

3.^a Sesión

Viernes, 21 de mayo

209. RELACIÓN DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR CLÁSICOS, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA ENFERMEDAD Y EVENTOS CARDIOVASCULARES EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

M.G. Bonilla Hernán, C. Plasencia Rodríguez, M.L. Lojo Oliveira, M. García Arias, A. Balsa-Criado y E. Martín-Mola

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Objetivo: Estimar en pacientes diagnosticados de Artritis Reumatoide (AR) la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular clásicos (FRCC), de ciertas características clínicas de la AR y de eventos cardiovasculares (ECV) y evaluar la asociación entre la presencia de FRCC, las características de AR y ECV.

Pacientes y métodos: 191 pacientes diagnosticados de AR según los criterios ACR, que acuden habitualmente a las consultas de nuestro servicio. De ellos 141 (69,3%) son mujeres, la edad media es 61,23 ± 12,75 años. Se estimó 1. la prevalencia de FRCC entendiendo como tales la presencia de hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), hipercolesterolemia (DL), hipertrigliceridemia (HTG), alto índice de masa corporal (IMC) y hábito tabáquico. 2. prevalencia de manifestaciones extraarticulares, erosiones radiológicas, factor reumatoide (FR) y anticuerpos anticitrulinados (anti-ccp). 3. Prevalencia de ECV en pacientes con AR: cardiopatía isquémica (CI), insuficiencia cardíaca (IC), accidentes cerebrovasculares (ACV), isquemia arterial periférica (IAR). 4. Asociación entre la presencia de factores de riesgo cardiovascular y el desarrollo de enfermedad cardiovascular.

Resultados: 1. Prevalencia factores de riesgo cardiovascular: HTA: 42,6% (n = 81), DM: 13,3% (n = 25), DL: 43,1% (n = 81), HTG: 13,1% (n = 24), Obesidad: 19,5% (n = 34), Fumadores: 46,9% (n = 90). 2. Prevalencia características clínicas de AR: manifestaciones extraarticulares: 33 (21%), erosiones: 78% (n = 110), FR positivo: 77,2% (n: 149), anti CCP positivo: 65,2% (n: 126). 3. Prevalencia ECV: CI: 12,4% (n: 24), IC: 1,6 (n = 3) IAR: 2% (n = 4). Dos pacientes presentaron CI e IAR. 4. Asociación de los distintos factores evaluados y la aparición de ECV (OR e 95% IC): HTA: 0,037 (0,009-0,163) p > 0,05, manifestaciones extraarticulares: 1,29 (0,50-3,8) p > 0,05; erosiones: 2,83 (0,62-12,96) p > 0,05 FR: 1,72 (0,69-4,27) p > 0,05 Anti-CCP: 1,22 (0,44-3,97) p > 0,05.

Conclusiones: La prevalencia tanto de factores de riesgo cardiovascular como de enfermedad cardiovascular es elevada en los pacientes diagnosticados de AR. En nuestra serie el evento cardiovascular más frecuente fue la cardiopatía isquémica. En cuanto a los factores de riesgo cardiovascular clásicos y los eventos cardiovasculares se ha encontrado relación en nuestra serie con la HTA, DM, HTG y DL con una p estadísticamente significativa. No hemos encontrado correlación estadísticamente significativa con las manifestaciones extraarticulares, erosiones, FR y antiCCP positivo.

210. ANTICUERPOS EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS: ASCA Y ANCA

E. Calvo, F.J. López-Longo, E. Becerra, C.M. Martínez-Porras, D. Gerona, F. Aramburu, C. Marín, L.M. Martínez-Estupiñán, J.C. Nieto-González, M. Montoro, C.M. González, I. Monteagudo y L. Carreño

Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción: Algunos estudios sugieren que los anticuerpos anti-*Saccharomyces cerevisiae* (ASCA) y anti-citoplasma de neutrófilo humano (ANCA) detectados por técnicas de ELISA pueden ser marcadores de enfermedad de Crohn (EC) y colitis ulcerosa (CU).

Objetivo: Evaluar la presencia de manifestaciones reumáticas, ASCA y ANCA en pacientes con EC/CU y otras espondiloartritis (EspA).

Métodos: Se estudió el suero de 101 pacientes diagnosticados de EC/CU mediante biopsia intestinal entre 1988 y 2005 (55 EC y 46 CU). El grupo control de EspA incluía pacientes con espondilitis anquilosante (EA), artritis psoriásica (APs), artritis reactiva/Reiter (Ar/SR) y EspA indiferenciadas, sin manifestaciones intestinales, seleccionados aleatoriamente. Como control se utilizaron sueros de 50 donantes sanos de edad y sexo similares.

Resultados: Desarrollaron manifestaciones articulares 44 de 101 pacientes (43,6%): artralgiás 12,9%, artritis 26,7%, afectación axial 19,8%, EA 6,9% y entesitis 4%. Dichas manifestaciones fueron similares en los pacientes con EC y CU. Se detectaron ASCA IgG en 30 pacientes (35,7%): 28 (33,3%) en EC y 2 (2,4%) en CU; ASCA IgA en 20 pacientes (23,8%): 19 (22,6%) en EC y 1 (1,2%) en CU; y ANCA en 35 pacientes (47,3%): 9 (12,2%) en EC y 26 (35,1%) en CU. Los pacientes con EC presentaron con mayor frecuencia ASCA IgG e IgA (OR: 30,47; IC: 8,89-104,31). Los pacientes con CU tuvieron con mayor frecuencia ANCA (OR: 9,62; IC: 3,5-26,36). La detección de ASCA o ANCA no se relaciona con las manifestaciones articulares. Se detectaron ASCA en 7 de 187 pacientes con EspA (3,7%), incluyendo 2 de 47 EA, 2 de 39 APs, 1 de 49 Ar/SR y 3 de 52 EspA indiferenciada. No fueron detectados en el grupo control sano.

Conclusiones: Los ASCA se asocian a EC y los ANCA a CU, pero no hay asociación entre la presencia o los títulos de ANCA o ASCA y las manifestaciones reumáticas. La determinación combinada de ASCA y ANCA puede ayudar a diferenciar de forma precoz la EC y la CU en pacientes con EspA, aunque la frecuencia de estos pacientes es baja en EspA sin manifestaciones intestinales, por lo que debe valorarse el costo/beneficio de dicha determinación.

211. EFICACIA A LARGO PLAZO DE CERTOLIZUMAB PEGOL (CZP) MÁS METOTREXATO (MTX) EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDEJ.M. Álvaro-Gracia¹, A. Ortiz¹, E. Tomero¹, A. Casado¹, S. Pérez¹, R. García-Vicuña¹ y P. Talavera²*¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. ²Departamento Médico. UCB Pharma. Madrid.*

Objetivo: Revisar la eficacia clínica y radiográfica de 2 años de tratamiento con CZP + MTX cada 2 sem en pacientes con artritis reumatoide (AR).

Métodos: CZP 200 o 400 mg + MTX/2 sem mostró mayor eficacia que placebo (PBO) + MTX en el tratamiento de la AR durante 1 año (ensayo doble-ciego RAPID1). Los sujetos tratados con CZP + MTX o PBO + MTX que completaron RAPID1 fueron incluidos en una fase abierta (FA), de 1 año más, y tratados con 400 mg CZP + MTX/2 sem. Se presentan resultados de eficacia durante 2 años en: a) pacientes que completaron 1 año de CZP + MTX (RAPID1 CZP + MTX) incluidos en la FA (n = 243, CZP 200 mg + MTX; n = 265, CZP 400 mg + MTX),

con 100 semanas de tratamiento con CZP desde la visita basal (VB); b) sujetos que completaron 1 año de PBO + MTX (RAPID1 PBO + MTX) incluidos en la FA (n = 41), con 100 semanas de seguimiento (52 sem PBO + MTX/48 semanas CZP + MTX); y c) pacientes que se retiraron en la sem 16, del ensayo RAPID1, por falta de respuesta ACR20 e incluidos en la FA. Las evaluaciones de eficacia fueron: grado de progresión radiográfica (PR) (manos, muñecas, pies; mediante cambio respecto VB en puntuación total Sharp modificada [mTSS; extrapolación lineal]), respuestas ACR20/50/70 (imputación no respondedores), cambios respecto VB en DAS28 (VSG) y HAQ-DI (LOCF).

Resultados: De los pacientes RAPID1 CZP + MTX, 95,8% entraron en la FA. De estos, 91,1% tenían al menos 100 sem de exposición a CZP. La inhibición de la PR del daño articular se mantuvo durante 2 años. A los 2 años, el 72,4 y el 77,3% de los originalmente tratados con CZP 200 y 400 mg fueron clasificados como no progresores (cambio mTSS = 0,5 unidades desde VB). Las respuestas ACR20/50/70 y DAS28 se mantuvieron durante 2 años. Se observaron beneficios similares en los que recibieron CZP200 o 400 mg durante el año 1. De los pacientes RAPID1 PBO + MTX, 95,3% entraron en la FA. De estos, 92,7% completaron 100 sem de observación. Los pacientes experimentaron reducciones en los signos y síntomas de la AR en la Sem 52 (respuesta ACR20/50/70 de 63,4, 39,0 y 17,1%) que se mantuvieron al menos hasta la semana 100. mTSS cambió de 2,5U (semana 52) a 2,8U (semana 100), indicando una marcada inhibición de la PR (cambio de sólo 0,3). Se observó una mejoría notable en DAS28 y HAQ-DI, que se mantuvo durante el año 2. De los 393, 390 y 199 pacientes tratados con CZP200, CZP 400 mg y PBO, respectivamente, en RAPID1, 91, 74 y 137 se retiraron en la semana 16. El 95% entraron en la FA. Al recibir tratamiento abierto CZP + MTX, rápidamente alcanzaron respuesta ACR20, 63% en los retirados de PBO y 54% en CZP 400 mg. Las respuestas se mantuvieron al menos hasta la sem 100. Se observaron tendencias similares en las respuestas ACR50/70, HAQ-DI y DAS28, así como beneficios similares en los pacientes que recibieron CZP 200 mg en las primeras 16 semanas.

Conclusiones: CZP + MTX inhibe a largo plazo la progresión del daño estructural y mantiene la mejoría en los signos y síntomas de la AR durante 2 años. En los sujetos que completaron 1 año de tratamiento doble-ciego PBO + MTX, la PR disminuyó al iniciar la FA CZP + MTX, y experimentaron mejorías en los signos y síntomas de la AR que se mantuvieron durante 2 años. Un subgrupo de pacientes no respondedores a CZP o PBO en la fase doble-ciego respondieron rápidamente a CZP al recibirlo de forma abierta. Estos datos sugieren que la respuesta a CZP + MTX, y tal vez otros fármacos en estudio, puede ser subestimada en ensayos doble-ciego, y apoya la práctica de una salida temprana a tratamiento abierto en ensayos clínicos.

212. PAPEL DEL REUMATÓLOGO EN LA VALORACIÓN DE PACIENTES ENVIADOS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA AL TRAUMATÓLOGO DE UN CENTRO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA

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

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

Introducción: Las enfermedades reumáticas son una de las principales causas de incapacidad laboral y constituye el 10-20% de la asistencia sanitaria ofrecida por los médicos de Atención Primaria.

Objetivo: Conocer qué patología del aparato locomotor que se envía al traumatólogo era subsidiaria de ser vistas por un reumatólogo y que beneficios conlleva esta estrategia.

Material y métodos: Un reumatólogo, durante 2 meses consecutivos (noviembre y diciembre de 2009), valoró la información proporcionada en 474 volantes enviados por el médico de Atención

Primaria, con carácter preferente, al traumatólogo de un Centro de Atención Especializada (CAE) de nuestra área de referencia. La lista de espera del traumatólogo en ese centro era superior a los 8 meses. Se consideró patología no reumatológica el dolor osteoarticular de origen traumático y el dolor postquirúrgico (ortopédico o protésico).

Resultados: De los 474 volantes remitidos desde Atención Primaria no se consideró con patología reumatológica a 110 pacientes (23%), por lo que se mantuvieron en la lista de espera de Traumatología. En los 364 pacientes (77%) con patología reumatológica, 59% mujeres y 41% varones con una media de edad de $50 \pm 18,4$ años, los motivos de la solicitud de la consulta se desglosa en la tabla. Los diagnósticos establecidos por el reumatólogo, una vez valorado al paciente, fueron los siguientes: 185 (51%) patología de partes blandas, 91 pacientes (25%) patología degenerativa, 15 pacientes (4%) aplastamientos vertebrales/fracturas derivadas de osteoporosis, 11 pacientes (3%) enfermedad inflamatoria y el resto (17%) presentaban patologías varias (neuropatías por atrapamiento, talalgias, escoliosis...). Al 40,6% de los pacientes se les dio de alta tras la primera visita.

Tabla Resumen 212

Patología	Pacientes (%) (n = 364)
Dorso-lumbalgia	32%
Gonalgia	26,4%
Omalgia	13,5%
Cervicalgia	8,3%
Coxalgia	6,6%
Otros (epicondilitis, talalgia, escoliosis, tendinitis, parestesias manos...)	13,2%

Conclusiones: 1. El 77% de la patología del aparato locomotor enviada por el médico de Atención Primaria al traumatólogo del CAE son patologías reumatológicas. 2. La valoración, por un reumatólogo de los volantes enviados desde Atención Primaria ha permitido una gestión más eficiente en los pacientes con patología del aparato locomotor. 3. El reumatólogo sería el especialista que debería valorar la patología del aparato locomotor en los CAE.

213. EL GRADO DE INFILTRACIÓN MACROFÁGICA CORRELACIONA CON LA PRESENCIA DE MICROTROMBOSIS EN LA NEFRITIS LÚPICA

E. Gonzalo², B. Santiago², M.P. Martínez-Vidal¹, S. Montes³, N. Redondo², E. Loza⁴, J.L. Pablos^{1,2} y M. Galindo^{1,2}

¹Servicio de Reumatología. ²Unidad de Investigación. ³Servicio de Anatomía Patológica. Hospital 12 de Octubre. Madrid. ⁴Fundación Española de Reumatología. Sociedad Española de Reumatología. Madrid.

Objetivo: En estudios previos se ha observado la presencia de microtrombos plaquetarios CD61+ intravasculares en nefritis lúpica independientemente de la presencia de anticuerpos antifosfolípido. Para analizar su significado analizamos su correlación con el grado de infiltración macrofágica CD68+ glomerular o extraglomerular como marcador de inflamación activa.

Métodos: Se analizaron 65 biopsias renales de pacientes diagnosticados de lupus eritematoso sistémico (LES) mediante inmunohistoquímica para CD68 (macrófagos) y la glicoproteína plaquetaria CD61. El grado de infiltración macrofágica, glomerular y extraglomerular, se cuantificó con el programa de procesamiento de imágenes Image J. La expresión de CD61 se calculó analizando el porcentaje de células teñidas. Los datos clínicos en el momento de realizar la biopsia renal y durante un período medio de seguimiento de 7,5 años tras la biopsia, fueron recogidos y analizados en relación con los datos histológicos y la IHQ.

Resultados: En la mayoría de los pacientes con LES se detectó mayor infiltración macrófaga glomerular (94%) o extraglomerular (87%) que en los riñones sanos. Esta infiltración fue mayor en los pacientes con glomerulonefritis proliferativas (tipos III y IV de la OMS) a nivel glomerular ($p < 0,001$) y extraglomerular ($p = 0,003$). El grado de infiltración CD68+ glomerular fue mayor en las muestras con agregados plaquetarios CD61+ ($p = 0,03$). El grado de infiltración CD68+ glomerular fue mayor en los casos que cursaron con hipocomplementemia ($p = 0,01$), microhematuria ($p = 0,02$), y cilindros celulares ($p = 0,03$), y correlacionó con el índice de actividad de la enfermedad SLEDAI ($p = 0,01$), en el momento de realizar la biopsia renal. Por otra parte, los pacientes que cursaron con insuficiencia renal en el momento de realizar la biopsia renal, tuvieron más infiltración media macrófaga extraglomerular ($p = 0,03$). La presencia de agregados plaquetarios CD61+ y la densidad de infiltración macrófaga CD68+ no se relacionaron con el grado de respuesta al tratamiento, evolución de la función renal o la tasa de recidiva de la nefritis.

Conclusiones: En las glomerulonefritis lúpidas proliferativas, el grado de infiltración macrófaga glomerular y extraglomerular correlaciona con los datos de afectación aguda de la función renal. La presencia de microtrombosis aguda correlaciona bien con el grado de infiltración celular. Sin embargo, ninguno de estos parámetros inmunohistoquímicos puede considerarse un buen marcador pronóstico de la evolución de la función renal ni de respuesta al tratamiento.

214. AUMENTO DEL INTERVALO O DISMINUCIÓN DE DOSIS DE ETANERCEPT EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

V. Navarro Compán, V. Moreira Navarrete, C. Vargas Lebrón, R. Ariza Ariza y F. Navarro Sarabia

Servicio de Reumatología. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: Los agentes anti-TNF han demostrado eficacia en el tratamiento de la espondilitis anquilosante (EA) a dosis estándares. Sin embargo, aún no existe evidencia respecto a la posibilidad de disminuir la dosis o incluso suspender el tratamiento en aquellos pacientes en remisión, lo cual supondría una gran reducción de costes.

Objetivo: Evaluar la actividad de la EA tras el aumento de intervalo o disminución de la dosis de etanercept. Determinar el porcentaje de pacientes con reducción de dosis de fármacos anti-TNF.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo. Fueron incluidos 55 pacientes con EA y terapia anti-TNF y se seleccionaron aquellos pacientes que redujeron la dosis o aumentaron el intervalo interdosis establecido (infliximab-5 mg/kg cada 6 semanas, etanercept-50 mg semanal y adalimumab-40 mg bisemanal). Los pacientes se revisaron cada 3 meses realizándose recogida sistemática de los datos de actividad clínica. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, duración de la enfermedad, HLA-B27, fármaco anti-TNF, posología y, tiempo de tratamiento, BASDAI y PCR antes y después de la reducción de dosis. Se realizó análisis estadístico descriptivo (SPSS16.0).

Resultados: Se identificaron 14 (25,5%) pacientes con menor dosis de la estandarizada, de los cuales 92,9% eran varones y 7,1% mujeres, de edad media 46 ± 14 años, y con una evolución de la enfermedad media de 10 años. El 84,6% era HLA-B27 positivo. Todos los pacientes realizaban tratamiento con etanercept, con la siguiente pauta administración: 25 mg semanales (28,6%), 25 mg cada 10 días (7,1%), 25 mg cada 15 días (14,3%), 50 mg cada 8 días (14,3%) y 50 mg cada 10 días (35,7). El tiempo medio de tratamiento con anti-TNF antes y después de la reducción de dosis era 18 ± 12 meses y $27,5 \pm 21$ meses, respectivamente. Los valores medios de actividad de la enfermedad antes y 6 meses después de la disminución de dosis eran BASDAI 1,9 vs 1,5 y PCR 2,9 vs 2,1, respectivamente. No se observó un incremento medio de estos parámetros a los 6 meses.

Conclusiones: La disminución de la dosis estándar de etanercept en los pacientes con EA no se asocia con un aumento de la actividad de la enfermedad, lo cual podría disminuir el gasto farmacológico de forma significativa. El 25% de nuestros pacientes recibe actualmente menos de 50 mg a la semana de etanercept.

215. CAMBIO/ROTACIÓN DE TERAPIAS BIOLÓGICAS EN UNA COHORTE HOSPITALARIA DE 10 AÑOS DE SEGUIMIENTO

A. Lois Iglesias, F. Guillén Astete, M. Ahijón Lana, A. Boteanu, M. Prieto Morales, C. Murillo Romero, F.J. Orte Martínez y A. Zea Mendoza

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

Introducción: A pesar de los buenos resultados en el tratamiento de la mayor parte de enfermedades reumatológicas autoinmunes con tratamientos biológicos, existen pacientes que no responden apropiadamente a la terapia, bien desde el principio o bien que pierden los beneficios inicialmente alcanzados. A este grupo de pacientes se suman aquellos que desarrollan efectos adversos relacionados directamente con el tratamiento (alergias o toxicidades) y aquellos que se relacionan con la inmunosupresión añadida que producen estas terapias. El cambio de terapia biológica supone una decisión que debe ser individualizada en función de la enfermedad, de las características del paciente y de la diana farmacológica conocida. El propósito del presente estudio es resumir la experiencia de nuestro servicio en el cambio de terapias biológicas.

Métodos: Utilizamos el registro de tratamientos biológicos de nuestro servicio que incluye 551 indicaciones de tratamientos biológicos entre abril de 1999 y diciembre de 2009. Se incluyeron los pacientes que recibieron al menos un tratamiento biológico. De los registros analizados, 301 correspondieron a AR (54,6%), 93 a AIJ (16,8%), 90 a espondiloartropatías (16,3%), 33 a artritis psoriásica (5,9%) y 34 (6,1%) a otras enfermedades (LES, miositis inflamatoria, G. Wegener, CINCA, poliartritis crónica no filiada y sarcoidosis). En 436 indicaciones (79,13%) no se requirió cambio de biológico, ya fuera por buen control o por alcanzar criterios de remisión y suspensión del mismo. Para el estudio se organizaron los datos en grupos con cambios de biológicos asignando a cada paciente un primer y segundo fármaco. Con esa estrategia se analizaron los motivos de cambio de terapia y los resultados de dicho cambio.

Resultados: Un total de 115 tratamientos fueron modificados: 66 (57,3%) por ineficacia, 19 (16,5%) por reacciones alérgicas, 6 (5,2%) por infecciones graves (3 de ellas TBC), 6 (5,2%) por desarrollo de lesiones dermatológicas importantes, 5 (4,3%) por aparición de neoplasias (2 hematológicas y 3 sólidas), 4 (3,5%) por planificación familiar, 2 (1,7%) por razones administrativas, 1 (0,8%) de modo voluntario y el resto por otras causas (5,5%). La tabla muestra los fármacos utilizados antes del cambio, los motivos de cambio más frecuentes y los resultados con el cambio de tratamiento en las cuatro patologías más prevalentes de nuestra serie. De 56 casos de ineficacia con fármacos a-TNF, 31 (55,3%) se resolvieron con otro fármaco a-TNF. Por otro lado 6 de 12 casos de alergias que motivaron el cambio de terapia a-TNF no presentaron nuevas reacciones alérgicas con otro a-TNF. Nuestra revisión incluye pocos cambios a otras dianas terapéuticas.

Discusión: El cambio de terapia biológica es una necesidad que se presenta en una proporción baja de pacientes. En nuestra serie, la razón más frecuente del cambio fue el fallo primario o secundario. Aún a pesar de que la diana terapéutica es la misma, nuestras observaciones indican que existe más de un 50% de probabilidad en que el fracaso de un tratamiento biológico no suponga el fracaso de otro aunque compartan la misma diana. Es necesaria una profunda revisión

Tabla Resumen 215

		Segundo fármaco				
		Adalimumab	Etanercept	Infliximab	Rituximab	Anakinra
Primer Fármaco	Adalimumab		Total 14 Fallo 1º: 3 (2) Fallo 2º: 7 (4) Aler: 3 (3) Infe: 1 (1) Onc: 0 (0)	Total: 7 Fallo 1º: 2 (2) Fallo 2º: 3 (3) Aler: 1 (0) Infe: 0 (0) Onc: 0 (0) Otros:1 (1)	Total: 5 Fallo 1º: 0 (0) Fallo 2º: 3 (0) Aler: 0 (0) Infe: 0 (0) Onc: 0 (0) Otros:2 (1)	Total: 1 Fallo 1º: 0 (0) Fallo 2º: 1 (1) Aler: 0 (0) Infe: 0 (0) Onc: 0 (0)
	Etanercept	Total: 18 Fallo 1º: 2 (1) Fallo 2º: 15 (9) Aler: 1 (1) Infe: 0 (0) Onc: 0 (0)		Total 7 Fallo 1º: 0 (0) Fallo 2º: 5 (3) Aler: 1 (1) Infe: 0 (0) Onc: 0 (0) Otros:1 (1)	Total: 4 Fallo 1º: 0 (0) Fallo 2º: 2 (1) Aler: 0 (0) Infe: 1 (1) Onc: 0 (0) Otros:1 (1)	Total: 3 Fallo 1º: 0 (0) Fallo 2º: 3 (3) Aler: 0 (0) Infe: 0 (0) Onc: 0 (0)
	Infliximab	Total: 11 Fallo 1º: 0 (0) Fallo 2º: 5 (2) Aler: 2 (1) Infe: 1 (1) Onc: 0 (0) Otros:3 (1)	Total: 18 Fallo 1º: 1 (1) Fallo 2º: 9 (4) Aler: 4 (0) Infe: 3 (1) Onc: 0 (0) Otros:1 (0)		Total: 3 Fallo 1º: 0 (0) Fallo 2º: 1 (1) Aler: 0 (0) Infe: 0 (0) Onc: 2 (2)	Total: 2 Fallo 1º: 0 (0) Fallo 2º: 1 (1) Aler: 0 (0) Infe: 0 (0) Onc: 0 (0) Otros:1 (1)
	Rituximab	Total: 2 Fallo 1º: 0 (0) Fallo 2º: 2 (1) Aler: 0 (0) Infe: 0 (0) Onc: 0 (0)	Total: 1 Fallo 1º: 0 (0) Fallo 2º: 1 (1) Aler: 0 (0) Infe: 0 (0) Onc: 0 (0)	Total: 2 Fallo 1º: 0 (0) Fallo 2º: 0 (0) Aler: 0 (0) Infe: 0 (0) Onc: 0 (0) Otros:2 (0)		
	Anakinra	Total: 1 Fallo 1º: 0 (0) Fallo 2º: 1 (0) Aler: 0 (0) Infe: 0 (0) Onc: 0 (0)	Total: 1 Fallo 1º: 0 (0) Fallo 2º: 1 (0) Aler: 0 (0) Infe: 0 (0) Onc: 0 (0)	Total: 0 Fallo 1º: 0 (0) Fallo 2º: 0 (0) Aler: 0 (0) Infe: 0 (0) Onc: 0 (0)		

Aler: alergias; Fallo 1º y 2º: ineficacia antes o después de 6 meses; Infe: infecciones; Onc: neoplasias; Número de cambios de tratamiento (número de pacientes con buen control clínico después del cambio).

sión de los casos observados para la comprensión de este fenómeno.

216. PSORIASIS CUTÁNEA Y LESIONES PSORIASIFORMES COMO ACONTECIMIENTOS ADVERSOS EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON TERAPIAS BIOLÓGICAS EN ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS

F. Antón Pages, C. Guillén Astete, M. Prieto Morales, A. Lois Iglesias, A. Boteanu, M.A. Blázquez Cañamero, F.J. Bachiller Coral y A. Zea Mendoza

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

Introducción: La aparición de psoriasis como acontecimiento adverso durante el uso de tratamiento biológico, ha sido descrita previamente

en pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS) excluyendo artritis psoriásica, previamente tratados con fármacos biológicos (particularmente con fármacos aTNF) y sin antecedentes personales o familiares de psoriasis. No se conocen por completo los mecanismos capaces de explicar este fenómeno. El propósito de la presente revisión ha sido resumir la casuística de lesiones psoriasiformes o psoriasis en la cohorte de pacientes que seguimos en nuestro servicio por EAS y que reciben tratamientos biológicos.

Métodos: Se utilizó la información proveniente de los registros de seguimiento de tratamientos biológicos en nuestro servicio (1999-2009) que incluyen 463 indicaciones de tratamientos biológicos (551 considerando las modificaciones de protocolo sin cambio de fármaco). Se revisaron la serie de acontecimientos adversos reportadas desde nuestro servicio al BIOBADASER para identificar la aparición de psoriasis o lesiones psoriasiformes en pacientes con

Tabla Resumen 216

Caso	Sexo	AP psoriasis	AF psoriasis	HLA B27	T. biolog	Edad biolog	Tiempo tto biolog (meses)	Tipo de lesión psoriásica	Cambio biológico
1	F	N	N	I	ETN	47	54	Psoriasis en placas	-
2	M	N	N	+	ETN	54	39	Prurigo, eczemas numulares	ADM
					ADM	58	8	Psoriasis pustulosa	-
3	F	N	N	I	ETN	63	16	Eritrodermia psoriásica generalizada	-
4	F	N	N	I	ADM	31	10	Dermatitis espongiótica	ETN
					ETN	32	5	Ninguno	-
5	F	N	N	I	ADM	37	6	Dermatitis espongiótica	ETN
					ETN	39	35	Ninguno	-
6	M	S	S	+	IFM	18	36	Psoriasis en placas	-
7	F	N	N	I	IFM	72	117	Dermatitis psoriásica	RTM
8	F	N	N	I	ETN	38	24	Ninguno	-
					ETN		15	Psoriasis en placas	-

F: femenino; M: masculino; I: no determinado; ADM: adalimumab; ETN: etanercept; RTM: rituximab; IFM: infliximab.

diagnóstico de EAS excluyendo la artritis psoriásica. Se revisaron las historias clínicas de estos pacientes y se recogieron datos epidemiológicos, clínicos y de seguimiento.

Resultados: En nuestra cohorte de pacientes encontramos 8 casos de psoriasis o lesión psoriasiforme. El caso 1 fue diagnosticado de artritis reumatoide (AR) FR (-), los casos 2, 3, 5, 7 y 8 de AR FR (+), el caso 4 de espondilitis anquilosante y el caso 6 de espondiloartropatía psoriásica juvenil sin cursar con psoriasis cutánea al inicio del tratamiento biológico. Todos los pacientes recibían metotrexate como FAME, el caso 5 recibía adicionalmente leflunomida y el caso 6 salazopirina. En todos los casos el diagnóstico de la lesión dermatológica fue realizado por un dermatólogo y el tratamiento fueron corticoides tópicos. En el caso 3 se añadió ciclosporina. En los casos 1 y 7 la remisión fue completa. En el caso 2 los eczemas numulares y el prurigo resolvieron por completo mientras que la psoriasis pustulosa remitió parcialmente. En el resto de casos la remisión fue parcial. La serie de casos se resume en la tabla.

Discusión: La aparición de lesiones psoriásicas o psoriasiformes es un acontecimiento adverso cuya aparición es infrecuente. En nuestra serie, se diagnosticó sólo en pacientes que recibieron aTNF. Esta familia de fármacos es con diferencia la que más ha sido indicada en nuestra serie. Consideramos que su relación con esta clase de fármacos y con el perfil clínico basal y epidemiológico de los pacientes afectados debe ser motivo de atención para comprender su fisiopatología.

217. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL ÁCIDO ZOLEDRÓNICO 5 MG EN EL TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS. RESULTADOS A UN AÑO

M.V. Hernández¹, P. Peris¹, A. Monegal¹, R. Reyes¹, L. Gifré¹, A. Martínez-Ferrer¹, S. García¹, L. Álvarez² y R. Guañabens¹

¹Servicio de Reumatología. ²Servicio de Bioquímica Clínica. Unidad de Metabolismo Óseo. Hospital Clínic. IDIBAPS. Universidad de Barcelona.

Introducción: El tratamiento con ácido zoledrónico (ZLD) en la osteoporosis (OP) ha demostrado ser eficaz en la prevención de fracturas. La monitorización de la respuesta terapéutica y el control de sus efectos secundarios son aspectos relevantes en la práctica clínica.

Objetivo: Analizar el efecto del tratamiento con ZLD en el remodelado óseo, los parámetros del metabolismo mineral, la función renal, la densidad mineral ósea (DMO) y el desarrollo de fracturas en pacientes con OP. Comparar la respuesta clínica según tratamiento previo con otros bifosfonatos (BF) y valorar los efectos adversos.

