejoría clínica progresiva (disminución de DAS28) relacionado con persistencia de niveles detectables de Infliximab libre en suero. En cambio, en la cinética de los pacientes que sí desarrollaron HACA, se observa una pérdida de respuesta clínica y disminución progresiva de niveles de Infliximab libre, junto con niveles crecientes de HACA. Un total de 15/43 pacientes (34,9%) tuvieron una reacción infusional. Se suspendió el tratamiento en 29 pacientes (67,4%), la mayor parte debido a reacciones infusionales (30,2%) o ineficacia (25,6%). La dosis media utilizada de Infliximab fue de 3,7 ± 0,7 mg/kg. El 65,1% de los pacientes recibieron metotrexato concomitante al Infliximab. Se observa

una asociación entre presencia de HACA y ausencia de Infiximab libre en suero ($p < 0,001$). La presencia de HACA se muestra fuertemente asociada con el desarrollo de reacciones infusionales (93,3% vs 6,7% $p < 0,001$; OR 25,2; IC 95%: 2,9-220,9). Existe una tendencia a asociación entre positividad de HACA e ineficacia al tratamiento (72,7% vs 27,3% $p = 0,294$). Los HACA fueron más frecuentes en pacientes no tratados con MTX (73,3% vs 26,7% $p = 0,09$).

Conclusiones: En nuestra cohorte, la presencia de HACA en suero de pacientes tratados con infliximab está relacionada con la ausencia de infliximab libre, pérdida de eficacia clínica y aparición de reacciones infusionales.

337. PATRONES CLÍNICOS DE ARTROPATÍA PSORIÁSICA Y DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS ANTINUCLEARES

R. Morlà Novell¹, A. Acosta Pereira², V. Torrente Segarra², M.J. Lozano Mateos², I. Gich Saladich³ y A. Rodríguez de la Serna²

¹Unitat de Reumatologia. Xarxa Hospitalària de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona. ²Hospital de Dia de Reumatologia. ³Servei Epidemiologia Clínica. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción: En la clínica asistencial se observa la presencia de anticuerpos antinucleares (ANA) en pacientes con artropatía psoriásica (APs) y en la revisión de la literatura se encuentran porcentajes de hasta un 14% de ANA positivos, de significado incierto.

Objetivo: Conocer la positividad de ANA en una serie de pacientes con APs contemplando sus diferentes formas clínicas y analizar si existe alguna asociación entre el patrón clínico y la presencia de estos anticuerpos.

Pacientes y métodos: Pacientes diagnosticados de APs (según criterios CASPAR) clasificados en formas de presentación según una modificación de la clasificación de Moll Wrigth (poliarticular, oligoarticular, axial y monoarticular) que no han recibido terapia biológica que pueda interferir en la determinación inmunológica. Se recogen los valores de ANA a títulos igual o superior a 1/80, en el curso de los 12 meses anteriores. Se realiza el análisis de datos con el paquete estadístico SPSS(V15.0), utilizando medidas de tendencia central y dispersión según test de Kolmogorov-Smirnov. El análisis de casos se realiza mediante tablas de contingencia y se calculan el grado de significación de las diferencias porcentuales utilizando el test exacto de Fisher.

Resultados: Se recogen 94 paciente (50 hombres y 44 mujeres) para el estudio. En un 19,6% de casos se determinan ANA positivos. La distribución de la tipología clínica de los pacientes es la siguiente: forma poliarticular (62/94: 66%), forma oligoarticular (20/94: 21,3%), forma monoarticular (7/94: 7,4%) y forma axial (5/94: 5,3%). Los resultados de positividad de ANA según clínica se muestran en la tabla adjunta. El test estadístico exacto de Fisher con una p de 0,068 pone de manifiesto una tendencia de asociación del patrón poliarticular con ANA positivo. Ningún caso de forma axial presenta positividad para ANA.

Conclusiones: En nuestra serie se encuentra un porcentaje discretamente más elevado de ANA positivos en APs que los datos conocidos previamente. No podemos concluir que exista una relación estrecha entre un tipo de patrón clínico y esta positividad. Pero, sí que existe una tendencia a la asociación entre patrón poliarticular de APs y valores ANA positivos.

Tabla Resumen 337

	Poliarticular (66%)	Oligoarticular (21,3%)	Monoarticular (7,4%)	Axial (5,3%)
Positivo (19,6%)	14 (23,3%)	1 (5%)	3 (42,9%)	0 (0%)
Negativo (80,4%)	46 (76,7%)	19 (95%)	4 (57,1%)	5 (100%)

338. HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO, TRATAMIENTO CON BIFOSFONATOS

J.L. Guerra Vázquez, Á. Hernández Del Río, M. Rodríguez López y J. Vázquez Coleman

Hospital Arquitecto Marcide -Defensa, Ferrol, A Coruña.

Un total de 26 paciente diagnosticados de hiperparatiroidismo 1.º y diagnosticados de osteoporosis mediante dexa, bien en espera de su intervención quirúrgica o los casos que por algún motivo no podía realizarse recibieron tratamiento mediante bifosfonatos durante un año finalizado el mismo se realiza valoración densitometría para cuantificar beneficios de dicho tratamiento. Se trata de 22 mujeres y 4 hombres, de una edad media de 69,8 años, 7 de ellos con antecedentes de fracturas periféricas y 7 con acñaaduras aplastamiento vertebrales, en 10 casos existe hipercalcemia, 7 casos sólo hipofosforemia, en 8 casos la fosfata alcalina está elevada, en todos ellos la PTH esta elevada con una media de 132 μg y la cuantificación de la vitamina D (25 OH y 1-25 Oh es normal). Se realizo estudio pre y post-tratamiento mediante Dexa (Hologic) el estudio pre-tratamiento evidencia 23 paciente con rango de osteoporosis en columna lumbar, 9 con osteoporosis de cuello de fémur y en 7 casos con osteoporosis en las dos regiones, al año de tratamiento se repite dicho estudio en el mismo equipo evidenciando una disminución en el número de pacientes con osteoporosis de columna lumbar, 18, pero constatando un aumento de osteoporosis a nivel de cuello de fémur, 14 y un aumento global de casos con osteoporosis a nivel de cuello de fémur y columna lumbar en el mismo paciente 12 casos. Las cifras de PTH no sufrieron variaciones cuantitativas en los casos tratados. Dicho estudio no evoca que el tratamiento con bifosfonatos no es el adecuado para tratar a los paciente con Osteoporosis e hiperparatiroidismo 1.º pues no sólo no mejora a los pacientes sino que aumenta la tasa global de pacientes osteoporóticos a expensas de hueso cortical cuello de fémur.

339. HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO

J.L. Guerra Vázquez, Á. Hernández Del Río, J. Vázquez Coleman y M. Rodríguez López

Hospital Arquitecto Marcide -Defensa, Ferrol, A Coruña.

Se estudian 72 pacientes con hiperparatiroidismo primario visto en el servicio de Reumatología de nuestro hospital. 64 pacientes eran mujeres y 8 hombres, edad media de 68,4 años (30-87). El motivo de consulta fue esencialmente descartar osteoporosis (21), existencia de raquiálgias mixtas (20), hipercalcemia (5), conocimiento previo de HPT (4), condrocacinosis (4) y otras causas (4). En sus antecedentes destacan litiasis renal (27), HTA (25), litiasis vesicular (13), patología digestiva (10), AVC (3). Sus datos analíticos destacados son: hipercalcemia (32), hipofosforemia (25), elevación fosfatasas alcalinas (21), hiperglucemia (17), hiperuricemia (12), hipertiroidismo (1). En todos elevación de PTH con una cifra media de 175 μg y normalidad de vitamina D. El estudio Rx axial y periférico: datos resorción falanges (3), fracturas (8), aplastamientos (12), CCA (7). El estudio densitométrico (Hologic) en 64 casos evidencia osteoporosis en 57 casos. La localización del adenoma se realiza mediante ECO de cuello en 21 casos de los 42 realizados y mediante gammagrafía ses-tambi en 16 casos de los 40 realizados.

340. COHORTE VALENCIANA DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE PRECOZ (COAR-SVR): CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES SEGÚN LA EDAD AL DIAGNÓSTICO

J.A. González-Ferrández¹, R. Noguera¹, J. Rosas², C. Fernández-Carballido³, P. Trenor⁴, J.A. Román⁵, F. Sivera⁶, P. Bernabeu⁷, X Barber⁸, C. Campos⁹, G. Santos², A. Martínez-Cristóbal⁴, A. Lozano¹⁰, R. Hortal¹¹ y el grupo de estudio CoAR-SVR

⁸Centro de Investigación Operativa, Universidad Miguel Hernández, Elche y Secciones de Reumatología, Hospitales de ¹Elche, ²Villajoyosa, ³Elda, ⁴Alzira, ⁵Dr. Peset de Valencia, ⁶General de Alicante, ⁷San Juan, ⁹General de Valencia, ¹⁰Villarreal, ¹¹Gandía.

Objetivo: Evaluar si existen diferencias en las características generales de una cohorte de pacientes con AR precoz de la Comunidad Valenciana (CoAR-SVR) según su edad al diagnóstico de la enfermedad.

Métodos: Estudio transversal de los 295 pacientes diagnosticados de AR, según criterios ACR, desde enero de 2006 hasta diciembre de 2008, en seguimiento en 12 unidades de Reumatología de la Comunidad Valenciana. Tras consentimiento informado de los pacientes, se recogieron datos epidemiológicos (edad, sexo, nacionalidad, forma de debut), autoanticuerpos (FR, anti-PCC, ANA), actividad de la enfermedad (DAS-VSG y DAS28-PCR), presencia de erosiones radiológicas en manos/pies, tiempo de evolución de la enfermedad y tratamientos recibidos (tiempo desde el diagnóstico hasta el inicio de los mismos). Para evaluar la existencia de diferencias en algunas de estas características según la edad al diagnóstico de la AR, clasificamos a los pacientes en 3 grupos: diagnóstico antes de los 45 años, entre los 45 y los 65 años y diagnóstico a los 66 años o más.

Resultados: De los 295 pacientes incluidos, el 77% de los pacientes son mujeres, tanto en el grupo de diagnóstico en < 45 años como en el de 46-65 años, mientras que en el grupo de > 65 años el 60% son mujeres, detectándose significación estadística ($p = 0,012$). Respecto a la forma de debut, sólo hubo diferencia significativa en la forma polimiálgica (2% en < 45 años; 1% en 46-65 años, 15% en > 65 años, $p = 0,002$). La presencia de anticuerpos frente a los PCC fue más frecuente en el grupo de menor edad (69% vs 57% en pacientes 45-65 años y 48% en > 65 años, $p = 0,045$). No hubo diferencias por grupo de edad respecto a la positividad del FR o los ANA. Tampoco se encontraron diferencias basales en la presencia de erosiones radiológicas, en las medidas del DAS 28 basales, en el tratamiento, en la demora desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico, en el tiempo hasta el inicio del tratamiento con FAMEs o con fármacos biológicos, en los recuentos articulares (NAT, NAD), en la PCR ni en la EVA global de paciente al diagnóstico. Sin embargo, la VSG basal fue más elevada en el grupo de mayor edad (media 54 mm en > 65 años vs 32 mm en < 45 años y 36 mm en pacientes 45-65 años, $p = 0,006$).

Conclusiones: 1) La distribución por sexos en los pacientes de nuestra cohorte tiende a igualarse en edades > 65 años. 2) En este mismo grupo de edad es más frecuente el inicio polimiálgico respecto al resto de grupos. 3) Los anticuerpos anti-PCC son (+) con mayor frecuencia en los pacientes más jóvenes. 4) La VSG basal tiende a ser más alta en los pacientes de mayor edad.

341. SUPERVIVENCIA Y CAUSAS DE MUERTE EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA

M. Robustillo, J. Narváez, I. Castellví, N. del Castillo, M.M. Bianchi, J. Valverde y J.M. Nolla

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona.

Objetivo: Analizar la supervivencia y las causas de muerte de una cohorte hospitalaria de pacientes con esclerosis sistémica.

Métodos: Estudio retrospectivo de 81 pacientes afectados de esclerosis sistémica en seguimiento en el servicio de reumatología de un hospital universitario entre 1980 y 2008. Se realizó un análisis de supervivencia mediante el test de Kaplan-Meier. Para comparar la probabilidad de supervivencia entre grupos se utilizó el Log rank test.

Resultados: De los 81 pacientes (5 hombres y 75 mujeres con una edad media en el momento del diagnóstico de 50 ± 18 años), sólo un 28% (23/81) tenían una forma difusa de la enfermedad. A lo largo del período del estudio fallecieron 6 (7,4%) enfermos, siendo la supervivencia observada del 98% a los 15 años, del 96% a los 20 años, y del 94% a los 25 años. Las causas de muerte fueron: neoplasia en 2 (33,4%) pacientes (1 cáncer de colon y 1 linfoma MALT), insuficiencia respiratoria terminal en relación con la afección pulmonar de la enfermedad en otros 2 (33,4%), afección renal esclerodérmica en 1 (16,6%) y accidente vascular cerebral en 1 (16,6%) caso. La edad media de los pacientes en el momento del éxitus fue de $64,5 \pm 9,5$ años y la mediana del tiempo de evolución desde el diagnóstico de la esclerodermia hasta la muerte fue de 16 ± 4 años. Ninguno de los pacientes que falleció por cáncer había recibido tratamiento inmunosupresor previo al diagnóstico de la neoplasia. De los 6 pacientes fallecidos, 3 tenían una forma difusa (el enfermo con cáncer de colon, el paciente que murió por afección renal esclerodérmica y 1 de los dos enfermos que fallecieron por insuficiencia respiratoria terminal). El estudio comparativo entre grupos (forma difusa versus forma limitada + preesclerodermia) no observó diferencias significativas en la supervivencia (Chi-cuadrado: 1,43; $p = 0,231$).

Conclusiones: Tal y como se ha observado en otras poblaciones, en las últimas décadas se ha producido un incremento sustancial en la supervivencia de los pacientes con esclerosis sistémica. En nuestra serie, que sólo incluye un 28% de enfermos con esclerodermia difusa, la supervivencia a los 15 años es del 98% y a los 25 años del 94%. Además del aumento de la supervivencia, se observa un cambio en el patrón de mortalidad atribuible a la enfermedad, adquiriendo un mayor protagonismo las complicaciones pulmonares (tanto en forma de fibrosis pulmonar como de hipertensión pulmonar) respecto a las crisis renales.

342. DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE UNA COHORTE DE ESCLEROSIS SISTÉMICA DE LA PROVINCIA DE BARCELONA

I. Castellví^{1,2}, J. Narváez¹, N. Del Castillo¹, M. Robustillo¹, P. Santo¹, J. Valverde¹, C. Geli², C. Díaz-López² y J.M. Nolla¹

¹Servei de Reumatologia. Hospital Universitari de Bellvitge- IDIBELL. L'Hospitalet de Llobregat. ²Unitat de Reumatologia. Servei de Medicina Interna. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Objetivo: Describir las características clínicas, serológicas y tratamientos de una serie de pacientes con esclerosis sistémica.

Material y métodos: Revisión retrospectiva de pacientes con esclerosis sistémica difusa (ESD), limitada (ESL) y preesclerodermia (pES) seguidos por el servicio de Reumatología de un hospital universitario entre 1980 y 2008. Posteriormente se describieron las características por separado en pacientes con ESD y ESL.