Métodos: Se analizaron de forma prospectiva 41 pacientes con OP (edad $72,2 \pm 9,2$ años; 85% mujeres, 41% con > 3 fracturas vertebrales), que iniciaron tratamiento con ZLD (5 mg/ev/año). Se analizaron los valores de Ca, P, PTH, 25-OH vitamina D, creatinina, PINP sérico (marcador de formación) y NTx en orina (marcador de resorción) antes del inicio de tratamiento, a la semana, a los 6 meses y al año. Se analizó la DMO lumbar y femoral al inicio y al año de tratamiento, y el desarrollo de nuevas fracturas (mediante Rx CD y CL basal y al año, y ante clínica sugestiva de fractura). Se recogieron las características clínicas de los pacientes y los efectos adversos del tratamiento.

Resultados: A la semana de administrar ZLD se observó una disminución significativa del NTX del 69% ($p < 0,000$), que persistió a los 6 (43%, $p = 0,001$) y 12 meses (30%, $p < 0,05$). El PINP disminuyó de forma significativa a los 6 meses de tratamiento (30%, $p = 0,01$) pero no a los 12 meses (18%, $p = NS$). Se observó un aumento significativo (26%) de los valores de PTH ($59,5 \pm 20$ vs $74,9 \pm 25$ pg/ml, $p = 0,009$) a la semana del tratamiento que persistió hasta los 6 meses (6 meses: 20%, $p < 0,01$; 12 meses: 14%, $p = NS$). A los 12 meses de tratamiento se observó un aumento significativo de la DMO en columna lumbar (3,7%, $p = 0,000$) y en fémur total (1,7%, $p < 0,05$). Sólo 1 paciente presentó una nueva fractura vertebral. No se observaron diferencias significativas en los parámetros analizados en relación con el trata-

miento previo con BF. El 31% de los pacientes presentó un síndrome pseudogripal tras la administración de ZLD, aunque éste fue bien tolerado y ningún paciente requirió su retirada por efectos adversos. Durante el seguimiento no se observaron episodios de hipocalcemia, ni alteraciones de la función renal o hepática.

Conclusiones: El tratamiento con ZLD (5 mg/ev/año) se asocia a un aumento de la DMO en columna lumbar y fémur y a una disminución precoz de la resorción ósea que se mantiene al año de administración. El significado y repercusión clínica del aumento de los valores séricos de PTH que se observan con este tratamiento debe ser analizado a largo plazo. El ZLD es bien tolerado en la mayoría de pacientes y no se han observado alteraciones de la función renal con este tratamiento.

218. NEAR STUDY: NEEDS AND EXPECTATIONS IN RHEUMATOID ARTHRITIS – DO WE KNOW OUR PATIENTS NEEDS?

L. Cunha-Miranda¹, L. Costa² y J. Saraiva Ribeiro³

¹Instituto Português de Reumatologia. ²Centro Hospitalar do Alto Minho. ³Departamento Médico Roche. Portugal.

Introduction: Rheumatoid arthritis is a chronic systemic rheumatic disease whose characteristics have a clear impact on the patient's life. The doctor-patient relationship is increasingly based on communication and information transfer. On chronic diseases and especially in RA that information is important for better adherence to therapy but also to a better disease management.

Objective: To determine in a population of RA patients who are the principal sources of information about the disease, unmet needs and level of involvement in the therapeutic decision.

Methods: We applied a questionnaire in person and by telephone about the expected degree and type of information and unmet needs for a population of patients with rheumatoid arthritis fulfilling the criteria of the ACR of the various departments of rheumatology in continental Portugal.

Results: A total of 223 RA patients were questioned, 82,5% females, 48,4% had more than 56 years and the mean duration of disease was superior to 5 years in 69,5% of the patients. Of these 17,5% Percentage found that RA had an impact on quality of life, 15,7% felt that the RA affected the ability to enjoy life and 14,3% had difficulties in conducting daily life. There are tasks that we found to be difficult for our patients Gardening (6.36 on a scale of 0 to 10, sport 5.79) others that are considered basic needs are also difficult: house activities (5.76) sleep (5.08) walking (4.99) and occupational activity (4.86). Regarding the clinical impact of RA, as expected the pain is almost universal (87.9%) but also the majority of patients refer arthritis (78%), pain with movement (65.5%), fatigue (60.1%) and joint deformities (58.3%) as very common symptoms. The reduction in pain (81.2%) general improvement of symptoms (73.1%) in the long term (57.4%) reduction of arthritis (59.2%) appeared as the main concerns of patients with RA. Regarding quality of information 68.2% consider themselves well informed about the disease but these numbers decrease if we consider information about treatment options (46.2%), the concept of remission (20.6%) or recognition of DAS scale (17%). As preferred sources of information about the disease 67.7% elect their rheumatologist, 31.4% the general practitioner 17% the Internet and 9% nurses. The same order is obtained if we ask about information about treatments. The additional information needs are: more information about therapies/treatments (26.9%), new developments in science and social support (17.5% each), how to improve symptoms and live better lives (16.6%) and what is the disease (6.7%). Only 8.1% consider themselves well informed. 56.1% of patients say that they share the clinical decision about medication with their doctors.

Conclusions: These results somewhat different from the existing literature demonstrates that there are important issues both in clinical and regarding unmet needs among our patients that we should consider in

our clinical practice. We should keep in mind that pain, well being and disease activity (remission) should be important goals in therapeutic strategies that are to be increasingly shared with our patients.

219. EMBARAZO EN PACIENTES CON ARTRITIS CRÓNICA

C. Chalmeta Verdejo¹, N. Fernández-Llanio¹, J.A. Román-Ivorra¹, J. Ivorra-Cortés¹, J.J. Alegre-Sancho¹, M. González-Izquierdo², E. Beltrán-Catalán¹, C. Alcañiz-Escandell¹, E. Valls-Pascual¹, I. Martínez-Cordellat¹ y M. Fernández-Matilla¹

¹Servicio de Reumatología. ²Servicio de Ginecología. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

Introducción: Mecanismos de tolerancia inmunológica han sido implicados en la mejora de la sintomatología de las pacientes con artritis reumatoide y otras enfermedades inflamatorias articulares crónicas durante el embarazo; sin embargo, el 90% tiene una reagudización de la enfermedad en las semanas o meses después del parto. Por lo que respecta a los efectos de la enfermedad sobre el embarazo, el índice de fertilidad es normal, pero se ha descrito un ligero aumento en la frecuencia de abortos espontáneos y de muerte perinatal.

Objetivo: Evaluar la influencia de la artritis crónica sobre la fertilidad y la gestación, así como la influencia del embarazo sobre la actividad de la enfermedad.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con artritis crónica: artritis reumatoide (AR), artritis psoriásica (APs), reactivas (AReact), espondiloartropatía (EA) y artritis idiopática juvenil (AIJ) en las que hemos efectuado seguimiento durante la gestación. En todas ellas se han recogido datos de fertilidad, el tratamiento utilizado para control de su enfermedad previo a la gestación y durante la misma, la aparición de síntomas de la enfermedad durante la gestación y el tratamiento aplicado y actividad de la enfermedad tras la gestación.

Resultados: un total de 13 pacientes con artritis crónica (7 AR, 3 APs, 1AReact, 1EA y 1AIJ) se incluyeron en el estudio. En 3 pacientes con infertilidad, el embarazo se consiguió por trasfusión embrionaria y 1 paciente ha sufrido abortos de repetición. Tratamiento pregestacional: 5 metotrexato (mtx), 4 etanercept + mtx, 1 salazopirina, 1 hidroclicloroquina. Durante la gestación 8 pacientes llevaron tratamiento con prednisona entre 5 y 10 mg/día y el resto sólo utilizó paracetamol para control del dolor. Los brotes de actividad, manifestados como artritis, aparecieron en 5 pacientes y se trataron aumentando la dosis de prednisona oral. En 2 pacientes el parto se produjo de forma prematura antes de la semana 37: 1 por preeclampsia y 1 por retraso del crecimiento intrauterino. Tras el parto, 4 pacientes con AR reiniciaron el tratamiento con mtx, 3 pacientes con lactancia materna presentaron actividad de la enfermedad a las 5 semanas postparto, 1 paciente con EA precisó dosis altas de prednisona por actividad intestinal, 2 pacientes sólo utilizaron paracetamol, 1 paciente AINE y 2 están pendientes de parto.

Conclusiones: La mayoría de las pacientes con artritis crónica en nuestro estudio han permanecido asintomáticas durante el embarazo con dosis bajas de prednisona o paracetamol. Tras el parto, el reinicio precoz del tratamiento farmacológico previene la recidiva de la sintomatología, que puede aparecer a partir de la 5ª semana postparto.

220. EFICACIA Y TIEMPO DE SUPERVIVENCIA DE LA TERAPIA COMBINADA, METROTEXATO Y LEFLUNOMIDA, EN PACIENTES CON ARTROPATÍAS INFLAMATORIAS

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

Hospital Universitari Mútua de Terrassa. Terrassa. Barcelona.

Introducción: Se ha demostrado en diferentes estudios el beneficio de leflunomida (LEF) en combinación con metotrexato (MTX) en

pacientes con respuesta insuficiente a FAMES en monoterapia, así como su adecuada tolerancia y baja toxicidad.

Objetivo: Determinar si la terapia combinada MTX + LEF en nuestra serie de casos de pacientes con artropatías inflamatorias (AR/APso) es eficaz para disminuir la actividad clínica y retrasar el inicio de la terapia biológica. Se valora el tiempo de supervivencia de la terapia y los efectos adversos.

Material y métodos: Se revisan de forma retrospectiva las historias de los pacientes con artropatía inflamatoria controlados en nuestro hospital que realicen o hayan realizado terapia combinada con LEF y MTX. Se describen sus características clínicas y demográficas, la presencia de FR y ACCP. Para evaluar la efectividad del tratamiento se recogen los siguientes parámetros en el momento de iniciar la terapia combinada, a los 3, 6, 12, 18 y 24 meses: DAS28, EVA, VSG, PCR, efectos secundarios y necesidad de inicio de terapia biológica. Para el análisis estadístico se ha usado el paquete SPSS.

Resultados: Se recogen 38 pacientes con artropatía inflamatoria, 29 AR (76,3%, 10H/19M), 8 APso con afectación periférica (21,1%, 4H/4M) y una espondiloartropatía indiferenciada con afectación periférica que fue excluida en la valoración de los resultados. La edad media fue 58,2 ± 11,5 años con una duración media de la enfermedad de 9,4 ± 8,3 años. De las AR 79,3% eran FR+ y el 68,9% ACCP+. De las APso ninguna presentó ACCP y 2 eran HLAB27+. La media de DAS28 al inicio de la terapia combinada fue de 5,1 ± 1,2 en AR y de 4,2 ± 0,8 en APso. A los 12 meses el DAS28 medio fue de 3,9 ± 1,9 en AR y de 3,4 ± 1,2 en APso. A los 2 años de seguimiento existía una supervivencia de la terapia combinada en AR del 17,2% con un DAS28 medio de 3,5 ± 1,4, siendo en la APso del 12,5% con DAS28 medio de 4,5 ± 0. A los dos años 16 pacientes (11 AR/5 APso, 42,1%) pasaron a tratamiento biológico, el 37,9% de las AR y el 62,5% de las APso. El tiempo de supervivencia de la terapia combinada fue de 13 ± 7,8 meses en AR y 12,6 ± 8 meses en APs. De los pacientes que cambiaron a tratamiento biológico el 75% y el 64,3% presentaban ACCP+ y FR+ respectivamente, sin diferencias estadísticamente significativas (p = 0,33 y p = 0,96). Actualmente 17 pacientes persisten con terapia combinada, estando el 35% en remisión clínica por DAS28 (DAS28 < 2,6). Los efectos adversos derivados de la combinación MTX + LEF han sido leves, presentándose en el 23% (n = 9), en forma de malestar general, diarreas, aftas orales, transaminitis y plaquetopenia transitorias y un caso de anemia megaloblástica. En 3 casos fue motivo de retirada del tratamiento. Dos pacientes abandonaron por voluntad propia.

Conclusiones: En nuestra serie de pacientes, existe una disminución de la actividad de la artropatía inflamatoria con la combinación de MTX/LEF que permite retrasar el inicio de terapia biológica, siendo más evidente en pacientes con AR. El porcentaje de pacientes que evitaron el paso a biológico fue mayor en la AR, aunque no fue significativo. El tiempo de supervivencia de la terapia combinada fue similar en ambos grupos. La presencia de ACCP y FR no ha demostrado ser un factor predictor de inicio de terapia biológica aunque es posible que el tamaño de la muestra haya sesgado los resultados. Los efectos adversos fueron leves y parecidos a estudios previos.

221. PSICOTERAPIA DE GRUPO Y MEJORÍA EN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA

V. de Felipe, B. Castel, J. Vidal, M. López, M. Camino, M. Torralba, D. Olivares y D. Huertas

Hospital Universitario de Guadalajara.

Introducción: La valoración de la calidad de vida en pacientes con FM es fundamental pues las patologías que cursan con dolor crónico afectan la capacidad funcional. Por otra parte las limitaciones que van generando pueden provocar sintomatología añadida en la esfera psicológica. Es necesario incluir tratamientos psicológicos para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Objetivo: Estudiar el impacto de la FM en la calidad de vida a través del FIQ. Describir la mejoría con relevancia clínica en el FIQ de una muestra de pacientes con FM después de un tratamiento de psicoterapia grupal. Analizar las variables que predicen dicha mejoría.

Material y métodos: Estudio de intervención no aleatoria de cohorte única, longitudinal y prospectivo. Se realiza tratamiento de psicoterapia grupal integrado en abordaje multidisciplinar a 207 sujetos consistente en 22 sesiones distribuidas en tres períodos (a los 3, 6 y 12 meses) Se aplica Cuestionario de impacto de la FM en la calidad de vida (FIQ) antes y después de la psicoterapia.

Resultados: La mediana del FIQ es de 72,37 IIQ (59,18-83,32). Las escalas más afectadas son: cansancio (Media: 8,26, DE: 1,78) y percepción subjetiva de bienestar (Media: 7,99, DE: 2,59). El 45% de los pacientes tienen un FIQ > 70. Existe una mejoría en el FIQ después de la psicoterapia estadísticamente significativa después de cada uno de los tres periodos (tabla). Considerando que la mejoría en el FIQ con significación clínica es el 14% de disminución en la puntuación total después de la psicoterapia, el 26,3% de los sujetos tienen dicha respuesta después de la primera intervención psicoterapéutica (a los 3 meses), el 43,4% después de la segunda y el 38,1 después de la tercera. Al realizar un análisis multivariante se observa que las variables que predicen de forma independiente una respuesta clínicamente significativa son comorbilidad reumatológica en las dos primeras intervenciones psicoterapéuticas $p = 0,10$ y $p = 0,16$; y mayor nivel educativo al final del todo el tratamiento $p = 0,046$. Aunque no existe asociación estadísticamente significativa hay que destacar que mejoran más quienes ofrecen puntuaciones más altas en el FIQ.

Conclusiones: El impacto en la calidad de vida de pacientes con FM es severo. Existe mejoría en la calidad de vida después de una intervención psicoterapéutica grupal con significación estadística. Más del 30% de los sujetos mejoran con significación clínica. Las variables que predicen la mejoría con relevancia clínica son comorbilidad reumatológica y nivel de estudios.

Tabla Resumen 221

Instrumento	Variable	Intervención psicoterapéutica	Diferencia de medias	IC95% de la diferencia	p
FIQ	Calidad de vida	3 meses	-4,05	-6,2 a -1,88	< 0,0001
		6 meses	-8,01	-10,97 a -5,04	< 0,0001
		12 meses	-6,70	-9,79 a -3,61	< 0,0001

222. USO DEL ACENOCUMAROL COMO TRATAMIENTO DE LA CALCINOSIS EN LA ESCLEROSIS SISTÉMICA. MONITORIZACIÓN CLÍNICA MEDIANTE GAMMAGRAFÍA CON ^{99m}Tc-HDP

J.J. Alegre Sancho¹, E. Caballero Calabuig², I. Chalmeta Verdejo¹, N. Fernández-Llanio¹, J. Ivorra Cortés¹, J.A. Román Ivorra¹, E. Beltrán Catalán¹, C. Alcañiz Escandell¹, M. Fernández Matilla¹, E. Valls Pascual¹ e I. Martínez Cordellat¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

²Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

Introducción: La calcinosis (CC) es una complicación que se asocia a cuadros de dolor, ulceración, infección y discapacidad en los pacientes con esclerosis sistémica (ES). Las opciones terapéuticas habituales son limitadas y los resultados, en general, poco satisfactorios. En algunos estudios se ha utilizado con éxito la warfarina, cuyo uso se fundamenta en la inhibición de la vitamina K, uno de los mediadores en la patogenia de la CC. Sin embargo, en ningún estudio se ha ensayado el acenocumarol (AC) en el tratamiento de esta complicación.

Objetivo: Evaluar la eficacia y seguridad del AC como tratamiento de la CC en la ES, así como el valor de la gammagrafía con ^{99m}Tc-HDP en la monitorización clínica de este tratamiento.

Métodos: Se reclutaron pacientes con ES y CC sintomática refractaria a las terapias habituales (incluyendo diltiazem y bifosfonatos vo/ev) para iniciar tratamiento con AC 1 mg/d vo como uso compasivo. La respuesta al tratamiento se monitorizó de forma protocolizada mediante gammagrafía de cuerpo entero con ^{99m}Tc-HDP, basalmente y cada 6 meses. Las áreas de captación extraesquelética de ^{99m}Tc-HDP fueron consideradas como lesiones de CC, que se confirmaron mediante la exploración física y la radiología simple. Se trazaron unas Regiones de Interés (ROI) dentro de las áreas de CC, cuya actividad (contaje medio por ROI) fue comparada con la de un área de referencia para calcular un cociente que se usó para poder detectar cualquier variación entre la exploración gammagráfica inicial y las de seguimiento. La seguridad del tratamiento fue evaluada por medio de estudios de la coagulación (basal, mensual y, posteriormente, trimestrales).

Resultados: La prevalencia de CC fue del 35% en nuestra serie de pacientes con ES (n: 90). Desde nov-05, 4 pacientes mujeres han iniciado tratamiento con AC: 2 pacientes con ES Difusa y CC extensa con afectación de tejidos blandos en profundidad (músculo, bursas, tendones), y 2 pacientes con ES Limitada y CC acra complicada. La gammagrafía basal resultó útil en el estudio de la extensión de la CC y permitió detectar lesiones "ocultas", no detectables mediante exploración física o radiológica. Dos pacientes fallecieron poco tiempo después de iniciar el tratamiento (muerte no relacionada con el mismo), por lo que no fue posible la monitorización. En los pacientes restantes ha existido una reducción, tanto clínica como gammagráfica, de algunas lesiones de CC. En cambio, esta mejoría no fue radiológicamente evidenciable durante el seguimiento de las pacientes. No se han recogido complicaciones hemorrágicas ni alteraciones en los estudios de coagulación durante el tratamiento.

Conclusiones: En base a nuestra limitada experiencia, parece que el AC podría ser un tratamiento eficaz y seguro en el tratamiento de la CC en la ES. La gammagrafía con ^{99m}Tc-HDP permite complementar la evaluación radiológica y puede ser una técnica de imagen útil en la monitorización de la respuesta terapéutica, facilitando una valoración más objetiva y global de la extensión de la CC.

223. DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON TERAPIA BIOLÓGICA INCLUIDOS EN LA COHORTE VALENCIANA CON ARTRITIS REUMATOIDE PRECOZ (COAR-SVR)

S. Muñoz Gil¹, C. Chalmeta Verdejo², J.A. Román Ivorra², J. Rosas³, R. Noguera⁴, P. Trenor⁵, X. Barber⁶, G. Santos-Soler³, A. Lozano⁷, M. Mínguez⁸, M.P. Martínez-Vidal⁹, R. Martín¹⁰, A. Rueda¹¹, M. Belmonte¹², R. Hortal¹³, A. Sanmartín¹⁴ y el Grupo de Estudio CoAR-SVR

Hospitales de ¹Manises. ²Dr. Peset. Valencia. ³Villajoyosa. ⁴Elche.

⁵Alzira. ⁶Centro de Investigación Operativa de la Universidad Miguel Hernández de Elche y Reumatología. ⁷Villarreal. ⁸San Juan. ⁹General de Alicante. ¹⁰Elda. ¹¹General de Valencia. ¹²General de Castellón. ¹³Gandía.

¹⁴Denia y el Grupo de Estudio CoAR-SVR.

Objetivo: Conocer las características de los pacientes de la Cohorte Valenciana de pacientes con AR precoz (CoAR-SVR) en terapia biológica.

Material y métodos: Estudio transversal de pacientes con AR (criterios ACR) y terapia biológica, de los 381 pacientes incluidos en CoAR-SVR (registro de 14 unidades de Reumatología de la Comunidad Valenciana) desde enero 2006 a diciembre 2009. Tras consentimiento informado se recogen características epidemiológicas, marcadores serológicos, características de la enfermedad y de su tratamiento y se compara con los pacientes sin tratamiento biológico.

Resultados: Se describen 54 pacientes (14,17% de la CoAR-SVR) con AR y terapia biológica. El 70,3% son mujeres y el 68,5% de nacionalidad española. La edad media al diagnóstico de la enfermedad es de

Tabla Resumen 223

FAME/biológico	Abatacept	Adalimumab	Etanercept	Infliximab	Rituximab	Tocilizumab
Ciclosporina A				1 (13%)		
Hidroxicloroquina		2 (13%)	4 (16%)			
Leflunomida		5 (33%)	8 (32%)	2 (25%)	1 (50%)	
Metotrexato oral		4 (27%)	8 (32%)	1 (13%)		1 (50%)
Metotrexato s.c.	2 (100%)	3 (20%)	4 (16%)	3 (38%)		1 (50%)
Sulfasalazina		1 (7%)			1 (50%)	
NA			1 (4%)	1 (13%)		
Total	2	15	25	8	2	2

52,9 ± 11,6 años, el 44,4% con debut como poliartritis y el 24% como oligoartritis. El 37% de los pacientes presentan erosiones óseas en manos/pies (diferencias significativas respecto a pacientes sin biológicos 14,7%; $p = 0,013$). El Factor Reumatoide (FR) es positivo en el 79,6% de los pacientes (diferencias significativas respecto a pacientes sin biológicos 52,2%; $p = 0,020$). El anticuerpo anti-péptido cíclico citrulinado y los anticuerpos antinucleares son positivos en 59,2% y 18,5% de los pacientes, respectivamente. En el cuestionario EuroQol, el 37% refiere mejor o igual estado de salud que los 12 meses previos y alguna dificultad para las actividades cotidianas, con una EVA media de la enfermedad de 51. El 81% de pacientes inició tratamiento con FAME en 1ª visita o al diagnóstico. El 25,9% inició terapia biológica a los 6-12 meses del diagnóstico y el 40,7% tras más de 12 meses. El tiempo medio de tratamiento biológico es de 8,7 ± 9,3 meses. Tabla de medicación de los pacientes de CoAR-SVR con terapia biológica.

Conclusiones: 1. En la CoAR-SVR, los pacientes con terapia biológica tienen más frecuencia de FR y erosiones que los pacientes sin tratamiento biológico. 2. El inicio del tratamiento con FAME es muy precoz. 3. La EVA global del paciente es alta a pesar de la terapia biológica.

224. IMMUNOGLOBULIN (IG) LEVELS IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS (RA) UNDERGOING B CELL DEPLETION THERAPY (BCDT) BASED ON RITUXIMAB. 10 YEARS FOLLOW-UP

I. de la Torre, G. Cambridge, J.C. Edwards, M. Leandro y L. Carreno

Hospital Gregorio Marañón. Madrid. University College Hospital. Londres. R.U.

Method: 137, 85, 48, 30, 18 and 8 RA patients received 1, 2, 3, 4, 5, and ≥ 6 BCDT cycles respectively over 10 years. Baseline and bi-tri-monthly total Ig levels and were measured.

Results: In the 1st cycle, IgG, IgM and IgA levels decreased in 10.2% (14/137), 8.02% (11/137) and 4.37% (6/137). 4, 3 and 4 of these patients had low IgG, IgM and IgA before BCDT. After 2nd, 3rd and 4th cycle, 4 and 2, 1 and 4, 0 and 7 new patients developed low IgG or low IgM respectively. IgG, IgM and IgA levels remained low in 22.2% (4/18), 33.3% (6/18) and 16.6% (3/18) after 5 or more cycles. Mean decrease of total IgM levels was similar each cycle (range: -0.4 g/l, -0.2 g/l) but higher within 1st cycle for IgG (range: -2.2 g/l, -1.2 g/l) and IgA (range: -0.4 g/l, -0.01 g/l). No differences in mean decrease were observed between patients with low Ig levels vs. those with normal levels. Total serum Ig levels rarely decreased below 5 g/l for IgG or 0.2 g/l for IgM. Interestingly patients who showed sustained response after B cell return more frequently developed low IgM compared to those relapsing at B cell return. One patient stopped BCDT, 4 delayed it and 2 had repeated infections due to low Ig.

Conclusions: At nadir, IgG often decreased in 1st cycle, rarely below 5 g/l with a tendency to rise at B cell return. IgM usually decreased after 3rd cycle. Mean decrease per cycle was similar in those patients starting with lower Ig levels (vs these starting with normal levels), being more likely to have hypogammaglobulinemia. Rarely low Ig influenced therapy protocol or was related to infections.

225. SERUM BAFF AND BAFF-R EXPRESSION IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS: EFFECT OF B CELL DEPLETION (BCDT) THERAPY

I. de La Torre, R. Moura, G. Cambridge, J.C. Edwards, M. Leandro y L. Carreño

Hospital Gregorio Marañón. Madrid. Instituto de Medicina Molecular. Rheumatology Research Unit. Lisboa. Portugal. University College London. Londres. R.U.

Objective: B-cell activating factor (BAFF) is important for the maturation of B cells. We examined serum BAFF and BAFF-R expression on naïve and memory B cells in patients with Rheumatoid Arthritis (RA) before BCDT, at B cell return with/without clinical relapse and non-relapsing patients after B cell return.

Methods: Blood samples from 11 normal controls (NC) and 44 RA patients (13 pre-BCDT and 31 after BCDT) were tested for BAFF-R expression (mean fluorescence intensity-MFI) by flow cytometry and serum BAFF by ELISA. After BCDT, B cell repopulated patients were classified as concordant ie relapsing at B cell repopulation (C-R), or discordant (D-R) relapsing > 3 months after repopulation or non-relapsing (D-NR).

Results: BAFF levels pre-BCDT were within normal limits. After BCDT, BAFF levels increased. Relapsing patients showed a significant decrease in both% of positive B cells BAFF-R and MFI in naïve and memory B cells versus NC and pre-BCDT patients. However, there was no correlation between BAFF-R and BAFF levels. In D-NR patients, BAFF-R on naïve and memory B cells was similar to NC and pre-BCDT patients but tended towards a negative correlation with serum BAFF levels.

Conclusions: Negative regulation of BAFF-R has been related to increased circulating BAFF levels. In this study, BAFF levels were related to BAFF-R MFI only in patients who were repopulated, but not relapsing. Down-regulation of BAFF-R expression during relapse, but not in remission, may therefore be related to mechanisms other than serum BAFF levels, such as following ligation of the B cell receptor.

226. EVALUACIÓN DEL EFECTO DE LA EDAD EN LOS LOCIS DE SUSCEPTIBILIDAD A ARTROSIS DE RODILLA

A. González¹, C. Rodríguez-Fontenla¹, Y. López-Golán¹, M. Calaza¹ y J.J. Gómez-Reino^{1,2}

¹Laboratorio de Investigación 10 y Servicio de Reumatología. Instituto Investigación Sanitaria-Hospital Clínico Universitario de Santiago.

²Departamento de Medicina. Universidad de Santiago. Santiago de Compostela.

Objetivo: En los estudios de asociación de enfermedades complejas se suele encontrar un efecto más marcado de los factores genéticos en los pacientes con un inicio de la enfermedad más temprano. En la artrosis no se sabe qué influencia puede tener la edad, pero parece lógico pensar que en los pacientes más jóvenes los factores genéticos pueden ser más predominantes que en los más ancianos, en los que ha habido más exposición a factores ambientales y al desgaste mecánico asociado a factores de riesgo profesionales, traumáticos o de

sobrepeso. El objetivo de este estudio es comprobar el efecto de la edad de inicio de los síntomas en la frecuencia de los alelos de riesgo para artrosis de rodilla.

Material y métodos: Para este estudio se seleccionaron los 5 SNPs más claramente asociados a artrosis de rodilla en la literatura: rs143383 (GDF5), rs4140564 (PTGS2), rs3815148 (GPR22), rs12535761 (GPR22) y rs7639618 (DVWA). Además de estos SNPs se seleccionó el microsatélite en el gen ASPN. Los SNPs fueron genotipados mediante minisequenciado. Para el microsatélite se ha utilizado el tamaño del producto de PCR con uno de los primers marcado con FAM analizado en un secuenciador capilar. Se estudiaron en 254 pacientes con reemplazamiento articular por artrosis de rodilla (TKR). La edad de inicio de los síntomas fue la recordada por el paciente. Los pacientes se estratificaron en grupos de portadores del alelo de riesgo y no-portadores. Las distribuciones de edades en estos estratos se compararon gráficamente mediante Q-Q plots y mediante la prueba de Student. También se realizó un análisis conjunto mediante una regresión lineal entre la edad de inicio de los síntomas y la suma del número de alelos de riesgo en los 6 polimorfismos que portaba cada paciente.

Resultados: No se observa ninguna tendencia hacia que los pacientes portadores de los alelos de riesgo sean más jóvenes que los que no los portan, ni en el análisis gráfico, ni en los análisis individuales con la prueba de Student, ni siquiera cuando se analizan de forma conjunta el número de alelos de riesgo en los distintos polimorfismos. En todo caso, se detecta una tendencia en sentido contrario que no llega a ser significativa.

Conclusiones: No se observa ninguna correlación significativa entre la presencia de los alelos de riesgo para artrosis de rodilla y la edad de inicio de los síntomas. Este resultado es sorprendente y requiere una revisión de los conceptos sobre el efecto de la edad en el inicio de la clínica de la artrosis.

Tabla Resumen 226

Locus	Polimorfismo	Edad media en portadores alelo de riesgo	Edad media en no-portadores
GDF5	rs143383	56,7	56,0
PTGS2	rs4140564	57,0	56,4
COG5	rs3815148	56,9	56,1
COG5	rs12535761	57,1	56,0
DVWA	rs7639618	56,1	59,0
ASPN	14 repeticiones	56,7	55,9

227. EVALUACIÓN DE LAS VARIABLES DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON BIFOSFONATOS ORALES EN PACIENTES OSTEOPORÓTICOS. ESTUDIO LAPSE

J. González Macías¹, N. Guañabens², A. Díez Pérez³, E. Jodar⁴ y M. Muñoz Torres⁵, en representación de los investigadores del estudio LAPSE

¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

²Hospital Clínic i Provincial. Barcelona. ³Hospital del Mar. Barcelona.

⁴Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ⁵Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

Introducción: Existe controversia acerca de los conceptos de “fallo terapéutico” o “no-respuesta” al tratamiento y, en definitiva, los criterios que deben emplearse para tomar decisiones terapéuticas en pacientes con osteoporosis, no están bien definidos. El presente trabajo pretende estimar la proporción de pacientes con diagnóstico clínico de osteoporosis (OP) que no responden al tratamiento con BP orales durante dos años en condiciones de práctica clínica habitual, definiendo la no-respuesta en base a: 1. incidencia de fracturas, 2. el cambio observado en la densidad mineral ósea (DMO) y 3. cambio en los valores de la fosfatasa alcalina (FAT).