Resultados: Se incluyeron a 85 pacientes (79 mujeres). 24 (28,6%) presentaban ESD, 54 (64,3%) ESL y 6 (7,1%) pES. La edad de aparición del primer síntoma fue $44,51 \pm 18,48$ años y la edad media al diagnóstico fue de $50,26 \pm 17,91$ años. Respecto a las características clínicas el 95,1% presentaban fenómeno de Raynaud y 30 (36,6%) tuvieron úlceras digitales en alguna ocasión. El 82,7% y 51,3% tenían esclerodactilia y fibrosis cutánea (mRSS de $11,04 \pm 10,61$). Un 48,1% tenían microstomía, 58,2% telangiectasias y el 50% alteraciones de pigmentación. Calcinosis se observó en 14 casos (20,6%). Respecto al resto de afectaciones un 64% mostró alteraciones esofágicas, 38 afectación pulmonar (31 afectación intersticial y 12 hipertensión pulmo-

Tabla Resumen 342

	Total de la muestra (n = 85)	Esclerosis sistémica difusa (n = 24)	Esclerosis sistémica limitada (n = 54)
Edad 1r síntoma (años)	44,51 ± 18,45	42,04 ± 17,04	47,79 ± 19,06
Edad al diagnóstico (años)	50,26 ± 17,92	45,09 ± 16,4	55,63 ± 17,19
Presencia de Fenómeno de Raynaud	78 (95,1%)	23 (95,8%)	47 (95,9%)
Úlceras digitales	30 (36,6%)	10 (41,7%)	19 (38,8%)
Esclerodactilia	67 (82,7%)	22 (95,7%)	42 (85,7%)
modified Rodnan Skin Score (mRSS)	11,04 ± 10,61	18,86 ± 14,41	9,42 ± 6,33
Afectación vascular grave (úlceras digitales, hipertensión pulmonar o crisis renales)	51 (61,4%)	20 (83,3%)	30 (60%)
PAPs (mmHg)	38,02 ± 15,23	31 ± 5,78	41,88 ± 16,66
Afectación esofágica	51 (64,6%)	21 (87,5%)	28 (60,9%)
Afectación pulmonar	38 (45,2%)	15 (62,5%)	22 (44%)
Fibrosis pulmonar	31 (36,9%)	13 (54,2%)	17 (34%)
Hipertensión pulmonar (PAPs>45 mmHg)	12 (14,3%)	0	12 (24%)
Artritis	14 (17,1%)	5 (20,8%)	7 (14,3%)
Neuropatía	12 (14,5%)	4 (16,7%)	7 (14%)
Cirrosis biliar primaria	6 (7,2%)	1 (4,2%)	5 (10%)
Crisis renales	5 (6,1%)	3 (12,5%)	1 (2%)
Corticoides	42 (52,5%)	16 (66,67%)	22 (45,8%)
D- Penicilamina	30 (37,5%)	15 (62,5%)	13 (27,1%)
Metotrexato	12 (15%)	6 (25%)	5 (10,4%)
Ciclofosfamida	7 (8,8%)	5(20,8%)	2 (4,2%)
Micofenolato	6 (7,5%)	5 (20,8%)	1 (2,1%)
Calcioantagonistas	62 (77,5%)	22 (91,7%)	35 (72,9%)
Prostaglandinas ev	11 (13,8%)	4 (16,7%)	6 (12,5%)
Bosentán	11 (13,8%)	4 (16,7%)	6 (12,5%)
Sildenafil	6 (7,5%)	3 (12,5%)	2 (4,2%)
ANA >1/80	80 (96,4%)	20 (90,9%)	50 (100%)
Anticentrómero	36 (48,6%)	2 (9,1%)	29 (69%)
Anti Scl70	22 (26,2%)	15 (62,5%)	6 (12,2%)
Antifosfolipídicos	7 (29,2%)	2 (28,6%)	3 (25%)
Patrón esclerodermiforme en fase activa	19 (23,2%)	12 (52,2%)	9 (18,8%)
Dilatación capilar	67 (93,1%)	20 (90,9%)	40 (93%)

nar). Se identificaron 5 crisis renales. Al analizar la presencia de complicaciones vasculares graves (úlceras digitales, HTP o crisis renal) el 61,4% de los pacientes había presentado alguna. Artritis se objetivó en 14 pacientes, siendo predominante en aquellos que la ES estaba superpuesta a otras conectivopatías. Solamente 12 pacientes (14,5%) presentaron afectación neurológica, predominando los síndromes de atrapamiento periféricos. Se documentaron 6/83 casos de cirrosis biliar primaria. Respecto a los tratamientos realizados, un 52,5% tomó corticoides en alguna ocasión. Los inmunosupresores más utilizados fueron: D-Penicilamina (37,5%), metotrexate (15%), ciclofosfamida (8,8%), azatioprina (8,8%) y micofenolato (7,5%). Los calcioantagonistas se usaron en el 77,5% de pacientes. Un 13,8% de los pacientes necesitaron terapia con análogos de las prostaciclina, un 13,8% bosentán y el 7,5% sildenafil. El Factor reumatoide fue positivo en el 29,8% de casos. El resto de inmunología evidenció ANA > 1/80 en 80/83 pacientes, siendo el patrón más frecuente en anticentrómero (48,6%) seguido del espiculado (30,4%) y scl70 (26,2%). Los ac-antifosfolipídicos fueron positivos en el 29,2%. En la capilaroscopia periungueal el patrón específico más repetido fue el activo (23,2%) y la anomalía capilar la dilatación (93,1%) seguida de la pérdida de densidad (75%). En la TC de alta resolución la fibrosis establecida predominó sobre la alveolitis (31,1 vs 16,4%). Los datos por subgrupos (ESD y ESL) se muestran en la tabla.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes presentaron algún tipo de complicación vascular grave. La afectación clínica más frecuente fue la esofágica seguida de la pulmonar. Los anticuerpos anticentrómero fueron el anticuerpo más típico. Por capilaroscopia periungueal la mayoría de pacientes presentaba un patrón activo. La D-penicilamina fue el tratamiento inmunosupresor más usado. Respecto las características en subgrupos, los pacientes con ESD presentan un menor retraso diagnóstico desde el primer síntoma, igual incidencia de complicaciones vasculares graves que la forma limitada, pero presentan un porcentaje mayor de afectación intersticial pulmonar. Las cifras de PAPs fueron mayores en la ESL.

343. DIFERENCIAS ENTRE HOMBRES Y MUJERES EN LA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE PRECOZ DE LA COMUNIDAD VALENCIANA (COAR-SVR)

A. Martínez-Cristóbal¹, P. Trénor¹, J. Rosas², C. Fernández-Carballido³, X. Barber⁴, F. Sivera⁵, G. Santos², R. Noguera⁶, G. Panadero⁷, V. Jovaní³, E. Beltrán⁸, A. Rueda⁹, A. Carro¹⁰, R. Hortal¹¹ y el grupo de estudio CoAR-SVR

⁴Centro de Investigación Operativa, Universidad Miguel Hernández, Elche y Secciones de Reumatología, Hospital ¹La Ribera, Alzira, ²Villajoyosa, ³Elda, ⁵General de Alicante, ⁶Elche, ⁷San Juan, ⁸Dr. Peset de Valencia, ⁹General de Valencia, ¹⁰Villarreal, ¹¹Gandía.

Objetivos: Conocer las características de la artritis reumatoide (AR) en los hombres (H) y mujeres (M) que conforman la cohorte inicial de pacientes con AR precoz de la Comunidad Valenciana (CoAR-SVR).

Métodos: Estudio transversal de la CoAR-SVR, actualmente con 295 pacientes diagnosticados de AR según criterios ACR, desde enero de 2006 hasta diciembre de 2008. Tras consentimiento informado se recogen datos en función del sexo, por edad, nacionalidad, factores de riesgo cardiovascular, hábitos tóxicos, enfermedades concomitantes, autoanticuerpos, forma de debut, tiempo de evolución de la enfermedad, actividad (DAS28-VSG/PCR), erosiones radiológicas, tratamientos, y cuestionarios de calidad de vida (EuroQuol), productividad laboral (WAI-PAI) y capacidad funcional (HAQ). Se aplica el método estadístico Chi-cuadrado, Z-test y ANOVA, según variables, para la comparación de datos entre M y H.

Resultados: De los 295 pacientes de la CoAR-SVR, el 68% eran M. Se agrupan en 3 rangos de edad al diagnóstico: < 45 años, 45-65 años y > 65 años. Se ha detectado significación estadística en: la edad al inicio de los síntomas (M: 51 + 15 años; mediana: 49 años. H: 58 + 15 años; mediana: 59,5 años. p < 0,002), en el grupo de pacientes < 65 años (71%/M vs 54%/H. p = 0,012), en el predominio de factores de riesgo cardiovascular en varones (HTA: 25% vs 39%, DM: 7% vs 9%, hábito tabáquico: 16% vs 30%), la ingesta de alcohol (3% vs 17%), la

Tabla Resumen 343

	< 45 años N (%) Media + DE (mediana)	45-65 años N (%) Media + DE (mediana)	> 65 años N (%) Media + DE (mediana)
Mujeres	51 (25%) 36 + 5,41 (37)	93 (46%) 54 + 5,91 (54)	57 (28%) 75 + 5,2 (75)
Hombres	15 (19%) 36,5 + 6,78 (38)	28 (35%) 55 + 6,11 (56,5)	38 (47%) 74 + 5,3 (73)

EPOC (3% vs 16%), y en la percepción del estado de salud y el grado de dolor/malestar (EuroQuol), mayor en H (moderado: 61% vs 33%; sin dolor: 26% vs 41%. $p = 0,037$).

No hubo diferencias significativas entre M y H respecto al tiempo de evolución hasta el diagnóstico (26 vs 20 meses), forma de debut, nacionalidad (españoles: 81% vs 83%), presencia de FR (64% en ambos grupos) o de anti-PCC (58% vs 53%), DAS28-VSG/PCR medio basal (VSG: 4,9 en ambos grupos; PCR: 4,3 vs 4,1), detección de erosiones radiológicas (27% vs 34%), inicio de tratamiento con FAME (en el primer mes en ambos grupos) o con fármacos biológicos (10,4 + 8 vs 6,5 + 9,4 meses).

Conclusiones: 1. El debut de la enfermedad es más precoz en M que en H. 2. Los índices de actividad de la enfermedad basal y la percepción del dolor/malestar y del estado de salud son peores en M. 3. Sin embargo, el tiempo de evolución hasta el diagnóstico, y hasta el inicio de FAME y/o terapia biológica es menor en H. 4. Los H presentan más factores de riesgo cardiovascular, ingesta de alcohol y EPOC. Sin embargo, estos factores no parecen asociarse a una enfermedad más precoz o más grave.

344. INFLUENCIA DE LA ENTESITIS-UEVÉITIS EN LA EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

M.J. Pozuelo López, P. Font Ugalde, E. Muñoz Gomariz y E. Collantes Estévez

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Objetivo: Determinar si la presencia de uveítis y/o entesitis durante el curso de la enfermedad de los pacientes con espondilitis anquilosante (EA) empeora su evolución.

Diseño y sujetos: Se realiza un estudio observacional transversal con 913 pacientes diagnosticados de EA, los cuales 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 2000 pacientes de 31 hospitales de toda España) y son clasificados en 4 grupos: 1) Sin entesitis/sin uveítis, 2) Sin entesitis/con uveítis, 3) Con entesitis/sin uveítis, 4) Con entesitis/con uveítis. Todos los participantes son mayores de 18 años con al menos 10 años de evolución de la enfermedad. Análisis estadístico: se realiza un análisis descriptivo donde se exponen las características de los participantes y un análisis bivalente (análisis de varianza simple) con el que se contrastan las medias poblacionales en las variables: BASDAI, BASFI, BASRI, EVA, Expansión torácica, Schober, DS, OP y VSG en los pacientes con EA con y sin uveítis/entesitis en los 4 grupos de pacientes. Todos los contrastes son bilaterales y se consideraron significativos si $p < 0,05$.

Resultados: El 76,6% de la muestra son hombres, con una edad media de 51,21 (11,6) años y un tiempo de evolución desde el inicio de los síntomas de 25,65 (11,4) años. En las variables analizadas, se encuentran diferencias significativas en BASDAI ($p = 0,021$) y en EVA global del paciente ($p = 0,029$). Entre los pacientes que no han tenido uveítis durante el curso de su enfermedad, los que presentaron entesopatía tienen un mayor índice de BASDAI y de EVA global del paciente, lo cual va a favor de una peor evolución de su enfermedad, no hay diferencias en el resto de las variables estudiadas.

Conclusión: La presencia de entesopatía durante el curso de la enfermedad de un paciente con EA empeora su evolución, en cambio, esto no ocurre con la presencia de uveítis.

345. EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON METOTREXATO CADA 2 SEMANAS PARA EL MANTENIMIENTO DE LA REMISIÓN EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

J. Narváez, E. Sirvent, D. Reina, C. Gómez Vaquero, A. Rozadilla y J.M. Nolla

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona.

Introducción: El metotrexato (MTX) es considerado el fármaco de primera elección para el tratamiento de la artritis reumatoide (AR) grave por la mayoría de los reumatólogos. Al menos 2 metaanálisis han demostrado que el MTX tiene el mejor balance eficacia/toxicidad de todos los FAME y, en un porcentaje elevado de los pacientes, se consigue la remisión de la enfermedad con MTX en monoterapia. Una de las cuestiones aún por aclarar en el manejo de los enfermos con AR, es qué hacer con el fármaco una vez hemos conseguido una remisión completa y persistente. Puesto que no es una terapia inocua, se intenta en primer lugar reducir la dosis, si bien no existe una pauta de descenso unánimemente consensuada. En aquellos pacientes en los que ha sido posible reducir la dosis sin recaídas, el siguiente paso puede ser intentar su retirada o espaciar su administración. La retirada del tratamiento no parece ser una alternativa viable, pues los estudios que han analizado esta cuestión demuestran que casi todos los pacientes empeoran pocas semanas después de suspender del fármaco. Espaciar la dosis de MTX a cada dos semanas parece ser una opción más prometedora, si bien la experiencia hasta la fecha con este régimen posológico ha ofrecido resultados contradictorios.

Objetivo: Evaluar si en los pacientes con AR en remisión prolongada con MTX semanal se puede espaciar la dosis del fármaco a cada 2 semanas.

Material y métodos: Estudio prospectivo en el que se incluyeron 18 pacientes con AR en remisión clínica (definida por un DAS28 = 2,6) con MTX semanal durante un mínimo de 6 meses. Todos los pacientes incluidos en el estudio procedían de la consulta monográfica de AR de inicio de nuestro servicio. Previamente al cambio de régimen posológico, se redujo la dosis de MTX a 15 mg en aquellos pacientes que tomaban dosis más altas y se intentó la retirada de los glucocorticoides (lo que se consiguió en todos los casos, excepto en 2). Posteriormente, se espació el MTX semanal a cada 2 semanas, manteniéndose la misma dosis del fármaco. El seguimiento clínico fue de 1 año con evaluaciones por el mismo reumatólogo al inicio del estudio y, posteriormente, cada 3 meses. La evaluación incluyó el índice DAS-28, evaluación global de la enfermedad realizada por el paciente, evaluación de la discapacidad funcional mediante el Modified Health Assessment Questionnaire (MHAQ), valor de los reactantes de fase aguda (VSG y PCR) y efectos adversos del tratamiento.