Material y métodos: Se realizó un estudio multicéntrico observacional de seguimiento prospectivo de pacientes con diagnóstico clínico de OP que habían iniciado tratamientos con BP orales entre 1 y 2 años antes de la inclusión en el estudio, y que disponían de valores de DMO y FAT previos al inicio del tratamiento. El diagnóstico de OP se estableció según criterios densitométricos (índice T < -2,5 según definición densitométrica de la OMS) o por presencia de fracturas por fragilidad (con osteopenia densitométrica). Se consideró respuesta terapéutica a un incremento en la DMO (T-score) en cuello de fémur o columna lumbar superior o igual a 3,6% o 2%, respectivamente y ninguna fractura por fragilidad en la visita de seguimiento, así como una normalización de los valores de la FAT (valor inferior a 147 UI/l) o una disminución superior o igual al 15%.

Resultados: Participaron en el estudio un total de 122 pacientes, 92,6% mujeres, con 63,9 (± 9,1) años (media [± DE]), IMC 27,1 (± 4,7) kg/m², de los cuales el 54,1% presentó sobrepeso o obesidad tipo I. Un 76,3% de los pacientes completaron el estudio. El diagnóstico de OP fue principalmente por DMO (74,0%), mayoritariamente no presentaron fracturas (59,6%), aunque en un 21,2% detectaron fracturas no vertebrales y en un 16,4% fracturas vertebrales. En el 82,9% de los casos la OP fue primaria. Los valores del T-score en la visita basal vs final fueron de -1,9 (± 1,0) vs -1,7 (± 0,9) en cuello de fémur, -2,2 (± 4,8) vs -1,6 (± 1,0) en fémur total y -3,0 (± 0,9) vs -2,6 (± 0,8) en columna lumbar (L2-L4). Se observó que un 23,8% de pacientes presentaron no-respuesta terapéutica según el valor T-score de la DMO y la presencia de fracturas durante el seguimiento. Cuando se valoró únicamente la DMO se observó una no-respuesta al tratamiento del 22,1% y ésta fue del 6,6% según presencia de fracturas. La evaluación de los valores de FAT mostró una no-respuesta terapéutica del 7,4%. Los pacientes mostraron una baja dependencia personal según la escala de Harris, con una suma total de la puntuación de 3,0 (± 5,7). Las principales comorbilidades fueron hipertensión (34,3%) e hipotiroidismo (11,0%). La valoración del cumplimiento terapéutico según el test de Morisky-Green fue del 56,6%. La medicación concomitante mayoritaria fue calcio y/o vitamina D (36,3%), seguido por antihipertensivos (34,9%), analgésicos (19,9%) y antiulcerosos (19,2%).

Conclusiones: Se observa una importante variabilidad de no-respuesta al tratamiento con BP orales en función de las definiciones propuestas, variando desde un 23,8% (según el valor T-score de la DMO) y la presencia de fracturas) hasta un 6,6% (según presencia de fracturas).

228. FRACASO PRIMARIO Y SECUNDARIO DE TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS INFANTILES

F. Antón Pagés, C. Guillén Astete, C. Macía Villa, M.A. Blázquez Cañamero, M. Prieto Morales, A. Lois Iglesias y M.L. Gámir Gámir

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

Introducción: A pesar de su indiscutible aporte en el tratamiento de pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS) en edad pediátrica, el uso de terapias biológicas está sujeto a la necesidad de cambios de tratamientos ya sea por tolerancia inapropiada, reacciones alérgicas, incremento de infecciones, aparición de infecciones oportunistas o falta de eficacia. El propósito del presente estudio es hacer una revisión de los fracasos terapéuticos de estos fármacos y de las situaciones que han motivado su suspensión así como de los resultados de las modificaciones realizadas.

Material y métodos: Se revisaron las historias clínicas de 78 pacientes que recibieron 100 tratamientos biológicos por EAS pediátricas entre 1999 y 2009. Se analizaron los registros en función del primer tratamiento administrado, valorando el tipo de enfermedad: AIJ (OA: Oligoarticular, PA: Poliarticular, S: Sistémica, Ind: Indiferenciada, Ps: Psoriásica y ArE: Relacionada con entesitis), LES, Vasculitis, autoin-

flamatorias, dermatomiositis; así como el tipo de fallo producido en función de los tiempos de eficacia disponibles en ficha técnica de cada fármaco.

Resultados: Etanercept: fue administrado en 40 casos. 36 de ellos AIJ (10 OA, 8 PA, 11 S, 5 Ps y 1 Ind). 4 casos presentaron uveítis (3 OA y 1 PA). Se produjeron 6 suspensiones por remisión y 9 por fallo secundario. De ellos 4 pasaron a ANK (3 con buena respuesta), 3 pasaron a ADM (2 con buena respuesta y uno con fallo secundario) y 2 pasaron a IFM (uno con buena respuesta y uno con fallo secundario). Hubo una suspensión por toxicidad que se pasó a IFM presentando nueva toxicidad. Infliximab: fue administrado en 24 casos. 22 de ellos AIJ (6 OA, 6 PA, 2 S, 1 Ps, 5 RE y 2 Ind), 1 Behçet y 1 G. Wegener. Un caso presentaba uveítis (OA). Se produjeron 3 suspensiones por remisión (1 OA, 1 PA y 1 RE). Se presentaron 5 casos de suspensión por toxicidad. De ellos 3 pasaron a ETN, 2 a ADM y 1 a RTM con buena respuesta, mientras que 1 pasó a ADM con nueva toxicidad). En 6 casos se suspendió por ineficacia secundaria. De ellos 1 pasó a RTM y 4 a ETN con buena respuesta. En un caso se pasó a ADM con nuevo fallo secundario. Adalimumab: fue administrado en 17 casos de AIJ (6 OA, 5 PA, 4 S y 2 Ind). 5 casos presentaron uveítis (todos OA). Se produjo una suspensión por remisión y 2 por fallo secundario. De estos un caso (PA) pasó a RTM y otro (S) a ANK ambos con buena respuesta. Hubo una suspensión por toxicidad que pasó a RTM con buenos resultados. Anakinra: fue administrado en 11 casos. 9 AIJ S, 1 AIJ Ind y un caso de CINCA. Hubo una suspensión por toxicidad que se cambió a TZM con buenos resultados y otra por fallo secundario que pasó a CAN con buenos resultados. Rituximab: se administró en 5 casos. 1 AIJ PA, 1 AIJ OA, 2 LES y 1 G. Wegener. Se suspendió en un caso de LES por infecciones serias. Tocilizumab: se administró en 1 caso de AIJ S. Canakinumab: se administró en 2 casos de AIJ S. En nuestra serie no hemos tenido ningún fracaso primario. La tabla resume los efectos de los cambios según diana terapéutica.

Tabla Resumen 228

	Cambio por toxicidad	Tasa de éxito en el cambio por toxicidad*	Cambio por fallo secundario	Tasa de éxito en el cambio por fallo secundario
aTNF a aTNF	6	4 (66%)	10	7 (70%)
aTNF a otra diana	2	2 (100)	0	
Otra diana a aTNF	0		7	6 (85,7%)
Otra diana a otra diana	0		1	1 (100%)

*Se definió por toxicidad las reacciones alérgicas severas o alteraciones analíticas sostenidas atribuidas al fármaco.

Conclusiones: Los resultados de nuestro estudio sugieren que cuando el motivo de cambio ha sido la pérdida de la eficacia inicialmente obtenida, la rotación de fármacos biológicos con dianas distintas es más efectiva que cuando se cambian por fármacos de la misma familia terapéutica. El análisis de este fenómeno debe hacerse con poblaciones mayores para poder establecer marcadores que puedan predecir el éxito o fracaso de un cambio de tratamiento.

229. PRECISIÓN DE LA ECOGRAFÍA EN LA DETECCIÓN DE EROSIONES EN LA ENTESIS AQUÍLEA EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS DE INICIO

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

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción: Las espondiloartritis (EspA) son un grupo heterogéneo de enfermedades caracterizadas por la inflamación en la entesis, la cortical adyacente y la sinovial. La ecografía de entesis ofrece ventajas sobre las técnicas de imagen clásicas en la detección y definición

de erosiones. La ecografía en 3 dimensiones (3D) tiene la ventaja de conservar la información volumétrica de la entesis explorada, permitiendo en un análisis posterior comprobar la veracidad de la exploración 2D previa.

Objetivo: Evaluar la precisión de la ecografía en la detección de erosiones en las EspA de reciente comienzo mediante la realización de ecografía 2D y 3D.

Pacientes y métodos: Se incluyeron 36 pacientes diagnosticados de EspA de una consulta del EspA de inicio, pertenecientes al programa Esperanza de la Fundación Española de Reumatología. En todos los pacientes se exploró la entesis aquilea de forma bilateral mediante ecografía 2D y 3D. La ecografía fue realizada por un reumatólogo experto, empleando el equipo General Electric (Logiq 9, Wauwatosa WI, USA), equipado con una sonda linear multifrecuencia 9-14 MHz, y sonda volumétrica 3D 8-15 MHz. Se definió erosión como la presencia de un defecto de la cortical presente en 2 planos perpendiculares. Sólo se consideraron las erosiones que medían 1 o más milímetros en los tres planos. Los resultados previos obtenidos por el explorador en la ecografía en 2D se emplearon para determinar la fiabilidad y la validez de la ecografía en la detección de erosiones. El patrón oro para la detección de erosiones fue el consenso entre 2 lectores después de examinar las imágenes en 2D y 3D. La fiabilidad se calculó mediante el coeficiente de correlación kappa y la sensibilidad y especificidad mediante curvas ROC. Los cálculos estadísticos se realizaron mediante el programa estadístico SPSS 10.5. Se consideraron significativos los valores $p < 0,05$.

Resultados: De los 36 pacientes incluidos en el estudio, 19 (52,77%) eran hombres y 17 (47,22%) mujeres. La edad media fue de 32 años, con un rango de edad entre 18 y 44 años. La duración media de la enfermedad fue de 10,3 meses. En total se exploraron 71 entesis. No se dispuso de la información de un volumen. Se detectaron erosiones en 10 entesis (14%) de 7 pacientes diferentes (19%). Las erosiones se localizaron en la tuberosidad superior del calcáneo y la parte proximal de la entesis. En la tabla se representa la precisión de la ecografía 2D para la detección de erosiones. Su sensibilidad es del 90% y su especificidad del 98,36%. El coeficiente de correlación kappa fue excelente (0,884).

Tabla Resumen 229

Ecografía 2D	Patrón oro		
	Verdaderos positivos	Falsos positivos	
Verdaderos positivos	5	2	7
Falsos positivos	5	59	64
	10	61	71

Conclusiones: En nuestra cohorte de EspA de inicio, el 19% de los pacientes presenta erosiones en la entesis aquilea. La precisión de la detección de erosiones mediante ecografía 2D es muy elevada y la fiabilidad es excelente tras revisar imágenes y volúmenes en 2D y 3D. Estos hallazgos pueden ser útiles en el diagnóstico y la monitorización de los pacientes con EspA.

230. EVOLUCIÓN DEL EMBARAZO EN PACIENTES CON ANTICUERPOS ANTI RO

C. Chalmeta-Verdejo¹, J.J. Alegre-Sancho¹, J.A. Román-Ivorra¹, N. Fernández-Llanio¹, J. Ivorra-Cortés¹, M. González-Izquierdo², E. Beltrán-Catalán¹, C. Alcañiz-Escandell¹, E. Valls-Pascual¹, I. Martínez-Cordellat¹ y M. Fernández-Matilla¹

¹Servicio de Reumatología. Servicio de Ginecología. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

Introducción: La presencia de anticuerpos anti Ro es frecuente en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) y síndrome de Sjögren (SS). Estos anticuerpos atraviesan la placenta en mujeres gestantes y se asocian con complicaciones como la prolongación del intervalo PR y

bloqueo AV; también con el desarrollo de manifestaciones de LES en el recién nacido, fundamentalmente lesiones cutáneas y hematológicas.

Objetivo: Comparar la evolución de la gestación en pacientes con LES y Acs anti Ro respecto a aquellas sin estos Acs.

Métodos: Estudio evolutivo de la gestación de pacientes con LES y/o SS. En todas ellas se determinó la positividad de anticuerpos antinucleares (ANA) y extraíbles del núcleo (ENA). En las pacientes con anti Ro se efectuó un control ecocardio fetal semanal entre las semanas 16 y 26 y cada 2 semanas entre la 26 y 32. Se advirtió a las pacientes de la posibilidad de manifestaciones de lupus neonatal en el recién nacido.

Resultados: Hemos revisado un total de 25 gestaciones de 16 pacientes con anticuerpos anti Ro (15 LES y 1 SS). Los anticuerpos anti Ro fueron positivos en 8 pacientes, de las cuales 4 tenían además Acs anti La. 5 gestaciones terminaron en aborto y 2 fueron recién nacidos pretérmino (1 por bradicardia y 1 por rotura prematura de membranas). 5 pacientes llevaron tratamiento con ácido acetilsalicílico durante el embarazo, 5 con prednisona a dosis baja y 2 antipalúdicos. Todos los RN fueron sanos sin manifestaciones de LES.

Conclusiones: A pesar de que en nuestro grupo de pacientes con Acs anti Ro no hemos documentado complicaciones importantes, las gestantes con anticuerpos anti Ro deben ser estrechamente monitorizadas por la posibilidad de complicaciones cardíacas en el feto a partir de la semana 16 de gestación así como por la posibilidad de LES neonatal.

231. APLICACIÓN DE LOS CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN ESSG, ASAS, AMOR Y ECOGRAFÍA DE ENTESIS EN PACIENTES CON SOSPECHA DE ESPONDILOARTRITIS DE INICIO

C. Castillo Gallego¹, E. de Miguel Mendieta¹, C. Martín Hervás² y E. Martín Mola¹

¹Servicio de Reumatología. ²Servicio de Radiología. Sección de Aparato Músculoesquelético. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción: El diagnóstico de la espondiloartritis (EspA) de inicio presenta un retraso de 6-9 años desde el inicio de los síntomas. Se utilizan diversos criterios de clasificación de EspA y recientemente se han desarrollado los nuevos criterios ASAS, pero no se han validado específicamente en pacientes con sospecha de EspA de inicio.

Objetivo: Valorar el número de pacientes clasificados como EspA según los criterios ESSG, ASAS, Amor y ecografía de entesis en pacientes con lumbalgia inflamatoria o artritis periférica asimétrica en una consulta de EspA de inicio.

Material y métodos: Se estudiaron pacientes con sospecha de EspA de inicio, del Programa Esperanza de la Fundación Española de Reumatología. En la visita basal se realizaba historia clínica, exploración física y el índice ecográfico de entesis MASEI. A todos los pacientes se les solicitaba VSG, PCR y HLA B27, radiología simple (Rx) de pelvis y resonancia magnética (RM) de sacroilíacas, con imágenes potenciadas en T1, T2 con saturación grasa y STIR, además de T1 y T1 con saturación grasa tras la administración de Gadolinio. La lectura de las RM la llevó a cabo una radióloga experta, según los nuevos criterios del grupo ASAS. Tanto la radióloga como el ecografista eran ciegos para los datos clínicos. Se aplicaron los criterios de clasificación del ESSG, de Amor y los nuevos criterios ASAS.

Resultados: 47 pacientes consecutivos, 25 varones (53,2%) y 22 mujeres (46,8%) presentaron datos de lumbalgia inflamatoria o artritis asimétrica con alta probabilidad de ser EspA de inicio. El tiempo medio de evolución desde el inicio de los síntomas era de 10,2 meses (mediana: 7 meses; rango: 3-24 meses). Treinta y dos pacientes (68,1%) cumplían criterios de clasificación ESSG, 29 pacientes (61,7%) tenían ecografía de entesis positiva, 23 pacientes cumplían criterios de Amor (48,93%); 18 pacientes (38,30%) reunían criterios ASAS brazo clínico, 14 pacientes (29,79%) los criterios ASAS brazo imagen y 25 pacientes (53,19%) cumplían los criterios ASAS valorando los 2 brazos conjuntamente (ASAS 2 brazos). Nueve pacientes no cum-

plían criterios ESSG ni ASAS en ninguno de sus brazos, 8 pacientes no cumplían ninguno de los tres criterios (ESSG, ASAS ni Amor). Si la ecografía se incorporara como criterio de afectación de entesis a los criterios anteriores, el resultado sería que los criterios ESSG clasificaban a 42 pacientes (89,36%), los criterios ASAS 2 brazos a 36 pacientes (76,6%), los criterios ASAS brazo clínico a 33 pacientes (70,21%), los criterios ASAS brazo de imagen a 32 pacientes (68,1%), y los criterios de Amor clasificaban a 25 pacientes (53,19%). Tres pacientes no podían ser clasificados pese a añadir la ecografía a los criterios anteriores. Sólo tres pacientes cumplían criterios de sacroileítis en Rx. La RM era positiva en el 36,11% de los pacientes. Dieciocho pacientes eran HLAB27 positivos, todos reunían criterios de clasificación ASAS del brazo clínico, 6 de ellos tenían RM positiva. Siete pacientes HLAB27 negativo cumplían criterios ASAS de imagen por tener RM positiva y ninguno de ellos cumplía criterios de sacroileítis en Rx.

Conclusiones: Los criterios ESSG son los más sensibles en la clasificación de los pacientes con EspA de inicio. La RM es de utilidad en los pacientes HLAB27 negativos. La inclusión de la ecografía de entesis en los criterios de clasificación podría mejorar la sensibilidad en la clasificación diagnóstica de los pacientes con EspA de inicio.

232. ESTUDIO PROSPECTIVO DE EVALUACIÓN DEL DOLOR Y LA CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A VERTEBROPLASTIA PERCUTÁNEA PARA EL TRATAMIENTO DE LA FRACTURA VERTEBRAL

J.C. Fernández-López¹, S. Pértega², J.A. Pinto¹, N. Oreiro¹, J.L. Fernández-Sueiro¹, M. Freire¹, F. Galdo¹, J.M. Lema-Gontad¹, N. Álvarez-Rivas, M.V. Bonome-González³ y F.J. Blanco¹

¹Unidad de Investigación Clínica. Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. ²Servicio de Epidemiología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. ³Centro Salud de Matogrande. A Coruña. Servicio Galego de Saúde.

Introducción: La osteoporosis es la enfermedad metabólica ósea más frecuente, estimándose una prevalencia del 24-40% en las mujeres españolas posmenopáusicas mayores de 60 años. Aunque puede producir cualquier fractura, la más frecuente es la vertebral, estimándose una prevalencia del 12-25%. La clínica característica de la fractura vertebral es el dolor de espalda, la deformidad, la disminución de la capacidad respiratoria y un importante deterioro de la calidad de vida de los pacientes. Como terapia para eliminar o reducir el dolor y para ayudar en la consolidación de la vértebra, aparece en la década de los 80 la vertebroplastia percutánea, técnica que Oue consiste en la inyección de cemento de polimetilmetacrilato en el cuerpo vertebral, accediendo a través de los pedículos vertebrales

Objetivo: Como objetivos primarios del estudio se fijaron la evaluación de la mejoría del dolor y la calidad de vida después de la vertebroplastia. Como objetivo secundario se busco identificar posibles variables predictivas de respuesta a la mejoría del dolor.

Sujetos y métodos: Se trata de un estudio observacional, abierto, prospectivo y no controlado, realizado en un servicio de reumatología. Todos los pacientes incluidos en el estudio estaban diagnosticados de fractura vertebral que no respondieron al tratamiento convencional. Ingresaron en el hospital el día anterior a la realización de la vertebroplastia y bajo los efectos de raquianestesia se accede al cuerpo vertebral por vía transpedicular donde se inyecta el cemento acrílico. La evaluación del dolor se realizó el día previo a la intervención, a las 24-48 h posteriores, al mes y a los tres meses de la vertebroplastia, mediante una Escala Analógica Visual (EVA) de 0 a 100 milímetros. Se definió como respuesta de dolor la mejoría del dolor en un 30% con respecto al dolor previo a la intervención. La calidad de vida se midió mediante el cuestionario sf36, antes de la vertebroplastia, al mes y a los tres meses. Se calcularon la media, desviación típica, Mediana, intervalo de confianza, significación estadística y regresión logística.

Tabla Resumen 232

Dolor	N (%)	EVA dolor prevertebroplastia Media ± DT (mediana)	Media ± DT (mediana)	EVA dolor a las 24-48 h Media ± DT (mediana)	Mejoría a las 24-48 h Media ± DT (mediana)	% mejoría a las 24-48 h Media ± DT (mediana)	p
	50 (92,6)	68,2 ± 23,3 (71)	51 (94,4)	30,5 ± 22,1 (29) 1 mes	37,2 ± 27,9 (39) Mejoría al mes	43,5 ± 72,5 (54) % mejoría al mes	< 0,001
	50 (92,6)	68,2 ± 23,3 (71)	20 (37,0)	34 ± 24,9 (30) 3 meses	33,7 ± 32,0 (23,5) Mejoría a los 3 meses	49,8 ± 40,3 (64,1) % mejoría a los 3 meses	0,002
	50 (92,6)	68,2 ± 23,3 (71)	10 (18,5)	22,7 ± 22,2 (16)	41,7 ± 36,9 (37,5)	57,2 ± 49,3 (78,1)	0,009
Calidad de vida		Prevertebroplastia		1 mes	Mejoría al mes		
Sf 36 Sumario físico estandarizado	43 (79,6)	26,8 ± 7,2 (25,8)	21 (38,8)	27,6 ± 10,2 (27,2)	1,0 ± 6,7 (-0,3)		
Sf 36 Sumario mental estandarizado	43 (79,6)	38,2 ± 12,8 (39,3)	21 (38,8)	46,6 ± 14,3 (49,4)	9,9 ± 15,8 (6,2)		
Sf 36 Sumario físico estandarizado	43 (79,6)	Prevertebroplastia 26,8 ± 7,2 (25,8)	11 (20,4)	3 meses 29,1 ± 9,4 (28,3)	Mejoría a los 3 meses 1,1 ± 11,5 (4,0)		
Sf 36 Sumario mental estandarizado	43 (79,6)	38,2 ± 12,8 (39,3)	11 (20,4)	41,3 ± 13,4 (40,2)	2,3 ± 10,8 (1,1)		

Resultados: Se incluyeron 54 pacientes en el estudio, con una media de edad de 65 años, siéndole 65% mujeres. El 92% de las fracturas eran de origen osteoporótico, localizándose el 56% en una vértebra lumbar. El 66% tenían dolor severo antes de la intervención, el 20% moderado y el 14% dolor leve. El sumario físico estandarizado del sf36 era de 26,8 y el mental de 38,2. La variación en el dolor y en la calidad de vida se indica en la tabla. En un modelo de regresión logística, para predecir mejoría en la EVA de dolor de al menos el 30%, ajustando por edad, sexo, nivel de fractura o el EVA de dolor basal, solamente se encontró significación en la edad, con una Odds Ratio de 1,111 (IC95%: 1,017-1,213).

Conclusiones: La vertebroplastia mejora el dolor, a las 24-48 h, al mes y a los tres meses. El estudio muestra que existe una tendencia a la mejoría en la calidad de vida, tanto en el área física como en la mental. A mayor edad, mayor probabilidad de respuesta en la reducción del dolor.

233. ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL EN TERAPIA BIOLÓGICA: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE RIESGO SOBRE LA APARICIÓN DE ACONTECIMIENTOS ADVERSOS

A. Guillén Astete, C. Macía Villa, M.A. Blázquez Cañamero, A. Boteanu, M. Prieto Morales, A. Lois Iglesias y M.L. Gámir Gámir

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

Introducción: El tratamiento de pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS) infantiles, particularmente la Artritis Idiopática Juvenil (AIJ) ha supuesto una mejoría en el pronóstico a corto y largo plazo. La experiencia de su uso supone la necesidad de un estrecho seguimiento para detectar potenciales acontecimientos adversos (AA). El objetivo del presente estudio es describir la aparición de estos eventos en los pacientes de nuestra cohorte.

Material y métodos: Se revisaron 66 historias clínicas de pacientes con AIJ (clasificación ILAR-Etmonton 2001) que recibieron un total de 90 terapias biológicas (TB). Se analizaron datos epidemiológicos y clínicos al momento del diagnóstico así como todos los AA no relacionados con la evolución de la enfermedad. Los datos fueron ordenados según las categorías clínicas de AIJ y el TB administrado: Etanercept (ETN), Infliximab (IFM), Adalimumab (ADM), Anakinra (ANK), Rituximab (RTM), Tocilizumab (TZM) y Canakinumab (CAN). La aparición de AA se presenta como incidencia en el tiempo de seguimiento hasta diciembre 2009 en función del tratamiento y de las categorías clínicas de AIJ.

Resultados: El 62,0% de los pacientes estudiados fue de sexo femenino. La distribución por categorías de AIJ fue la siguiente: Sistémica 21 (31,8%), Oligoarticular 16 (24,2%), Poliarticular 13 (19,7%), Psoriásica 6 (9,1%), Relacionada con entesitis 5 (7,6%) e Indiferenciada 5 (7,6%). Uveítis en 7 casos (10,6%), 6 de ellos con AIJ oligoarticular y 1 con AIJ poliarticular. El número de tratamientos administrados y su tiempo de seguimiento total fueron los siguientes: ETN 36 (40,0%), 1088,6 meses; IFM 22 (24,4%), 1011,4; ADM 17 (18,9%), 411,9; ANK 10 (11,1%), 259,0; CAN 2 (2,2%), 6,0; RTX 2 (2,2%), 14,3 y TZM 1 (1,1%) 4,3. Se registraron 118 eventos adversos. El 32,2% en AIJ Poliarticular, 26,3% en AIJ Oligoarticular, 25,4% en AIJ Sistémica, 6,8% en formas

Tabla Resumen 233

Fármaco (meses de seguimiento)	ETN (1088,6)	IFM (1011,4)	ADM (411,9)	ANK (259,0)	CAN (6,0)	RTM (14,3)	TZM (4,3)
Otitis	0,09	0,00	0,97	0,00	0,00	0,00	0,00
IVRA viral	0,46	2,08	1,94	1,93	0,00	13,95	0,00
IVRA bact	0,18	0,00	0,49	0,00	0,00	0,00	0,00
IVRB viral	0,00	0,10	0,00	0,39	0,00	0,00	0,00
IVRB bact	0,09	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Inf SNC viral	0,00	0,00	0,24	0,00	0,00	0,00	0,00
Inf Dig viral	0,09	0,20	0,24	0,00	0,00	0,00	0,00
Inf Dig bact	0,18	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Hep viral reac/novo	0,00	0,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Inf cutáneas inespec	0,28	0,49	0,00	0,77	0,00	6,98	0,00
Reacciones alérgicas locales	0,46	0,40	0,73	1,93	0,00	6,98	23,26
Reacciones alérgicas regionales	0,18	0,10	0,73	0,00	0,00	0,00	0,00
Reacciones alérgicas severas	0,09	0,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Manifest Psiquiátricas	0,00	0,00	0,24	0,39	0,00	0,00	0,00
RGE	0,09	0,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ITU baja	0,28	0,40	1,21	0,00	0,00	0,00	0,00
Pielonefritis	0,00	0,00	0,24	0,00	0,00	0,00	0,00
Total	2,48	4,15	7,04	5,79	0,00	27,91	23,26

indiferenciadas y en artritis con entesitis y 2,5% en AIJ Psoriásica. La tabla 1 muestra los eventos adversos según el agente biológico administrado. Entre los AA más relevantes destaca un Síndrome de Activación Macrofágica (SAM) en tratamiento con ANK, una sepsis por Salmonella en un paciente con ETN, un caso de H. zoster en tratamiento con IFM y dos varicelas graves en tratamiento con ETN.

Conclusiones: 1. La aparición de AA en nuestra serie no se distingue especialmente de los hallazgos esperados comparados con otras series pediátricas. 2. La pequeña proporción de pacientes que recibió RTM o TZM explica la desproporcionada incidencia de acontecimientos adversos respecto del resto de tratamientos. 3. Consideramos que la perspectiva de utilización de estos tratamientos en pacientes con AIJ es muy amplia y que por lo tanto debe disponerse de un registro nacional de acontecimientos adversos con fines de información y prevención.

234. PATIENT'S AND PHYSICIAN'S ASSESSMENTS IN RHEUMATOID ARTHRITIS: DO THEY GO IN THE SAME DIRECTION?

L. Cunha-Miranda¹, J. Saraiva-Ribeiro², C. Silva³, F. Barcelos¹, J. Vaz Pato¹ on behalf of FRAIL study group¹

¹Instituto Português de Reumatologia. ²Medical Department Roche Portugal. ³Eurotrilas Scientific Consultants.

Introduction: Clinical assessment in Rheumatoid Arthritis is a key issue in the disease management. Although clinician based evaluations are preferable by rheumatologists we are aware that formal joint count is done in less than half our patients. Patient based evaluations are one of the solutions as a complement to other forms of disease activity evaluation.

Objectives: To determine patients and physicians concordance in clinical evaluation of RA patients.

Methods: National, single-centre, observational, prospective, cross-sectional study in the rheumatological setting which included patients that met ACR criteria for RA with a scheduled visit to the specialist within October and December 2009. Disease activity score (VAS 0-100 mm) and number of tender and swollen joints were both assessed by the patient and by the rheumatologist. Disease Activity Score in 28 joints (DAS28) was calculated as well as patient-based disease activity score (PDAS).

Results: A total of 353 patients were included with a mean age of 59 years (range: 23-85) of whom 84% were female. Time of RA averaged 8 years and only 6.3% were ACR III-IV. Patient's and physician's assessment of disease activity in a VAS showed a mean (s.d.) of 33 (20) mm and 45 (23) mm, respectively, showing to be moderately correlated ($r = 0.59$). Median number of tender (swollen) joints was 3(1) according to rheumatologist and 6(1) according to patient self-assessment. Correlations between these assessments were low ($r = 0.34$ and $r = 0.38$, respectively). DAS28 and PDAS showed also a moderate correlation ($r = 0.64$). The correlations by school level (less than 9 years, 9 or more years) are similar to those found for the overall sample.

Conclusions: These results seem to show that self- and observer-assessments in rheumatoid arthritis are less correlated than it would be probably expectable.

235. UTILIDAD DE LA RADIOGRAFÍA DE COLUMNA NORMAL EN LA TOMA DE DECISIONES EN URGENCIAS POR CUADROS DE LUMBALGIA Y DORSALGIA

C. Macía Villa, M. Ahijón Lana, A. Lois Iglesias, A. Boteanu, M. Prieto Morales, A. Román Pascual, F.J. Bachiller Corral y F.J. Revenga Martínez

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

Introducción: Las dorsalgias y lumbalgias atraumáticas constituyen dos de los más importantes motivos de consulta en el Servicio de

Urgencias (SU) de nuestro hospital, donde como en la mayor parte de centros, la atención del paciente la realizan equipos compuestos por médicos de distintas especialidades. En las guías de manejo disponibles actualmente existen indicaciones específicas para la solicitud de pruebas radiológicas. El propósito del presente estudio es analizar la toma de decisiones en el SU ante un paciente con estos motivos de consulta al presentar una radiografía de columna normal.

Métodos: Se distribuyeron encuestas anónimas a 73 residentes del área médica que realizan atención continuada en el SU. Cada encuesta constó de 4 casos clínicos ficticios sobre dorsalgias y lumbalgias atraumáticas, cuya presentación no requería prueba de imagen según los protocolos disponibles en la página web de la SER. La encuesta se contestó en 2 ocasiones; en la 1.^a se omitió el uso de pruebas radiológicas y en la 2.^a se mostraban y explicaban las imágenes de cada caso. Todas las imágenes mostradas fueron compatibles con la normalidad o presentaron mínimos hallazgos patológicos no responsables de la clínica asociada. Se estratificaron los resultados en 3 campos: tratamiento analgésico, destino de derivación al alta e indicación de prueba de imagen. En total se analizaron las respuestas de los 73 residentes a los 4 casos clínicos, haciendo un total de 292 casos, 146 de ellos valorados sin disponibilidad de prueba de imagen y 146 con prueba de imagen e informe de la misma.

Resultados: a) Tratamiento analgésico: tras ver la radiografía, el 23,4% redujo la escala analgesia OMS (60,6% un escalón y 39,4 dos escalones), el 76,6% no modificó su actitud y el 0% incrementó la escala analgésica. b) Derivación al alta: Antes de contar con la prueba de imagen, un 43,8% eligió derivación a consultas de Reumatología, un 28,9% a Atención Primaria, un 14,9% a Rehabilitación. Además el 18,6% decidió 2 destinos sucesivos al alta (Primaria-Reumatología/Reumatología-Rehabilitación). El 2,2% consideró los 3 destinos al alta. Después de valorar la prueba de imagen un 52,1% modificó su respuesta, de ellos el 71,4% cambio su decisión a la derivación especializada y el 28,6% a Atención Primaria. c) Indicación de Prueba de Imagen: El 89,6% reconoció la necesidad de solicitar una prueba de imagen.

Conclusiones: Según los resultados del presente estudio existe una llamativa necesidad de solicitar pruebas de imagen para tomar decisiones a la hora de evaluar dorsalgias o lumbalgias en el SU. A pesar de la normalidad de las radiografías solamente una baja proporción de los encuestados disminuyó la escala analgésica inicialmente propuesta para cada caso. Además dichos resultados radiológicos llevaron a más de la mitad de los encuestados a modificar la derivación del paciente al alta, escogiendo en la gran mayoría de los casos remitir a atención especializada. Todo esto nos lleva a pensar que el hecho de no encontrar hallazgos significativos en las radiografías, lleva a los encuestados a remitir al especialista para completar estudio. Sin embargo, esto no excluye la hipótesis de que una conducta semejante se habría presentado ante hallazgos patológicos. Consideramos que sería adecuado el fomentar el conocimiento y uso de los protocolos de manejo de dorsalgia y lumbalgia a los médicos que ejercen en el SU para el correcto manejo de este tipo de patología.

236. EL AÑO MUNDIAL DEL REUMATISMO A TRAVÉS DE LA FILATELIA

M.R. Mejía Molina y C. Lozano Peña

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. Departamento de Medicina. Universidad de Granada.

El reumatismo expresado de manera genérica cumple todos los requisitos para su consideración como enfermedad social, por su alta incidencia en la población, por su generalmente larga evolución, por el elevado número de bajas laborales que provoca, por la tendencia a determinar distintos grados de incapacidad y por su alto costo sani-

tario. Éste es un motivo más que suficiente para que la filatelia se haya hecho eco de dicha consideración y lo haya plasmado emitiendo productos filatélicos a propósito de diferentes hechos conmemorativos, congresos y campañas específicas con el fin de sensibilizar, difundir e incluso obtener ayudas para hacer frente a las enfermedades reumáticas. La filatelia tiene un valor educativo evidente, a la vez que se configura como un elemento transmisor de aspectos socio-culturales y emisor de mensajes a la población general. La filatelia médica puede considerarse como una rama del conocimiento que tiene por objeto el estudio de los sellos postales y otras formas de franquicia utilizadas en la circulación postal, pudiendo ser considerada como una ciencia auxiliar de la Historia de la Medicina y en el caso que nos ocupa para la aportación de datos elocuentes para la Historia de la Reumatología. El año 1977 fue declarado por la OMS como el año Mundial del Reumatismo. Se marcaron diferentes objetivos tales como la concienciación sobre el problema de salud que suponen los reumatismos, la promoción de la investigación en Reumatología y el fomento de la formación de personal especializado. Con este motivo fueron emitidos sellos en distintos países de los cinco continentes con un logotipo común, pero con diferentes motivos alegóricos que simbolizan aspectos diversos de las enfermedades reumáticas. Las manifestaciones clínicas más importantes de las afecciones reumáticas son el dolor, la inflamación, la limitación de los movimientos y la deformidad. Estos signos y síntomas quedan reflejados de una manera evidente en los productos filatélicos que analizamos, bien de una manera objetiva con el nombre específico de alguna enfermedad, bien de forma alegórica o con siluetas evocadoras de fácil comprensión para la población en general. La mayoría de los países emisores de sellos conmemorativos hacen referencia a la afectación de distintas estructuras del aparato locomotor, aunque algunos de ellos utilizan otros motivos sean terapéuticos o de llamada de atención acerca de la efeméride o imágenes de actos médicos de la medicina antigua. España, pese al evidente desarrollo de la especialidad y la repercusión de las enfermedades reumáticas en la población, no efectuó ninguna propuesta para emisión de algún sello. En el presente trabajo efectuamos un estudio de los sellos emitidos por los diferentes países con ocasión de la conmemoración en 1977, del Año Mundial del Reumatismo, valorando e interpretando los contenidos de los mismos, además de aportar datos para la historia de la especialidad.

237. INFECCIONES OSTEOARTICULARES NEUMOCÓCICAS. PRESENTACIÓN DE 8 CASOS

J. Belzunegui, J. Atxotegi, O. Maíz, E. Uriarte, J. Cancio y F. García Llorente

Hospital Donostia. San Sebastián.

Introducción: Las infecciones osteoarticulares causadas por *Streptococcus spp* son las segundas en importancia después de las producidas por *Staphylococcus aureus*. El objetivo de nuestro estudio es mostrar las características clínicas, analíticas y evolutivas de las causadas específicamente por *Streptococcus pneumoniae*.

Métodos: Revisión de los datos de los historiales clínicos de 8 pacientes. Se analizaron edad, sexo, factores de riesgo previos (adicción de drogas por vía parenteral, infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, uso de esteroides o inmunosupresores, neoplasia, insuficiencia renal, diabetes, alcoholismo, hepatopatía crónica), presencia de artropatía previa, tiempo hasta el diagnóstico, evidencia de fiebre, localización de la infección, valor de la velocidad de sedimentación globular y pronóstico. El diagnóstico se obtuvo por medio de cultivo de una o más muestras obtenidas directamente del foco infeccioso estudiado. En todos los pacientes se realizó una radiografía de tórax en búsqueda de infección pulmonar concomitante.

Resultados: Los más relevantes se muestran en la tabla. La edad media fue de 66 años (límites 39-87 años). Seis fueron varones y 2 mujeres. En 5 pacientes se objetivó inmunosupresión (2 diabetes, 1 esteroides, 1 mieloma, 1 hepatopatía). La fiebre estuvo presente en todos los casos. En 4 pacientes se afectó la rodilla (en uno de ellos además el tobillo), en 3 la columna y en 1 el hombro. La demora en el diagnóstico desde el inicio de los síntomas fue de 16 días (límites 1-90 días). En 6 de ellos (75%) fue de 7 días o menor. La VSG media fue de 82 mm/h (límites 58-121 mm/h). Se objetivaron secuelas sólo en 2 pacientes.

Conclusiones: 1. En nuestra serie las infecciones osteoarticulares fueron más frecuentes en varones inmunodeprimidos. 2. La fiebre y VSG muy elevada estuvieron presentes en todos los casos. 3. La rodilla y la columna afectaron al 87,5% de los pacientes. 4. Sólo en un caso (12,5%) se objetivó infección pulmonar concomitante.

238. EVOLUCIÓN DE LOS MARCADORES DE INMUNOGENICIDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS INFANTILES EN TERAPIA BIOLÓGICA

C. Macía Villa, C. Guillén Astete, M.A. Blázquez Cañamero, M. Prieto Morales, A. Boteanu, A. Lois Iglesias y M.L. Gámir Gámir

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

Introducción: Está descrito que el uso de terapias biológicas, particularmente de fármacos cuya diana es el receptor TNF, se asocian a modificaciones del perfil inmunológico. Se ha descrito, en adultos, un incremento de la prevalencia de AAN positivos del orden del 10 al 12% y la positividad del aDNA en un 12% de los pacientes que reciben Infliximab; un incremento significativo de la positividad de AAN en pacientes que reciben Adalimumab o Etanercept (11%). Con este último también se han descrito incrementos de la positividad del aDNAs y de anticuerpos anticardiolipina. El propósito del presente estudio es revisar la evolución inmunológica de pacientes pediátricos con enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS).

Material y métodos: Se revisaron las historias clínicas de 78 pacientes que recibieron 100 tratamientos biológicos por EAS pediátricas entre 1999 y 2009. Se recogieron los resultados de pruebas analíticas al momento del diagnóstico, del inicio del tratamiento biológico y a los 3 y 6 meses. Sólo se analizaron los casos con analíticas completas en dichos momentos.

Tabla Resumen 237

Paciente	Edad	Sexo	Factor riesgo	Artropatía previa	Tiempo hasta diagnóstico (días)	Fiebre	Localización	VSG (mm/h)	Resultado
1	69	Mujer	Esteroides	CCA	1	Sí	Rodilla	98	Limitación
2	39	Hombre	Mieloma	No	5	Sí	Rodilla	108	Curación
3	71	Hombre	No	No	4	Sí	Rodilla, tobillo	58	Curación
4	87	Mujer	No	Rotura manguito	7	Sí	Hombro	88	Dolor/limitación
5	64	Hombre	Diabetes	No	3	Sí	Rodilla	88	Curación
6	62	Hombre	Hepatopatía crónica	No	14	Sí	Columna	121	Curación
7	63	Hombre	Diabetes	No	7	Sí	Columna	63	Curación
8	53	Hombre	No	No	90	Sí	Neumonía Columna	116	Curación

Resultados: Los diagnósticos que motivaron el tratamiento biológico fueron: AIJ (90), LES (2), vasculitis (2), autoinflamatorios (2) y dermatomiositis (1). Los tratamientos estudiados fueron Etanercept (32), Infliximab (15), Adalimumab (15), Anakinra (10), Rituximab (3), Canakinumab (2) y Tocilizumab (1). Evolución de aDNA: 4/26 presentaron un incremento (15,3%); 3 pacientes con AIJ (ETN en 2 e IFM en 1) y uno con LES y RTM; mientras que 22/26 se mantuvieron negativos (84,6%). Evolución de AAN: 17/49 presentaron un incremento del título (34,6%); 15 pacientes con AIJ (ETN en 8, IFM en 4, ANK en 2 y TZM en 1), 1 paciente con LES y RTM y 1 paciente con G. Wegener e IFM; 25/49 no presentaron modificaciones (51,1%) y 7/49 presentaron una disminución del título (14,3%). La comparación de proporciones de positividad de AAN después del tratamiento biológico fue estadísticamente significativo ($p < 0,05$) no así de aDNA. Las determinaciones de ENAs y FR no mostraron modificaciones significativas en la población estudiada.

Conclusiones: La exposición a tratamientos biológicos, particularmente aquellos con diana en los receptores TNF es capaz de inducir el incremento de títulos de AANs y aDNA en pacientes pediátricos en un tercio y un quinto de los mismos respectivamente. La prevalencia de estas modificaciones es superior a las descritas en población adulta. Consideramos que la confirmación de nuestros resultados requiere la determinación seriada de estos marcadores de forma protocolizada en todos los pacientes que reciben estas terapias biológicas.

239. UNIDAD DE EMBARAZO Y ENFERMEADES AUTOINMUNES: EXPERIENCIA DE 3 AÑOS

C. Martínez-Dubois¹, M. López-Hoyos², R. del Barrio³, L. Álvarez-Rodríguez¹, M. Agudo¹, J. Rueda¹, R. Blanco¹, V. Rodríguez-Valverde¹ y V.M. Martínez-Taboada¹

¹Servicio de Reumatología. ²Servicio de Inmunología. ³Servicio de Ginecología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla-IFIMAV. Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria. Santander.

Objetivo: Las mujeres con enfermedades sistémicas autoinmunes presentan mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo; su control clínico en una unidad multidisciplinaria reduce este riesgo, tanto en las madres como en los recién nacidos. El objetivo del presente estudio es describir la experiencia de una unidad multidisciplinaria durante 3 años en un hospital universitario.

Métodos: Se recogieron los datos correspondientes a las pacientes embarazadas derivadas a nuestra unidad por sospecha de enfermedad autoinmune.

Resultados: La edad media de las pacientes fue de $31,8 \pm 5,6$ años. Las pacientes fueron principalmente derivadas desde el Servicio de Obstetricia (49%) y el Servicio de Reumatología (16%). Tras su evaluación, las pacientes fueron clasificadas por grupos de diagnóstico en: a) síndrome antifosfolípido (SAF): 43 pacientes (32%); b) presencia de anticuerpos antifosfolípido (AAF) sin cumplir criterios de SAF: 30 pacientes (22%); c) cuadro clínico sugestivo sin confirmación serológica: 17 (13%); d) Pacientes con otra enfermedad autoinmune diferente al SAF; e) Coagulopatías (6%), y f) sin evidencia de enfermedad 42 (32%). Patología obstétrica aislada se objetivó en un 71,2% de las pacientes, de las cuales un 8,3% asociaron episodios trombóticos y un 2,3% trombopeenia. El motivo de derivación más frecuente fue el aborto precoz (< 10 semanas) en un 52,7% y el aborto tardío (> 10 semanas) en un 28%, aunque en una tercera parte de las pacientes existió más de una manifestación clínica. Con respecto a los AAF, los anticuerpos anticardiolipina (ACA) aislados se encontraron en un 26,1%, anti β 2glicoproteína (β 2-GPI) en un 13,6% y Anticoagulante Lúpico (AL) en un 4%. El hallazgo de los 3 anticuerpos simultáneamente sólo se objetivó un 7,2% de las pacientes. El 92% de las pacientes fueron tratadas con AAS, de las cuales un 38% recibió además heparina de bajo peso molecular (HBP). Otros tratamientos empleados fueron los antipalúdicos (9,3%), esteroides (5%) y azatioprina (2,8%). Durante el período de seguimiento de 3 años, fueron valoradas y tratadas en nuestra unidad un

total de 139 embarazos (133 pacientes). Un 85,6% de estos embarazos finalizaron con éxito. Previamente, estas pacientes presentaron un total de 257 embarazos con un 25,7% de éxitos.

Conclusiones: La experiencia en nuestra unidad de embarazo y enfermedades autoinmunes apoya la utilidad de una Unidad multidisciplinaria para el manejo de estas pacientes. El SAF es la enfermedad más frecuentemente atendida en nuestra unidad. La frecuencia de pacientes seronegativos y seropositivos sin clínica de SAF no es nada despreciable y aunque no están incluidos en la clasificación de Sydney deben tenerse en cuenta.

240. CITOCINAS CIRCULANTES Y CÉLULAS TREG EN ARTRITIS REUMATOIDE. ASOCIACIÓN CON EL GENOTIPO IL-10/TNF α EN PACIENTES TRATADOS CON GLUCOCORTICOIDES

S. Alonso¹, B. de Paz², M. Alperi¹, M. Fernández¹, R. Queiro¹, J.L. Riestra¹, F.J. Ballina¹ y A. Suárez²

¹Sección de Reumatología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ²Departamento de Biología Funcional. Área de Inmunología. Universidad de Oviedo.

Objetivo: Analizar las citocinas circulantes y las células Treg en pacientes diagnosticados de artritis reumatoide (AR) con diferente tiempo de evolución y su asociación con los genotipos funcionales de IL-10 y TNF α en pacientes tratados con glucocorticoides.

Métodos: Se cuantificaron los niveles séricos de IL-6, IL-10, IL-17, IL-18, TNF α y TGF β en 196 pacientes con artritis reumatoide y 61 controles sanos. El porcentaje de células CD4+CD25 high, fue determinado por citometría de flujo y la expresión de Foxp3 por RT-PCR en tiempo real. Los datos fueron relacionados con parámetros clínicos y la presencia del genotipo -1082GG IL-10/-308GG TNF α , previamente asociado con buena respuesta a glucocorticoides.

Resultados: Los niveles de TNF α , IL-6 e IL-18 se encontraron significativamente elevados en los pacientes con AR comparados con los controles, mientras que TGF β e IL-10 fueron más bajos. Las muestras séricas de IL-6 se encontraban incrementadas y las de TGF β descendidas en pacientes con enfermedad precoz ($n = 32$), sin hallarse diferencias en el resto de citocinas. Además, estos pacientes presentaban un porcentaje elevado de células CD4+CD25 high frente a aquellos con enfermedad establecida, sin encontrarse diferencias significativas en los niveles de Foxp3. Por otra parte, los pacientes que recibían tratamiento esteroideo y que eran portadores de genotipo de buena respuesta, tenían niveles elevados de TGF β , Foxp3 y células Treg, comparado con los pacientes portadores de otros genotipos, mientras que se observaron niveles relativamente bajos de TNF α e IL-17.

Conclusiones: Los pacientes con artritis reumatoide precoz presentan mínimas alteraciones en el nivel de citocinas y células Treg comparados con aquellos con enfermedad de larga evolución, lo que avala el papel de la inflamación crónica en estos cambios. Además, el balance antiinflamatorio observado en pacientes tratados con esteroides y niveles altos de IL-10 y bajos de TNF α , avalan el empleo de estos polimorfismos genéticos como predictores de la respuesta a glucocorticoides.

241. IMPACTO EN LA BAJA LABORAL DE LOS TRATAMIENTOS ANTI TNF EN PACIENTES CON ENFERMEADES REUMATOLÓGICAS SISTÉMICAS

C. Guillén Astete, F. Antón Pagés, A. Sifuentes Giraldo, A. Lois Iglesias, M. Prieto Morales, A. Boteanu, F.J. Bachiller Corral y A. Zea Mendoza

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

Introducción: Los anti-TNF son medicamentos que han demostrado su eficacia en el tratamiento de múltiples enfermedades reumáticas sistémicas mediante la reducción de índices de actividad y mejoría en las escalas habituales para la valoración de la calidad de vida. La

Tabla Resumen 241

	Número pacientes	Días de baja en total	Meses de seguimiento	Días de baja/año	Días de baja/año (locomotor)	Días de baja/año (infeccioso)
Pre aTNF	62	56,85 ± 101,09	40,06 ± 26,79	26,06	22,30	1,86
Post aTNF	62	57,68 ± 95,22	35,15 ± 19,47	20,54	14,96	3,43
*p				0,07	0,08	0,08

*Grado de significación estadística, prueba de t Student.

disminución de la incapacidad laboral a largo plazo, con estos fármacos, ha sido demostrada, pero hasta ahora no se ha evidenciado su contribución en la incapacidad laboral temporal. El objetivo de este estudio es determinar si el tratamiento con anti-TNF es capaz de reducir la incapacidad temporal y modificar sus causas.

Material y métodos: Se llevó a cabo una revisión de los datos facilitados por el Sistema de Inspección de Salud de nuestra área, para identificar de manera precisa el tiempo de incapacidad laboral de 62 pacientes con las siguientes características: (1) pacientes en tratamiento con anti-TNF por enfermedad reumática con compromiso articular, (2) corroboración de situación laboral previo al inicio del tratamiento y (3) seguimiento completo en consultas durante el período comprendido entre la fecha del diagnóstico y diciembre de 2008. Comparamos de manera global y de acuerdo con el tipo de enfermedad, la incapacidad temporal antes y después de la administración de un anti-TNF. Se descartó el período de tiempo en el que el paciente no trabajó por razones no médicas durante las visitas de seguimiento.

Resultados: Treinta y cinco pacientes fueron mujeres (56,5%) y 27 varones (43,5%). La edad media fue de 36,1 años con una DE de 12,0 años. Los diagnósticos más frecuentes fueron Artritis reumatoide (45,2%), espondilitis anquilosante (24,2%) y artritis psoriásica (17,7%). El tiempo de seguimiento antes de la introducción del anti-TNF fue de 40,06 DE 26,7 meses y de 35,15 DE 19,4 meses luego de iniciado el tratamiento. El tiempo de días de baja anuales globales disminuyó después de iniciar el tratamiento, también disminuyó al considerar sólo las bajas por causas vinculadas al aparato locomotor y se incrementó en las causadas por infecciones. En ningún caso se encontraron diferencias estadísticamente significativas (tabla). Adicionalmente realizamos un análisis de las diferencias entre los días de baja/año entre grupos estratificados de pacientes según el tiempo en meses desde el inicio de la enfermedad hasta la primera administración del tratamiento aTNF. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre la reducción de los tiempos de baja entre los pacientes que recibieron el tratamiento antes de los primeros 12 y 24 meses con respecto del resto de los grupos.

Conclusiones: De acuerdo a nuestros resultados hay una reducción consistente en el número de episodios de incapacidad temporal y una reducción no significativa en el índice de incapacidad temporal global cuando recibían terapia anti-TNF. El tiempo de enfermedad antes del inicio de la terapia aTNF influyó notablemente en los resultados en el análisis estratificado, con ello podemos inferir que el componente residual del daño articular, donde es menos efectivo el tratamiento, tiene un peso importante en los motivos de baja. Sin embargo, un estudio que incluya una mayor cohorte de pacientes permitiría encontrar diferencias más consistentes a corto plazo, permitiendo discriminar otras posibles variables como el tipo de enfermedad al inicio del tratamiento o el tipo de anti-TNF empleado.

242. ANÁLISIS DE UNA COHORTE HOSPITALARIA DE ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL SISTÉMICA (AIJS)

B. Varas de Dios, A. Román Pascual, F.A. Antón Pagés y M. Gámir Gámir

Unidad de Reumatología Pediátrica. Servicio de Reumatología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: La AIJ es la enfermedad reumática inflamatoria más frecuente en la infancia, expresada por un amplio espectro clínico. La forma de inicio sistémico representa un 10% del total de las AIJ y es en esta categoría clínica donde se incluyen los pacientes más graves, tanto por su componente articular, extraarticular y por las complica-

ciones secundarias a una actividad inflamatoria persistente (retraso de crecimiento, osteoporosis, síndrome de activación macrofágica [SAM] y amiloidosis). La AIJs, por sus manifestaciones clínicas, ausencia de autoinmunidad y perfil citoquímico en el que la IL1 y la IL6 juegan un papel determinante, representa una categoría clínica muy diferente al resto de los subtipos de AIJ.

Objetivo: Valorar las características epidemiológicas, clínicas, evolutivas y terapéuticas en una serie de pacientes diagnosticados de AIJs según los criterios de ILAR (Edmonton 2001).

Material y métodos: estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo de una cohorte de pacientes diagnosticados de AIJs y en seguimiento actual en nuestra unidad de Reumatología Pediátrica.

Resultados: Presentamos 22 pacientes (12 varones y 10 mujeres) clasificados en históricos y recientes según su edad actual: 10 históricos (> 18 años) y 12 recientes (< 18 años). La edad media actual es de 18 años y 5 meses (2-32 años) y la edad media al diagnóstico es de 8,25 años (1,5-16 años). El intervalo de tiempo medio desde el inicio de los síntomas al diagnóstico fue de 11 meses (1-27 meses) y el tiempo medio de evolución de la enfermedad hasta la actualidad es de 9 años y 2 meses (1 mes a 30 años). País de origen: 18 españoles y 4 extranjeros (Irak, Polonia, Colombia y Perú). Comorbilidad: retraso psicomotor (2), dermatitis atópica (2), cardiopatía congénita (1), Guillén Barré (1), epilepsia (1), asma (1) y enfermedad desmielinizante (1). Manifestaciones clínicas en los primeros 6 meses de enfermedad: 1. Sistémicas: fiebre (100%), exantema (82%), adenopatías (36,4%), hepato-esplenomegalia (18,2%), serositis (18,2%), SAM (4,5%). 2. Articulares: poliartalgias inflamatorias (45,5%) y artritis (77%) (2 monoartritis, 4 oligoartritis y 11 poliartitis). Evolución: Forma Monocíclica (recién diagnóstico): 9%; forma policíclica (clínica sistémica y articular con intervalos de remisión): 36,6%; forma recurrente (poliartritis crónica): 54,5%. Durante la evolución el 100% de los pacientes cursa con poliartitis, siendo las articulaciones más afectadas carpos y rodillas (85%), tobillos (80%), manos y codos (65%), caderas (38,8%) y columna cervical (33,3%). Complicaciones: lesión estructural (50%), osteoporosis (60%), retraso del crecimiento (45,5%), retraso en la maduración sexual (9%), afección oftálmica (22%), SAM (9%) y amiloidosis (4,5%). Tratamiento: Corticoides (v. oral: 100%, v. intravenosa: 23%, intraarticular: 36%); metotrexato (95,44%); azatioprina (9%); ciclosporina (9%) y terapia biológica (54,54%): anti TNF (etanercept [7], infliximab [3], adalimumab [2]), antagonistas IL1 (anakinra [11], canakinumab [2]) y antagonistas IL6 [tocilizumab] [2]).

Conclusiones: 1. La AIJs evolucionada conduce a una poliartitis destructiva y la persistencia de la actividad inflamatoria puede derivar en complicaciones graves, por lo que es fundamental el diagnóstico precoz. 2. La AIJs representa una categoría clínica con entidad propia, dadas sus manifestaciones clínicas, la ausencia de autoinmunidad y la excelente respuesta a los antagonistas de IL1 e IL6.

243. UTILIDAD DE LAS DETERMINACIONES SERIADAS DE VSG Y PCR EN LA EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON BURSITIS SÉPTICA

C. Guillén Astete, A. Boteanu, A. Sifuentes Giraldo, G. Gabilondo Álvarez, M. Prieto Morales, I. Amil Casas, C. Murillo Romero y M. Vázquez Díaz

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

Introducción: De acuerdo con los recientes resultados del análisis de la evolución de una serie de pacientes con Artritis Séptica de Articulación Nativa (ASAN), el uso de determinaciones seriadas de reactantes de fase aguda (RFA) pueden contribuir en la toma de decisiones

terapéuticas como el paso de la vía intravenosa a la oral para la administración de la terapia antibiótica. El propósito del presente estudio es determinar la utilidad de la determinación de los RFA en la bursitis séptica, común diagnóstico diferencial de la ASAN.

Métodos: Se utilizó un registro previamente confeccionado para la selección de pacientes con ASAN consistente en muestras remitidas al laboratorio de Microbiología de nuestro hospital entre el año 2002 y 2009. Se excluyeron los casos finalmente diagnosticados de ASAN, de artritis séptica sobre articulación protésica, celulitis y abscesos de partes blandas. Se revisaron los informes de alta definitivos del resto de pacientes. Se recogieron las determinaciones basales y de seguimiento tanto analíticas, clínicas como epidemiológicas. La utilidad de los RFA se analizó mediante asociaciones con variables de mal pronóstico y se analizó la evolución de su reducción en el tiempo.

Resultados: Se identificaron 109 casos de bursitis séptica como diagnóstico definitivo, 60 (55%) varones y una edad de $33,4 \pm 8,3$ años. Las localizaciones más frecuentes fueron codo 44 (40,3%) y rodilla 40 (37,6%). 78 fueron ingresados y seguidos hospitalariamente. Las cifras de VSG y PCR basales se analizaron independientemente mediante el test de correlación de Pearson con coeficientes positivos y estadísticamente significativos para: Cifra de leucocitos periféricos basales (Coef = 0,876 y 0,883), tiempo de hospitalización (Coef = 0,791 y 0,697) pero no tuvieron una correlación significativa con el tiempo de terapia antibiótica, la cifra de leucocitos en líquido de bursa, ni las características bioquímicas del líquido. En el análisis de asociación con variables de salida categóricas (reingreso hospitalario, complicación con ASAN, complicación con otra patología) no se encontraron resultados estadísticamente significativos. Para el análisis de la evolución de RFAs durante el seguimiento hospitalario se utilizaron las determinaciones realizadas desde el ingreso. El número de pacientes con al menos 3 determinaciones seriadas de RFAs fue 39 (50,0%). La VSG alcanzó una reducción del 50% en $2,4 \pm 1,12$ días mientras que la PCR en $2,1 \pm 1,47$ días en pacientes a quienes se les practicó una bursocentesis al inicio de la hospitalización mientras que la reducción se alcanzó en $4,1 \pm 1,98$ y $3,3 \pm 2,2$ días en aquellos pacientes a quienes no se les practicó bursocentesis o se practicó después de las primeras 24 horas. No se encontró correlación entre la reducción porcentual de RFAs y la prolongación de la estancia hospitalaria tras el cambio de vía de administración del antibiótico.

Conclusiones: La determinación de RFAs en bursitis séptica no parece ser un análisis con capacidad predictora de mala evolución. La rapidez de su descenso en pacientes ingresados puede explicarse por el mayor acceso que existe para la actividad antibiótica parenteral y el efecto terapéutico de la evacuación de la bursa. Por esa razón, salvo por fines de seguimiento, su determinación seriada no parece constituir una herramienta útil en la toma de decisiones.

244. VALOR DE LA REDUCCIÓN DE CIFRAS DE REACTANTES DE FASE AGUDA AL MOMENTO DE CAMBIAR LA VÍA DE ADMINISTRACIÓN DEL ANTIBIÓTICO EN PACIENTES CON ARTRITIS SÉPTICA

C. Guillén Astete, F. Antón Pagés, A. Lois Iglesias, A. Boteanu, A. Sifuentes Giraldo, G. Gabilondo Álvarez, M. Prieto Morales, C. Murillo Romero, I. Amil Casas, M. Ahijón Lana, A. Román Pascual y M. Vázquez Díaz

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

Introducción: Una vez establecida la sospecha de Artritis Séptica de Articulaciones Nativas (ASAN), se debe iniciar tratamiento antibiótico. Las guías de manejo establecen recomendaciones sobre el uso de antibióticos empíricos. No existen, recomendaciones específicas para decidir el momento más oportuno para cambiar la vía de admi-

nistración antibiótica. El propósito del presente estudio es determinar la correlación entre la reducción de los valores absolutos de las cifras de Reactantes de Fase Aguda (RFA) Velocidad de eritrosedimentación (VSG) y la Proteína C Reactiva (PCR) al momento del cambio de vía de administración del antibiótico en ASAN.

Métodos: Realizamos un estudio observacional retrospectivo revisando 46 casos de ASAN (2003-2008). Se excluyeron infecciones por más de un germen, recidivas, sospechas de infecciones intrahospitalarias, casos con rotación de tratamiento antibiótico IV y casos con menos de 3 determinaciones seriadas de RFAs (PCR y VSG). Se excluyeron los casos con omisión en el informe de alta del periodo de tratamiento oral a seguir en domicilio. Se recogió la evolución analítica de los RFA a lo largo del seguimiento y se estimó su reducción en el momento (± 2 días) del cambio de vía de la administración del antibiótico. Variables de respuesta: tiempo total de hospitalización, el tiempo de tratamiento antibiótico oral y el tiempo de medicación antibiótica. Estratificamos los pacientes según la proporción de reducción de RFAs al momento del cambio de vía para valorar la prolongación del tiempo de hospitalización.