Resultados: En todos los pacientes incluidos la duración de la AR era inferior a los 4 años y se había conseguido la remisión con MTX en monoterapia. Dieciséis (89%) de los 18 enfermos completaron el año de seguimiento sin presentar recaídas. En este grupo no se observaron diferencias significativas en los parámetros clínicos y de laboratorio evaluados en los controles periódicos; tampoco hubo cambios en los requerimientos de analgésicos o AINE y todos persistieron en remisión clínica. Los dos pacientes que recayeron, lo hicieron en los primeros 2 meses tras espaciar la dosis de MTX. En ambos casos la enfermedad volvió a entrar rápidamente en remisión al reintroducir el MTX en régimen semanal. Ninguno de los enfermos presentó efectos adversos del tratamiento.

Conclusión: La administración bisemanal de MTX parece ser una alternativa terapéutica válida para mantener la remisión clínica al me-

nos en un subgrupo específico de pacientes con AR (pacientes con enfermedad de corta duración, tratados precozmente con MTX y que alcanzan una remisión persistente).

346. CARACTERÍSTICAS SEGÚN LA NACIONALIDAD DE LA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE PRECOZ DE LA COMUNIDAD VALENCIANA (COAR-SVR)

A. Carro¹, A. Lozano¹, J. Rosas², G. Santos², C. Fernández-Carballido³, X Barber⁴, A. Martínez-Cristóbal⁵, R. Martín², J.A. González-Ferrández⁶, S. Muñoz⁷, F. Sivera⁸, P. Bernabeu⁹, J. Calvo¹⁰, R Hortal¹¹ y el grupo de estudio CoAR-SVR

⁴Centro de Investigación Operativa, Universidad Miguel Hernández, Elche y Secciones de Reumatología, Hospitales de ¹Villarreal,

²Villajoyosa, ³Elda, ⁵Alzira, ⁶Elche, ⁷Dr. Peset de Valencia, ⁸General de Alicante, ⁹San Juan, ¹⁰General de Valencia, ¹¹Gandía.

Objetivo: Evaluar si existen diferencias entre los pacientes españoles y pacientes procedentes del resto de países europeos incluidos en la cohorte inicial de pacientes diagnosticados de artritis reumatoide (AR) precoz de la Comunidad Valenciana (CoAR-SVR).

Material y método: Estudio transversal de la CoAR-SVR de pacientes diagnosticados de AR según criterios ACR, desde enero de 2006 hasta diciembre de 2008, en seguimiento en 12 unidades de Reumatología de la Comunidad Valenciana. Tras consentimiento informado, se recogen características epidemiológicas (edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular, nacionalidad), autoanticuerpos (FR, anti-PCC, ANA), manifestaciones extrarticulares, actividad de la enfermedad (DAS-VSG y DAS28-PCR), presencia de erosiones radiológicas en manos/pies, tiempo de evolución de la enfermedad, tratamientos recibidos, complicaciones y cuestionarios de calidad de vida (EuroQol), productividad laboral (WAI-PAI) y de capacidad funcional (HAQ). Se aplica el método estadístico Chi-cuadrado, Z-test y ANOVA, según variables, para la comparación de datos.

Resultados: De los 282 pacientes de la CoAR-SVR, en los que se conoce su nacionalidad, el 81% eran españoles, el 15% europeos no españoles (el 50% de ellos de origen británico), el 3% de origen latinoamericano y el 1% restante norteafricanos. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre españoles y europeos no españoles en la ingesta habitual de alcohol (5% vs 16%, $p = 0,018$), presencia de FR (60% vs 80%, $p = 0,015$) y en la presencia de erosiones radiológicas (25% vs 54%, $p = 0,002$), especialmente en manos (19% vs 44%, $p = 0,002$). Respecto al tratamiento durante el tiempo de seguimiento, el 8% de pacientes españoles seguían terapia biológica frente al 14% de los pacientes europeos no españoles.

Conclusiones: En la CoAR-SVR los pacientes europeos-no españoles presentaron al diagnóstico de AR, mayor frecuencia de ingesta habitual de alcohol, positividad de FR, así como mayor porcentaje de pacientes con erosiones en manos, lo que sugiere una forma de AR más agresiva.

347. ESTUDIO COMPARATIVO DE LA PREVALENCIA DE LA MASA ÓSEA BAJA EN UNA COHORTE DE PACIENTES DE ARTRITIS REUMATOIDE CON OTRA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA

Y. Grandal, M. Mendoza¹, J.J. Salaberri, J.J. Pérez Venegas, M. Páez Camino, J.L. de la Iglesia y M.M. Ruiz

Servicio de Reumatología, ¹Medicina Interna. Hospital de Jerez.

Introducción: La artritis reumatoide y la artritis psoriásica son enfermedades inflamatorias articulares que pueden provocar una pérdida de masa ósea.

Objetivo: Comparar la prevalencia de la masa ósea baja en una cohorte de pacientes con artritis reumatoide con otra con artritis psoriásica.

Material y método: Estudio transversal. Todos los pacientes con artritis reumatoide, son diagnosticados según los criterios diagnósticos de ACR de 1987. Todos los pacientes con artropatía psoriásica, son diagnosticados, según los criterios diagnósticos de Moll y Wright, además todos son FR negativo. Se excluyeron los que presentaban una afectación axial de la enfermedad. Todos proporcionaron su consentimiento para participar en el estudio. La masa ósea fue medida por DXA en la columna lumbar (L2-L4) y en el cuello femoral, la evaluación se realizó de acuerdo a las guías recomendadas por la OMS para el T score, ajustado por el sexo y la edad. La osteopenia fue definida por un T score de < -1 y la osteoporosis fue definida por un T score de $< -2,5$. Se realizó un análisis descriptivo de las variables estudiadas. Se utilizó el test de Mann-Whitney para las variables numéricas y el test de chi-cuadrado o el test exacto de Fisher para las variables cualitativas.

Resultados: 71 pacientes fueron evaluados en ambas cohortes. Todos los pacientes tomaban un aporte adecuado de calcio y vitD. Los pacientes en tratamiento con corticoides tomaban también bifosfonatos, según el consenso de las Guías de Práctica Clínica de la SEIO-MM, para la prevención de la osteoporosis corticoidea. En conjunto, en ambas cohortes los pacientes presentaban mayor prevalencia de osteopenia/osteoporosis que en la población general. Se encontraron diferencias en relación al sexo, siendo la mayor prevalencia en mujeres. En la cohorte de Artropatía Psoriásica fue menor la prevalencia de osteoporosis y osteoporosis establecida que en la cohorte de Artritis Reumatoide.

Conclusión: Existe mayor prevalencia de osteoporosis densitométrica y osteoporosis establecida en la cohorte de Artritis Reumatoide que en la cohorte de Artropatía Psoriásica. El aporte adecuado de calcio y vitD desde el diagnóstico de la enfermedad y la utilización de los bifosfonatos en la prevención de otras causas de osteoporosis (la osteoporosis corticoidea), lo consideramos muy importante en el manejo clínico de estos pacientes.

348. PREVALENCIA DE LA DENSIDAD ÓSEA BAJA EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA

Y. Grandal, M. Mendoza¹, J.J. Salaberri, J.J. Pérez Venegas, M. Páez Camino, J.L. de la Iglesia y M.M. Ruiz

Servicio de Reumatología, ¹Medicina Interna. Hospital de Jerez.

Introducción: La osteoporosis puede ser primaria o secundaria a diversos procesos como las enfermedades inflamatorias articulares. La artropatía psoriásica, es una enfermedad inflamatoria articular que provoca a nivel articular erosiones y proliferación ósea, habiéndose sugerido que este proceso puede provocar una pérdida de masa ósea.

Objetivo: Evaluar el estado de la masa ósea en paciente con artritis psoriásica.

Material y método: Estudio transversal en una cohorte de pacientes con artritis psoriásica. Todos los pacientes son diagnosticados de artropatía psoriásica, según los criterios diagnósticos de Moll y Wright, además todos son FR negativo. Todos proporcionaron su consentimiento para participar en el estudio. Se excluyeron los que presentaban una afectación axial de la enfermedad. La masa ósea fue medida por DXA en la columna lumbar (L2-L4) y en el cuello femoral, la evaluación se realizó de acuerdo a las guías recomendadas por la OMS para el T score, ajustado por el sexo y la edad. La osteopenia fue definida por un T score de < -1 y la osteoporosis fue definida por un T score de $< -2,5$. Se realizó un análisis descriptivo de las variables estudiadas.

Resultados: 32 pacientes fueron evaluados, 17 mujeres y 15 hombres. La edad media fue 49 años, 51,08 años en los hombres y 47 en las mujeres. El tiempo medio de evolución de la enfermedad fue de 5 años. Todos los pacientes tomaban un aporte adecuado de calcio y vitD. Los pacientes en tratamiento con corticoides tomaban también bifosfonatos, según el consenso de las Guías de Práctica Clínica de la SEIOMM, para la prevención de la osteoporosis corticoidea. En conjunto el 15,6% de los pacientes presentaban osteopenia/osteoporosis. Se encontraron diferencias en relación al sexo, siendo la mayor prevalencia en mujeres.

Conclusión: Existe mayor prevalencia de osteopenia/osteoporosis densitométrica en los pacientes de nuestra cohorte con artritis psoriásica (principalmente en las mujeres) que en la población general. El aporte adecuado de calcio y vitD desde el diagnóstico de la enfermedad y la utilización de los bifosfonatos en la prevención de otras causas de osteoporosis (osteoporosis corticoidea), lo consideramos muy importante en el manejo clínico de estos pacientes.

349. PREVALENCIA DE COLONIZACIÓN POR PNEUMOCYSTIS JIROVECI EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB

I. Martín-Garrido, G. Wissmann, J. Povedano, R. Morilla, V. Friaza, R. Terán, N. Respaldiza, C. de la Horra, E. Calderón y J.M. Varela

Servicio de Reumatología. Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. CIBER de Epidemiología y Salud Pública.

Introducción: Infliximab es un anticuerpo monoclonal frente al factor de necrosis tumoral alfa (TNF α) indicado para el tratamiento de pacientes con artritis reumatoide (AR) cuando la actividad de la enfermedad no se controla con fármacos antirreumáticos modificadores de enfermedad (FARNE). Sin embargo, el uso de este anticuerpo se ha asociado a la aparición de infecciones oportunistas, entre ellas, la neumonía por *Pneumocystis* (PcP) presenta una incidencia de 0,4% en pacientes con AR tratados con infliximab.

Objetivo: Evaluar la presencia de colonización por *P. jirovecii* en pacientes con AR en tratamiento con infliximab.

Métodos: Se incluyeron en el estudio 31 pacientes con AR tratados con infliximab de forma consecutiva en el servicio de reumatología. Se recogieron muestras de lavado orofaríngeo (LOF) de estos pacientes para la detección de DNA de *P. jirovecii* mediante la digestión con proteínasa K a 56 °C usando QIAamp DNA Mini Kit (Qiagen, Hilden, Germany). La identificación de la colonización por *P. jirovecii* se llevó a cabo mediante el análisis en los LOF del gen que codifica la subunidad larga mitocondrial rRNA (mtLSU-rRNA), con los primers pAZ102-X y pAZ102-Y con PCR en tiempo real usando LightCycler 1.5 (Roche Molecular Biochemicals, Mannheim, Alemania).

Resultados: *P. jirovecii* fue detectado mediante PCR en tiempo real en el LOF de 11 (35,4%) de los 31 pacientes con AR, en ausencia de síntomas respiratorios o signos radiológicos sugerentes de PcP.

Conclusiones: Este estudio muestra que existe una alta prevalencia de colonización por *P. jirovecii* en pacientes con AR tratados con infliximab. Debido a que los pacientes colonizados pueden tener un riesgo mayor de desarrollar una PcP, el uso de técnicas moleculares para la detección de este patógeno en muestras de LOF puede ser útil para detectar aquellos pacientes que estén en riesgo. Estos podrían beneficiarse de un seguimiento más estrecho y terapias preventivas como la quimioprofilaxis.

350. PAPEL DE LA VIDEOCAPILAROSCOPIA PERIUNGUEAL EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA Y AFECCIÓN PULMONAR

I. Castellví^{1,2}, J. Narváez¹, P. Santo¹, M.M. Bianchi¹, D. de la Fuente¹, V. Ríos¹, P. Moya², J. Valverde¹, C. Geli², C. Díaz-López² y J.M. Nolla¹

¹Servei de Reumatologia. Hospital Universitari de Bellvitge-IDIBELL. Hospitalet de Llobregat. ²Unitat de Reumatologia. Servei de Medicina Interna. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Objetivo: Investigar si existe asociación entre la presencia de hipertensión pulmonar (HTP), afectación intersticial pulmonar (FP) o ambas, y diferentes alteraciones morfológicas en la capilaroscopia periungueal (CP) en pacientes con esclerosis sistémica.

Material y métodos: Estudio retrospectivo (1980-2008) de 85 pacientes afectados de esclerosis sistémica (ES) controlados en el servicio de reumatología de un hospital universitario. Del total de la muestra se identificaron aquellos con afectación pulmonar demostrada y se investigó si existían diferencias significativas en diferentes alteraciones capilaroscópicas comparándolos con el grupo de enfermos sin esta complicación. Los hallazgos capilaroscópicos analizados fueron la presencia o no de dilatación capilar (> 20 μ m y < 50 μ m), megacapilares (> 50 μ m), pérdida de densidad capilar (< 7 capilares/mm), tortuosidades, angiogénesis, desestructuración capilar y hemorragias capilares. Para la comparación entre grupos de variables cualitativas se utilizó la prueba de Chi-cuadrado o el test exacto de Fisher cuando fue necesario. El nivel de significación estadística se estableció para valores de P iguales o inferiores a 0,05.

Resultados: De los 85 pacientes incluidos en el estudio, 38 (45,2%) presentaron algún tipo de afectación pulmonar: FP en 31 (37%) pacientes e HTP en 12 (14,3%) casos (todos ellos con una forma limitada de la enfermedad). Los resultados del estudio comparativo entre grupos se recogen en la tabla.

Aunque algunos de los hallazgos fueron más frecuentes en el grupo con afectación pulmonar (megacapilares y tortuosidades), no observamos diferencias significativas en ninguna de las alteraciones capilaroscópicas evaluadas, si bien la presencia de tortuosidades estuvo cerca de alcanzar la significación estadística (p = 0,07).

Conclusiones: En nuestro estudio no hemos encontrado ninguna alteración capilaroscópica que se asocie con la presencia de afectación pulmonar. De acuerdo con nuestros datos, no parece que la CP sea de utilidad para predecir el desarrollo de esta complicación.

Tabla Resumen 350

	Afectación pulmonar	Sin afectación pulmonar	p	Fibrosis pulmonar	Sin fibrosis pulmonar	p	HTP	sin HTP	p
Dilatación capilar	28/30 (93,33%)	25/42 (92,85%)	ns	22/24 (91,66%)	45/48 (93,75%)	ns	7/7 (100%)	60/65 (92,3%)	ns
Megacapilares	21/30 (70%)	25/42 (59,52%)	ns	15/24 (62,5%)	31/48 (64,58%)	ns	6/7 (85,71%)	40/65 (61,53%)	ns
Pérdida de densidad capilar	23/31 (74,19%)	31/41 (75,6%)	ns	18/24 (75%)	36/48 (75%)	ns	7/8 (87,5%)	47/64 (73,43%)	ns
Tortuosidades	27/30 (90%)	3/30 (10%)	,07	20/23 (86,95%)	37/48 (77,08)	ns	8/8 (100%)	49/63 (77,77%)	ns
Angiogénesis	13/29 (44,82%)	20/37 (54,05%)	ns	10/23 (43,47%)	23/43 (53,48%)	ns	4/7 (57,14%)	29/59 (49,15%)	ns
Desestructuración	2/13 (15,38%)	6/13 (46,15%)	,1	2/10 (20%)	6/16 (37,5%)	ns	0/3 (0%)	8/23 (34,78%)	ns
Hemorragias periungueales	10/17 (58,82%)	12/20 (60%)	ns	7/13 (53,84%)	15/24 (62,5%)	ns	3/5 (60%)	19/32 (59,37%)	ns

351. PATERNIDAD EN PACIENTES TRATADOS CON FÁRMACOS ANTI-TNF α

M. Barceló, A. Sellas, S. Farietta, B. Rodríguez-Díez, Y. León Hernández-Rico y P. Barceló

Unitat de Reumatologia. Hopsital Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción: La experiencia con los fármacos anti-TNF α es limitada para determinar su seguridad en la reproducción. No se dispone de datos suficientes para determinar si los fármacos anti-TNF α pueden influir en la reproducción del varón ya sobre la fertilidad ya expresando una capacidad teratogénica.

Objetivo: Describir los pacientes que concibieron durante el tratamiento con fármacos anti-TNF α y valorar la evolución de dichos embarazos y si ha existido alguna repercusión su descendencia.

Material y métodos: Se revisaron aquellos pacientes en tratamiento con fármacos anti-TNF α que fueron padres durante el período de tratamiento. Se recogió: la enfermedad reumática por la que recibían tratamiento, el tiempo de evolución de la enfermedad, tipo y dosis de fármaco anti-TNF α y fármacos concomitantes y el número de infusiones realizadas hasta el momento de la concepción del bebé. En cuanto a los nacimientos, se recogieron: las semanas de gestación, el resultado del test Apgar, peso y talla y las posibles incidencias durante el embarazo o el parto.

Resultados: Hemos recogido 6 pacientes que estando en tratamiento con fármacos anti-TNF α en nuestro centro, han sido padres. Las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes, así como los datos referentes al número de infusiones/aplicaciones de fármaco realizadas previamente a la concepción y las características de los nacimientos se muestran en la tabla.

Conclusiones: Los 6 hijos nacidos vivos de padres en tratamiento con fármacos anti-TNF α y todos excepto uno en tratamiento combinado con metotrexato, no han presentado retraso de crecimiento, bajo peso al nacer ni otras alteraciones neonatales. No se han observado diferencias en la evolución de los embarazos ni en la presencia de alteraciones en los hijos de pacientes en tratamiento con infliximab respecto al hijo del paciente en tratamiento con adalimumab. Todos los pacientes en tratamiento con infliximab habían realizado un número similar de infusiones en el momento de la concepción, aun así, no se han observado diferencias en el desarrollo del embarazo ni en los hijos de los pacientes con más infusiones respecto al que había realizado un número menor.

352. DISPLASIA METAFISARIA DE PYLE. A PROPÓSITO DE UN CASO

E. Campoy, E. Sirvent, L. Sánchez y Ll. Mateo¹

Unidad de Reumatología. ¹Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica. Hospital de Sant Pere de Ribes. Consorci Sanitari del Garraf. Sant Pere de Ribes. Barcelona.

La displasia de Pyle (o metafisaria) es una enfermedad esquelética congénita rara que cursa con aumento de la densidad ósea. Tiene un patrón de transmisión recesivo o dominante. Se manifiesta a una edad variable, con signos y síntomas clínicos como dolor articular, debilidad musculoesquelética, escoliosis, genu valgo, malaoclusión dental, y fragilidad ósea que se traduce en fracturas. Las alteraciones radiográficas incluyen expansión marcada de los segmentos metafisarios de los huesos tubulares, con aspecto de matraz de Erlenmeyer, especialmente en las porciones distales de la tibia y el peroné. La columna puede mostrar platispondilia o vértebras bicóncavas. Los huesos de la pelvis, las porciones mediales de las clavículas y los extremos esternales de las costillas están expandidos. A continuación presentamos un paciente con displasia de Pyle que consultó por poliartralgias de grandes articulaciones y raquialgia de predominio cervical.

Caso clínico: Paciente varón de 55 años, con antecedentes de fracturas múltiples en la juventud y edad adulta (antebrazo I, tibia y peroné D, pelvis y rodillas); última fractura 3 años atrás de rótula D que requirió tratamiento quirúrgico. Su hermano también había sufrido fracturas y en otro hospital le comentaron tenía una enfermedad ósea. Consultó por poliartralgias de grandes articulaciones con compromiso de caderas, rodillas, pies, lumbalgia mecánica y cervicobraquialgia intermitente de larga evolución. A la exploración presentaba genu valgo bilateral con semiología de condropatía y dolor a la presión de múltiples puntos musculares. Las maniobras radicales eran normales. En la analítica presentaba fósforo 0,81 mmol/l (0,85-1,15), calcio 2,2 mmol/l, proteinograma normal, fosfatasas alcalinas de 43,8 UI/L (49,8-135,6), PTH 35 pg/mL (15-68), calcidiol 29 ng/mL (12-54), calcitriol 14 ng/mL (16-56). Radiografías de rodillas: expansión metafisaria con aspecto de matraz de Erlenmeyer y osteopenia radiográfica. Radiografía de columna lumbar: vértebras bicóncavas y osteopénicas. Radiografía de columna cervical: signos de cervicoartrosis. Densitometría ósea: cuello femoral 0,889 gm/cm² con T-score de -0,8, Z-score de -0,6, fémur total: 1,138 gm/cm² con T-score de 1,1

Tabla Resumen 351

Paciente	Edad (años)	Diagnóstico	Tiempo de evolución de la enfermedad	Tratamiento	N.º de infusiones/aplicaciones pre-concepción	Semanas de gestación	APGAR	Talla (cm)	Peso (g)	Incidencias
1	30	Espondilitis anquilosante	7	Infliximab 5 mg/Kg	10	37	9-10	50	3440	Incompatibilidad ABO
2	30	Artritis reumatoide	3	Infliximab 3 mg/Kg + Metotrexato 25 mg/sem	9	40	9-10	50	3620	-
3	36	Artritis psoriásica	12	Infliximab 5 mg/Kg + Metotrexato 15 mg/sem	6	38	9-10	48	2730	Cesárea por NST patológico
4	50	Artritis psoriásica	24	Infliximab 5 mg/Kg + Metotrexato 17,5 mg/sem	9	37	9-10	46	2380	Bajo peso y anemia por transfusión feto-materna
5	48	Artritis psoriásica	5	Adalimumab 40 mg/15 días + Metotrexato 7,5 mg/sem	30	38	ND	54	3100	-
6	31	Artritis psoriásica	4	Infliximab 5 mg/Kg + Metotrexato 7,5 mg/sem	9	37	9-10	48	2900	-
7	28	Espondilitis anquilosante	15	Adalimumab 40 mg/15 días + Metotrexato 15 mg/sem	16	38	ND	ND	ND	Muerte perinatal por anoxia por vuelta de cordón

Z-score de 1,1, L1-L4 1,140 gm/cm² con T-score de -0,3, Z-score de -0,1. Se inició tratamiento sintomático con analgesia simple y relajantes musculares que resultaron parcialmente efectivos para el control de los síntomas. Ante la persistencia de la clínica cervical se solicitó Resonancia magnética de columna cervical que mostró la existencia de una hernia discal cervical C5-C6 sin compromiso radicular. Se inició terapia rehabilitadora y cinesiterapia de raquis con mejoría progresiva de los síntomas cervicales. Creemos interesante presentar el caso por la iconografía que aporta y por la excepcionalidad del mismo.

353. EXERCISE PROGRAM FOR PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS: EFFECTS ON SYMPTOMS, DISEASE ACTIVITY, FUNCTION, QUALITY OF LIFE, AEROBIC CAPACITY, MUSCLE STRENGTH AND PSYCHOLOGICAL HEALTH

C. Miguel¹, M. Sousa¹, D. Medeiros¹, C. Tavares², P. Aleixo², T. Santos², A. Canudo², C. André², P. Clemente-Coelho¹ y A. Palmeira²

¹Reumatología, Instituto Português de Reumatologia, Lisboa, Portugal, ²Centro de Estudos em Exercício e Saúde, Faculdade de Educação Física e Desporto, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, Portugal.

Objectives: To determine the effects of an exercise program on symptoms, disease activity, function, quality of life, aerobic fitness, metabolic profile and psychological outcomes in rheumatoid arthritis (RA) patients.

Methods: Prospective study of 8 physically inactive patients with relatively stable rheumatoid arthritis (RA) submitted to a 3 times/week supervised exercise program for 3 months. Patients were on stable medication for at least 3 months. Each session took 50-60 minutes and included moderate aerobic and strengthening exercises. Laboratory data on inflammatory parameters and metabolic profile were collected on the beginning and at the end of the study.

Results: Seven of the 8 participants were female, with a mean age of 59 (46-71) years and mean disease duration of 16 (3-30) years. All were treated with methotrexate (mean dose 17.5mg/week). Three patients had erosive disease and all were grade I or II of Steinbrocker's functional status scale. No differences were found between mean DAS 28 at the beginning (DAS28^{OM}) 2.36 (\pm 0,52) and at the end of the 3 months (DAS28^{3M}) 2.52 (\pm 0,57); 4 patients slightly improved and 4 patients slightly worsened. Mean morning stiffness was 5 minutes at the beginning and 0 minutes at 3 months ($p = 0,104$). No differences were found in pain visual analogue scale between 0 and 3 months. No differences were found between mean ESR^{OM} (11mm/h) and ESR^{3M} (9 mm/h) ($p = 0,093$) or between mean PCR^{OM} (1.5 mg/dl) and mean PCR^{3M} (0.5mg/dl) ($p = 0.401$). Concerning cardiovascular risk factors, no significant differences were found in total cholesterol levels, LDL, HDL, triglycerides, blood glucose levels and HbA1c, but the only 2 patients with abnormal cholesterol levels at the beginning returned to normal at 3 months. There was a reduction of daily corticosteroids intake in 5/8 patients, from a mean dosage of 5.3 mg/day of prednisone to 3,1 ($p = 0,038$), and 2 patients even stopped steroid taking. At the beginning of the intervention all patients took NSAIDs in a regular way, and after it 3 of them stopped ($p = 0,083$). There was a 55% improvement in the sit and stand test ($p = 0,018$) and an improvement of the hand grip test right/left of respectively 10% and 15%. The walk time test showed a 19% improvement ($p = 0.063$). There was a significant 33% improvement in the HAQ ($p < 0,023$). The Depression Anxiety Stress Scales (DASS) improved 40% in the stress component, 28% in depression and 48% in the anxiety component ($p = 0,078$).

Conclusions: This study supported the positive effects of exercise on functional status (measured by the HAQ), physical function (tested in the sit and stand test), and need for daily corticosteroids intake. A

moderate aerobic and strengthening program is safe and does not increase disease activity.

354. RELACIÓN DE LAS ARTRITIS ENTEROPÁTICAS CON LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL Y SU POSIBLE HERENCIA

M.R. Rodríguez Moreno¹, M. Guzmán Úbeda¹, M.T. Miranda León², M. Gómez-García³ e I. Rodríguez Moreno

¹Servicio de Reumatología, ²Servicio de Digestivo, Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ³Cátedra de Bioestadística. Universidad de Granada.

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) incluida la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU), que son distintas entidades con diferente patogénesis, y marcadas similitudes en lo que respecta a la afectación articular. La artritis enteropática representa la manifestación extraintestinal más frecuente de la EII, afectando al 33% de los pacientes; e incluyendo tanto la afectación articular axial como la periférica. La afectación axial ocurre del 10 al 20% de los casos. La afectación periférica representa entre el 5 y el 15% de los pacientes, y se realizó una distinción en dos formas: oligoartritis de tipo I (menos de cinco articulaciones) y poliartrosis de tipo 2 (más de cinco articulaciones). Diseño: el objetivo es estudiar la relación entre las artritis enteropáticas y la EII, y su posible herencia.

Métodos: Población objeto de estudio: El presente estudio ha sido realizado con una muestra de 105 pacientes con EII y diagnosticados por biopsia. Material: biopsia intestinal endoscópica. Variables: número de articulaciones inflamadas, Número de articulaciones dolorosas, artralgiás, artritis, EII en actividad, artritis en actividad, tipo de articulaciones afectadas en la EII, tipo de enfermedad articular de la EII, tipo de EII y existencia de otros familiares con EII. Criterios diagnósticos: EII diagnosticada por biopsia, criterios ACR de artritis enteropática. Método estadístico: los datos obtenidos se trataron con el paquete estadístico SPSS (versión 15.0).

Resultados: Hemos observado que si cruzamos el tipo de enfermedad articular asociado con la EII con la presencia de otros familiares con EII, obtenemos resultados significativos ($p = 0,019$) debido a la espondilitis de la EII; que es más frecuente si se tienen familiares con EII. Si cruzamos el tipo de enfermedad articular asociado con la EII con EII diagnosticada por biopsia, hemos obtenido que la CU está más asociada con una afectación de grandes articulaciones; y por el contrario, la EC está más asociada con la afectación de pequeñas articulaciones ($p = 0,13$). Este resultado está cercano a la significación. Si la zona afectada por la EII es el íleon, hemos observado mayor afectación de pequeñas articulaciones de lo esperado ($p = 0,107$). Este resultado está cercano a la significación también.

Conclusiones: La sacroileítis aislada es a menudo silente y no asociada con el HLA-B27. En la espondilitis anquilosante relacionada con la EII, la prevalencia del B27 es entre el 50 y 70%. 1- La espondilitis de la EII es más frecuente si se tienen otros familiares con EII, y este hecho sugiere un patrón de herencia de esta particular artritis enteropática. Este resultado es significativo. Y no hemos observado diferencias en términos del tipo de EII (EC o CU). 2- La CU está más asociada con una afectación de grandes articulaciones; y por el contrario la EC está más asociada con una afectación de pequeñas articulaciones. Este resultado está cercano a la significación. 3- Si la zona afectada por la EII es el íleon, hemos observado una mayor afectación de pequeñas articulaciones de lo esperado. Este resultado está cercano a la significación. 4- Concluimos que en la afectación articular axial de la EII denominada espondilitis, existe un patrón de herencia de esta artritis enteropática en particular. Si consideramos el tipo de EII (CU o EC) o la zona afectada por la EII, obtenemos ciertas diferencias con respecto al tipo de articulación periférica afectada.

355. ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO. EXPERIENCIA SOBRE TRATAMIENTO CON RITUXIMAB EN EL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE VALME

C. Escudero, R. Martínez, C. Pastor, A. Muñoz, S. Rodríguez, M.L. Velloso, L. Mayordomo, E. Rejón y J.L. Marengo

Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.

Introducción: La Enfermedad de Still del Adulto es una enfermedad inflamatoria sistémica, de origen incierto y baja prevalencia. A continuación presentamos nuestra experiencia de uso del anticuerpo monoclonal anti CD20 (Rituximab) en el tratamiento de los pacientes diagnosticados de enfermedad de Still del Adulto en los últimos 2 años.