Resultados: Incluimos a 25 pacientes en nuestro estudio. La edad fue $59,3 \pm 5,78$ años, 65% de varones. En un 52% el agente identificado fue *S. aureus* mientras que en un 24% se identificó un *Streptococcus*. El resto de casos, por otros gérmenes. El 88% fueron de rodilla. El tiempo de tratamiento antibiótico IV medio fue de $20,5 \pm 8,9$ días y el oral de $26,2 \pm 15,1$ días. Aplicamos el test de Pearson unilateral para determinar la correlación entre la reducción porcentual de la VSG y PCR y el resto de variables de salida. La reducción porcentual de VSG y PCR fue inversamente proporcionales (coeficientes de $-0,634$ y $-0,538$, respectivamente) con el tiempo de tratamiento oral ($p < 0,001$ y $p = 0,003$, respectivamente) y con el tiempo total de medicación antibiótica (coeficientes $-0,195$ y $-0,163$) pero siendo estas últimas correlaciones no significativas. En la estratificación en función de la reducción porcentual de RFA al momento del cambio de vía se observó que el grupo que tuvo una reducción de $< 50\%$ de VSG o PCR prolongó su estancia hospitalaria 7,5 y 8,0 días, respectivamente, el grupo de reducción entre 50 y 59% prolongó su estancia 3,0 y 3,3 días, el grupo de reducción entre 60 y 69% prolongó su estancia 1,1 y 1,0 días y el grupo con una reducción de $> 70\%$ prolongó su estancia un día o menos. Existió una diferencia estadísticamente significativa entre el primero y el resto de grupos y entre el segundo y los dos restantes.

Conclusiones: La mayor reducción del valor absoluto de VSG y PCR al momento de establecer el cambio de vía de administración del tratamiento IV resultó un marcador predictor de reducción del tiempo de tratamiento antibiótico oral pautado al alta. Ambos RFA correlacionan bien entre sí, siendo por tanto, su reducción absoluta equivalente como predictor. Basados en estos resultados consideramos que no debería realizarse el cambio de vía de administración con reducciones inferiores al 60%.

245. EXPERIENCIA DE TRATAMIENTO CON RITUXIMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN EL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE VALME

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

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.

Introducción: Rituximab (RTX) produce la lisis de los linfocitos B e inhibe consecuentemente la formación de autoanticuerpos como el factor reumatoide (FR), motivo por el que inicialmente se utilizó para el tratamiento de la artritis reumatoide (AR) seropositiva.

Objetivo: Realizar un estudio descriptivo global de pacientes con AR refractaria a FAMEs y 1 2 o 3 terapias biológicas dirigidas contra el TNF a tratados con RTX. Analizamos características demográficas, clínicas, terapias concomitantes y número de terapias biológicas previas. Por último, valorar la respuesta al tratamiento en cada ciclo administrado mediante medición del DAS28 basal, al mes, tres meses y seis meses de tratamiento.

Material y métodos: Población de estudio de 26 pacientes obtenidos del registro andaluz de terapias biológica. Los datos han sido recogidos en una base de Microsoft Excell y analizados por el servicio de estadística de nuestro hospital.

Resultados: El 73% de los pacientes son mujeres. La edad media es de $51,23 \pm 13,02$ años, con una duración media de la enfermedad de 96 meses. El 92%, 3 son FR positivo, 50% anti PCC+; 60% presentan erosiones; 4 (15,4%) nódulos reumatoides; 2 (7,7%) síndrome seco; 1 (3,8%) neumopatía intersticial. En relación a los FAMEs concomitantes al tratamiento con RTX, 19 (73%) asocia metotrexato a una dosis media de 20 mg, 3 (11,5%) sulfasalazina, 2 (7,7%) leflunomida y 25 (96,2%) glucocorticoides. La media de terapias biológicas previas a RTX fue de $1,81 \pm 0,849$, siendo la indicada previamente al mismo Infiximab en 5 (19,2%), Etanercept en 14 (53,8%), Adalimumab en 6 (23,1%) y Abatacept en 1 (3,8%). La media del número de ciclos administrados es de $2,69 \pm 1,97$. DAS 28 medio al inicio de la terapia es $5,59 \pm 1,29$, alcanzando un DAS 28 diferencial medio superior a 1,2 tras la administración de cada ciclo. El 50% de los pacientes alcanzaron una respuesta satisfactoria en base a una mejoría del DAS28 $> 1,2$, 4 (15,4%) presentan actividad baja de la enfermedad (DAS28 $< 2,6$). En relación a eventos adversos fueron de tipo infeccioso en 1 paciente (3,8%) o hematológico 3 (11,5%), precisando retirada del fármaco en 2 de los casos.

Conclusiones: RTX ha mostrado ser una terapia eficaz en el tratamiento de la AR refractaria a FAMEs y terapias anti TNF a, en diferentes ensayos clínicos aleatorizados en los últimos años. En nuestra experiencia, RTX ha conseguido una respuesta satisfactoria en la mitad de los pacientes, precisando alguno de ellos retratamiento para la consecución de la misma. Sería interesante valorar RTX como terapia de elección frente a un segundo anti TNF, aunque necesarios estudios clínicos aleatorizados con suficiente tamaño muestral que avale dicha hipótesis.

246. VERTEBROPLASTIA PERCUTÁNEA: ESTUDIO DESCRIPTIVO. TREINTA Y CUATRO CASOS REALIZADOS DURANTE EL AÑO 2009 EN NUESTRO HOSPITAL

A. Uceda Galiano, E. Peñas Martínez, M.J. Moreno Martínez, M.R. Oliva Ruiz, M. Castaño Sánchez, C. Marras Fernández-Cid, J. Martínez Ferrín, M.J. Moreno Ramos, F. Martínez Angosto, L.F. Linares Ferrando y A. Bermúdez Torrente

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar. Murcia.

Introducción: Las fracturas vertebrales presentan una elevada incidencia en la población general y suponen un importante problema sociosanitario por el elevado coste directo que supone dicha patología. La vertebroplastia percutánea es una técnica segura y eficaz para el control del dolor asociado a fracturas vertebrales, ya sean de origen osteoporótico, traumático o neoplásico. A pesar de ser una técnica segura, no está exenta de complicaciones como las relacionadas con la fuga del propio cemento, con la aparición de afectación radicular, hematoma subdural y epidural, así como émbolos pulmonares. Actualmente existen datos contradictorios a cerca del beneficio que supone dicha técnica comparada con la evolución natural de la enfermedad.

Material y métodos: Presentamos una serie de 34 pacientes, con clínica de lumbalgia aguda y subaguda remitidos desde todas las Áreas de Salud de la Región de Murcia a nuestro Servicio de Reumatología a lo largo del año 2009 por mal control del dolor. Los pacientes fueron valorados inicialmente por un Reumatólogo en la Consulta de Metabolismo Óseo y posteriormente discutidos en sesión clínica conjunta con el Servicio de Neuroradiología. La técnica se realiza de forma programada bajo sedación anestésica y raquianestesia, a nivel del cuerpo vertebral afectado, mediante abordaje transpedicular bilateral. Los pacientes permanecen ingresados en planta realizando reposo absoluto durante 24 horas tras lo cual se inicia movilización presentando evidente mejoría clínica en todos los casos informados.

Resultados: En nuestra serie de casos, el 84,84% eran mujeres, mientras que el 15,15% eran varones, de edades comprendidas entre los 24 y 90 años. La mediana de edad fue de 72 años. La vértebra más frecuentemente fracturada fue D7, en 6 de los 34 pacientes, lo que supone un 17,64%, seguida de D12, L3, L4 y L5 con el mismo número de pacientes afectados, 5 de 34 pacientes, un 14,7%. Los niveles D9, D11 y L2 se vieron afectadas en 3 de 34 pacientes, un 8,82% y L1 en tan sólo uno de los pacientes. El origen más frecuente de las fracturas vertebrales en nuestra serie de casos fue el osteoporótico (12 de los 34 pacientes), seguido del neoplásico y el traumático con 7 de los 34 y 5 de los 34 pacientes respectivamente. Cinco de las vertebroplastias fueron realizadas sobre hemangiomas vertebrales. En 3 de los 34 pacientes se había realizado vertebroplastia previa, tratándose sólo en uno de ellos de la vértebra contigua a la realizada previamente. En cuanto a las complicaciones descritas, sólo una paciente presentó tras la realización de vertebroplastia a nivel de L5, clínica de compresión radicular con herniación discal secundaria. En todos los casos el paciente fue dado de alta con desaparición de la sintomatología aguda que motivó dicha intervención.

Conclusiones: La vertebroplastia percutánea supone una técnica segura y eficaz en el tratamiento y control del dolor asociado a fracturas vertebrales agudas, con la aparición de escasas complicaciones asociadas, observadas en tan sólo uno de los pacientes.

247. FACTORES PRONÓSTICOS EN PACIENTES CON ESCLERODERMIA E HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR

M.I. Acosta

Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción: La afección pulmonar está presente en el 80% de los pacientes con esclerodermia (ES), ya sea en forma de hipertensión arterial pulmonar o de enfermedad intersticial difusa y es la segunda complicación en frecuencia superada sólo por la afección esofágica. La prevalencia de la hipertensión pulmonar (HTAP) está estimada en un 12 a 26%. Es una complicación que empeora el pronóstico del paciente rápidamente con una supervivencia entre 1 a 3 años desde el diagnóstico por lo tanto la HTAP es una importante causa de morbilidad y mortalidad en pacientes con ES.

Objetivo: Descripción clínico-biológica de 68 pacientes con ES y HTAP estableciendo la relación entre las pruebas funcionales respiratorias, el Eco do y la severidad de la HTAP.

Material y métodos: Los pacientes fueron clasificados en subtipos (difusa, forma limitada y sin esclerodermia). El diagnóstico de HTAP se realizó mediante Eco do considerando como HTAP valores de PAPs superiores a 35 mmHg. Se practicó a todos los enfermos espirometría y DLCO.

Resultados: De los 331 pacientes con ES 68 (20,5%) tenían HTAP. La edad media era $56,3$ (22-82) años y la relación M/H fue de 9:1. Se constataron 29 exitus de los cuales 12 estaban relacionadas a HTAP.

El tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico de HTAP a la muerte fue de 1,8 años. El subtipo más prevalente fue ES de tipo limitada. Se observó una relación entre cifras de la DLCO y los valores de CVF con PAPs. Se calculó el coeficiente de correlación de Pearson entre CVF y PAPs y se observó un coeficiente de correlación de $r = -0,051$ indicando una asociación débil con una $P = 0,366$, DLCO y PAP con $r = -0,282$, asociación moderada con una $P = 0,063$ y el CVF/DLCO y PAP con $r = 0,150$, asociación débil, con una $p < 0,0001$ considerado estadísticamente significativo.

Discusión: El descenso de la DLCO es uno de los parámetros más sensibles que indican la presencia de HTAP. En este estudio la severidad de la HTAP se ha podido relacionar, fundamentalmente con la reducción de la DLCO y de la CVF.

Conclusiones: La HTAP es un factor de mal pronóstico en los enfermos con esclerodermia y es una de las causas más frecuentes de muerte por lo que el diagnóstico y el tratamiento precoz son de suma importancia.

248. ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA E INFECCIÓN AGUDA Y RESULTADOS EN TÉRMINOS DE SALUD. ESTUDIO PROSPECTIVO DE 12 MESES DE SEGUIMIENTO

M. Núñez¹, J. Vílchez², A. Soriano³, E. Núñez⁴, L. Lozano², P. Torner², J.M. Segur², D. Popescu², S. Sastre², F. Maculé² y J.C. Martínez-Pastor²

¹Servicio de Reumatología/IDIBAPS. ²Servicio de Rodilla/IDIBAPS.

³Servicio de Infecciones. Hospital Clínic. Barcelona. ⁴SAP Suport al Diagnòstic i al Tractament. Institut Català de la Salut. Barcelona.

Objetivo: Evaluar el estado funcional y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) tras 12 meses de seguimiento en pacientes sometidos a desbridamiento abierto de la rodilla postquirúrgica por infección aguda de la articulación protésica.

Métodos: Estudio prospectivo de 12 meses. El estado funcional y la calidad de vida se evaluaron mediante los cuestionarios WOMAC y SF-36. Se recogieron variables sociodemográficas, comorbilidad, índice de masa corporal (IMC), manifestaciones clínicas, recuento de leucocitos, nivel de proteína C-reactiva, en la admisión por la infección, el tratamiento quirúrgico, los microorganismos aislados y la terapia antimicrobiana. Análisis estadístico: El test de Wilcoxon para datos apareados se utilizó para valorar las diferencias entre las puntuaciones medias de las dimensiones de WOMAC al inicio y a los 12 meses. Las diferencias entre grupos (tipo de organismos infecciosos) y las puntuaciones de las dimensiones del WOMAC se analizaron usando el U-test Mann-Whitney. El coeficiente de correlación de Spearman se utilizó para evaluar la relación entre las dimensiones dolor y función del WOMAC y las dimensiones dolor corporal y función física del SF-36.

Resultados: 30 pacientes (22 mujeres, edad media 72,5 (DE 7,88) fueron evaluados a los 12 meses. El número medio de comorbilidades fue de 2,0 (DE 1,2) y el IMC presentó una media de 32,4 (DE 6,2). Hubo una mejoría significativa en las tres dimensiones de WOMAC ($p < 0,01$ para todas las comparaciones). De los organismos aislados en las infecciones estudiadas el más frecuente fue el *Estafilococo aureus*, que afectó a 14 pacientes (46,6%). En estos pacientes las puntuaciones de las dimensiones del SF-36 rol físico, dolor corporal, rol emocional y salud mental fueron significativamente más bajas (peor) que las de aquellos afectados por otros patógenos ($p < 0,05$). Sin embargo, en las puntuaciones obtenidas con el cuestionario WOMAC y de acuerdo con el microorganismo aislado no se observaron dichas diferencias.

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que las infecciones por *Estafilococo aureus* son más graves por su impacto sobre el estado de salud. Los pacientes con infección postoperatoria aguda tratados con desbridamiento abierto y la retención del implante alcanzaron una función y una calidad de vida aceptables medidas por WOMAC y SF-36.

249. CAMBIOS EN LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA EN PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA

A. Uceda Galiano, E. Peñas Martínez, M.J. Moreno Martínez, M.R. Oliva Ruiz, M. Castaño Sánchez, C. Marras Fernández-Cid, J. Martínez Ferrín, M.J. Moreno Ramos, F. Martínez Angosto, L.F. Linares Ferrando y A. Bermúdez Torrente

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar. Murcia.

Introducción: Tanto la osteoporosis, como la obesidad son enfermedades de etiología multifactorial, y con una importante morbimortalidad asociada. La osteoporosis es la enfermedad ósea metabólica más prevalente, compromete a un tercio de las mujeres a partir de la 5ª década de la vida. Se caracteriza por una menor densidad mineral ósea (BMD), además de una alteración a nivel de la microarquitectura ósea, la cual conduce a una mayor fragilidad del esqueleto óseo y a un aumento del riesgo de fracturas. Actualmente la obesidad se asocia a un mayor riesgo de desarrollar DM tipo 2, hiperlipemia, SAOS, enfermedad coronaria, HTA, alteraciones musculoesqueléticas, varios tipos de cáncer, diversas alteraciones psicológicas y a un aumento de la mortalidad. En éstos pacientes, la cirugía bariátrica es considerada el método más efectivo para obtener una pérdida de peso significativa y mantenida a lo largo del tiempo. El bypass gástrico en Y Roux (GBP), es la técnica más practicada en la actualidad y ha llegado a ser considerada el gold-standard en este tipo de intervenciones. Diversos factores han sido implicados en la reducción de la BMD después de GBP tales como niveles elevados de PTH secundario a una inadecuada ingesta de calcio, a una malabsorción intestinal de calcio y vitamina D, a una disminución del estrés biomecánico soportado por los huesos (por la disminución del exceso de peso) y a unos reducidos niveles de estrógenos en la mujeres, pero poco se conoce sobre los efectos de esta cirugía a nivel de la densidad mineral ósea (BMD).

Objetivo: El objetivo principal será evaluar la presencia de cambios en la DMO de sujetos remitidos a nuestro Servicio de Reumatología con obesidad mórbida después de ser sometidos a GBP y su posible relación con cambios en la composición corporal o con los niveles séricos de vitamina D y PTH, tratando de demostrar que en sujetos obesos sometidos a GBP, existe una disminución importante a nivel de BMD, existiendo un riesgo elevado de enfermedad ósea metabólica.

Material y métodos: Estudio observacional y prospectivo de 30 mujeres premenopáusicas entre los 19-49 años ($IMC > 35 \text{ kg/m}^2$), evaluadas en las consultas de Reumatología del HUVA desde el año 2007 con una periodicidad semestral y que han sido sometidos a GBP. Fueron excluidas del estudio todas aquellas mujeres que presentaban una enfermedad reconocida por su asociación con osteoporosis (AR, EEITC, MM, hiperparatiroidismo primario o secundario, cirrosis hepática), tratamiento crónico con fármacos relacionados con osteoporosis (corticoides, anticoagulantes, anticonvulsivantes), tratamiento con THS en los 12 meses previos o uso de bifosfonatos durante los últimos 6 meses, antecedentes de fracturas previas, vertebrales y no vertebrales, mujeres con hábito tabáquico e ingesta etanólica moderada, causas secundarias de malabsorción y alteración de la función hepática o renal.

Resultados y conclusiones: Se observó una disminución estadísticamente significativa a nivel de la BMD a los 12 y a los 18 meses tras GBP. Esta disminución fue mayor en aquellos sujetos con un mayor IMC al inicio. Se ha observado un déficit de vitamina D primario previo a la cirugía, el cual se mantiene a los 18 meses tras la misma junto con una elevada prevalencia de hiperparatiroidismo secundario en los pacientes obesos, el cual aumenta de forma progresiva hasta aparecer en el 100% de los pacientes al final del seguimiento.

250. POLIMORFISMO DEL RECEPTOR FC GAMMA TIPO 2 Y RESPUESTA CLÍNICA A LOS ANTAGONISTAS DEL TNF EN ARTRITIS PSORIÁSICA

J. Ramírez¹, J.L. Fernández-Sueiro², R. López-Mejías³, C. Montilla⁴, E. Suárez³, C. Moll¹, R. Rodríguez³, F. Lozano^{3,5} y J.D. Cañete¹

¹Unidad de Artritis. Servicio de Reumatología y ³Servicio de Inmunología. Hospital Clínic. Barcelona. ²Servicio de Reumatología. Hospital Juan Canalejo. La Coruña. ⁴Servicio de Reumatología. Hospital Clínic. Salamanca. ⁵Departamento de Biología Celular, Inmunología y Neurociencias. Facultad de Medicina. Universidad de Barcelona.

Introducción: Los antagonistas del TNFalfa han mostrado ser altamente eficaces en artritis psoriásica, aunque alrededor de un 40-50% no tiene una respuesta clínica satisfactoria al tratamiento. Una parte de esta heterogeneidad en la respuesta podría explicarse por los polimorfismos de alta/baja afinidad del receptor Fc, presentes en las membranas celulares de plaquetas y células mieloides, que pueden acelerar el aclaramiento del fármaco conduciendo a una disminución en su eficacia terapéutica.

Objetivo: Evaluar la influencia del polimorfismo H131R del receptor Fc gamma IIA- en la respuesta clínica a la terapia anti-TNF-alfa en una población de pacientes con artritis psoriásica.

Métodos: La población del estudio está compuesta por un total de 110 pacientes (52,7% hombres y 47,3% mujeres) con artritis psoriásica según los criterios CASPAR con respuesta insuficiente a la terapia convencional (metotrexato > 15 mg/sem) que inician tratamiento con antagonistas del TNF alfa (50,9% etanercept, 33,6% infliximab y 15,5% adalimumab). Se evalúa la eficacia clínica según Respuesta EULAR a las 12 y 24 semanas. Se obtuvieron muestras sanguíneas de todos los pacientes y el polimorfismo Fc gamma IIA- H131R fue analizado por PCR y secuenciación de nucleótidos. Se utilizó el test de chi-cuadrado para comparar la respuesta terapéutica con el tipo de polimorfismo del receptor Fc gamma IIA.

Resultados: No se alcanzan diferencias estadísticamente significativas en las respuestas EULAR tanto a las 12 ($p = 0,086$) como a las 24 semanas ($p = 0,090$) entre los pacientes con polimorfismos de alta afinidad (HH y HR) y aquellos otros con polimorfismos de baja afinidad (RR). Sin embargo, se observa una tendencia a una mejor respuesta terapéutica en el primer grupo de pacientes, sobre todo por un menor número de No respuesta EULAR (10,1 y 8,9% a las 12 y 24 semanas, respectivamente, en el grupo HH + HR frente al 26,3% en las semana 12 y 24 en el grupo RR).

Conclusiones. Estos resultados preliminares sugieren que el polimorfismo FCGR2A-H131R tiene escasa influencia en las respuestas EULAR a los antagonistas del TNFalfa en la semana 12 y 24. A diferencia de lo previamente reportado en AR, la falta de diferencias estadísticamente significativas podría atribuirse a que la respuesta clínica es mejor y más sostenida en APs que en AR y que en este estudio hemos incluido pacientes tratados con 3 diferentes antagonistas del TNFalfa.

251. UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA DE ENTESIS EN EL DIAGNÓSTICO DE LAS ESPONDILOARTRITIS DE INICIO

E. de Miguel¹, S. Muñoz-Fernández², T. Cobo-Ibáñez², C. Castillo² y E. Martín-Mola²

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ²Sección de Reumatología. Hospital Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. Madrid.

Introducción: Los criterios de clasificación diagnóstica de las espondiloartritis (EspA) se han basado hasta la aparición de los criterios ASAS (que aún deben ser validados en las formas de inicio), en la combinación de síntomas clínicos y sacroileítis radiográfica. La radiografía de sacroilíacas generalmente es normal al inicio de la sintomatología, lo cual retrasa el diagnóstico de espondilitis anquilosante una

media de 6-9 años. Sin embargo la entesitis, un rasgo característico de las EspA, está infraevaluada en los criterios de clasificación. Dado que la ecografía tiene una alta sensibilidad en la exploración de la entesitis, nuestra hipótesis es que su estudio en las formas de inicio puede ser útil en el diagnóstico precoz de estos pacientes.

Objetivo: Estudiar la precisión de la ecografía de entesitis en la correcta clasificación diagnóstica de las EspA de inicio.

Material y métodos: Estudio ecográfico ciego, controlado y estandarizado de las entesitis de 113 pacientes consecutivos con EspA de inicio y 47 controles. Se realizó la ecografía de entesitis a todos los pacientes y controles, usando un equipo General Electric modelo Logiq 9, con una sonda lineal de 9-14 MHz. La ecografía evaluaba el grosor, la estructura, la proliferación ósea, erosiones, bursas y la señal Doppler en cada una de las 6 entesitis exploradas de forma bilateral (12 entesitis), dando una puntuación a cada una de estas lesiones según el índice MASEI (De Miguel et al. Ann Rheum Dis. 2009;68:169-74). El estudio fue autorizado por el comité ético de nuestro hospital y tanto los pacientes como los controles dieron su consentimiento. La validez se analizó mediante curvas ROC. Los valores de $p < 0,05$ se consideraron significativos.

Resultados: En la tabla pueden verse los resultados de sensibilidad, especificidad, % de casos correctamente clasificados y razones de verosimilitud (LR) positivas o negativas de los diferentes puntos de corte del índice MASEI de la muestra estudiada. El área bajo la curva ROC fue 0,822 (IC95%; 0,75-0,89). La elección de un punto de corte no es sencilla, y depende de si el objetivo es tener una prueba muy sensible que detecte a la mayoría de los pacientes con EspA o una prueba muy específica con la que se pueda descartar la enfermedad en la mayoría de los pacientes sanos. En este sentido se presentan diferentes puntos de corte para que el lector pueda escoger.

Conclusiones: Estos resultados sugieren que la ecografía de entesitis podría contribuir al diagnóstico precoz de los pacientes con EspA. Su posible incorporación a los criterios aceptados probablemente incrementasen la sensibilidad y precisión de dichos índices.

Este trabajo forma parte del Proyecto Esperanza, patrocinado por la Fundación Española de Reumatología.

Tabla Resumen 251

Punto de corte	Sensibilidad	Especificidad	% correctamente clasificados	LR+	LR-
= 14	81,42%	63,83%	76,25%	2,25	0,29
= 16	76,99%	70,21%	75,00%	2,58	0,33
= 18	67,26%	85,11%	72,50%	4,52	0,38
= 20	55,76%	89,36%	65,63%	5,24	0,49
= 22	49,56%	91,49%	61,88%	5,82	0,55
= 24	41,59%	93,62%	56,87%	6,52	0,62
= 26	33,63%	93,62%	51,25%	5,27	0,71
= 28	28,32%	97,87%	48,75%	13,31	0,73
= 30	23,89%	97,87%	48,12%	12,89	0,74
= 33	20,35%	97,87%	43,12%	9,56	0,81
= 45	6,19%	100%	33,75%		0,94
= 69	0,00%	100%	29,38		1,00

252. EFICACIA DEL OXIBATO SÓDICO EN DOLOR, FUNCIÓN E IMPRESIÓN GLOBAL DEL PACIENTE EN FIBROMIALGIA: RESULTADOS DEL PRIMER ENSAYO CLÍNICO INTERNACIONAL, FASE 3, CONTROLADO CON PLACEBO, DOBLE CIEGO, ALEATORIZADO, DE 14 SEMANAS DE DURACIÓN

C. Alegre¹, R.M. Bennett², E.H. Choy³, T. Kharkevitch⁴, S. Bongardt⁵, C. Lai⁶, Y.G. Wang⁶, B. Benson⁶ y M. Spaeth⁷

¹Institut Universitari Dexeus. Barcelona. ²Oregon Health & Science Univ. Portland. OR. EE.UU. ³King's College. London. R.U. ⁴UCB Pharma S.A. Brussels. Bélgica. ⁵UCB Pharma SA Monheim am Rhein. Alemania. ⁶Jazz Pharmaceuticals. Palo Alto. CA. EE.UU. ⁷Rheumatologische Schwerpunktpraxis. Munich. Alemania.

Introducción: La fibromialgia (FM) se caracteriza por dolor generalizado, a menudo con sueño no reparador, fatiga crónica, y función

física disminuida. Este primer ensayo clínico internacional controlado con placebo que evalúa la eficacia del tratamiento con oxibato sódico (OS) en FM.

Métodos: 573 pacientes con FM (criterios ACR) fueron aleatorizados y tratados con dosis de 4,5 g/noche (OS 4,5 g) o 6 g/noche (OS 6 g), o placebo (PBO) siguiendo un ratio 1:1:1. El tratamiento se administró dividido en dos dosis iguales, una en el momento de acostarse y otra de 2,5 a 4 horas más tarde. La variable principal fue el porcentaje de pacientes que experimentaban una reducción en la Escala Visual Analógica del Dolor (EVAD) = 30%. Variables secundarias: Cuestionario de Impacto de FM (FIQ) y el Cambio en la Impresión Global del Paciente (CIGP) en la semana 14. Este estudio fue llevado a cabo siguiendo las recomendaciones de la Declaración de Helsinki y recibió la aprobación del Comité Ético correspondiente de cada centro.

Resultados: Los grupos de tratamiento OS 4,5 g y OS 6 g mostraron un número significativo de pacientes que reportaron una reducción en la escala EVAD clínicamente relevante ($= 30\%$) vs placebo ($p \leq 0,002$). Un porcentaje significativo de los pacientes tratados con OS reportaron ($= 30\%$) reducción en la puntuación FI-Q comparado con placebo y una mejoría clínicamente significativa en el estatus global, demostrado mediante las puntuaciones ICGP como "mucho mejor" y "muchísimo mejor" (todas $p < 0,001$). Los acontecimientos adversos más frecuentes con OS fueron ($\geq 5\%$ y 2X PBO): náusea, mareos, vómitos, insomnio, ansiedad, somnolencia, fatiga, espasmos musculares y edema periférico.

Conclusiones: Éste es el segundo estudio fase 3 y el primero internacional que ha demostrado que oxibato sódico es eficaz y bien tolerado en fibromialgia. Además de su considerable efecto sobre los síntomas relacionados con el dolor, el OS ha demostrado mejorías clínicamente significativas en la función y el estatus global del paciente.

Éste es un estudio patrocinado por la industria farmacéutica Jazz Pharmaceuticals, Inc. (JPI). Los Dres. Alegre, Choy, Bennett, y Spaeth recibieron el apoyo científico de JPI para coordinar el estudio; los Dres. Bennett y Spaeth son miembros del Comité Asesor de JPI; los Dres. Lai, Wang, y Benson son empleados y accionistas de JPI. La Dra. Kharkevitch es empleada de UCB Pharma SA y S. Bongardt es empleada de Schwarz Biosciences GmbH, Monheim, Germany, ambas compañías son socias comerciales de JPI en Europa.

253. EMBARAZO EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO ANTES Y DESPUÉS DEL DIAGNÓSTICO

E. Rodríguez-Almaraz, R. Faré, I. Mateo, P. Carreira y M. Galindo

Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Objetivo: Analizar factores predictivos para el desenlace del embarazo en un grupo de pacientes con lupus eritematoso sistémico.

Material y métodos: Se incluyeron embarazadas con LES seguidas en nuestras consultas entre 1977-2008. Los datos demográficos (edad, fecha de inicio y diagnóstico, factores de riesgo cardiovascular, seguimiento y muerte), clínicos (actividad LES, historia obstétrica), tratamiento y embarazo se obtuvieron de bases de datos previas, historia obstétrica y cuestionarios telefónicos. Las complicaciones incluidas fueron: abortos, parto pretérmino, crecimiento intrauterino retardado (RCIU), preeclampsia/eclampsia y muerte fetal. La asociación entre categorías variables e invariables se analizó con el test de chi-cuadrado y el análisis de factores de riesgo en embarazo se realizó con regresión logística binaria multivariante y univariante.

Resultados: Se incluyeron 275 pacientes con LES, 177 presentaron embarazos y 98 no. Se analizaron 406 embarazos: 280 ocurrieron previos al diagnóstico de LES, 4 coincidieron con el diagnóstico y 126 después. La media de edad al diagnóstico de LES fue 32 años (6-69) y la media de edad de embarazo fue 28 años (16-45). De 406 embarazos, 307 (76%) fueron recién nacidos vivos, 9 (2%) presentaron RCIU y 83 (21%) parto pretérmino. Registramos 3 lupus neonatal (3 afectación cutánea y 2 afectación hematológica), todos

madres ac. anti-Ro+. Hubo 3 muertes perinatales, sin relación con LES. De los embarazos después del diagnóstico, 52,4% presentaron al menos una complicación: 30,2% aborto; 22,7% cesárea y 28% y 22% desarrollaron actividad de LES durante el embarazo y postparto. La mayoría de manifestaciones de actividad fueron leves (cutánea y articular). Las complicaciones fueron más frecuentes en embarazos después del diagnóstico del LES: abortos ($p = 0,04$), RCIU ($p = 0,003$), HTA ($p = 0,002$) y cesárea ($p = 0,001$). En análisis univariante, factores de riesgo para mala evolución fueron: complicaciones renales ($p = 0,004$) y embarazo antes de 6 meses de mantener el LES inactivo ($p = 0,02$). Factores de buena evolución fueron: tratamiento con antiplúdicos ($p = 0,05$), y monitorización estricta del embarazo ($p = 0,01$). El desarrollo previo de nefritis proliferativa fue factor de riesgo para preeclampsia ($p = 0,003$). La anemia hemolítica fue factor de riesgo para partos pretérmino ($p = 0,003$) y preeclampsia ($p = 0,01$). El fenómeno de Raynaud fue factor de riesgo para partos pretérmino ($p = 0,02$). El Síndrome antifosfolípido fue factor de riesgo para abortos ($p = 0,03$), especialmente en 2º trimestre ($p = 0,01$), RCIU ($p = 0,05$) y preeclampsia ($p = 0,03$). El embarazo antes de 6 meses de inactividad de LES fue factor de riesgo de preeclampsia ($p = 0,05$). El tratamiento con esteroides no ejerce efecto beneficioso ni perjudicial en el embarazo. En un análisis multivariante, las complicaciones renales ($p = 0,001$) y datos de actividad de LES ($p = 0,004$) persistieron como factor de riesgo de mala evolución y la monitorización estricta como factor de buen pronóstico ($p = 0,03$).

Conclusiones: El embarazo en pacientes con LES no debe considerarse una condición inaceptable de alto riesgo para madres y neonatos. Sin embargo, la existencia de afectación renal previa, anemia hemolítica y SAF confieren alto riesgo de desarrollar complicaciones en el embarazo. Éste debe ser planificado 6 meses tras el último brote de LES y tener una monitorización estricta en clínicas de embarazo de alto riesgo, como así también debería recomendarse tratamiento con hidroxycloquina.

254. TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL SISTÉMICA CON ANAKINRA: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

A. Marco, I. Calvo, B. López y C. Díez

Unidad de Reumatología Pediátrica. Hospital La Fe. Valencia.

Introducción: El Anakinra (Kineret) es un tratamiento biológico, antagonista del receptor de la IL-1 que actúa inhibiendo la respuesta inflamatoria en la Artritis Idiopática Juvenil (AIJ) Sistémica en la que existe un aumento de IL-1 responsable de las manifestaciones sistémicas. Los estudios realizados muestran su eficacia y actualmente está desarrollándose un estudio en fase II-III para evaluar la eficacia, seguridad y farmacocinética de Anakinra en estos pacientes.

Objetivo: Evaluar la eficacia y seguridad de Anakinra administrada en 22 pacientes con AIJ Sistémica durante 12 meses en nuestra Unidad.

Pacientes y métodos: Mediante estudio retrospectivo se recogieron los datos demográficos, los tratamientos previos y concomitantes, la aparición de infecciones y los resultados de controles analíticos de los pacientes durante su evolución (3, 6 y 12 meses). La dosis administrada de Anakinra fue de 2-3 mg/kg/día. Para determinar la eficacia se valoraron los criterios de Pavía: número de articulaciones activas, número de articulaciones limitadas, escala analógica visual por el médico, escala analógica visual por el paciente, valoración de la calidad de vida (CHAQ) y velocidad de sedimentación globular (VSG); y los siguientes criterios analíticos: cifra de leucocitos totales, hemoglobina (Hb), plaquetas, ferritina y proteína C reactiva (PCR).

Resultados: Todos los pacientes presentaron mejoría clínica y a los 12 meses de seguimiento el 25% alcanzaron ACR30, el 25% ACR50, el 37,5% ACR70 y el 12,5% ACR90. En todos ellos se produjo la desaparición de la fiebre y del rash y una mejoría analítica reflejada por el aumento de Hb y el descenso de las cifras de PCR, VSG, ferritina, pla-

quetas y leucocitos. Durante el tratamiento con Anakinra la mayoría de los pacientes presentó dolor en el sitio de inyección durante los primeros meses y se produjo una infección respiratoria superior, un Síndrome de Activación Macrofágica por VEB, una infección por CMV y VEB, una neumonía por Neumococo y exantema en un paciente durante el tratamiento con Anakinra.

255. BORN STUDY-BODY MASS INDEX AND OSTEOPOROSIS RISK WITH ULTRASOUND

L. Cunha-Miranda¹, A. Cardoso¹, E. Simões¹, R. Fernandes¹ y T. Cristovam²

¹Instituto Português de Reumatologia. ²Centro de Saúde de Nisa, Portugal.

Background: The positive association between body mass index (BMI) and bone mineral density (BMD) is well known, but the role of body components in Osteoporosis remains unclear. The relationship between obesity and osteoporosis has been widely studied, and epidemiological evidence shows that obesity is correlated with increased bone mass. Previous analyses, however, did not control for the mechanical loading effects of total body weight on bone mass and may have generated a confounded or even biased relation between obesity and osteoporosis.

Objective: The aim of this study was to evaluate the relation between BMI, body composition and Osteoporosis risk in a group of Portuguese women from Nisa (district in inland Portugal).

Methods: BMD was measured with heel ultrasound (Hologic Sahara) with T-score determination, fat mass was assessed by hand-to-hand bioimpedance analysis (BIA) and biometrics measurements (BMI, body perimeters) were registered with clinical risk factors. The 825 women sample of 40 years of age and older were recruited from Nisa's health centers. Analysis was stratified by BMI, adiposity classification (excess body fat = 30%), Osteoporosis risk (low, medium, high) and was tested with one-way ANOVA, t-Student and Pearson correlation for variables association.

Results: The 825 women had mean age of 61.6 ± 6.8 years, BMI was 28.9 ± 5.0 kg/m², fat mass $39.2 \pm 5.3\%$, waist perimeter (WP) 89.6 ± 10.8 cm, hip perimeter (HP) 108.1 ± 10.5 cm, waist/hip ratio (W/H) 0.83 ± 0.1 and menopausal age of 48.3 ± 5.4 years. Osteopenia and Osteoporosis prevalence were 12.3% and 14.6%, respectively, mainly distributed by normal, overweight and class I obesity. Low BMD risk increased with age and decreased with BMI, body fat mass, WP, HP ($p < 0.005$), but not with W/H ratio. Significant differences of T-score values between BMI classes ($p < 0.0001$) were found. The groups with normal/excess fat mass did not differ in ultrasound T-scores. BMD correlated significantly with BMI, fat mass, WP, HP and menopausal age, but not with weight at 25 years old.

Conclusions: As referred in other publications, BMI and adipose tissue may have a protection effect in Osteoporotic patients. Women with low BMD presented lower BMI, body fat and inferior perimeters, than those with normal BMD. The fat distribution showed no consistent influence in BMD. Previous BMI behavior at 25 years old showed no association in observed BMD.

256. FRAKTURE STUDY – FRAX AGAINST OSTEORISK AS QUESTIONNAIRES OF RISK EVALUATION

L. Cunha-Miranda¹, A. Cardoso¹, E. Simões¹, R. Fernandes¹ y T. Cristovam²

¹Instituto Português de Reumatologia. ²Centro de Saúde de Nisa, Portugal.

Background: Osteoporosis (OP) has a high clinical and social impact and the main objective is to decrease the risk of fractures. Today's

societies are focused in cost-benefit treatments, being forced to consider the patients at high risk for a first or subsequent fracture associated to low body mineral density (BMD). Individualized fracture risk calculation tools are increasingly and available on web, such as the FRAX algorithm, integrating BMD and clinical risk factors for fracture risk calculation. However, there is not a Portuguese version available yet. Other clinical tools like OsteoRisk provide an easy-access and low-cost alternative method that helps physicians to reduce the need for expensive DXA diagnosis of OP, may be considered for screening the individual patient in daily practice.

Objective: The aim of this study was to determine the utility of screening tools like the Spanish FRAX version, the OP risk assessment tool (OsteoRisk), a weight-age-based criterion, and an OsteoRisk model including the QUS T-score, in screening for low bone mass in a Portuguese women sample.

Methods: A cross-sectional investigation in Nisa's health centers invited 825 women to participate. Postmenopausal women aged 50 years and older, without known clinical risk factors of potential confounding effect, fulfilled a sample of 472 women with inclusion criteria. The OsteoRisk index is a score based on age and weight, with intention to assist clinicians in identifying patients with risk of OP for BMD measurements. The OsteoRisk Plus QUS, is an upgrade model for OP risk probability, that includes variables as age, weight and QUS T-score. WHO fracture risk assessment tool (FRAX) was used to identify bone-fracture high-risk individuals requiring medical intervention by calculating each individual's 10-year probability (%) of bone fracture based on clinical risk factors. The four methods were analyzed in the determination of high risk of fracture, using t-student, chi-square test analysis and Spearman correlation.

Results: The mean OsteoRisk score was 1.26 ± 2.9 [-6.2;16.2], the probability of OP given by OsteoRisk Plus QUS was $6.1 \pm 10.2\%$ and by FRAX for major OP $3.96 \pm 2.3\%$ and hip $0.94 \pm 1.2\%$. The most related models were OsteoRisk with two and three predictors (OR Plus), followed by FRAX's hip fracture risk association to OsteoRisk. All models were significantly correlated ($p < 0.01$). The QUS T-score classified 63 individuals with risk of osteoporotic fractures, of which 26 were identified by OsteoRisk, 21 with OR Plus, 4 by FRAX of major OP and 10 by FRAX of hip fracture. The most significant relations between these models were OR Plus with QUS ($r = -0.735$; < 0.0001) and with OsteoRisk (-0.876 ; < 0.0001); OsteoRisk with FRAX hip fracture ($r = -0.690$; < 0.0001). The OP risk probability was higher in QUS (13.3%) and OsteoRisk (12.5%) determination, followed by OR Plus (5.1%), FRAX-OP major (2.1%) and FRAX-hip fracture (5.3%).

Conclusions: The inexistence of a Portuguese version of FRAX algorithm implies several reservations about its use in daily practice. Our results point to the possibility of OsteoRisk simplicity as an alternative assessment tool for population-based health OP screenings based in their association and number of common identified risk cases for OP.

257. VALOR DE LOS ACPC, FR Y HLA EN LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DE RECIENTE INICIO QUE ADQUIEREN INCAPACIDAD LABORAL. SEGUIMIENTO A 5 AÑOS

M.J. Pozuelo López, F.G. Martínez Sánchez, J. Calvo Gutiérrez, M. Granados Ruiz, R. Ortega Castro y E. Collantes Estévez

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Objetivo: Evaluar la importancia que tienen los ACPC, el FR y el EC sobre la capacidad laboral de pacientes con Artritis Reumatoide de Reciente Inicio (ARRI). Valoramos también el HAQ y DAS28 inicial y el tipo de actividad laboral desempeñada (intensa, moderada o leve).

Material y métodos: De 186 pacientes con AR diagnosticados entre 2000-2005 en la consulta ARRI del HURS, 76 son descartados por ser pensionistas al diagnóstico, 48 amas de casa, 1 estudiante y 3 perdi-

dos, quedando 58 pacientes activos al inicio que hemos seguido durante 5 años. Realizamos un análisis descriptivo de las variables demográficas (sexo, edad de inicio), relacionadas con la profesión (trabajo pesado, moderado o administrativo) y relacionadas con la enfermedad (FR, ACPCC, HAQ inicial, DAS 28 inicial). Creamos tablas de contingencia 2×2 aplicando la prueba χ^2 .

Resultados: Datos basales: Demográficos: de los 58 pacientes, 30 (51,7%) son hombres con una edad media de inicio de 44,8 (25-63) años. Relacionados con la actividad laboral: 46,8% actividad física intensa, 42,6% AF moderada y 10,6% AF leve. Relacionados con la enfermedad: 75,9% tienen FR+, 72,4% ACPCC+ y 41,4% tienen 1 o 2 copias del EC. DAS28 inicial: 4,40 (1,5-7,96), HAQ inicial 0,81 (0-2,8). Datos a los 5 años de seguimiento: Demográficos: alcanzan Incapacidad laboral permanente 33,3% mujeres y 66,7% hombres. Relacionados con la actividad laboral: hay un aumento progresivo de ILP hasta el tercer año que se estabiliza: 1,7% n1 (1.º Año), 8,6% n5 (2.º año), 15,5% n9 (3,4 y 5.º año). Relacionados con la enfermedad: 100% del grupo ILP son FR+ frente 70% FR+ en el grupo que no adquiere ILP, 88,9% de ILP son ACPCC+ frente al 67,9% de ACPCC+ en el grupo sin ILP.

Conclusiones: Hay predominio de hombres con ILP. Hay mayor tendencia a desarrollar IL en los pacientes que desempeñan trabajos con esfuerzo físico moderado-intenso. DAS28 inicial y HAQ inicial pueden ser considerados factores predictores de IL futura. La presencia de FR guardar relación con desarrollo de ILP, la presencia de ACPCC muestra cierta asociación. El porcentaje de incapacidad laboral a 5 años en nuestra serie es del 15,5%.

Tabla Resumen 257

	Sin ILP	Con ILP	
DAS28 inicial	4,01	5,62	p = 0,001
DAS28 a los 5 años	2,23	3,66	p = 0,001
HAQ inicial	0,56	1,83	p = 0,000
HAQ a los 5 años	0,22	1,16	p = 0,000

258. AFECTACIÓN PULMONAR EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ENFERMEDAD ARTICULAR INFLAMATORIA O CONECTIVOPATÍA

M.G. Bonilla Hernán¹, L. Gómez Carreras², C. Plasencia Rodríguez¹, M. García Arias¹, M.L. Lojo Oliveira¹, C.J. Carpio Segura², R. Galera Martín², A. Balsa Criado¹, R. Álvarez-Sala² y E. Martín-Mola¹

¹Servicio de Reumatología. ²Servicio de Neumología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Objetivo: Evaluar la patología pulmonar que presentan los pacientes diagnosticados de enfermedad inflamatoria articular o conectivopatía.

Pacientes y métodos: Se han incluido los datos recogidos de los últimos 6 meses de los pacientes en seguimiento en una consulta multidisciplinaria atendida simultáneamente por reumatólogos y neumólogos. En dicha consulta se realiza el seguimiento de forma conjunta por las dos especialidades de pacientes diagnosticados de una enfermedad articular inflamatoria o conectivopatía y que presentan sospecha o confirmación de afectación pulmonar.

Resultados: En el periodo valorado han acudido a la consulta 91 pacientes de los cuales 65,9% (n = 60) son mujeres, la edad media es $64,46 \pm 13,46$. De ellos 45 pacientes estaban diagnosticados de artritis reumatoide (AR) el 49,45% (n = 45), esclerodermias eran el 11% (n = 10), espondiloartropatías 8,8% (n = 8), sarcoidosis 5,5% (n = 5), síndrome de Sjögren 4,39% (n = 4), síndrome antisintetasa 3,3% (n = 3), enfermedad mixta de tejido conectivo 3,3% (n = 3), enfermedad de Wegener 2,2% (n = 2) igual proporción de pacientes estaban diagnosticados de lupus eritematoso sistémico, de enfermedad de Churg-Strauss y de polimialgia reumática, un paciente tenía

una de enfermedad de Takayasu, otro Enfermedad de Bechet, otro conectivopatía indiferenciada y uno más dermatomiositis. De los pacientes diagnosticados de AR (n = 45), el 51% (n = 25) presentaban una Enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID), 28% (n = 13) tenían bronquiectasias, el 6,6% (n = 3) tenían nódulos reumatoides y el 4,4% (n = 2) fueron diagnosticados de asma. De los 10 pacientes evaluados en estos 6 meses diagnosticados de esclerodermia el 80% (n = 8) tenían EPID.

Conclusiones: Es evidente que la afectación pulmonar es una manifestación que aparece con cierta frecuencia en los pacientes diagnosticados de enfermedad articular inflamatoria sobre todo en la AR y en las diferentes conectivopatías, por lo cual es importante su sospecha para realizar el diagnóstico precoz. De nuestra experiencia de la que hemos recogido los datos de los últimos 6 meses observamos que el diagnóstico reumatológico que con más frecuencia vemos en nuestra consulta multidisciplinaria es la AR, y que la manifestación pulmonar que vemos con mas prevalencia asociada a ella es la EPID.

259. DIFERENTES FORMAS DE PRESENTACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL DE INICIO SISTÉMICO

M. Fernández Alba, C. Vargas Lebrón, M.L. Velloso Feijoo y F. Navarro Sarabia

Servicio de Reumatología. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: La artritis idiopática juvenil (AIJ) de inicio sistémico es una enfermedad muy variable en su forma de presentación, curso y pronóstico. Un 50% de los niños responde al tratamiento estándar en los primeros 6 meses; y hasta un tercio padece la forma crónica con síntomas sistémicos y/o articulares.

Objetivo: Describir nuestra experiencia de tratamiento de la AIJ de inicio sistémico en diferentes formas de presentación.

Material y métodos: Revisamos las historias clínicas de los pacientes con AIJ del H. V. Macarena y seleccionamos los pacientes con AIJ de inicio sistémico. Recogimos variables demográficas, clínicas e indicadores de actividad y evaluamos la respuesta a los diferentes tratamientos.

Resultados: Del total de 27 pacientes con AIJ menores de 18 años, identificamos 5 con AIJ sistémica: 4 niñas y 1 niño. Los casos 1 y 2 debutaron con fiebre elevada, rash, poliartalgias inflamatorias y elevación de reactantes de fase aguda; y respondieron significativamente a AINES y esteroides de forma temprana (al mes y a los 8 meses). Los otros 3 precisaron tratamiento biológico: Caso 3: niño de 9 años diagnosticado a los 4 años con fiebre, poliartrosis, rash, esplenomegalia, trombocitosis, leucocitosis con neutrofilia y elevación de reactantes. Tratado con esteroides a dosis altas y MTX durante 1 año sin mejoría; se añade etanercept sin cambios (incluso con dosis de 50 mg/semana). Se sustituyó por anakinra 100 mg/día con respuesta inicial y recaída a los 4 meses. Posteriormente tratado con rituximab con control de síntomas sistémicos, pero persistencia de poliartrosis (NAD 20, NAI 20). Se decide probar tocilizumab 12 mg/kg cada 15 días, que permite suspender esteroides al año; a los 2 años se aumenta el intervalo de infusiones a 3 semanas; actualmente en remisión. Caso 4: niña de 10 años, diagnosticada a los 3 años por cuadro de fiebre, exantema, leucocitosis y artritis de tobillo; tratada con esteroides y MTX a dosis altas durante 1 año sin respuesta. Se añade anakinra a dosis de 2 mg/kg/día con mejoría franca al mes, que permite suspender corticoides y disminuir dosis de MTX y anakinra a los 6 meses. Actualmente asintomática con MTX en monoterapia. Caso 5: niña de 10 años diagnosticada a los 2 años por fiebre, exantema y artritis de carpos. Tratada con esteroides y MTX a dosis altas sin control. A los 2 años, inicia etanercept en monoterapia con progresiva reducción de dosis al controlarse los síntomas durante 3 años. Se suspendió durante 1 año, con recaída al año y reintroducción hace 2 años. En remisión completa desde hace 1 año.

Discusión: La AIJ sistémica es una entidad muy variable, que engloba desde formas monofásicas con respuesta excelente al tratamiento estándar, hasta formas crónicas que pueden ser muy agresivas y producir secuelas importantes en los niños. Los varones tienen peor pronóstico, hecho que también observamos en nuestra serie. Las terapias biológicas pueden modificar el pronóstico vital y funcional de estos pacientes.

260. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SUPERVIVENCIA DE PACIENTES CON MIOPATÍAS INFLAMATORIAS IDIOPÁTICAS ANTI-JO1 POSITIVO

L. Nuño¹, F.J. López-Longo², L. Carreño² y E. Martín-Mola¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

²Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción: Clásicamente, se ha descrito el mal pronóstico de los pacientes diagnosticados de Miopatía Inflamatoria Idiopática (MII) con positividad a anticuerpos anti-Jo1, así como su relación con la enfermedad pulmonar intersticial.

Objetivo: Estudiar las características clínicas, la supervivencia y causas de muerte de pacientes diagnosticados de MII anti-Jo1 positivo.

Métodos: Se incluyeron todos los pacientes en seguimiento entre enero de 1988 y diciembre de 2005, con diagnóstico de MII según los criterios de Tanimoto (Tanimoto et al. *J Rheumatol.* 1995;22:668-74). Se analizó la presencia de anticuerpos anti-Jo1 según técnica de ELISA. Los datos clínicos y analíticos se obtuvieron a partir de la historia clínica del paciente. En 2005 se analizaron los datos recogidos y en los casos en los que la fecha de la última revisión era anterior a diciembre de 2005 se contactó telefónicamente con el paciente o con sus familiares para conocer su situación actual o, en caso de fallecimiento, averiguar la fecha y causas del mismo. Los pacientes no localizados en diciembre del 2005 se consideraron como pérdidas del estudio de mortalidad, incluyéndose en el estudio de mortalidad hasta el fin de seguimiento. Se estudió la relación entre variables mediante chi cuadrado o test exacto de Fisher y el análisis de supervivencia mediante curvas de Kaplan-Meier, regresión logística de Cox y estadístico log-rank.

Resultados: Se incluyeron 110 pacientes en el estudio, con 7 pérdidas en el seguimiento (6,4%). En 20 casos se encontraron anticuerpos anti-Jo1 positivo (18,2%), y en los restantes 90 casos eran anti-Jo1 negativo. No se encontraron diferencias en variables demográficas de edad, sexo o tiempo de seguimiento de la enfermedad entre ambos subgrupos. En el análisis univariante, la presencia del anticuerpo se asoció con pulgar en Z (15% antiJo-1 positivo vs. 0% antiJo-1 negativo; $p = 0,005$), eritema en flexuras (30% vs. 10%; $p = 0,029$), manos de mecánico (25% vs. 2,2%; $p = 0,002$), manifestaciones pulmonares (75% vs. 40%; $p = 0,005$), pleuritis (35% vs. 12,2%; $p = 0,039$), enfermedad pulmonar intersticial (50% vs. 8,9%; $p < 0,001$) e hipertensión arterial (45 vs. 22,2%; $p = 0,037$), edema en manos (5 vs. 28,9%; $p = 0,023$). Tras análisis multivariante y ajustando por edad y sexo, únicamente la enfermedad pulmonar intersticial (OR 11,9; 95% IC: 3,5-39,8; $p < 0,001$) y la hipertensión arterial (OR 3,6; 95% IC: 1,1-11,5; $p = 0,031$) se asociaron con el anticuerpo. Durante el seguimiento se produjeron 31 fallecimientos (30,1%), con 7 muertes entre las MII anti-Jo1 positivo y 24 muertes entre las MII anti-Jo1 negativo (36,6% vs. 28,6% respectivamente, $p = NS$). Las causas de muerte en MII anti-Jo1 fueron 3 por infección, 2 por causas cardiovasculares, 1 por cáncer y 1 por enfermedad pulmonar intersticial. Las tasas de supervivencia en pacientes anti-Jo1 positivo fue de 100, 81, 66 y 57% a los 5, 10, 15 y 20 años respectivamente, con una supervivencia media de 25 años (18-32) (IC95%), mientras que en pacientes anti-Jo1 negativo fue de 88, 82, 74 y 61%, con una supervivencia media de 24 años (20-27), sin diferencias significativas.

Conclusiones: En nuestra cohorte, los pacientes con MII anti-Jo1 positivo presentaron una mayor frecuencia de enfermedad pulmonar intersticial e hipertensión pulmonar respecto a pacientes anti-Jo1 negativo, con una frecuencia de mortalidad y tasas de supervivencia similar entre ambos subgrupos.

261. IMID-BIOBANK: BIOBANCO DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS MEDIADAS POR INMUNIDAD (IMIDS)

S. Marsal¹, J. Tornero, J. Cañete, A. Fernández-Nebro, J.M. Hernanz, J. Panés, A. Julià, R. Tortosa e IMID Consortium

¹Grup de Recerca de Reumatologia. Institut de Recerca. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivo: Las tecnologías de análisis genómico están permitiendo una caracterización de la variabilidad molecular humana sin precedentes. Este elevado poder de análisis va a ser fundamental para alcanzar el reto de la medicina personalizada. Más que nunca, la calidad de las muestras biológicas va a ser esencial para poder aprovechar estas nuevas tecnologías. Con el objetivo de obtener una gran colección de muestras de pacientes con enfermedades inflamatorias mediadas por inmunidad (Immune Mediated Inflammatory Diseases o IMIDs), se ha constituido el IMID-Biobank.

Métodos: En las instalaciones del Parc Científic de Barcelona, se llevó a cabo la creación del biobanco IMID-Biobank en 2008. En colaboración con el Banco Nacional de ADN (www.bancoadn.org) se implementaron los diferentes protocolos de trabajo para el procesado y almacenamiento de las muestras. El IMID-Biobank es en sí mismo una infraestructura operativa que consiste en una unidad de dirección, un coordinador técnico, un equipo de técnicos de laboratorio especializados y una unidad de control de calidad. El objetivo del biobanco, suministrar muestras de gran calidad, va a depender de una adecuada regulación de cada uno de estos elementos. Para este objetivo el IMID-Biobank ha implementado un sistema de gestión de calidad que permite la evaluación continua de todos los procesos y procedimientos que tienen lugar en el biobanco.

Resultados: El IMID-Biobank ha recogido, procesado y almacenado muestras de más de 8.000 pacientes IMID. Teniendo en cuenta que en muestras como la sangre se pueden obtener diferentes productos derivados como DNA genómico, RNA, plasma y líneas celulares inmortalizadas, el IMID-Biobank está custodiando más de 50.000 productos derivados de pacientes IMID. El IMID-Biobank es el primer biobanco asociado a un hospital que obtiene el certificado de calidad ISO 9001:2000.

Conclusiones: La existencia de biobancos como el IMID-Biobank va a ser esencial para poder aprovechar el potencial de las tecnologías genómicas y alcanzar el reto de la medicina personalizada.

IMID-Consortium: M.A. Aguirre, J.L. Andreu, J. Ballina, F. Blanco, R. Blanco, J. Cañete, P. Carreira, L. Carreño, B. Fernández, A. Fernández-Nebro, J.L. Fernández-Sueiro, C. González, I. González, J. Gratacós, A. Julià, S. Marsal, J.L. Marengo, J. Maymó, C. Montilla, S. Muñoz, A. Olivé, J.J. Pérez, R. Queiro, J. Rodríguez, I. Rotés, R. Santmartí, C. Tomàs, J. Tornero, J.C. Torre-Alonso, R. Tortosa y P. Zarco.

262. ESTUDIO DE LA EXPRESIÓN DE CD28 EN LAS CÉLULAS NATURAL KILLER

A. Lamana, B. Díaz Sánchez, A.M. Ortiz, R. García de Vicuña e I. González Álvaro

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

Introducción: La producción mantenida de TNF es un evento común a la mayoría de las artropatías inflamatorias. Nuestro grupo ha des-

crito previamente que la interacción entre células NK estimuladas con interleuquina 15 (IL15) y macrófagos da lugar a procesos de estimulación mutua que desembocan en la producción persistente de TNF (Arthritis Res Ther 2006 8:R88). Este mecanismo podría jugar un papel importante en la cronificación de la enfermedad en una subpoblación de pacientes con Artritis Reumatoide. Por otra parte, Abatacept (CTLA-4-Ig), fármaco eficaz para el control de dicha enfermedad, inhibe la señal coestimulante que induce la interacción de la molécula CD28, expresada en linfocitos T, con las moléculas CD80 y CD86 expresadas en macrófagos.

Objetivo: Estudiar la expresión de CD28 en la superficie de las células NK en reposo y tras activación con IL15.

Métodos: Se estudió por citometría de flujo la expresión de CD16, CD28, CD56 y CD69 en diferentes líneas tumorales de estirpe NK (NKL, NK3.3 e YT Indy obtenidas de ATCC/LGC Promochem, Barcelona) y en células NK purificadas mediante selección negativa de sangre periférica de 33 donantes sanos. En este último caso se estudiaron las células NK en reposo y tras activación con IL15 50 pg/ml durante 24 horas. CD56 y CD16 fueron utilizados para clasificar los diferentes subtipos de células NK, mientras que CD69 se estudió como control de activación.

Resultados: Entre las diferentes líneas tumorales de células NK, las células NKL y las YT Indy expresaban CD28. La línea NK3.3 no expresaba esta molécula y también presenta niveles muy bajos de expresión de CD56, molécula característica de células NK. Las células NK de donantes sanos se pudieron clasificar en 3 subpoblaciones en base a su patrón de expresión de CD16 y de CD56: CD56alto CD16debil, CD56 moderado CD16 alto y CD56 moderado CD16 bajo/negativo. Aunque la distribución de estas subpoblaciones fue variable de unos donantes a otros, en general, la población más abundante (aprox. 60% de las NK) expresa CD56 de forma moderada y CD16 de forma alta. Esta población mayoritaria carece de CD28. La otra dos poblaciones constituyen un 30% las células CD56 moderado CD16 bajo/negativo y un 10% las CD56 alto CD16 débil. Estas dos últimas poblaciones presentaron expresión de CD28, que era de mayor frecuencia e intensidad en las células NK con moderada expresión de CD56 y baja expresión de CD16. En ninguna de las subpoblaciones de células NK la IL15 incrementó la expresión de CD28, aunque CD69, control de activación aumento en las células NK de todos los donantes tras el tratamiento con IL15.

Conclusiones: Las células NK con baja expresión de CD16 expresan CD28. Se necesitan más estudios para determinar si esta molécula podría estar implicada en la producción de TNF observada en nuestro modelo previamente descrito.

Este trabajo ha sido financiado por Bristol-Myers-Squibb. A. Lamana disfruta de una beca DIB-SER de la Fundación Española de Reumatología.

263. EFICACIA Y SEGURIDAD DE ETANERCEPT EN PACIENTES CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL MENORES DE 4 AÑOS

I. Calvo Penadés, B. López Montesinos, A. Marco Puche y C. Díez Morrondo

Unidad de Reumatología Pediátrica. Hospital La Fe. Valencia.

Introducción: La terapia biológica con etanercept (ETN), está aprobada tanto por la AEMPS, EMEA y FDA, en la Artritis idiopática Juvenil (AIJ) Poliarticular en niños mayores de 4 años y no respondedores a metotrexato. La seguridad ha sido demostrada en ensayos clínicos y especialmente a largo plazo, donde no se ha encontrado incremento de efectos adversos graves. La eficacia y seguridad de ETN en niños menores de 4 años no está claramente establecida.

Objetivo: Comprobar la eficacia y seguridad de ETN en pacientes con AIJ menores de 4 años

Pacientes y métodos: En un total de 14 niños con AIJ poliarticulares no respondedores a Metotrexato menores de 4 años es administrado ETN. Todos los padres firmaron el consentimiento informado. Se consideraron datos epidemiológicos, edad de diagnóstico de la enfermedad y edad de inicio del tratamiento. ETN es administrado a 0,8 mg/kg/semanal. La eficacia es valorada usando los criterios de mejoría a ACR pedi-30, 50 y 70. El tratamiento concomitante y el tiempo de duración del tratamiento.

Resultados: Identificamos un total de 14 niños (9 niñas y 5 niños), con edad media de 22 meses (15-36). Formas de AIJ; 9 pacientes poliarticulares FR negativo, ANA+. 2 oligoartritis extendidas, ANA+. 2 poliarticulares de inicio sistémico. Todos los pacientes recibieron metotrexato y corticoides. Edad media de inicio de ETN es de 28m (17-44). Media de duración de tratamiento con ETN es de 16 meses (6-42). Todos los pacientes alcanzaron ACR-Pedi-30 en el mes 6º de tratamiento. La media de articulaciones activas al inicio de ETN fue de 13 (8-20). Articulaciones limitadas fue de 2 (0-2). La media VSG fue de 50.2 mm/h (30-80). El 64% de los pacientes presentaban al inicio del tratamiento con ETN una Hb de 11,1 (10-11,4). Sideremia 31 (8-40). 1 paciente interrumpió el tratamiento por remisión 46 meses. Presentaron recaídas 2 pacientes (14%) entre 8-12 meses. 1 paciente interrumpió el tratamiento por remisión 46 meses. Se detectaron en el seguimiento procesos infecciosos en el 285 (4 pacientes): 2 IRS con fiebre que no precisaron interrumpir ETN. 1 Neumonía que no precisó ingreso hospitalario. 1 Varicela a los 18 meses de tratamiento con ETN. 1 paciente presentó una uveítis anterior no complicada a los 7 meses de tratamiento con ETN. No presentaron acontecimientos adversos graves.

Conclusiones: Hay que destacar como característica de este grupo de pacientes con AIJ poliarticular en niños menores de 4 años, el alto número de articulaciones activas frente al escasas articulaciones limitadas, el aumento moderado de los reactantes de fase aguda y la anemia ferropénica asociada. ETN se comportó como un tratamiento eficaz y no encontramos efectos adversos graves. Por lo que debe de ser considerado como alternativa terapéutica en el grupo no respondedor al tratamiento estándar.