Casos clínicos: Caso 1. Varón, 26 años. Fiebre prolongada sin foco, astenia, artralgias, rash, leucocitosis, ferritina superior a 2000, autoinmuidad y FR-. Presenta anuria de instauración aguda, con I. Renal (creatinina > 7 mg/dL). Se trasladada a UCI. Se objetiva anemia con rápida con esquistocitosis y trombocitosis, diagnosticándose de PTT. Precisó diálisis y transfusión de concentrados de hematíes. Iniciamos plasmáferesis, glucocorticoides e inmunosupresión con ciclofosfamida. Por ineficacia añadimos Rituximab e inmunoglobulinas con buena respuesta, normalizando función renal. 10 meses después asintomático y con recuperación del fallo multiorgánico. Caso 2. Mujer, 16 años. Fiebre alta, artralgias, odinofagia y rash. Presenta hipotensión severa que motiva su traslado a UCI. Desarrolló: fallo hepático severo, sangrado abdominal tras biopsia hepática, fallo medular, SDRA y fallo renal oligoanúrico. El tratamiento con dosis altas de glucocorticoides fue ineficaz, iniciando Inmunoglobulinas iv, Inmunoglobulina antitrombocítica y ciclofosfamida. Posteriormente infliximab sin respuesta evidente, pasando a anti IL1 con aceptable control clínico. Iniciamos Rituximab por persistencia de ferritina superior a 2.000 y reactantes de fase aguda elevados. 6 meses después se mantiene asintomática con Rituximab y MTX, con normalización de cifras de ferritina y reactantes. Caso 3. Mujer, 26 años. Cuadros inflamatorios de predominio en grandes articulaciones desde los 13 años y fiebre. Posteriormente afectación de pequeñas articulaciones no deformante, leucocitosis, ferritina superior a 2.000, trombocitosis y VSG elevada. Presenta carácter agresivo con afectación de caderas. Administramos infliximab, suspendido por monoartritis séptica. Iniciamos Rituximab, con adecuado control de la clínica sistémica y articular, si bien ha presentado episodios de fiebre y neutropenia severa resueltos con factores estimuladores de colonias. Actualmente mantiene tratamiento con Rituximab asociando GM-CSF (Filgrastim) de forma preventiva el día previo al ciclo. Caso 4. Mujer, 40 años. Fiebre, artralgias inflamatorias en pequeñas articulaciones, aftas orales, rash en tronco y raíz de MMSS, leucocitosis neutrofilica y reactantes de fase aguda elevados. Realizó tratamiento con ciclofosfamida, infliximab y etanercept siendo refractaria a ellos. La terapia con Rituximab ha conseguido controlar el cuadro, presentando 18 meses después un DAS28 compatible con remisión.

Conclusión: Los avances en el conocimiento de la patogénesis de esta enfermedad han permitido mejorar el manejo terapéutico y pronóstico de nuestros pacientes. Ha sido tratada con AINEs y GC por predominio de las manifestaciones inflamatorias. Posteriormente con FAMES como MTX, sales de oro, antipalúdicos e inmunosupresores como ciclofosfamida. Los inhibidores del TNF α fueron usados inicialmente con éxito, aunque se han descrito suspensiones por pérdida de eficacia del fármaco o aparición de eventos adversos. Anakinra ha conseguido controlar la actividad en enfermedad refractaria a GC, MTX e incluso antiTNF α . En nuestra experiencia Rituximab se ha mostrado muy eficaz en el tratamiento de nuestros pacientes cuya patología se ha mostrado refractaria a múltiples terapias permitiendo un control precoz de las manifestaciones sistémicas pre-

sentadas, algunas con gran riesgo vital. Los pacientes mantienen la respuesta clínica tras 6-12 meses del inicio del tratamiento con dicha molécula.

356. ESTUDIO VARIAR: VALORACIÓN DE LA EFICACIA DE RITUXIMAB COMO SEGUNDA LÍNEA DE TRATAMIENTO EN ARTRITIS REUMATOIDE

V. Torrente Segarra, A. Acosta Pereira, A. Rodríguez de la Serna, R. Morla, J. Pujol, J.M. Ruiz, S. Ros, T. Clavaguera, R. Figuls, H. Corominas, M. Riera, C. Geli, R. Roselló, C. Vázquez, E. Juidez, A. Lozano, J.J. de Agustín, C. Alegre y A. García [Grupo de investigadores VARIAR]

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Hospital Creu Roja, Hospital Santa Tecla, Hospital de Viladecans, Hospital de San Jorge Huesca, Hospital de Palamós, Hospital Vall d'Hebron, Hospital Albacete, Hospital de Villarreal.

Objetivos: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica y progresiva de las articulaciones que tiene un impacto importante en la calidad de vida de los pacientes. El presente estudio pretende evaluar la eficacia, seguridad y analizar la calidad de vida de los pacientes con AR que han presentado un fallo a terapia anti TNF α .

Métodos: Estudio prospectivo observacional (subanálisis del estudio MIRAR), en el que se incluyeron pacientes del año 2008 en el registro MIRAR (pacientes con AR que presentan fallo a antiTNF α). Se incluyeron pacientes que iniciaron un segundo antiTNF α y pacientes que iniciaron antiCD20, como segunda línea terapéutica a fallo de primer antiTNF α . Mediante los cuestionarios de evaluación DAS28, HAQdi y SF-12 se evaluó el grado e actividad de los pacientes. Asimismo se registraron variables analíticas como: VSG, PCR, HEMOGRAMA, CCP, FR. Todos los parámetros fueron revisados en la visita basal, a los 6 y 12 meses.

Resultados: n = 33 pacientes han sido incluidos. De ellos, un 50% ha realizado un segundo control a los 6 meses. La edad de los pacientes varió de 33 a 80 años, con una mediana de 55 años, y el 73% de sexo femenino. En relación al tratamiento biológico previo, el 33% de los pacientes presentaron una respuesta inadecuada a Adalimumab y el 24% a Etanercept. Ninguno de los pacientes presentó un DAS28 < 3,3, y 64% presentaron un DAS28 mayor a 5,1. Todos los pacientes recibieron un nuevo tratamiento biológico, entre los cuales se administró Etanercept 27% y Rituximab 54,5%. La media de los valores analíticos fue: hemoglobina 12,6 \pm 1,4 mg/dl (mínimo 9,3 mg/dl y máximo 14,8 mg/dl), leucocitos 8,8 \pm 2,9 $\times 10^9$ /L (mínimo 3,9 $\times 10^9$ /L y máximo 15,2 $\times 10^9$ /L), plaquetas 332,7 \pm 109,2 $\times 10^9$ /L (mínimo 169,0 $\times 10^9$ /L, máximo 535,0 $\times 10^9$ /L), VSG 45,8 \pm 21,1 mm/h (mínimo 11,0, máximo 95,0), PCR media 42,7 \pm 81,0 (mínimo 0,6, máximo 408) y FR media 85,5 \pm 169,9 (mínimo 3,0, máximo 886,0). Los anticuerpos anti CCP fueron positivos en 51% de los pacientes y los anticuerpos ANA fueron positivos en 39%. De acuerdo al cuestionario de salud HAQdi todos los pacientes tuvieron algún grado de discapacidad, el 36% presentaron discapacidad moderada a severa. En relación al cuestionario de salud SF-12, el estado general de los pacientes fue de regular a malo en 82%. Durante las 4 últimas semanas, el 82% de los pacientes hizo menos de lo que hubiera querido y 88% tuvieron que dejar de hacer algunas actividades cotidianas a causa de su salud física. Los pacientes presentaron limitaciones en la mayoría de sus actividades diarias, así como un porcentaje elevado de limitaciones, de moderadas a severas, en sus actividades en las últimas 4 semanas. Más de la mitad de los pacientes que han presentado una respuesta inadecuada a un tratamiento biológico han recibido Rituximab como nuevo tratamiento biológico. El dolor ha causado dificultades para realizar su trabajo habitual en el 70% de los pacientes y en relación a

la frecuencia de la salud física y emocional el 27% de los pacientes han tenido dificultades en sus actividades sociales.

Conclusión: Este estudio pretende definir qué patrón de tratamiento puede ser mejor en pacientes con AR que han presentado fallo a antiTNF α , si iniciar un segundo antiTNF α o bien cambiar de molécula: antiCD20 (en el momento del diseño del trabajo no estaba aún comercializado abatacept), mediante observación clínica y biológica y de calidad de vida, a los 6 y 12 meses de iniciar una terapia de segunda línea. Dado que los datos en el momento actual son demasiado preliminares, la discusión y conclusiones quedarían pospuestas hasta abril 2009. En este análisis se observa que los pacientes con respuesta inadecuada a un primer fallo anti-TNF, presentan puntuaciones elevadas en los cuestionarios de evaluación de la salud, HAQdi y SF-12.

357. PERFIL LIPÍDICO Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y AMILOIDOSIS SECUNDARIA

C. García-Gómez¹, J.M. Nolla², J. Valverde², D. De La Fuente², V. Ríos-Rodríguez², P. Santo², M. Bianchi² y X. Pintó³

¹Unitat de Reumatologia, Servei de Medicina Interna. Consorci Sanitari de Terrassa. ²Servei de Reumatologia. Hospital Universitari de Bellvitge. ³Unitat de Lípids, Servei de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona.

Introducción: La amiloidosis secundaria puede ser una complicación de los pacientes con artritis reumatoide (AR) de larga evolución. Aunque pocos de ellos desarrollarán una afectación clínica significativa, la amiloidosis se ha asociado con un perfil lipídico aterogénico, que podría contribuir en el incremento del riesgo de enfermedades cardiovasculares descrito en los pacientes con AR respecto a la población general, y que no está explicado totalmente por la presencia de factores aterogénicos tradicionales.

Objetivo: Evaluar el perfil lipídico y el riesgo cardiovascular en pacientes con AR y amiloidosis secundaria.

Métodos: Estudio transversal realizado en 10 pacientes con AR y amiloidosis secundaria (diagnosticada por punción aspiración de la grasa abdominal) y 20 pacientes con AR sin amiloidosis, apareados por edad, sexo e índice de masa corporal. Todos los individuos fueron evaluados mediante visita médica, exploración física y extracción sanguínea que incluía hemograma, bioquímica estándar, VSG, PCR, perfil lipídico completo (colesterol total, C-HDL, C-LDL, triglicéridos, lipoproteína(a), apolipoproteína A-I, apolipoproteína B) y la proteinuria en orina de 24 horas. Se interrogó acerca de la presencia de patología isquémica, que incluía enfermedad coronaria, cerebrovascular o arteriopatía periférica. La actividad de la enfermedad se calculó según el DAS28 y el riesgo cardiovascular según las tablas de Framingham.

Resultados: Dos de los 10 pacientes con AR y amiloidosis secundaria presentaban patología isquémica, mientras que no se observó ningún caso entre los pacientes sin amiloidosis ($p = 0,103$). El riesgo cardiovascular a 10 años, según la ecuación de Framingham, fue superior en los pacientes con AR y amiloidosis (7,1% y 5,8% respectivamente, $p = 0,612$). Aunque las diferencias no fueron significativas, se observó una tendencia a un perfil lipídico más aterogénico entre los pacientes con AR y amiloidosis respecto a aquellos que no tenían amiloidosis. No se observaron diferencias entre ambos grupos respecto al resto de variables estudiadas.

Conclusiones: La presencia de amiloidosis en los pacientes con AR se asocia con un perfil lipídico más aterogénico, que podría contribuir a explicar el incremento del riesgo cardiovascular descrito en estos pacientes.

358. RITUXIMAB: A SAFER AND LONGER-LASTING ALTERNATIVE TO SWITCHING TO A SECOND ANTI-TNF AGENT IN RHEUMATOID ARTHRITIS PATIENTS

I. de la Torre, C.M. González, F.J. López-Longo, I. Monteagudo, I. Díez, E. Becerra, E. Calvo y L. Carreño

Hospital Gregorio Marañón, Madrid.

Objective: To compare the effectiveness and safety of rituximab with that of a second anti-tumor necrosis factor (TNF)- α agent in Rheumatoid Arthritis (RA) patients.

Methods: Between 2002 and 2008, 360 RA patients have been on biological therapies under Rheumatology Unit prescription. Since rituximab was used for first time in our hospital in 2004, 81 RA patients who switched from a first anti-TNF agent to a second or to rituximab have been included in a prospective study.

Results: From a total of 360 patients treated with first anti-TNF agent, 120 (38%) switched to a second biological treatment. Inefficacy, drug reactions and others adverse effects were the main causes in 53, 23, 45 of them respectively (43.8%, 18.9%, 37.2%). From those 120, a total of 81 RA patients that changed to a second anti-TNF or rituximab from 2004 and 2008 were included: 18 patients received rituximab and 63 a second anti-TNF agent. There was no difference in the mean change in DAS28 during the first year. 50% of patients switched to anti-TNF and 5.2% of those switched to rituximab stopped treatment (significant difference: 0.447, 95% CI: 0.232, 0.551). Patients on rituximab needed fewer corticosteroids, no steroidal anti-inflammatory drugs and disease-modifying antirheumatic drugs than anti-TNF patients. The cumulative incidence rate for serious adverse events (1000 patient/years) was lower for rituximab (9.2) than for anti-TNF agents (41.0).

Conclusions: In RA patients, time on treatment and safety may be better switching to rituximab than to a second anti-TNF. After the first year, efficacy was similar although rituximab patients needed less concomitant treatments.

359. EVALUACIÓN TOMOGRÁFICA Y FUNCIÓN RESPIRATORIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INTERSTICIAL PULMONAR

E. Aroca Briones, M. Rojas Vargas, C. López Ibáñez, R. Roldán Molina, A. Escudero Contreras y E. Collantes Estévez

Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial es una complicación no poco frecuente de las colagenopatías con una incidencia de 13,2 a 20,2/100.000 hab. Que histológicamente se caracteriza por presentar una expansión del compartimiento intersticial y la presencia de células inflamatorias provocando daño progresivo y en ocasiones fibrosis afectando la calidad de vida de los pacientes provocando alta morbimortalidad.

Objetivo: Describir la relación entre las imágenes tomográficas mediante (TACAR) y las pruebas de función respiratoria mediante (DLCO) en pacientes diferentes colagenopatías.

Métodos: Se realizó un análisis descriptivo en pacientes con diagnóstico de colagenopatía y afectación intersticial pulmonar.

Resultados: 15 pacientes 86,7% fueron de sexo femenino, edad mínima 33 años, máxima 70 y una mediana de 64. Se correspondieron (2) síndrome antisintetasa 13%, (7) esclerodermia difusa 46,7%, (3) Lupus sistémico 20%, (2) Síndrome de Sjögren 13%, (1) síndrome overlap 77%. Se realizó una tomografía computada de tórax de alta resolución para evaluar el patrón intersticial y una prueba de difusión de monóxido de carbono: DLCO (> 70%) normal.

TACAR BASAL (n) DLCO BASAL (n)
 Patrón reticular: 3 Normal 10
 Patrón intersticial: 2 Disminución leve 3
 Vidrio deslustrado: 5 Disminución moderada 2
 Patrón reticular más Total 15.
 Vidrio deslustrado: 4
 Patrón reticular
 Más fibrosis: 1
 Total 15

Conclusión: En nuestros pacientes no encontramos una correlación de la afectación pulmonar valorada mediante TACAR. Y la alteración de las pruebas de difusión de CO₂ evaluada por DLCO como se describe en la literatura, esto probablemente se deba a la falta de afectación arterial pulmonar en ellos.

360. DISPENSARIO DE ENFERMERÍA EN INVESTIGACIÓN. HOSPITAL DEL MAR, UNIDAD DE ARTRITIS

S. Sánchez, S. Iniesta, J. Maymó, M. Almirall, M.P. Lisbona, S. Castro y J. Carbonell

Unidad de Artritis, Hospital del Mar, IMAS, Barcelona.

Introducción: La Unidad de Artritis del Hospital del Mar desde hace 5 años, ha incorporado a un equipo de enfermería especializada, para poder desarrollar una asistencia cualificada según las nuevas demandas. En 2004 y 2008 se han incorporado dos enfermeras a la Unidad que ya disponen de la formación necesaria para poder desarrollar los objetivos que se demandan. Desde hace 3 años, la Unidad tiene un dispensario de enfermería, en el que las dos realizan las prácticas específicas (metrología, educación sanitaria, seguimiento del paciente, etc.). Tras el buen funcionamiento de los dispensarios se han ampliado y actualmente también se utiliza como dispensario en investigación. En España no deja de ser un proyecto innovador disponer de un equipo multidisciplinar especializado en investigación, así que la creación de un buen circuito ha sido lento.

Resultados: Crear un equipo multidisciplinar para un buen desarrollo en los ensayos clínicos, estudios multicéntricos y estudios propios de la Unidad.

Metodología: Durante los primeros 3 años, se ha formado a las enfermeras en la práctica de los diferentes ensayos clínicos y estudios de investigación que se han ido llevando a cabo en la Unidad. Esta formación le ha facilitado familiarizarse con los pasos a seguir en cada visita. Es muy importante que la enfermera esté implicada en el diseño del estudio o en su defecto en las visitas de presentación, ya que de esta manera puede ir organizando como realizarlos en la práctica diaria. Cuando el primer paciente cumple los criterios de inclusión y es candidato para formar parte del estudio, es necesario marcar en el calendario un día que sea preferente para todos los profesionales que formen parte del mismo. Días antes hay que revisar si disponemos de todo el material necesario (electrocardiograma, tensiómetro, termómetro, kit analíticas, etc.) y sobre todo que la medicación esté disponible en la Unidad de farmacia. Se precisa, especialmente en los primeros ensayos, realizar un rol playing, ya que, no sabemos del tiempo que necesitaremos para cada visita especialmente en las primeras, y de esta manera podremos hacer una aproximación. En el día de inclusión hay que realizar las tareas propias de enfermería asignadas del estudio y asegurarse que toda la documentación esté debidamente cumplimentada (consentimiento informado, cuaderno de recogida de datos, cuestionarios de salud, etc.). Realizar el envío de las muestras o pruebas complementarias (electrocardiograma, test de embarazo, analíticas, biopsias, etc.) así como las actividades que se recomienden sucesivas a la toma de la medicación (llamadas telefónicas). En el último año hemos realizado 3 ensayos clínicos (fase IIA y fase III), 9 estudios multicéntricos, de los cuales 2 eran específicos de enfermería (SERAP, Epica, Mirar, DALL,

MAREN SEBIOL, etc.) 4 estudios propios de la Unidad y la participación en un FIS, esto ha implicado un aumento de las visitas en el dispensario de enfermería.

Conclusión: Una buena formación de enfermería en reumatología, facilita la correcta realización de los ensayos clínicos, estudios multicéntricos y estudios propios de la Unidad, esto también implica que las enfermeras realicen una formación continuada en reumatología. Es necesario ampliar los dispensarios de enfermería anualmente, según la demanda que vaya teniendo la Unidad.

361. SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO: TRATAMIENTO CON RITUXIMAB, UNA ALTERNATIVA SEGURA

V. Torrente Segarra, A. Acosta Pereira, R. Morlá Novell, J. Lozano Mateos y A. Rodríguez de la Serna

Hospital Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Objetivo: Evaluar la seguridad del tratamiento con Rituximab (anti-CD20) en el síndrome de Sjögren Primario (SJP).

Métodos: Se incluyeron un total de 3 pacientes con SJP severo refractarios a los distintos tratamientos inmunosupresores pautados 1) azatioprina, ciclofosfamida, 2) hidroxicloroquina, azatioprina, 3) corticoterapia. Se realizaron seguimientos clínicos y analíticos (determinación de inmunoglobulinas y factor reumatoide).

Resultados: 3 pacientes (n = 3, mujeres) mantienen el tratamiento y se muestran inactivos. No han presentado efectos secundarios ni alteraciones importantes en la determinación de inmunoglobulinas, cifras de leucocitos/linfocitos totales. Asimismo, el factor reumatoide se ha mantenido estable en 1), y ha descendido en 2) y 3). La paciente 1) ha recibido 4 ciclos de RTX, y las pacientes 2) y 3) 2 ciclos. En ningún caso se presentaron efectos adversos.

Conclusión: El antiCD20 se muestra como una alternativa segura desde el punto de vista hematológico en el tratamiento del SJP a medio y largo plazo.

362. RITUXIMAB EN NEFRITIS LÚPICA REFRACTARIA

C. Pastor, M.L. Velloso, C. Escudero, R. Martínez, A. Muñoz, S. Rodríguez, L. Mayordomo, E. Rejón y J.L. Marengo

Servicio de Reumatología, Hospital Universitario de Valme, Sevilla.

Introducción: La nefritis lúpica, presente en un 30-50% de los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES), es la manifestación que más influye en el pronóstico de estos pacientes por su prevalencia, su gravedad y las secuelas derivadas de su tratamiento. Recientemente disponemos de nuevas alternativas terapéuticas eficaces para este proceso que pueden modificar el curso y el pronóstico de estos pacientes. A continuación presentamos una serie de tres casos de pacientes con nefritis lúpica refractaria tratados con rituximab. Se realiza un análisis del perfil serológico y nivel de CD 19 pre y post-tratamiento con rituximab.

Casos clínicos: *Caso 1.* Varón de 39 años diagnosticado de LES en marzo del 2004, ANA, anti-DNA, anticardiolipina, y anticoagulante lúpico positivos, con miocardiopatía dilatada secundaria a miocardiitis aguda (forma de debut hace 7 años) y, nefropatía lúpica grado IV (biopsia renal en abril/04), manifestada con proteinuria en rango nefrótico (9 g en 24 h) e insuficiencia renal (creatinina 1,6). Se inició tratamiento con ciclofosfamida (CFM), 6 bolos mensuales y otros 6 trimestrales, que no resultó eficaz, consiguiendo una disminución máxima de la proteinuria a 3,25 g en 24 h. Posteriormente ha recibido 4 ciclos de tratamiento con Rituximab (RTX), 1.º y 2.º asociados a CFM, con buena respuesta, remitiendo la proteinuria tras el 2.º ciclo, con depleción efectiva y mantenida tras inicio del tratamiento (CD19 0%). *Caso 2.* Mujer de 21 años diagnosticada de LES en marzo de

1996, ANA y antiDNA positivos, con síndrome antifosfolípido (SAF) secundario y nefritis lúpica tipo II (biopsia renal en noviembre/96), tratada con CFM intravenosa por precisar dosis excepcionalmente altas de glucocorticoides para su control, con buena respuesta. Posteriormente, empeoramiento progresivo con proteinuria en rango nefrótico (9 g en 24 h), por lo que se realiza nueva biopsia renal que es informada como progresión a nefritis lúpica tipo III. Tras 6 nuevos bolos mensuales de CFM y, ante la persistencia de proteinuria (2,2 g en 24 h), se decide iniciar RTX, del que se han administrado ya 4 ciclos, con respuesta parcial. Actualmente presenta una función renal conservada, manteniendo unos niveles de proteinuria en torno a 1,2 g en 24 h. Tras el tratamiento depleción efectiva de CD19 y negativización de anti-DNA. **Caso 3.** Mujer de 39 años diagnosticada en 1992 de LES con SAF secundario. Nefritis lúpica tipo IV diagnosticada en el 2000, con proteinuria de 2-3 gr en 24h, que se trató primero con CFM (6 bolos mensuales), sin respuesta y, posteriormente, con azatioprina y ciclosporina, sin remitir la proteinuria (5 g en 24 h). Tratada con micofenolato, con respuesta parcial, con posterior aumento de la función renal (aclaramiento de creatinina de 62,7 ml/min), por lo que se decide iniciar tratamiento con RTX, del cual ha recibido 4 ciclos, con respuesta completa y depleción efectiva de CD19. Pendiente de anti-DNA.

Conclusiones: Los pacientes descritos corresponden a casos de nefritis lúpica de difícil control, con proteinuria persistente a pesar de tratamiento con múltiples fármacos inmunosupresores. De acuerdo con nuestra experiencia, Rituximab, un anticuerpo monoclonal anti-CD20, es una opción terapéutica segura y eficaz en el tratamiento de nefritis lúpica refractaria. En los tres casos que aquí se presentan se asistió a una depleción completa de los linfocitos B y a la negativización de los autoanticuerpos anti-DNA, lo que sugiere que la eficacia de rituximab podría estar ligada a su capacidad para deplecionar dichos linfocitos B. Aunque se necesitan estudios con un mayor número de pacientes que confirmen nuestras observaciones, creemos que el tratamiento con Rituximab puede ser una alternativa eficaz en los pacientes con nefritis lúpica refractaria.

363. COSTES DERIVADOS DEL MANEJO DE LA ARTRITIS PSORIÁSICA, REUMATÓLOGOS Y DERMATÓLOGOS: DIFERENCIAS Y SIMILITUDES

R. Sanmartí¹, R. García Portales², G. Sánchez Nievas³, G. Díaz Moya⁴, E. Alfonso⁵ y R González Crespo⁶

¹Servicio de Reumatología, Hospital Fundació Clínica, Barcelona.

²Servicio de Reumatología, Hospital Virgen de la Victoria, Málaga.

³Servicio de Reumatología, Hospital General de Albacete. ⁴Servicio de Reumatología, Hospital Fundación Jiménez-Díaz. ⁵Dpto. médico, Wyeth Farma. ⁶Servicio de Reumatología, Hospital 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: La artritis psoriásica (APs) es una enfermedad crónica que afecta a un tercio de los pacientes con psoriasis activa, y que durante años ha sido infradiagnosticada e infratratada. La llegada de los biológicos ha supuesto un cambio en el tratamiento clásico de estos pacientes, sin embargo, su elevado coste y la ausencia de datos contrastados sobre el manejo terapéutico y el impacto de la APs en el contexto de la práctica clínica habitual, sugiere la necesidad de desarrollar estudios que muestren una visión actualizada de la realidad en las consultas de Reumatología y Dermatología, que ayuden a la optimización de recursos sanitarios y mejorar la asistencia a estos pacientes.

Objetivos: El objetivo principal fue evaluar las diferencias en el manejo clínico y terapéutico de la APs por dermatólogos y reumatólogos en España y secundariamente los costes directos e indirectos derivados del mismo en condiciones de práctica clínica habitual durante 1 año.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, naturalístico y multicéntrico realizado por dermatólogos y reumatólogos distribuidos por zonas geográficas según la distribución de la población española. Se reclutaron, de forma consecutiva, un total de 266 pacientes con diagnóstico de APs seguidos en consultas de Dermatología o Reumatología. Se recogieron las variables sociodemográficas, clínicas, y aquellas relacionadas con la carga de enfermedad (recursos directos e indirectos) a través de la revisión de la historia clínica del paciente en los últimos 12 m previos a la inclusión en el estudio.

Resultados: Participaron 91 investigadores, 21 dermatólogos (23%) y 70 reumatólogos (76%). El análisis de coste de tratamiento mostró un promedio superior en los servicios de dermatología 7.600 € (8.734,8) que en reumatología, donde no supera los 6.000 € (9.237,3). Sin embargo estas diferencias no fueron significativas en el coste medio de los tratamientos, siendo el coste total anual aproximadamente 6.295 € (9.149,7). En general, no se realizaron cambios de dosis de los fármacos en relación a las pautas clásicas establecidas, observándose un promedio de 0,12 cambios sin diferencias significativas entre ambos grupos. Los costes directos (visitas realizadas, ingresos, intervenciones, etc.) no presentaron diferencias significativas en función de la especialidad de los investigadores, habiéndose calculado un coste medio cercano a 850 € (2.232,7), si bien los costes de los servicios de dermatología son ligeramente inferiores a los observados en los servicios de reumatología. Respecto a los costes indirectos se objetivó un aumento importante en los servicios de reumatología (565,2 € (1.754,8)) respecto a los servicios de dermatología (179,5 € (726,6)), mientras que la media para el conjunto de la muestra se encuentra cercana a los 500 € anuales (1.595). La APs genera unos costes globales medios (DE) al año de 7.588,45€ (9.265,7) por paciente, de los cuales el 83% esta derivado directamente del coste de la medicación.

Conclusiones: El tratamiento de la APs tiene un impacto relevante en el coste derivado del manejo del paciente, que se aproxima al gasto generado por los pacientes con artritis reumatoide. El manejo óptimo de la APs debería implicar un acercamiento multidisciplinar que englobe medidas terapéuticas que ayude a la mejora en su atención y optimización de recursos.

364. ESTUDIO COMPARATIVO DE MASA ÓSEA ENTRE DEXA (HOLOGIC) Y ULTRASONIDO (USP) EN PACIENTES CON HIPERPARATIROIDISMO 1.º

J.L. Guerra Vázquez, J. Vázquez Coleman, Á. Hernández Del Río y M. Rodríguez López

Hospital Arquitecto Marcide-Defensa, Ferrol, A Coruña.

Introducción: En dieciocho pacientes con hiperparatiroidismo primario se estudió comparativamente la masa ósea mediante 2 técnicas: DEXA (Hologic) columna lumbar y cuello de fémur y ultrasonido a nivel digital (USP) dedos manos. Fueron 17 mujeres, 1 varón, edad media 65a, todos padecían hiperparatiroidismo primario (PTH-211), 8 presentaban hipercalcemia (11,6), 8 hipofosforemia (2) y 5 aumento de f. alcalinas (395). Presentaron rango de osteoporosis (t score > -2,5), en estudio DEXA 10 pacientes y 9 en estudio USP, en 6 pacientes los estudios eran concordantes. En 2 pacientes daban rango de osteoporosis en estudio USP y rango osteopenia (T score -1 a -2,5) en DEXA, 1 solo paciente rango de osteoporosis en USP y normal en DEXA.

Las dos técnicas parecen identificar a los pacientes con rango de Osteoporosis en el HPT 1.º El estudio mediante DEXA parece mejor indicador del estado de masa ósea si bien sería necesario un mayor número de pacientes para confirmar dicha hipótesis.

Tabla Resumen 364

Densitometría	(Hologic)	Ultrasonografía (usp)
OP	6	OP
OP	4	Op
Op	3	Op
Op	2	OP
Op	2	N
	1	OP

OP = Osteoporosis, Op = Osteopenia.

365. EL REUMATÓLOGO EN URGENCIAS

L. de Prado, J. Rovira, E. García-Casares, M. Pujol, G. Salvador, E. Riera, M. Rusiñol y S. Martínez-Pardo

Hospital Universitari Mútua de Terrassa, Terrassa, Barcelona.

Introducción: El diagnóstico y tratamiento precoz de las enfermedades del aparato locomotor, en especial de las artropatías inflamatorias, condicionan su mejor pronóstico y evolución a largo plazo. En los últimos años se han creado consultas de diagnóstico rápido, a las que el paciente accede a través de un circuito en el que los médicos de atención primaria, guiados por unos determinados criterios de derivación, les proporcionan un acceso rápido al especialista.

Objetivo: Describir la experiencia de una consulta rápida de patología del aparato locomotor del Hospital Universitario Mútua de Terrassa.

Material y métodos: Diseño: estudio retrospectivo. Lugar: Hospital Universitario. Se revisaron las historias clínicas de pacientes visitados en una consulta de urgencias del aparato locomotor del Hospital Universitario Mútua de Terrassa durante el año 2008.