264. SÍNDROME DE DOLOR REGIONAL COMPLEJO EN PEDIATRÍA: NUESTRA EXPERIENCIA EN 11 CASOS

L. Losada Ares¹, J.V. Sotoca Fernández² e I. Calvo Penadés³

¹Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. ²Servicio de Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. ³Unidad de Reumatología Pediátrica. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

Introducción: El dolor musculoesquelético es el motivo de consulta más frecuente en las consultas de Reumatología Pediátrica. Su origen y diagnóstico diferencial es amplio por la variedad de factores que intervienen. El Síndrome de dolor regional complejo (SDRC) es una entidad con características particulares, menos frecuente en edad pediátrica que en adultos e infradiagnosticada en el niño. El cuadro clínico típico se ve en la edad escolar o adolescencia, tras un desencadenante (traumatismo, infección, inmovilización) aparece dolor neuropático asociado a disfunción autonómica en la región distal de una extremidad, con un curso prolongado e incapacitante. Si no se resuelve puede conducir a atrofia, contracturas y osteopenia subyacente. Los hallazgos de RMN y gammagrafía unidos a los criterios clínicos son suficientes para el diagnóstico. El tratamiento es multidisciplinar: apoyo psicológico, terapia ocupacional, rehabilitación, fisioterapia, y tratamiento farmacológico. Los analgésicos habituales no suelen ser útiles. Fármacos empleados como analgésicos coadyuvantes (antidepresivos, antiepilépticos) han mostrado cierto beneficio. Los suplementos de calcio y vitamina D son frecuentemente pautados. En casos refractarios se han practicado bloqueos nerviosos

o estimulación espinal con electrodos percutáneos con resultados controvertidos. La respuesta a terapias incruentas, especialmente fisioterapia intensa, es mejor que en adultos, con tasas de recuperación completa sin secuelas superiores al 75%.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo que analiza las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes diagnosticados de SDRC en una consulta de Reumatología Pediátrica de un Hospital terciario entre octubre de 2002 y marzo de 2009.

Resultados: Se estudiaron 11 pacientes, 3 varones y 8 mujeres, con una edad media de 11'5 años (rango entre 4 y 14 años). El tiempo medio transcurrido entre el inicio de la clínica y el diagnóstico fue de 17 meses, 9 desde la llegada a la consulta especializada. Las articulaciones más frecuentemente afectadas fueron el tobillo (45% de los casos) y la rodilla (27%). Sólo en un caso hubo afectación en miembro superior (muñeca). Clínicamente cursaba con dolor e impotencia funcional (9 pacientes). Las alteraciones sensitivas se objetivaron en el 27% de los pacientes y las autonómicas en el 36%. Llamó la atención que en el 36% de los pacientes había antecedentes de convulsiones febriles. La inmovilización tras un traumatismo fue el desencadenante más común (5 pacientes). Un paciente con AIJ oligoarticular inició la clínica tras un brote inflamatorio. La radiología simple fue normal, pero la gammagrafía (45% de los casos) y la RMN (90%) no. La respuesta al tratamiento conservador habitual (calcio, vitamina D y fisioterapia) fue eficaz en el 81% de los casos. Se asoció calcitonina y calcioantagonistas en 3, 2 de ellos respondieron en menos de 3 meses (se ha perdido el seguimiento del tercero). Sólo uno de los pacientes de esta serie presentó recaídas. El tiempo medio de seguimiento ha sido de 27 meses.

Conclusiones: El SDRC es una patología infrecuente y poco conocida en pediatría. Las manifestaciones clínicas pueden confundirse con otras causas de dolor osteomuscular pero ciertas particularidades pueden orientar al diagnóstico, junto con la RMN y la gammagrafía. La evolución con un tratamiento conservador basado en la fisioterapia suele ser eficaz en los niños.

265. ESCLEROSIS SISTÉMICA DIFUSA CON ANTICUERPOS ANTICENTRÓMERO

B.E. Joven¹, L. Carmona² y P.E. Carreira¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital 12 de Octubre. Madrid. ²Unidad de Investigación. Fundación Española de Reumatología. Madrid.

Objetivo: Analizar la incidencia de anticuerpos anti-centrómtero (ACA) en pacientes con esclerosis sistémica y afectación dérmica difusa (ESd), y comparar las características clínicas de estos pacientes con: 1. pacientes con ESd ACA (-), y 2. pacientes ACA (+) con ES y afectación dérmica limitada (ESI).

Pacientes y métodos: Todos los pacientes con ES que cumplían los criterios preliminares de clasificación de ACR de 1980 (Subcommittee for scleroderma criteria of the American Rheumatism Association diagnostic and therapeutic criteria committee. Arthritis Rheum 1980;23:581-90) o los criterios propuestos en 2001 para ES precoz (LeRoy et al. J Rheumatol 2001;28:1573-6), y seguidos en el servicio de reumatología del nuestro hospital, se incluyeron prospectivamente en una base de datos creada en 1989, que contiene información demográfica y clínica. La presencia de ACA se determinó mediante inmunofluorescencia indirecta (IFI) en células Hep2. Otros anticuerpos antiENA se determinaron mediante un dot blot para varias proteínas (INLIA-Test). Las características clínicas de los pacientes con ESd y ACA (+) se compararon con las de otros 2 grupos: 1. pacientes con ESd ACA (-), y 2. pacientes con ESI y ACA (+). Se utilizaron el test de Chi cuadrado y la prueba t para muestras independientes para analizar las diferencias entre grupos. Se utilizó regresión logística binaria multivariada para detectar las asociaciones

independientes de la presencia de ACA y de enfermedad difusa con características clínicas expresadas diferencialmente por los pacientes con ESd y ACA (+).

Resultados: De 298 pacientes con ES (86% mujeres, 67% ESI), 13 (todas mujeres) tenían ESd y ACA (+). Comparadas con 79 pacientes con ESd y ACA (-), las pacientes con ESd y ACA (+) presentaban menos fibrosis pulmonar (OR 0,05; IC95% 0,006-0,4; p < 0,0001), edema de manos (OR: 0,1; 95% CI: 0,03-0,6; p = 0,01) y rigidez matutina (OR: 0,09; 95% CI: 0,01-0,8; p = 0,01), más síndrome seco (OR: 4,8; 95% CI: 1,4-16,7; p = 0,02) y más megacapilares (OR: 5,1; 95% CI: 1,1-25,6; p = 0,04) y menos áreas avasculares (OR: 0,2; 95% CI: 0,06-0,8; p = 0,03) en la capilaroscopia. Comparadas con 93 pacientes con ESI y ACA (+), las pacientes con ESd y ACA (+) tenían más lesiones isquémicas (OR: 5,5; 95% CI: 1,6-19,4; p = 0,009), y más proteinuria (OR: 1,2; 95% CI: 1-1,5; p = 0,01). La regresión logística multivariada mostró que la presencia de ACA se asociaba de forma independiente en nuestro grupo de pacientes con ES con la ausencia de fibrosis pulmonar, edema de manos, rigidez matutina y áreas avasculares, y con la presencia de síndrome seco y megacapilares. Por otra parte, la afectación cutánea difusa se asociaba con la presencia de fibrosis pulmonar, áreas avasculares y lesiones isquémicas.

Conclusiones: Los pacientes con ESd y ACA (+) presentan un cuadro clínico similar al de los pacientes con ESI y ACA (+), con menor frecuencia de afectación visceral, especialmente de fibrosis pulmonar que los pacientes con ESd y ACA (-). No obstante también presentan una mayor incidencia de algunas características clínicas de la ESd, como las lesiones isquémicas o la proteinuria, lo que sugiere que se trata de un subgrupo similar al de ESI, pero con una enfermedad más grave, por lo que debe hacerse un seguimiento cercano a estos pacientes.

266. ANTICUERPOS ANTI-RNA POLIMERASA 3 EN LA ESCLEROSIS SISTÉMICA

V.Y. Pérez¹, B.E. Joven², A. Serrano¹ y P.E. Carreira²

Servicios de ¹Inmunología. ²Reumatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Objetivo: 1. analizar la incidencia de anticuerpos anti RNA Polimerasa 3 (pol3) en pacientes con esclerosis sistémica (ES), y 2. comparar las características clínicas del grupo de pacientes Pol3 (+) con los grupos de pacientes anti-topoisomerasa I (aSc170) (+) y anticentrómtero (ACA) (+).

Pacientes y métodos: El suero de todos los pacientes con ES vistos en la consulta de reumatología entre enero y mayo de 2009 fue analizado para la presencia de anticuerpos Pol-3, mediante un método ELISA (MBL). Las características clínicas de los pacientes Pol-3 (+) se compararon con las de otros dos grupos de pacientes: uno con aSc170 (+) y otro con ACA (+). Las características de todos los pacientes con ES habían sido incluidas previamente en una base de datos que contiene información demográfica y clínica recogida prospectivamente. Se utilizó Odds ratio con IC del 95% para medir la fuerza de asociación entre las variables cualitativas, y prueba t para muestras independientes para analizar las diferencias entre variables cuantitativas.

Resultados: De los 73 (6h, 57m) pacientes con ES analizados, 12 (16%, 1h, 11m) eran positivos para Pol3 y negativos para ACA y aSc170. Cinco tenían enfermedad difusa, 3 afectación muscular, 3 fibrosis pulmonar y 1 crisis renal, pero ninguno tenía hipertensión pulmonar (HP). Comparando el grupo de los 12 pacientes Pol3 (+) con el grupo de 65 pacientes con ES y aSc170 (+), los pacientes Pol3 (+) tenían una incidencia menor de fibrosis pulmonar (OR = 0,02; IC95% 0,05-0,85; p = 0,04). Comparando el grupo Pol3 (+) con el grupo de 98 pacientes ACA (+), los pacientes Pol3 (+) eran más jóvenes al inicio de la enfer-

medad (33 vs 48 años, $p = 0,02$), y presentaban más enfermedad difusa (OR = 4,6; IC95% 1,2-16,8; $p = 0,03$), más áreas avasculares en la capilaroscopia (OR = 6,5; IC95% 1,6-26,8; $p = 0,01$), más contracturas en flexión (OR = 7,0; IC95% 1,2-41,7; $p = 0,05$) y mayor afectación muscular (OR = 6,9; IC95% 1,4-34,7; $p = 0,03$).

Conclusiones: Los anticuerpos anti-RNA polimerasa 3 aparecen en el 16% de nuestra población de pacientes con una edad menor al inicio de la enfermedad, afectación cutánea difusa, mayor afectación muscular y menor frecuencia de fibrosis pulmonar.

267. HISTORIA GINECOLÓGICA Y OBSTÉTRICA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA EN ESPAÑA: ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

N. Dorado, S.I. Piedrabuena, M.A. Roldán, M. Pérez, B.E. Joven y P.E. Carreira

Servicio de Reumatología. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Objetivo: Analizar: 1. la historia ginecológica y obstétrica (gin-obs) en pacientes españolas con esclerosis sistémica (ES), comparada con un grupo control; 2. la influencia de la ES en la historia gin-obs; y 3. si esta influencia es diferente en los subgrupos de ES.

Pacientes y métodos: Se envió un cuestionario semi-estructurado sobre la historia gin-obs a todas las pacientes con ES seguidas en el servicio de reumatología, y a un grupo control de edad similar, formado por mujeres vistas en reumatología por problemas articulares mecánicos. La información de las pacientes con ES: edad al inicio, subtipo de ES, características clínicas (a pulmonar, cardíaca o renal, hipertensión pulmonar) y anticuerpos (ANA, anticentrómero (ACA), aScl70) había sido incluida previamente en una base de datos de pacientes con ES. Se analizaron los siguientes grupos: grupo total de pacientes y controles, pacientes y controles > 45 a, grupo control con subgrupos de ES (difusa, limitada, ACA, aScl70, fibrosis pulmonar); grupo control con pacientes con inicio de la enfermedad < 35 a; Pacientes con ES difusa y limitada; pacientes con/sin ACA; Pacientes con/sin aScl70. Se utilizó Chi cuadrado para analizar diferencias entre variables cualitativas, t de Student variables cuantitativas y regresión logística binaria para analizar la influencia de la ES en la historia gin-obs.

Resultados: Contestaron el cuestionario 98/150 pacientes y 94/150 controles, con edad media de 55 ± 15 y 52 ± 12 a, respectivamente. En el grupo de pacientes, 63 (64%) tenían ES limitada y 35 (36%) difusa, 25 (27%) tenían a pulmonar, 26 (28%) aScl70 y 41 (43%) ACA. La única diferencia en la historia ginecológica fue la menor utilización de terapia hormonal sustitutiva (THS) tras la menopausia en el grupo ES (OR = 0,3; IC95% 0,1-0,7; $p = 0,005$). En la historia obstétrica, las pacientes con ES habían estado embarazadas alguna vez (OR = 0,44; IC95% 0,2-0,9; $p = 0,02$), y habían tenido intención de embarazarse (OR = 0,5; IC95% 0,2-0,9; $p = 0,04$) con menor frecuencia que el grupo control. No había diferencias en el número de embarazos ni el porcentaje de recién nacidos vivos. Los resultados fueron similares cuando se analizaron sólo las mujeres > 45 a. Estas diferencias eran mayores cuando se analizaban solo pacientes con ES difusa o aScl70, pero desaparecían cuando se analizaban solo pacientes con ES limitada o ACA. Las pacientes con inicio de ES < 35 a habían estado embarazadas alguna vez (OR: 0,2; 95% CI: 0,1-0,6; $p = 0,004$), y habían tenido la intención de embarazarse (OR: 0,3; 95% CI: 0,1-0,6; $p = 0,004$), con menor frecuencia que un grupo control ajustado por edad. Cuando se analizaron los subgrupos de pacientes con ES, las pacientes con enfermedad difusa y aScl70 mostraron resultados similares. Además, la menopausia ocurría en estos grupos a una edad más temprana ($p = 0,001$) y era provocada más frecuentemente en los subgrupos con ES difusa y con aScl70 (OR: 0,1; 95% CI: 0,03-0,5; $p = 0,003$).

Conclusiones: 1. Las pacientes con ES difusa o con aScl70 han estado embarazadas alguna vez y han tenido intención de embarazarse con menos frecuencia que las mujeres sanas. Estos resultados se confirman en los pacientes con edad de inicio de la enfermedad < 35 a. 2. Las pacientes con ES son tratadas con THS tras la menopausia menos frecuentemente que las mujeres sanas. 3. La menopausia ocurre más precozmente, y es más frecuentemente provocada en las pacientes con ES difusa o con aScl70.

268. EFECTOS DE LAS CONCENTRACIONES SÉRICAS ELEVADAS DE DS-TNFR2 SOBRE LA RESPUESTA TERAPÉUTICA A ANTAGONISTAS DEL TNFALFA, FAME CLÁSICOS Y SOBRE LA PROGRESIÓN RADIOLÓGICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

J.D. Cañete¹, C. Albaladejo¹, M.V. Hernández¹, R. Sanmartí¹, B. Laínez², J.A. Pinto³, M.J. López-Armada³, J.R. Rodríguez¹, F.J. Blanco³ y P. Engel²

¹Unidad de Artritis. Servicio de Reumatología. Hospital Clínic. Barcelona.

²Unidad de Inmunología. Departamento de Biología Celular.

Universidad Autónoma de Barcelona. ³Servicio de Reumatología.

Hospital Juan Canalejo. La Coruña.

Objetivo: Analizar los efectos de las concentraciones séricas de DS-TNFR2 (una isoforma soluble del TNF- α receptor 2 producida por splicing alternativo) sobre la respuesta clínica a anti-TNF-alfa o FAME clásicos así como sobre la progresión radiológica en pacientes con artritis reumatoide.

Métodos: Se incluyeron 116 pacientes con AR de forma prospectiva: El grupo I incluyó 52 paciente con AR de reciente inicio (media + DE: 8,5 + 6,2 meses de duración) que no habían tomado FAME antes de iniciar metotrexato y que fueron seguidos durante 12 meses. El grupo II incluyó 64 pacientes con AR de larga evolución (144 + 107 meses) refractaria a metotrexato (15-20 mg/semana) antes de iniciar tratamiento con infliximab. Se obtuvieron los siguientes datos: parámetros clínicos y biológicos de actividad de la enfermedad, incluidos el DAS28 y los criterios EULAR de respuesta a la terapia, y concentraciones séricas de DS-TNFR2, sTNFR2 y anticuerpos anti-citrulina, en ambos grupos al inicio y al final del tratamiento. En el grupo I también se determinó la progresión radiológica según el método de Larsen modificado y la concentración sérica de MMP-1.

Resultados: Basándonos en un estudio previo de nuestro grupo, definimos en cada grupo dos subgrupos de pacientes de acuerdo con su concentración sérica de DS-TNFR2 a la inclusión. En el grupo I, 21 de los 52 (40%) pacientes tenían concentraciones elevadas (CE) de DS-TNFR2 (382,3 + 609,8), siendo todos ellos FR positivos. El 23% de estos pacientes tenía daño radiológico tras 12 meses de seguimiento, siendo la concentración sérica de MMP-1 a la inclusión el único predictor de la progresión radiológica. No hubo diferencias en la respuesta EULAR a FAME entre pacientes con CE y concentraciones normales (CN) de DS-TNFR2. En el grupo II, 17 de los 64 (26,6%) pacientes tenían CE (396 + 608 ng/ml), eran más FR+ (94,1% vs 61,7%; $p = 0,013$) y tenían concentraciones más elevadas de anticuerpos anti-citrulina (1.053 + 1.359 UI/ml vs 482 + 653 UI/ml; $p = 0,034$). La respuesta EULAR fue globalmente superior en pacientes con CE de DS-TNFR2. La concentración de DS-TNFR2 representó un 70% de sTNFR2 en los pacientes con CE.

Conclusiones: Los pacientes con CE de la isoforma DS-TNFR2 tienen más marcadores de mal pronóstico (FR, anti-CCP) que los pacientes con CN. Además tienen una respuesta EULAR superior cuando son tratados con terapia anti-TNF pero no con FAME clásicos. El único predictor de progresión radiológica después de 1 año fue la concentración de MMP-1 a la inclusión.

Tabla Resumen 269

	FRAX-Es	FRAX-Es	FRAX-IT	FRAX-IT	FRAX-UK	FRAX-UK
	OP major	Hip fracture	OP major	Hip fracture	OP major	Hip fracture
Probability risk mean	5.4 ± 4.0*	1.4 ± 1.9*	9.2 ± 6.1*	2.4 ± 3.0*	11.2 ± 7.1*	2.2 ± 2.6*
Risk intervals (%)	-	-	-	-	-	-
< 5%	58.5	95.5	28	89.7	16.8	91.1
5-10%	32.9	3.5	41.5	7.8	40.3	7
10-15%	5.9	0.7	18.8	1.4	22	0.9
15-20%	1.5	0.3	6.2	0.5	11.8	0.7
> 20%	1.2	0	5.5	0.5	9.2	0.3
OP probability (%)	10.2	10.6	33.6	23.8	45.7	22

269. THE FRAX, EL FRAX OR IL FRAX: DIFFERENCES BETWEEN FRACTURE RISK IN A PORTUGUESE POPULATION/SAMPLE

L. Cunha-Miranda¹, A. Cardoso¹, E. Simões¹, R. Fernandes¹ y T. Cristovam²

¹Instituto Português de Reumatologia. ²Centro de Saúde de Nisa. Portugal.

Background: Osteoporosis associated fragility fractures have severe implications in public health. Individualized fracture risk evaluation is crucial in identification of a cost-effectiveness model for socioeconomic analyses to determine the pharmacological intervention threshold for osteoporosis treatment. The WHO fracture risk assessment tool (FRAX) represents a significant advance for practitioners in women's health as an easy-to-use calculator of osteoporotic 10-year fracture probability, based on clinical risk factors. However, FRAX as a guideline for clinical decision should be based on national data. Portugal is still not included in the FRAX countries so there is an ongoing debate on which algorithm should we base our clinical practice. In the literature Italy and UK are suggested, but Spain is still the most used. **Objectives:** To determine the differences between Spanish, Italian and British FRAX algorithms, in the individual risk for bone-fracture in a Portuguese post menopausal women screening population-based sample.

Methods: A structured questionnaire was applied to 744 menopausal women aged 40 years and older. Clinical risk factors were registered to calculate FRAX from three countries (Spain, Italy and United Kingdom) and access the risk of major OP fracture (> 10%) and hip fracture (> 3%) in a Portuguese population. Statistical analysis included t-student, chi-square test and Pearson correlation.

Results: The 744 women mean age was 62.5 ± 6.2 years, with mean BMI 29.0 ± 5.1 kg/m² and menopausal age of 48.3 ± 5.4 years. The probability risk of major osteoporotic fracture was higher in UK (46%) and Italy's (34%) calculator, than in Spain (10%); and risk of hip fracture was 22%, 24% and 10.6%, respectively. The FRAX's relation analysis revealed highly significant values between three versions ($r > 0.815$; $p < 0.0001$). In the risk intervals classification was observed a higher frequency of hip fracture under the 5% limit and a majority of individuals identified with major OP risk at 5 to 10% with the Italian version, followed by UK and finally Spain.

Conclusions: We found significant differences in the three FRAX algorithms for the same population, with lower risk as expected for the Spanish population. Those differences are related to individual country data regarding prevalence of OP and the fracture risk. Until the Portuguese version of FRAX is not available, we should decide with the available data which country we shall consider to access our individual patient risk probability. Portuguese genetics and environmental factors are in clinical practice more comparable to Spanish population. For now, the FRAX's most adequate version to adopt, either Spanish, Italian or British, remains unclear and the treatment level cut-off may change with "Portuguese FRAX".

Conclusions: We found significant differences in the three FRAX algorithms for the same population, with lower risk as expected for the Spanish population. Those differences are related to individual country data regarding prevalence of OP and the fracture risk. Until

the Portuguese version of FRAX is not available, we should decide with the available data which country we shall consider to access our individual patient risk probability. Portuguese genetics and environmental factors are in clinical practice more comparable to Spanish population. For now, the FRAX's most adequate version to adopt, either Spanish, Italian or British, remains unclear and the treatment level cut-off may change with "Portuguese FRAX".

270. RESPUESTA BASDAI50 AL CAMBIO A UN SEGUNDO ANTI-TNF-ALFA EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

V. Navarro Compán, V. Moreira Navarrete, R. Ariza Ariza, C. Vargas Lebrón y F. Navarro Sarabia

Servicio de Reumatología. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: Los agentes anti-TNF han demostrado igual eficacia en el tratamiento de la espondilitis anquilosante (EA), pero no todos los pacientes responden al primer agente, lo cual conlleva la indicación de un segundo e incluso un tercer anti-TNF. Sin embargo, existen pocos datos que justifiquen este cambio y los posibles mecanismos de acción del fallo primario o secundario a estos fármacos.

Objetivo: Determinar la respuesta al cambio a un segundo o un tercer agente anti-TNF y compararla con la respuesta al primero.

Material y métodos: Estudio prospectivo, observacional, descriptivo. Fueron incluidos 55 pacientes con EA y terapia anti-TNF durante al menos 12 semanas. Se describieron las siguientes variables: edad, sexo, duración de la enfermedad, HLA-B27, fármaco, respuesta al anti-TNF (BASDAI50), BASFI, PCR, VSG, motivo de suspensión o cambio. Se realizó un análisis estadístico descriptivo (SPSS16.0).

Resultados: De los 55 pacientes con EA en tratamiento con anti-TNF, 89,1% eran varones y 10,9% mujeres, con edad media 43,6 ± 12 año; HLA-B27 positivo en 86,3%, y duración media de la enfermedad de 9 años hasta el inicio del primer biológico (etanercept 73%, infliximab 18% y adalimumab 9%). Al inicio del primer anti-TNF la media de BASDAI fue 6,4 y PCR 30,1 mg/dl, y a los 6 meses de 2,1 y 9,96 mg/dl respectivamente. Un total de 8 (14,5%) pacientes cambió a un segundo anti-TNF (etanercept 50%, infliximab 25% y adalimumab 25%) y 2 pacientes (3,6%) a un tercer anti-TNF (adalimumab). De estos 8 pacientes, 37,5% eran mujeres, y tenían una duración media de la enfermedad de 13,9 años. El motivo del cambio a un segundo anti-TNF fue evento adverso (75%) e ineficacia (25%), y a un tercero algún evento adverso (100%). El tiempo medio hasta el cambio fue de 22,4 meses. Al inicio del segundo anti-TNF la media del BASDAI y PCR fue 6,3 y 24,4 mg/dl respectivamente, disminuyendo a los 6 meses a 4,6 y 10 mg/dl. Sólo 3 de los 8 pacientes tuvo una disminución = 50% del BASDAI con el segundo anti-TNF. Los 2 pacientes que recibieron un tercer anti-TNF tuvieron una respuesta BASDAI50 a los 3 meses, siendo el BASDAI y la PCR medios al inicio 4,9 y 20,5 mg/dl, y de 2,8 y 3,9 mg/dl a los tres meses.

Conclusiones: La tasa de cambio a un segundo anti-TNF en EA fue un 14% y el tiempo medio hasta el cambio de 22 meses. La respuesta BASDAI50 al segundo anti-TNF se produjo en el 37,5% de los casos.

271. EXPRESIÓN DE LAS ISOFORMAS DEL M-RNA DE INTERLEUQUINA 15 EN PACIENTES CON ARTRITIS DE RECIENTE COMIENZO

A. Lamana, A.M. Ortiz, J.M. Álvaro-Gracia, B. Díaz-Sánchez, A. Casado, S. Pérez Esteban, R. García-Vicuña e I. González-Álvoro

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

Objetivo: Nuestro grupo ha descrito previamente que una subpoblación de pacientes con artritis reumatoide (AR) presenta niveles elevados de interleuquina 15 (IL15) en suero. En cuanto a la regulación génica, la transcripción del gen de IL15 se produce de forma constante en todas las estirpes celulares, dando lugar a dos m-RNA por procesamiento alternativo. La traducción del primero genera una proteína con un péptido señal largo (LSP-IL15) que se procesa para su expresión en membrana y liberación al medio, mientras que la traducción de la segunda isoforma produce una proteína con un péptido señal corto (SSP-IL15) que determina que la citoquina quede almacenada intracelularmente. El objetivo de este estudio es determinar si el procesamiento alternativo del m-RNA de IL15 es responsable de las diferencias en los niveles séricos de esta citoquina.

Material y métodos: Se estudiaron 174 pacientes (134 mujeres; mediana de edad 61 años; 70% AR, 30% artritis indiferenciada) de nuestro registro de artritis de reciente comienzo (ARC). Los niveles séricos de IL15 se cuantificaron en todos los pacientes (ELISA; R&D Systems) siendo su mediana de 8 pg/ml y el rango intercuartílico de 3 a 24 pg/ml. El m-RNA se obtuvo a partir de células mononucleares de sangre periférica de pacientes en la primera visita, antes del inicio del tratamiento. Se seleccionaron 11 pacientes con niveles indetectables de IL15 en suero y 4 pacientes con niveles superiores a 60 pg/ml (percentil 90 de la distribución de los niveles de IL15 en nuestra población de ARC). Se estudió la regulación de ambas formas del m-RNA de IL15 mediante PCR cuantitativa a tiempo real (SYBR Green real-time PCR; Roche Diagnostics egu, Penzberg, Alemania) en un termociclador DNA Lightcycler (Roche, Mannheim, Alemania). En ambos casos la expresión fue normalizada respecto a la de la enzima GAPDH que no sufre regulación en sus niveles de transcripción y se expresa en todas las líneas celulares.

Resultados: El cociente entre la expresión de la isoformas LSP-IL15 y SSP-IL15 no fue significativamente diferente entre los pacientes con niveles séricos indetectables de IL15 y los que los tienen elevados. Sin embargo, la expresión de ambas isoformas del mensajero (LSP y SSP) estuvo incrementada en los pacientes con niveles elevados de IL15 sérica y las diferencias alcanzaron significación estadística en el caso del m-RNA de SSP-IL15.

Conclusiones: La regulación de los niveles séricos de IL15 no está relacionada con diferencias individuales en el procesamiento alternativo de su m-RNA. El control de los niveles de IL15 sérica parece depender de la regulación de su promotor, la estabilidad del m-RNA y, posiblemente, a nivel post-transcripcional.

Este trabajo ha sido financiado parcialmente con el programa RETICS, RD08/0075 (RIER) y el proyecto FIS 05/2044. Amalia Lamana disfruta de una beca DIB-SER de la FER; el trabajo de Isidoro González-Álvoro ha sido financiado parcialmente con una beca de Intensificación del ISCIII.

272. CONTROL DE LA ACTIVIDAD DE LA ARTRITIS REUMATOIDE. ¿ES IGUAL EN LOS PACIENTES TRATADOS CON Y SIN BIOLÓGICOS?

M. García Manrique de Lara, A. Gómez Centeno, J. Calvet, M. Moreno, E. Graell, C. Galisteo, J. Gratacós y M. Larrosa

Servei de Reumatologia. Institut Universitari Parc Taulí (UAB). Sabadell. Barcelona.

Introducción: Los fármacos biológicos han supuesto una revolución para el tratamiento de los pacientes con artritis reumatoide (AR), no

sólo por su eficacia sino porque han protocolizado los criterios de iniciación y seguimiento de los pacientes tratados. A pesar de ello, una mayoría de los pacientes con AR siguen tratamiento con FAME clásicos con protocolos de seguimiento más laxos, por lo que cabría preguntarse si éstos pacientes tienen un control de la actividad de la enfermedad similar a la de los pacientes tratados con fármacos biológicos.

Objetivo: Comparar la actividad de la enfermedad según el DAS28 en el grupo de pacientes con AR tratados con FAME frente a los tratados con fármacos biológicos. Comparar si existen diferencias poblacionales entre ambos grupos de pacientes.

Material y métodos: Estudio observacional de un corte transversal. Se realizó una selección aleatoria entre los pacientes diagnosticados de AR que se visitan en consultas externas de Reumatología de Sabadell (tratamiento con FAME clásicos) y de los pacientes en tratamiento con fármacos biológicos seguidos en el Hospital de Día del servicio de Reumatología. Se obtuvo el último registro de DAS 28 de cada paciente así como edad, sexo, edad al diagnóstico de la AR, tiempo de evolución de la enfermedad hasta la instauración del tratamiento, número de FAMES utilizados.

Resultados: Se controlan en el servicio 600 pacientes diagnosticados de AR (17% en tratamiento con fármacos biológicos). Se revisaron los registros de 198 pacientes, 120 en tratamiento con FAMES clásicos y 78 en tratamiento con fármacos biológicos. Las principales diferencias entre los pacientes de ambos grupos fueron las siguientes [FAME/BIOL] (med ± DE): edad: 65,1 ± 13,8/56,9 ± 14,7 (p < 0,05), Edad al diagnóstico: 53,6 ± 14,5/44,8 ± 14,9 (p < 0,05) Tiempo de evolución de la enfermedad (en meses) 127,3 ± 91,3/148,53 ± 107,7 (p < 0,05), número de FAME 1,76 ± 1,05/3,26 ± 1,17 (p < 0,05), DAS-28: 2,8 ± 1,1/2,9 ± 1,3 (p ns). La separación de los grupos según los grados de actividad del DAS-28 pueden observarse en la tabla 1.

Conclusiones: No hemos observado diferencias en el control de la actividad de la enfermedad por DAS-28 entre los pacientes tratados con FAME y tratados con fármacos biológicos tanto al comparar la media del DAS como los porcentajes de remisión o actividad (baja, moderada o alta). Sí existen diferencias entre ambos grupos en variables demográficas y características de la enfermedad como edad, edad al diagnóstico, tiempo de evolución de la enfermedad y número de FAMES utilizados. Una tercera parte de los pacientes de cada grupo presentan en este corte transversal una actividad moderada o alta sin que existan diferencias entre los dos grupos estudiados.