Resultados: Se revisaron 75 pacientes, 56% mujeres y 44% de hombres, con una edad media de 56 años (15-88), un 60% de pacientes presentaban comorbilidad asociada. La mayoría fueron derivados desde el servicio de urgencias de nuestro hospital (57%): 34% desde urgencias de medicina y 23% desde traumatología; un 41% procedían de centros de atención primaria y 2% desde otros especialistas del hospital. El tiempo medio de espera hasta una primera visita en nuestra consulta fue de 12 días (0-35). Las patologías más frecuentes fueron la patología degenerativa del aparato locomotor (17%), la patología mecánica tendinosa (17%) y la artritis microcristalina (15%), fundamentalmente por cristales de ácido úrico. El resto de patologías se distribuyeron de la siguiente manera: 7% artritis reumatoide, 5% artropatía psoriásica, 11% artritis indiferenciadas, 2% conectivopatías, 5% polimialgia reumática, 2% osteoporosis, entre otras. La concordancia diagnóstica entre el diagnóstico de presunción establecido por el especialista que derivaba al paciente, y el diagnóstico definitivo tras la visita en nuestra consulta fue positiva en el 65% de los casos sin existir diferencias significativas entre ellos. El tiempo medio hasta el diagnóstico definitivo fue de 24 días (0-120). Se utilizaron exploraciones complementarias habituales, siendo necesaria en un 19% de los pacientes una artrocentesis para estudio del líquido articular. En las patologías en las que se dispone de un tratamiento específico, el tiempo medio desde el diagnóstico hasta el inicio del tratamiento fue de 19 días (0-150). Un 17% de los pacientes precisó de infiltraciones articulares o tendinosas. Más de la mitad de los pacientes evolucionaron hacia una mejoría de la patología que les había llevado a consultar, un 40% de los pacientes pudieron ser dados de alta; y hasta un 60% de los pacientes fueron derivados a la consulta general de reumatología para su seguimiento posterior.

Conclusiones: En la mayoría de los casos los pacientes fueron derivados desde el servicio de urgencias del hospital. En nuestra serie se estima una concordancia diagnóstica del 65% de los casos, sin existir diferencias significativas entre los distintos especialistas derivadores. La patología más frecuente en nuestra visita de urgencias del aparato locomotor fue la patología degenerativa osteoarticular y la patología mecánica tendinosa, seguida de las artropatías microcristalinas.

366. FACTORES ASOCIADOS A INCREMENTO DE PROBABILIDAD DE POSITIVIDAD DEL CULTIVO DE LÍQUIDOS ARTICULARES EN PACIENTES CON SOSPECHA DE ARTRITIS SÉPTICA

F. Antón Pagés¹, C. Guillén Astete¹, M. Vázquez Díaz¹ y G. Gabilondo Álvarez²

¹Servicio de Reumatología, ²Servicio de Microbiología, Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: La piedra angular del diagnóstico de Artritis séptica (AS), una vez establecida la sospecha, es la obtención y procesamiento analítico del líquido articular. La rentabilidad de los cultivos de líquido articular en AS alcanza un 80%. Dada la valoración riesgo-beneficio de tratar a un paciente con sospecha de AS, la conducta a favor del tratamiento empírico es la más recomendada. El propósito del presente estudio ha sido determinar los factores clínicos o analíticos que pudieran asociarse con una mayor probabilidad de positividad del cultivo de líquido articular.

Método: Se realizó un estudio descriptivo-retrospectivo para el que se recogieron los resultados de los 241 líquidos articulares procesados por el laboratorio de Microbiología de nuestro hospital en el año 2007. Se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes con cultivo positivo (23) y de todos pacientes en los que se haya sospechado de AS pero con cultivos estériles (49). Se confeccionaron tablas 2 x 2, 3 x 2 y 4 x 2 para el análisis estadístico de las variables en función de la confirmación por cultivo del diagnóstico de AS.

Resultados: La distribución por edad, el sexo y los antecedentes de diabetes con o sin neuropatía diabética conocida fueron similares en ambos grupos de pacientes. Hubo una asociación estadísticamente significativa entre el antecedente de artritis séptica ($p = 0,005$) y el ser portador de una articulación protésica ($p < 0,001$) con una positividad del cultivo de líquido articular. Los antecedentes de infección cutánea periarticular y de realizaciones previas de artrocentesis no tuvieron relación estadísticamente significativa. El valor de la medida de PCR basal en el grupo con diagnóstico confirmado fue de $139,37 \pm 115,33$ mientras que en el grupo con cultivos estériles fue de $20,80 \pm 24,89$ ($p < 0,001$). La media de la medida de VSG en el grupo con diagnóstico confirmado fue de $57,66 \pm 36,38$ mientras que en el grupo con cultivos estériles fue de $14,37 \pm 14,47$ ($p = 0,005$). La media del recuento de leucocitos en el líquido de pacientes con diagnóstico confirmado fue de $93.525 \pm 10.611,25$ mientras que en el grupo con cultivos estériles fue de 22.483 ± 6.571 ($p < 0,001$). Se diseñaron curvas ROC para las tres variables obteniéndose como resultados que para un valor de PCR superior a 19,5 la Sensibilidad fue de 94,4% y la Especificidad de 76,2%; para un valor de VSG 11,5 la Sensibilidad fue de 91,7% y la Especificidad de 62,5%; para un valor leucocitos en líquido articular superior a 26400 la Sensibilidad fue de 87,5% y la Especificidad de 72,2%. La omisiones en estas determinaciones superaron el 40%.

Conclusión: Las determinaciones que se asocian más con la positividad de un cultivo de líquido articular ante la sospecha de AS son la VSG y PCR amén del recuento de leucocitos en el líquido articular. La falta de contundencia en el cálculo de Especificidad en la curva ROC puede deberse a la gran cantidad de omisiones registradas en dichas determinaciones. Los antecedentes con mayor relevancia en el mismo sentido son la existencia de una articulación protésica y/o de una AS previa. Consideramos oportuno el desarrollo de futuros trabajos para determinar la utilidad de las herramientas propuestas en este estudio en el contexto de la discriminación diagnóstica para ambas entidades.

367. CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA Y FACTORES ASOCIADOS

M. Romero Jurado¹, P. González de la Flor², A. Márquez García³, P. Font Ugalde⁴, R. Carmona Vigo⁵, V. Navarro Pérez⁶ y C. Fernández Crisóstomo¹

¹Sección de Reumatología, ²Unidad de Medicina Preventiva, ³Servicio de Oncología Radioterápica, ⁴Servicio de Medicina Interna, Complejo Hospitalario de Jaén. ⁵Servicio de Medicina Interna, Hospital Valle de los Pedroches, ⁶Beca de Investigación Hospital Reina Sofía, Córdoba.

Introducción: Entre los pacientes con fibromialgia son frecuentes el dolor, cansancio y las alteraciones del sueño, destacando los elevados porcentajes de diagnósticos de depresión y de pacientes que consideran su enfermedad como grave. Estos problemas tienen una repercusión laboral considerable: entre los pacientes con fibromialgia el 11,5% recibe compensaciones por incapacidad laboral frente al 3,2% del resto de la población y hay estudios en los que se pone de manifiesto que de los pacientes diagnosticados de fibromialgia sólo desarrollan su trabajo de forma activa la tercera parte, el resto no trabaja o se encuentra en situación de baja laboral.

Objetivo: Conocer la calidad de vida de los pacientes diagnosticados de fibromialgia y determinar los factores asociados a una peor calidad de vida.

Material y métodos: Diseño: estudio de cohortes prospectivo. Ámbito del estudio: Geográfico: Complejo Hospitalario de Jaén. Temporal: enero de 2003 a enero de 2006. Poblaciones de estudio: población de referencia: sujetos pertenecientes al área de influencia del Complejo Hospitalario de Jaén. Población elegible: sujetos de la población de referencia que acuden a consultas externas del servicio de reumatología del hospital y son diagnosticados de fibromialgia durante el periodo de reclutamiento. La muestra está constituida por todos sujetos de la población elegible que cumplen los criterios de inclusión y ninguno de los criterios de exclusión. Variables de estudio: demográficas, clínicas, psicosociales. La calidad de vida se estima mediante el Test FIQ (Fibromyalgia Impact Questionnaire). Se fijó el valor del percentil 75 para clasificar a los pacientes por encima de este percentil como afectados graves. Se realizó un análisis estadístico bi y multivariable mediante regresión lineal múltiple.

Resultados: La muestra total de estudio estuvo compuesta por 91 pacientes. El 73,0% fue diagnosticada durante el periodo de reclutamiento y el 27,0% tenía un diagnóstico de fibromialgia previo. El 98,9% son mujeres. La edad media fue de 49,9 años (DE 9,7). El estado civil del 82,4% era el de casado, el 76,9% tiene estudios primarios y el 60,5% vive en poblaciones de entre 1.500 y 100.000 habitantes. La media de puntuación en el Test FIQ es de 74,92 puntos (DE 12,46). Los valores de los percentiles 25 y 75 fueron, respectivamente: 66,56 y 84,6. El 23,0% de los pacientes se clasificó en el grupo de fibromialgia grave (IC 95% 14-32). El síntoma más invalidante para el 56,0% de la muestra es el dolor, seguido del cansancio (26,4%), los trastornos del sueño (9,9%) y la tristeza (6,6%). Presentan un diagnóstico de depresión el 51,6% de la muestra. En el análisis bivariable los factores asociados a fibromialgia grave fueron los siguientes: población de residencia ($p = 0,028$), médico que trata al paciente ($p = 0,028$), toma de AINES ($p = 0,047$), relaciones conyugales malas o regulares ($p = 0,019$), baja laboral ($p = 0,042$), visitas a Urgencias antes del diagnóstico ($p = 0,045$) y tras el diagnóstico ($p = 0,045$), intervenciones quirúrgicas antes del diagnóstico ($p = 0,019$). En el análisis de regresión lineal múltiple los factores independientes asociados fueron los siguientes: incapacidad laboral ($p = 0,030$; OR 7,20 (IC 95% 1,21– 42,80), toma de aines ($p = 0,022$; OR 0,20 (IC 95% 0,05 – 0,79), intervenciones quirúrgicas antes del diagnóstico ($p = 0,032$; OR 1,77 (IC 95% 1,05– 2,98) y número de EMG después del diagnóstico ($p = 0,020$; OR 12,81 (IC 95% 1,48– 110,41).

Conclusiones: Casi la cuarta parte de los pacientes diagnosticados de fibromialgia padece una forma grave, con limitaciones clínicas

estimables y repercusión importante en la calidad de vida de los mismos. Los factores independientes asociados a estas formas graves de fibromialgia son: presentar incapacidad laboral, estar tomando aines, número de intervenciones quirúrgicas antes del diagnóstico y número de EMG después del diagnóstico de la enfermedad.

368. VASCULITIS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL SECUNDARIA A INFECCIÓN POR MYCOPLASMA PNEUMONIAE

J. Ramírez García, J. Antón López y S. Ricart González

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. Hospital San Juan de Dios, Esplugues, Barcelona.

Introducción: *Mycoplasma pneumoniae* es una de las tres especies de *Mycoplasma* que produce infección en humanos. Es extremadamente infrecuente que induzca clínica a nivel neurológico (menos del 1%). Existe bastante controversia acerca de los mecanismos patógenos por los cuales *Mycoplasma pneumoniae* produce clínica a este nivel. Se han postulado dos teorías. Por una parte se piensa en la posibilidad de una infección directa del sistema nervioso con aislamiento del microorganismo en el líquido cefalorraquídeo. Por otra parte se habla de un cuadro postinfeccioso que típicamente aparece de dos semanas a un mes tras una infección respiratoria, a veces subclínica, que se caracteriza por la imposibilidad de obtener el aislamiento del germen en cultivos. Esto es lo que suele ocurrir en la gran mayoría de los casos.

Caso clínico: *Caso 1.* Paciente varón de 7 años y 6 meses que consulta por apraxia motora y desviación de la comisura bucal a la derecha. Se realiza TAC craneal donde se evidencia una lesión hipodensa capsulo-ganglionar izquierda sugestiva de lesión isquémica establecida. Se solicita una angiorresonancia magnética en la que aparece una lesión parenquimatosa en los núcleos de la base y córtex insular izquierdo de origen isquémico sugestiva de vasculitis. Análíticamente no presenta prácticamente alteraciones salvo leucocitosis (50800) con fórmula normal, hemograma normal, autoanticuerpos, ANA, ANCA y anticuerpos antifosfolípidos normales y estudio de hipercoagulabilidad negativo. Factor reumatoide, complemento y serología VHB y VHC normales o negativos. Reinterrogando a la familia refieren un cuadro de faringoamigdalitis una semana previa al comienzo del episodio. Se solicita una angiografía cerebral mostrando anomalías en el calibre y morfología a nivel de los segmentos M2-M3 de cerebral media izquierda sugestivos de vasculitis, detectándose una serología positiva para *Mycoplasma pneumoniae*, IgM e IgG positivas (1:160), por lo que el cuadro se orienta como probable vasculitis del sistema nervioso central secundaria a infección por *Mycoplasma pneumoniae*. *Caso 2.* Paciente niña de 3 años y un mes que consulta por hemiparesia aguda y disartria. Análítica: normal, anticuerpos anticardiolipina ANA negativos, FR y ASLOS normales, complemento normal, PCR normal, anticoagulante lúpico positivo débil. Antitrombina III, proteína S, Factor V leyden ANti ro y anti La negativos, serologías VHB, VHC, VIH. VHA, IgG CMV positivo, IgM negativa, Ac anti *T.Pallidum* negativos, Ac anti *B.Burgdoferi* positivo, Ac anti *M. pneumoniae* positivos > 1/5120, Ac IgG VVZ positivos, IgM negativo, Anti *R. coronii* negativo, PCR *mycoplasma* positivo. LCR: proteínas 33, glucosa 5,6 mmol/l, hematíes 8.000, leucocitos 25, gram negativo, anticuerpos *B. burgdoferi*, *M. pneumoniae* negativo, PCR VVZ y *mycoplasma* negativas. Tóxicos en orina negativos, RM craneal: alteración señal dudosa en caudado izquierdo, RM medular, descenso amígdalas cerebelosas compatible con Chiari I. AngioRM craneal (16/7): afectación núcleos de la base izquierdos en diferentes estadios evolutivos, alteración señal T2 en caudado y putamen izquierdos. Edema citotóxico en difusión en pálido y hemimesencéfalo/pedúnculo cerebral izquierdos. No trombosis. Angiografía (23/7). Al sexto días del tratamiento con corticoides sin alteraciones. EEG y ecocardiograma normal. Ante la sospecha de vasculitis postinfecciosa se realiza tra-

tamiento con corticoides (3 bolos de 30 mg/Kg seguidos de pred 2 mg/Kg/día) y claritromicina mejorando parcialmente la movilidad en la extremidad superior derecha. En estos dos casos se llegó al diagnóstico a través de la sospecha clínica por déficit focal a nivel neurológico (hemiparesia fundamentalmente en ambos casos) y hallazgos sugestivos de vasculitis en la angiografía cerebral y serología positiva para *Mycoplasma pneumoniae*, habiéndose descartado razonablemente otras causas de vasculitis como enfermedades del tejido conectivo fundamentalmente.

369. PLEXOPATÍA BRAQUIAL: IDIOPÁTICA VS TRAUMÁTICA

F. Briceño Procopio¹ y S. Rodríguez Montero²

¹UMEVI. Dirección Provincial INSS.Sevilla. ²S.º Reumatología. Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

Introducción: Presentamos dos casos clínicos de patología del plexo braquial. El interés radica en establecer el diagnóstico diferencial con la patología idiopática del mismo o Síndrome de Parsonage Turner.

Casos clínicos: *Caso 1.* Varón de 49 años, encofrador, sin AP de interés, que presenta pérdida de fuerza en MSI tras accidente laboral en Dic.06 (contusión hombro izquierdo e impacto de codo sobre parrilla costal). Diagnosticado en mutua laboral de discartrosis C5-C7 sin mielopatía, y tendinosis del SE y subescapular, se instaura tratamiento conservador. Destaca ENG-EMG con STC leve-moderado, ST cubital y radiculopatía crónica C7. En TAC tórax elevación hemidiafragma izquierdo considerado como secundario a cervicoartrosis. Tras alta por mutua en enero'06 persiste paresia de MSI sin componente algico. EF: disminución balanceo MSI en la marcha, abducción activa 40°, antepulsión 50°, rotaciones a grados medios con balance muscular de hombro 3/5, bíceps 3-/5, tríceps 4+/5, y carpo-mano 4/5. ROT estiloradial, bicipital y tricipital ausentes en MSI, amioatrofia deltoidea, bíceps, SE e IE; MSD normal. No dolor ni déficit sensitivo. Se solicita nuevo ENG-EMG (junio 08) por sospecha de plexopatía traumática: pérdida significativa de unidades motoras en deltoidea, bíceps, SE e IE. Se diagnostica de afectación neurógena crónica C5-C6 en el contexto de plexopatía braquial izquierda con afectación severa axonal crónica de tronco superior, en probable relación con accidente de 2006, y STC sensitivo leve izdo. *Caso 2.* Paciente de 38 años, jornalero agrícola. En IT desde 03/07/08 por cervicobraquialgia. Es derivado a neurocirugía donde se le realiza una RMN c. cervical: sin interés patológico. Explorado posteriormente se apreció importante afectación musculatura hombro y escápula izda con balance muscular: deltoidea, SE e IE: 1/5 con atrofia importante (+++), y a nivel de trapecio 4+/5. Ante la sospecha de posible afectación neuromuscular se realiza EMG con resultado de fibrilaciones +++ en deltoidea sin fasciculaciones, patrón de reclutamiento reducido y disminución de amplitud P.U.M en deltoidea, SE e IE; sin signos de reinervación, y signos de denervación activa importantes. ENG: daño axonal persistente en n. circunflejo y supraescapular. Se diagnostica de Sd de Parsonage Turner (neuralgia amiotrófica de Hombro) con axonotmesis de n. de cintura escapular.

Conclusiones: El Sd. de Parsonage Turner o plexitis braquial, es una neuritis del tronco braquial superior, bilateral en un 25% de los casos. Incidencia: 1,5/100.000 habitantes, predominio en varones, 2.^a-3.^a décadas de la vida. La forma típica es idiopática (puede coexistir con infecciones, vacunaciones o arteritis temporal). Consta de: fase de neuritis (con dolor M.S.), fase de parálisis y amioatrofia (deltoidea, SE, IE o serrato ant.) y fase de recuperación (6-12 meses) sin secuelas, ocasionalmente algún déficit motor permanente. Ocasionalmente afecta a la musculatura de mano y dedos. Enfermedad infrecuente pero a tener en cuenta en cuadros de dolor proximal de MMSS si se asocian síntomas o signos neuromusculares. La RMN puede ayudar al diagnóstico: señales hiperintensas en SE, IE por edema muscular 2.º a denervación.

Tabla Resumen 369

	Sd Parsonage-Turner / Neuralgia amiotrófica de Hombro	Plexopatía traumática
Etiopatogenia	Desconocida	Elongación o tracción del plexo. Hiperextensión lux. Escápulo humeral
Clínica	50% asoc. A. temporal, vacunas, infecciones Dolor ritmo inflamatorio hombro y proximal MS 25% bilateral	Déficit motor sin dolor
EF	Amiotrofia 2. ^a Paresia abducción y elevación MSI Flaccidez Ocasional hipoestesia n. circunflejo Afectación diafragmática uni/bilateral	Amioatrofia deltoidea, bíceps, SE e IE alt BM: deltoidea, bíceps, tríceps, ext. manos y carpo ROT: bicipital y estiloradial ausentes Elevación Hemidiafragma izdo.
Pronóstico ENG-EMG	Reversible (años) Intenso patrón de Denervación con pérdida de U. Motoras	Variable Plexopatía tronco superior izdo (axonal), severa y crónica
RMN	Edema neurogénico (lesión hiperintensa muscular) en músculos SE, IE	

370. CONTRIBUCIÓN DE LA RADIOLOGÍA DE COLUMNA EN LA VALORACIÓN EN URGENCIAS DE LA LUMBALGIA Y DORSALGIA AGUDAS ATRAUMÁTICAS

M. Prieto Morales, C. Guillén Astete, A. Lois Iglesias, A. Boteanu y J. Bachiller Corral

Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: La patología musculoesquelética atraumática es un motivo frecuente de consulta en nuestro servicio de urgencias (SU). En nuestro hospital, este tipo de patología es atendida por un equipo médico conformado por residentes de segundo y tercer año de todas las especialidades médicas. En un estudio realizado previamente para valorar la adherencia a los protocolos de conducta ante este tipo de patología observamos una elevada prevalencia de solicitudes de pruebas de imagen. Los protocolos revisados no reconocen justificada la realización de radiografías en casos de lumbalgia y dorsalgia aguda atraumática salvo en situaciones muy puntuales. El propósito del presente estudio ha sido determinar el efecto de la información aportada por la radiología en la conducta terapéutica para el manejo de estos casos.

Método: Se realizaron dos encuestas a 29 médicos residentes de segundo y tercer año. En ellas se presentaron cuatro de casos (2 de lumbalgia y 2 de dorsalgia atraumática). Solamente en 1 caso de lumbalgia y en 1 de dorsalgia se aportó la información de una radiografía relacionada con la región motivo de consulta. En la primera encuesta la información radiológica se aportó en el caso 1 y 3 y en la segunda encuesta en el caso 2 y 4. Los encuestados dispusieron de un día para leer y responder a un cuestionario de respuesta múltiple con alternativas mutuamente excluyentes. Entre las realizaciones de las 2 encuestas se esperó un plazo de 2 días. La información radiológica no mostraba alteraciones óseas (blásticas o líticas), compromisos grosos del canal medular ni aplastamientos vertebrales en ningún caso. La encuesta abarcó tres aspectos por cada caso planteado: Recomendaciones generales (Reposo/Ejercicios), tratamiento farmacológico (Primer, Segundo y Tercer escalón OMS) y destino de derivación (MAP, Consultas de Reumatología, Consultas de Rehabilitación). Se consideró como modificación de actitud a cualquier elección distinta de alternativa entre una encuesta y otra.

Resultados: De los 29 médicos entrevistados, sólo 22 completaron las dos encuestas dentro del plazo solicitado. Cinco respondieron sólo una y 2 lo hicieron en más tiempo del acordado. De los 22 mé-

dicos, 16 (72,2%) fueron residentes de tercer año. El total de casos estudiados fue 88 (4 casos por encuesta completamente contestada). Recomendaciones generales: un 81,8% de las respuestas (72/88) no se modificaron al tener información radiológica complementaria. Tratamiento farmacológico: Un 77,2% de las respuestas (68/88) no se modificaron al tener información radiológica complementaria. De las 20 respuestas diferentes, 16 (80%) redujeron la escala analgésica OMS tras obtener información radiológica. Destino de derivación: Un 79,5% de las respuestas (70/88) no se modificaron al tener información radiológica complementaria. De las 18 respuestas diferentes, 16 (88,8%) fueron enviadas a un Servicio de Reumatología cuando previamente habían sido remitidas a Atención Primaria.

Conclusiones: El presente estudio permite concluir que la información que aporta la radiología a los médicos a cargo de la valoración de las urgencias musculoesqueléticas traumáticas modifica la conducta final en términos de medidas generales, tratamiento farmacológico y destino al alta en menos de un 25%. La radiología sin signos de patología grave, condiciona en esta proporción de casos que la actitud terapéutica sea menos agresiva pero que la derivación al alta sea más especializada. Creemos oportuna la difusión de los protocolos de manejo de la patología musculoesquelética en urgencias para disminuir la solicitud innecesaria de pruebas radiológicas.

371. CAMBIOS PSICOLÓGICOS EN PACIENTES CON ESPONDILOARTROPATÍAS EN TRATAMIENTO BIOLÓGICO. ESTUDIO DESCRIPTIVO PREVIO A ESTADÍSTICO: RECOGIDA DE DATOS Y VALORACIÓN DE ANSIEDAD RASGO DE PACIENTES RECLUTADOS

R. Morlà Novell, H. Corominas, M. Moreno, V. Hernández, E. Sirvent, V. Ortiz, P. Reyner, M. Sala, G. Salvador, A. Sellas, V. Torrente, C. Masuet, C. Pallarés y X. Juanola

Xarxa Hospitalària de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona. Hospital Creu Roja. Barcelona. Hospital Parc Taulí. Sabadell. Hospital Clínic i Provincial. Barcelona. Hospital Els Camils. Vilanova i la Geltrú. Hospital de Granollers. Granollers. Hospital de Santa Caterina. Girona. Hospital de Figueres. Figueres. Hospital Mútua de Terrassa. Terrassa. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. Hospital Universitari de Bellvitge. Hospitalet del Llobregat. Unitat de Soport a la Recerca i Desenvolupament. Psicologia Clínica. Hospital Universitari de Bellvitge. Hospitalet del Llobregat. Barcelona.

Introducción: Las espondiloartropatías se relacionan con estados de depresión y ansiedad. Es conocido también, que los tratamientos con fármacos biológicos mejoran la sintomatología, la calidad de vida y la exploración física de estos pacientes, pero desconocemos si también el estado emocional.

Objetivos: El objetivo global del trabajo es el de conocer los cambios psicológicos que implican el uso de fármacos biológicos en pacientes con espondiloartropatías. El objetivo de este estudio previo es el de presentar la población obtenida en la recogida de datos y valorar la posible interferencia de personalidad con rasgo de ansiedad en esta población en la que se pretende medir ansiedad y depresión.

Pacientes y métodos: Estudio de colaboración de 12 Centros Hospitalarios de Cataluña con pacientes diagnosticados de espondiloartropatía seronegativa. Estos pacientes reciben terapia biológica (infliximab) a dosis de 5 mg/kg/infusión en pauta estándar (2, 6, 14, 22... y cada 8 semanas) en las cuales se recogen parámetros de actividad y funcionalidad de la enfermedad, además de la administración de tests psicológicos, validados para medir ansiedad (STAI-R: rasgo de personalidad ansiosa, STAI-E: estado de ansiedad) que el paciente cumplimenta durante la infusión. Para el análisis estadístico global se trabaja con el paquete estadístico SPSS (V15.0), utilizando medidas de tendencia central y dispersión según test de Kolmogorov-Smirnov. Para el estudio previo, se recogen los valores de STAI-R de

Tabla Resumen 371

	Resultados STAI-R 22 sem.		Total
	No significativos	Positivos	
STAI-R basal	16	6	22
STAI-R 22 sem	72,70%	27,30%	100%
No significativos	66,70%	42,90%	57,90%
STAI-R basal	8	8	16
STAI-R 22 sem	50,50%	50,00%	100%
Positivos	33,30%	57,10%	42,10%
Total	23	14	38
	63,20%	36,80%	100%
	100%	100%	100%

la visita basal (STAI-R B) y final de estudio (STAI-R 22) y se analizan los datos con el test estadístico de χ^2 .

Resultados: Se incluye un total de 62 pacientes con espondiloartropatía seronegativa, con una media de edad de 43,38 años. Son reclutados de 12 centros hospitalarios de Cataluña (H. Bellvitge: 8, C. Girona: 3, H. Camils: 2, H. Creu Roja: 1, H. Figueres: 2, H. Granollers: 5, H. Clínic: 8, H. Vall d'Hebron: 4, H. Parc Taulí: 6, H. Sant Pau: 10, H. Santa Tecla: 7, H. Mútua Terrassa: 6). Los resultados de datos personales se resumen en: casados (44: 71%), con nivel de estudios secundarios (22: 35,3%), en situación laboral en activo (32: 51,6%). Se recogen los datos de valores de STAI-R en la tabla de contingencia que se adjunta. Se mide la posibilidad de diferencias entre STAI-R con el test de χ^2 que con un valor de 0,152 no muestra diferencias significativas entre los resultados en la semana 0 (basal) y en la 22 (final del estudio).

Conclusiones: Hemos descrito la población que va ser objeto de estudio estadístico y hemos constatado que no existen diferencias en la medida de ansiedad-rasgo entre inicio y final. Por tanto, el rasgo de ansiedad en la personalidad no muestra influencia en este estudio, como factor que pudiera interferir en la valoración de los tests psicológicos en el resultado final.

372. TASA DE COMPLICACIONES EN 32 INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS REALIZADAS EN PACIENTES CON PATOLOGÍA INFLAMATORIA ARTICULAR Y QUE RECIBIERON AGENTES ANTI-TNF α

P. Abreu¹, C. Rocha² y A. Malcata¹

¹Servicio de Reumatología, Hospitais da Universidade de Coimbra.

²Servicio de Anestesiología, Hospitais da Universidade de Coimbra, Portugal.

Objetivos: Los agentes anti-TNF α implican un aumento en el riesgo de infecciones. Aunque, existen pocos datos acerca del riesgo de complicaciones después de una cirugía en pacientes con patología reumatológica, simultáneamente, bajo terapéutica biológica. El objetivo del trabajo fue observar el número de complicaciones infecciosas después de cirugía en los pacientes y evaluar el efecto de la interrupción de la terapéutica biológica.

Métodos: Estudio retrospectivo de todos los pacientes tratados con agentes biológicos anti-TNF α que fueron sometidos a intervenciones quirúrgicas. Fue registrado el número de complicaciones y comparado con el tipo de cirugía a la que fueron sometidos, así como el tiempo de suspensión antes de la cirugía. Los porcentajes de infección fueron comparados con aquellas descritas en la literatura (cirugías ortopédicas en pacientes con artritis reumatoide (AR) 7%; cirugía abdominal: 13%).

Resultados: Entre 2004 y mayo 2008, 121 pacientes fueron tratados con agentes biológicos anti-TNF α y de éstos, 21 pacientes tuvieron 32 intervenciones quirúrgicas. La patología articular más frecuentemente asociada a estos pacientes fue la artritis reumatoide (61,9%).

La mayor parte de las intervenciones fueron ortopédicas (62,5%). En 21 cirugías (65,6%) (17 pacientes) se verificó agravamiento del score de actividad de patología en el período posquirúrgico [13 cirugías en pacientes (10) con AR; 3 cirugías en pacientes (2) con artritis psoriásica; 5 cirugías en pacientes (5) con espondilartropatía]. El número total de infecciones fue de 5 (15,6%), todas ellas en el grupo de las intervenciones ortopédicas [número de ocurrencias infecciosas para el grupo de las cirugías no ortopédicas fue 0 (0%)]. En las cirugías ortopédicas (n = 20), las infecciones recientes (< 30 días) ocurrieron en 2 situaciones (10%) y las infecciones no recientes (hasta 1 año) ocurrieron en 3 casos (15%). En todas las cirugías en que ocurrieron las 5 complicaciones infecciosas, los pacientes (4) estaban medica-

dos concomitantemente con prednisona y metotrexato. En estos, el agente biológico suspenso previamente fue el infliximab en 1 caso y el etanercept en los restantes 4.

Conclusiones: A pesar del pequeño número de intervenciones quirúrgicas en pacientes bajo terapéutica biológica parece que la interrupción del agente biológico no disminuye el riesgo de complicaciones infecciosas en el período post-operatorio en el grupo de las cirugías ortopédicas; por el contrario, en el grupo de las intervenciones no ortopédicas (cirugía abdominal, tiroidea, ginecológica, oftalmológica) parece verificarse lo opuesto. La suspensión de estos agentes deberá ser adecuada atendiendo a los riesgos posteriores de efectos, traducido por scores de actividad de patología más elevados.