Tabla Resumen 272

	No biológico	Biológico	p
DAS28	2,8 ± 1,1	2,9 ± 1,3	NS
Remisión (%)	40,19	42,86	
Baja actividad (%)	26,17	14,29	
Moderada actividad (%)	31,78	38,57	
Alta actividad (%)	1,87	4,29	

273. VARIACIÓN DE LA CLASIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD DE LA ARTRITIS REUMATOIDE (DAS28) SEGÚN LA VALORACIÓN DE DISTINTOS PROFESIONALES

J. Alegre¹, M. Colazo¹, C. González Díez², M. Cuesta Lasso¹, M.C. Alegre López², J.L. Alonso¹, B. Álvarez Lario¹, P. Saldaña², M.V. Barrera² y J. Cordero Guevara³

¹Sección de Reumatología. ²Enfermería. Complejo Asistencial de Burgos. ³Gerencia de Atención Primaria. Burgos.

Introducción: El índice DAS28 es ampliamente utilizado para medir la actividad de la artritis reumatoide (AR) al proporcionar un número en una escala de 0 a 10 que permite clasificar a los pacientes según el grado de actividad como de baja actividad (5,1). Esta clasificación

puede tener importancia a la hora de determinar el tratamiento recomendado para estos pacientes. La valoración del número de articulaciones dolorosas (NAD) y articulaciones tumefactas (NAT) es una parte integral de este índice y puede variar según la persona que la realice. Recientemente se están incorporando a esta valoración personal de enfermería (consulta de enfermería) por lo que conviene evaluar la concordancia de los distintos profesionales a la hora de clasificar la actividad de un paciente.

Objetivo: Evaluar la concordancia en la clasificación de la actividad de la AR, según los grados del modelo DAS28, mediante la valoración del NAD y NAT de 3 profesionales.

Pacientes y métodos: Se estudiaron 22 pacientes con AR (82% mujeres, edad media de $65 \pm 15,1$ años (mínimo 32, máximo 84), duración media de la enfermedad $7,9 \pm 6,3$ años (mínimo 0,5, máximo 20), 77% FR positivo, 77% anti-PCC positivo. Fueron valorados de manera independiente y ciega por 3 profesionales (reumatólogo A, enfermera especializada y reumatólogo B) para el NAD y el NAT sobre 28 articulaciones (hombros, codos, muñecas, MCFs, IFPs y rodillas). Las valoraciones se produjeron con una separación de 20 minutos. La concordancia del grado de actividad se valoró a través del índice Kappa.

Resultados: La distribución de la clasificación de los pacientes según los distintos grados de actividad del DAS28 se refleja en la tabla 1. La concordancia fue de 0,73 entre el reumatólogo A y la enfermera y de 0,58 entre el reumatólogo B y la enfermera. La concordancia entre reumatólogos fue de 0,60 (tabla 2).

Tablas Resumen 273

Tabla 1. Distribución de los pacientes según los grados de actividad

	DAS28 < 3,2	DAS28 3,2-5,1	DAS 28 > 5,1
Reumatólogo A	7 (31,8%)	7 (31,8%)	8 (36,4%)
Enfermera	5 (22,7%)	9 (40,9%)	8 (36,4%)
Reumatólogo B	6 (27,3%)	13 (59,1%)	3 (13,6%)

Tabla 2. Índice Kappa (IC95%)

Reumatólogo A vs enfermera	0,73 (0,49 a 0,97)
Enfermera vs reumatólogo B	0,58 (0,30 a 0,85)
Reumatólogo A vs reumatólogo B	0,60 (0,34 a 0,85)

Conclusiones: La concordancia no depende de la categoría del profesional que efectúa la valoración articular. Es conveniente aumentar el grado de concordancia entre los distintos profesionales mediante valoraciones conjuntas.

274. ASOCIACIÓN ENTRE LA EXPOSICIÓN AL TABACO Y EL HLA CON EL EPÍTOPO COMPARTIDO CON LA PRODUCCIÓN DE ANTICUERPOS ANTI PROTEÍNAS CITRULINADAS

M. García Arias¹, A. Balsa¹, M.G. Bonilla¹, L. Nuño¹, D. Peiteado¹, P. Aguado¹, A. Villalba¹, S. Muñoz², D. Pascual-Salcedo³, R. Álvarez-Doforno³, J. Martín⁴ y E. Martín Mola¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

²Servicio de Reumatología. Hospital Infanta Sofía. Madrid. ³Servicio de Inmunología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ⁴Instituto de Parasitología y Biomedicina López Neyra. CSIC. Granada.

Introducción: Es conocida la relación entre la exposición al tabaco y el HLA con el epítipo compartido con la presencia de anticuerpos anti proteínas citrulinadas (ACPAs). Existen diferentes tipos de ACPAs: el factor antiperinuclear (FAP), anticuerpos antiqueratina (AKA) y anticuerpos anti-RA 33, que se determinan por distintos métodos.

Objetivo: Estudiar la relación entre la exposición al tabaco y el HLA con el epítipo compartido con la producción de ACPAs determinados mediante diferentes métodos en los pacientes con artritis de reciente comienzo.

Pacientes y métodos: Se incluyeron 138 pacientes de una consulta de artritis de reciente comienzo. Se determinó la presencia de ACPAs por ELISA (2ª generación), estableciendo un límite de positividad > 25 UI/ml. El FAP y los AKA se determinaron mediante inmunofluorescencia indirecta (IFI) y los anti-RA 33 por inmunoblot. Se determinó la presencia de HLA DRB1 con el epítipo compartido mediante PCR de alta resolución. En todos ellos se recogieron datos de hábito tabáquico (no fumadores, exfumadores y fumadores). Los datos se analizaron mediante los test paramétricos y no paramétricos oportunos, y se obtuvieron Odds Ratio (OR) mediante regresiones logísticas.

Resultados: De los 138 pacientes incluidos en el estudio, 41 (29,71%) fueron diagnosticados de AR según criterios ACR y el resto (70,29%) presentaban otras artropatías. Los ACPAs determinados por ELISA fueron positivos en 35 pacientes (25,36%), el FAP en 37 (26,81%), los AKA en 27 (19,56%), y los RA 33 en 26 (18,84%). Se demostró que la exposición al tabaco se relaciona con mayor riesgo de presentar ACPAs positivos por ELISA (OR 3,079, IC95% 1,289-7,354) y con mayor producción de FAP (OR 2,532, IC95% 1,072-5,985). El HLA con el epítipo compartido se relaciona con mayor riesgo de tener ACPAs positivos determinados por ELISA (OR 3,450, IC95% 1,391-8,555), así como con la presencia de AKA positivos (OR 2,074, IC95% 1,801-5,369). Sin embargo, no se encontró relación significativa entre los RA 33 con la exposición al tabaco ni con la presencia del epítipo compartido.

Conclusiones: Este estudio demuestra que los diferentes métodos para determinar la presencia de ACPAs tienen diferente sensibilidad y distintas asociaciones que se pueden explicar por estar dirigidos frente a epítipos diferentes.

275. EVALUACIÓN DEL USO DE TERAPIA ANTI-TNF EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE (EA) EN UN HOSPITAL COMARCAL. UNA DÉCADA DE EXPERIENCIA

M. Moreno, J. Calvet, A. Gómez, E. Graell, M. Manrique, M. Larrosa y J. Gratacós

Consorci Sanitari Parc Taulí. Sabadell. Barcelona.

Introducción: La terapia anti-TNF en el tratamiento de la EA ha supuesto un cambio radical en el manejo de estos pacientes. Actualmente disponemos de 3 fármacos para esta indicación aunque su aparición en la práctica clínica ha sido escalonada. Por otro lado, la respuesta al fármaco no siempre se mantiene en el tiempo.

Objetivo: 1. Describir la utilización a lo largo de una década de la terapia anti-TNF en pacientes con EA refractarios a terapia convencional en un hospital comarcal. 2. Comparar el manejo de los pacientes con EA con los pacientes con AR en el mismo periodo de tiempo.

Material y métodos: Inclusión y análisis por trienios de todos los pacientes diagnosticados de EA que han iniciado tratamiento con antiTNF (infliximab, adalimumab, etanercept) en el periodo comprendido entre el año 2000 y 2009 ambos incluidos. Se recogieron los cambios de tratamiento y el motivo del cambio o suspensión en una hoja de cálculo Excel, los datos se compararon con los obtenidos en pacientes con AR. Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS: estadística descriptiva y curvas de supervivencia (Log rank test).

Resultados: Se recogieron 70 pacientes con EA (79% V) que realizaron 110 tratamientos con antiTNF. El infliximab se administró en 45 casos (el 75% de los cuales durante el trienio 1 y 2), etanercept en 39 (99% en el trienio 2 y 3) y adalimumab en 25 (75% en el trienio 3). La supervivencia al primer anti-TNF fue de $25,3 \pm 21,3$ meses, con una supervivencia al año del 75% y del 50% a partir del 4 año. Analizado por trienios la supervivencia media del anti-TNF en el primer trienio fue superior al resto (51 vs 30 20 meses respectivamente) aunque no alcanzó significación estadística ($p = 0,069$). No se observaron dife-

rencias significativas de supervivencia en relación al tipo de antiTNF administrado, ni en relación a la primera o segunda indicación de antiTNF (46 vs 36 meses). Sólo tenemos 4 indicaciones de un tercer antiTNF, de los cuales sólo en 2 la supervivencia ha sido superior a 12 meses. El tratamiento se retiró en 51 casos (63% por ineficacia). En 5 casos el tratamiento se retiró por remisión clínica. En comparación con EA, aunque la supervivencia de la terapia anti-TNF fue sensiblemente menor en AR (43 vs 50 meses, $p = 0,08$) las diferencias sólo alcanzaron significación estadística para el segundo anti-TNF (23 vs 37 meses, $p = 0,035$).

Conclusiones: La supervivencia de la terapia anti-TNF en los pacientes con EA es buena, sin diferencias significativas en relación con el tipo de fármaco, y superior a la observada en pacientes con AR, especialmente para el segundo anti-TNF. Con el tiempo se observa una progresiva tendencia a disminuir la supervivencia del tratamiento y a incrementar el uso de subcutáneos en detrimento de los endovenosos.

276. ESTUDIO TRANSVERSAL DE ÁMBITO NACIONAL SOBRE EL IMPACTO DE LA ARTRITIS PSORIÁSICA EN LA CAPACIDAD FUNCIONAL Y LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES

J.D. Cañete¹, M.R. Rodríguez² y J. Ramírez¹, en representación de los investigadores del Estudio ARPA

¹Unidad de Artritis. Servicio de Reumatología. Hospital Clínic. Barcelona. ²Departamento Médico. Sanofi-Aventis.

Objetivo: Conocer el impacto que la artritis psoriásica (APs) (la artritis periférica y extensión de la psoriasis) tiene sobre la capacidad funcional y la calidad de vida de los pacientes en España.

Métodos: Estudio transversal, multicéntrico, de ámbito nacional. Se recogieron los siguientes datos: número de articulaciones tumefactas (NAT44/46) y dolorosas (NAD44/46), VSG, PCR, DAS28, extensión de la psoriasis por el Psoriasis Global Assessment (PGA), valoración general por el médico (VGM), por el paciente (VGP) EVA del dolor, HAQ (Health Assessment Questionnaire) y DLQI (Dermatology Life Quality Index).

Resultados: Se incluyeron 214 pacientes con artritis psoriásica según criterios CASPAR procedentes de 54 centros de consulta externa reumatológica de ámbito español. El 56% de los pacientes fueron varones y la edad media del grupo $52 \pm 13,5$ años. Los pacientes tenían la siguiente actividad clínica: DAS28 (mediana y (rangos): 2,9 (0-9); NAT 1 (0-15); NAD 1,5 (0-18); VSG 16,5 (0,05-80); PCR (mg/dl) 0,18 (0-12,1); VGM 20 (0-80), VGP 20 (0-90) y EVA dolor 20 (0-90). Las mujeres tenían valores más elevados de VGP y EVA del dolor que los hombres: 35 (0-80) vs 10 (0-90) $p = 0,02$ y 40 (0-90) vs 10 (0-90) $p = 0,001$, respectivamente. 24% de los pacientes tenían una extensión moderada-grave de la psoriasis, de acuerdo con el PGA. El impacto de la enfermedad valorado mediante EVA en la esfera personal, laboral y social fue 20 (0-100), 19,5 (0-100) y 10 (0-90), respectivamente. Entre sexos sólo hubo diferencias en el impacto sobre la esfera personal, donde las mujeres referían más afectación que los varones 30 (0-90) vs 10 (0-100) $p = 0,03$. El HAQ global fue 0,38 (0-2,9), siendo significativamente superior en las mujeres: 0,75 (0-2,25) vs 0,3 (0-2,9) $p < 0,000001$. El DLQI global fue de 1 (0-28), sin diferencias significativas entre sexos. Sin embargo, los pacientes más jóvenes (18-29 años) refirieron mayor afectación (el 18% señalaba un efecto severo o muy severo, con scores entre 11 y 30).

Conclusiones: Con las limitaciones propias de su diseño, este estudio sugiere que el impacto de la APs sobre los pacientes que están en tratamiento en España es leve-moderado, tanto en lo que se refiere a la capacidad funcional como a la calidad de vida relacionada con la psoriasis. Sin embargo, el sexo femenino y el grupo de pacientes menores de 30 años acusan un mayor impacto y obligan a optimizar el control de su enfermedad articular y cutánea.

277. EFECTO ANALGÉSICO SIMILAR Y TOLERABILIDAD MEJORADA DE TAPENTADOL DE LIBERACIÓN PROLONGADA FRENTE A OXICODONA DE LIBERACIÓN CONTROLADA PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO EN LA ARTRITIS DE RODILLA: RESULTADOS DE UN ENSAYO DE FASE III, ALEATORIZADO Y DOBLE CIEGO

J. Vidal¹, A. Esquivias², I. Sánchez², K. Kelly³, M. Etropolski³, B. Kuperwasser³, A. Okamoto³, A. Steup⁴, I. van Hove⁵, B. Lange⁴ y C. Rauschkolb³

¹Hospital General Universitario. Guadalajara. ²Grünenthal Pharma, S.A. Madrid. ³Johnson & Johnson Pharmaceutical Research & Development. L.L.C. New Jersey. EE.UU. ⁴Research and Development, Grünenthal GmbH. Aachen. Alemania. ⁵Johnson & Johnson Pharmaceutical Research & Development. Division of Janssen Pharmaceutica, N.V. Beerse. Bélgica.

Introducción: Tapentadol es un nuevo analgésico de acción central con actividad agonista de los receptores mu opioides e inhibitoria de la recaptación de noradrenalina.

Objetivo: Evaluar la eficacia analgésica, la seguridad y las interrupciones del tratamiento por acontecimientos adversos (AAs) asociados al tratamiento con tapentadol de liberación prolongada (LP) para el alivio del dolor crónico moderado a severo por artrosis de rodilla.

Métodos: Los pacientes recibieron dos dosis diarias, controladas y ajustables de placebo, tapentadol LP u oxycodona de liberación controlada (LC) durante 15 semanas. Después de un periodo de ajuste de dosis de 3 semanas, las dosis terapéuticas de tapentadol LP podían variar de 100 a 250 mg dos veces al día, o las de oxycodona HCl LC de 20 a 50 mg dos veces al día durante un periodo de mantenimiento de 12 semanas. Las variables principales de eficacia (según los requisitos regulatorios de las distintas agencias del medicamento) fueron el cambio con respecto al valor basal de la intensidad media del dolor (en una escala de valoración numérica de 11 puntos) durante el periodo de mantenimiento de 12 semanas (según los requisitos regulatorios europeos) o en la semana 12 (según los requisitos regulatorios de Estados Unidos); para imputar los valores perdidos después de la interrupción prematura del tratamiento, se utilizó la última observación realizada. Se evaluaron como variables secundarias, el WOMAC, la Impresión Clínica Global al Cambio, el EuroQol5 y el SF36. La seguridad se evaluó controlando los AAs, los parámetros clínicos de laboratorio, las constantes vitales y los electrocardiogramas.

Resultados: De los 1.030 pacientes aleatorizados, 1.023 recibieron al menos 1 dosis del fármaco de estudio y fueron incluidos en los análisis de seguridad y eficacia. En comparación con placebo, tapentadol LP redujo significativamente las puntuaciones medias de intensidad media del dolor a lo largo del periodo de mantenimiento de 12 semanas (diferencia de la media de mínimos cuadrados [intervalo de confianza del 95%], $-0,7 [-1,00$ a $-0,33]$; $p < 0,001$) y en la semana 12 del periodo de mantenimiento ($-0,7 [-1,04$ a $-0,33]$; $p < 0,001$). Oxycodona LC redujo significativamente las puntuaciones medias de intensidad media del dolor frente a placebo a lo largo del periodo de mantenimiento de 12 semanas ($-0,3 [-0,67$ a $-0,00]$; $p = 0,049$) pero no en la semana 12 ($-0,3 [-0,68$ a $0,02]$; $p = 0,069$). El porcentaje de pacientes que refirió uno o más AAs originados durante el tratamiento fue del 61,1% para placebo, 75,9% para tapentadol LP y 87,4% para oxycodona LC. La mayor incidencia de AAs en el grupo de oxycodona LC fue principalmente el reflejo de una mayor incidencia de AAs gastrointestinales (placebo, 26,1%; tapentadol LP, 43,0%; oxycodona LC, 67,3%), que incluían: náuseas (placebo, 6,8%; tapentadol LP, 21,5%; oxycodona LC, 36,5%), vómitos (placebo, 3,3%; tapentadol LP, 5,2%; oxycodona LC, 17,8%) y estreñimiento (placebo, 6,5%; tapentadol LP, 18,9%; oxycodona LC, 36,8%). Los AAs del sistema nervioso también fueron menores en el grupo de tapentadol LP que en el de oxycodona LC (placebo, 24,9%; tapentadol LP, 40,1% y oxycodona LC, 48,0%). Los AAs llevaron a la interrupción del estudio al 6,5, 19,2 y 42,7% de los

pacientes de los grupos de placebo, tapentadol LP y oxycodona LC, respectivamente; los AAs que llevaron a la interrupción del estudio incluían náuseas, estreñimiento, vómitos, mareo y somnolencia (tabla 1). Los AAs que llevaron a la interrupción del estudio fueron menos frecuentes y su primer episodio aparecía más tarde en los pacientes tratados con tapentadol LP que en los pacientes tratados con oxycodona LC ($p < 0,001$). Todas las demás evaluaciones de seguridad fueron normales.

Conclusiones: Tapentadol LP 100 a 250 mg 2 veces al día alivió de forma eficaz el dolor crónico de moderado a severo por artrosis de rodilla, con menos interrupciones por AAs que oxycodona HCl LC 20 a 50 mg 2 veces al día.

Tabla Resumen 277

AAs que llevaron a la retirada del estudio a > 2% de los pacientes

	Placebo	Tapentadol LP	Oxycodona LC
Tipo AAs, n (%)	n = 337	n = 334	n = 342
General	22 (6,5)	66 (19,2)	92 (26,9)
Trastornos gastrointestinales	6 (1,8)	25 (7,3)	92 (26,9)
Náuseas	3 (0,9)	14 (4,1)	49 (14,3)
Estreñimiento	0	6 (1,7)	32 (9,4)
Vómitos	2 (0,6)	4 (1,2)	29 (8,5)
Trastornos del sistema nervioso	6 (1,8)	23 (6,7)	59 (17,3)
Mareo	2 (0,6)	18 (5,29)	32 (9,4)
Somnolencia	2 (0,6)	3 (0,9)	22 (6,4)
Cefalea	1 (0,3)	3 (0,9)	7 (2,0)
Trastornos generales	0	15 (4,49)	21 (6,1)
Fatiga	0	6 (1,7)	11 (3,2)
Alteración piel y faneras	1 (0,39)	3 (0,9)	22 (6,4)
Prurito	0	0	10 (2,9)

278. HLA B51 Y ARTRITIS PSORIÁSICA JUVENIL

V. Pérez Guijo¹, R. Roldan Molina¹, M.A. Herrador Montiel², M.J. Pozuelo¹ y E. Collantes Estévez¹

Servicios de ¹Reumatología y ²Oftalmología². Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Material y métodos: La artritis psoriásica juvenil (APJ) se define como artritis y psoriasis o bien artritis e historia familiar de psoriasis en familiares de primer grado. En su patogenia se han involucrado tanto factores ambientales, inmunológicos, así como diversos factores genéticos. Recientemente se ha descrito la asociación de artritis psoriásica (APs) del adulto con el HLA B51*.

Objetivo: Describir la frecuencia de asociación con HLA B 27 y/o B 51 en pacientes con APs Juvenil en el área geográfica de Andalucía occidental.

Resultados: En nuestra muestra de APsJ (n = 22) existe un predominio de niñas (72,7%) con una edad media al diagnóstico de la enfermedad de 8,3 años (DE 4,21 y rango 2-15 años) Todos son FR-, 7 pacientes son ANA+ y sólo 2 de ellos tienen afectación ocular. El 86,3% de los pacientes presentan afectación periférica y 2 (9%) una forma axial. Del total de pacientes el 9% son HLA B27+ y ambos son formas periféricas. Destacar que de los 16 pacientes tipados para el HLA B51 cinco son positivos (31%) para este alelo (3 formas periféricas y 2 axiales) lo que implica que el 66% de los pacientes con afectación axial son B51+. Ninguno de los pacientes HLAB51+ presentan afectación ocular.

Tabla Resumen 278

Enfermedad	FR positivo (n = 22)	FR negativo (n = 22)	ANA positivo (n = 22)	ANA negativo (n = 22)	HLA B 27 positivo (n = 22)	HLA B 27 negativo (n = 22)	HLA B 51 positivo (n = 16)	HLA B 51 negativo (n = 16)
A. psoriásica juvenil (n = 19)	0	19	6	13	2	17	3	10
Espond PSO juvenil (n = 3)	0	3	1	2	0	3	2	1
Total = 22	0	22	7	15	2	20	5	11

Conclusiones: De forma similar al trabajo realizado por Yamamoto et al (J Dermatol 2005;30:606-10) en APs del adulto en población japonesa, en nuestra área geográfica hemos encontrado un alto porcentaje de HLA B51 en formas juveniles de APs. Dicho hallazgo no ha sido descrito previamente en nuestro ámbito de pacientes con artritis idiopática juvenil. Sugerimos incluir en el estudio de APsJ el tipaje HLA B 51 puesto que podría estar implicado en la patogenia de esta enfermedad.

279. TRANSICIÓN DE ESCLEROSIS SISTÉMICA PRECOZ A ESCLEROSIS SISTÉMICA DEFINITIVA

S. Melchor, A. Movasat, B.E. Joven y P.E. Carreira

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Objetivo: Analizar: a) el tiempo entre el inicio del fenómeno de Raynaud y el diagnóstico de esclerosis sistémica (ES), según los criterios de clasificación ACR 1980 (Subcommittee for scleroderma criteria of the American Rheumatism Association diagnostic and therapeutic criteria committee. Arthritis Rheum. 1980;23:581-90), en una serie de pacientes diagnosticados de ES precoz según los criterios propuestos en 2001 para esta entidad (LeRoy et al. J Rheumatol. 2001;28:1573-6); y b) las diferencias clínicas entre pacientes que cumplen o no los criterios ACR 1980 después de un período largo de seguimiento.

Pacientes y métodos: En una base de datos creada en 1994, se incluyeron prospectivamente datos demográficos (fecha de nacimiento, sexo) y clínicos (fecha de inicio del Raynaud, tabaquismo, HTA, dislipemia, TSS, presencia de edema de manos, lesiones isquémicas, artritis, afectación gastrointestinal, pulmonar o cardíaca, ANA, anticuerpos a Scl70, anticentrómero [ACA] y aRNP) de todos los pacientes enviados a nuestro servicio entre 1994 y 2009 para capilaroscopia por fenómeno de Raynaud. Todos los pacientes con cambios típicos de ES en la capilaroscopia y/o ANA positivos, y que no cumplían criterios para otra enfermedad autoinmune, se diagnosticaron de ES precoz, se revisaron en consulta al menos anualmente, y se diagnosticaron de ES definitiva cuando cumplían criterios ACR 1980. Se analizó el tiempo entre el inicio del Raynaud y la primera capilaroscopia, y al diagnóstico de ES definitiva o de la última revisión. Las diferencias clínicas entre pacientes con diagnóstico de ES definitiva y precoz después del período de seguimiento, se compararon mediante los tests de Chi cuadrado y t de Student.

Resultados: De 742 pacientes enviados para capilaroscopia, 133 (18 v, 115 m; 51 ± 17 años) fueron diagnosticados de ES precoz. El tiempo desde el inicio del Raynaud a la capilaroscopia fue de 7,7 ± 9,2 años. De ellos, 85 (70%) tenían capilaroscopia patológica, 103 (84%) ANA y 73 (61%) ambos. Diez (8%) tenían aScl70, 58 (47%) ACA y 16 (13%) aRNP; 50 (41%) presentaban edema de manos, 77 (63%) esclerodactilia, 13 (10%) lesiones isquémicas, 14 (12%) fibrosis pulmonar, 53 (43%) artritis y 47 (39%) afectación esofágica. Tras 3 ± 4 años de seguimiento y 11 ± 10 años desde el inicio del Raynaud, 32 pacientes (26%) se diagnosticaron de ES por criterios ACR y 8 (7%) de otras conectivopatías (4 DM, 3 LES, 1 SS). Los otros 82 pacientes (67%) mantuvieron el diagnóstico de ES precoz. Excepto por un leve aumento en la afectación cutánea (TSS 3,4 ± 5 vs 1,3 ± 2,5; $p = 0,05$), no encontramos diferencias clínicas entre el grupo que desarrolla ES definitiva y el que permanece como ES precoz.

Conclusiones: Un amplio porcentaje de pacientes con fenómeno de Raynaud y datos clínicos sugestivos de ES (cerca del 70%), se mantienen sin cumplir criterios de clasificación ACR 1980 para ES durante largo tiempo de seguimiento. En nuestra serie, sólo incluyendo la presencia de ANA o los cambios característicos de la capilaroscopia como criterios menores de ES, como sugirieron LeRoy y Medsger en 2001, podríamos clasificar a todos nuestros pacientes con pre-esclerodermia como ES definitiva.

280. ¿POR QUÉ INGRESAN LOS PACIENTES CON LUPUS?

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

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

Introducción: Presentamos un estudio descriptivo de los ingresos hospitalarios de los pacientes diagnosticados de LES en nuestro servicio desde enero de 1993 hasta diciembre de 2009.

Conclusiones: De 84 pacientes diagnosticados de LES que realizan seguimiento en nuestro servicio, se determinan cuántos de ellos precisan ingreso hospitalario por causas directamente relacionadas con su enfermedad, desde enero de 1993 hasta diciembre de 2009. Se analiza: edad, sexo, tiempo de evolución del LES, perfil clínico de afectación lúpica, número de ingresos por paciente, cuadro que motiva la hospitalización, y motivo del éxitus en su caso, sobre las historias clínicas e informes de alta de cada enfermo. Se determina también el motivo de primer ingreso hospitalario.

Resultados: De los 84 pacientes analizados, 75 van a presentar al menos un ingreso hospitalario en relación con el LES. 68 son mujeres con una media de 39 años. Los 7 restantes son varones con 41 años de media. Se obtienen un total de 247 hospitalizaciones, que representa una media de 2.9 ingresos por paciente a lo largo de 17 años. 5 ingresos terminan en éxitus (ratio de mortalidad del 2%). Por orden de frecuencia los motivos de ingreso son: – Infecciones (63 episodios), predominan la fiebre sin foco y la fiebre en relación a neutropenia (18 episodios), seguidos de neumonía, infecciones bronquiales, infecciones de partes blandas... Se observan infecciones graves como mucormicosis rinocerebral (1), y fascitis necrotizante (1). – Brote de actividad sin afectación visceral (41) fundamentalmente artritis, rash, y febrícula (22), pero también úlceras y vasculitis cutánea (15). – Afectación renal (26), entre los cuales 8 nefritis grado IV, 7 nefritis grado III, y 7 grado II. – Afectación neurológica (22), 6 neurolupus (incluido una psicosis), 4 crisis epilépticas, 3 AVC isquémicos, 2 AVC hemorrágicos, y 4 Guillain Barre, entre otros. – Afectación vascular (16), 7 TVP, 2 trombosis arteriales, 2 osteonecrosis cadera. – Patología obstétrica (14), sobre todo abortos (12). – Afectación pleuropulmonar (13), 3 BONO, 2 neumopatía intersticial, 2 shrinking lung... – Afectación hematológica (9), principalmente trombopenia (7). – Afectación cardiológica (9), 6 ICC, 2 miocarditis, 1 endocarditis de Libman Sachs. – Afectación oftalmológica (4), 2 pseudotumor orbitario, 1 trombosis arterial retina. En cuanto a los motivos del primer ingreso se obtiene: – 1º ingreso por brote sin afectación visceral, 17 pacientes (13 mujeres), edad media 34 años, tiempo evolución 3,6 años. – 1º ingreso neurológico, 14 pacientes (13 mujeres), edad media 31 años, tiempo de evolución 2 años, engloba neurolupus e ictus fundamentalmente. – 1º ingreso renal, 12 pacientes (11 mujeres), edad media 33 años, tiempo de evolución 0.75 años, sobre todo nefritis grado III y IV. – 1º ingreso respiratorio, 7 pacientes (6 mujeres), edad media 43 años, tiempo de evolución 2,14 años, incluyendo serositis, neumopatía intersticial, neumonitis lúpica, o shrinking lung. – 1º ingreso hematológico, 5 mujeres edad media 38 años, tiempo de evolución de 0,5 años.

Discusión: La mayoría de los pacientes con LES precisan ingreso hospitalario en algún momento de su evolución. En nuestra cohorte, el ingreso inicial atribuible a la enfermedad suele tener lugar entre

0-3 años tras el diagnóstico de la misma, con una edad media de 30-35 años, y está motivado fundamentalmente por brotes de actividad lúpica sin afectación visceral, seguido por afectación neurológica, y renal. En los ingresos posteriores, sin embargo, predominan las infecciones, seguidas también por la enfermedad renal, y la neurológica. La presencia de nefritis lúpica y afectación multisistémica aumenta la tasa de reingresos, lo que expresa la necesidad de que los pacientes con enfermedad muy activa en la fase inicial, sean monitorizados más estrechamente, iniciando un tratamiento precoz y más agresivo, con el objeto de evitar la aparición de daño visceral irreversible.

281. FRACTURAS VERTEBRALES OSTEOPORÓTICAS EN EL ÁREA DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TERCER NIVEL

M. Lisbona Muñoz, C. Aguilera Cros, M. Anaya Rojas, I. Pérez Torres, A. García López y M.A. Muñoz Sánchez

Servicio de Reumatología. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Unidad Clínica de gestión Cuidados Críticos y Urgencias. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: La osteoporosis afecta al 30-40% de las mujeres posmenopáusicas y a casi el 50% de las personas mayores de 76 años. El conocimiento de la prevalencia de esta enfermedad se basa en indicadores indirectos como son las fracturas, fundamentalmente a partir de datos procedentes de fracturas de cadera. Sin embargo, la fractura osteopórotica más frecuente es la vertebral, aunque a menudo puede pasar desapercibida, puesto que en ocasiones no produce clínica o las algias son atribuidas a otro proceso.

Objetivo: Describir el perfil epidemiológico de los pacientes ingresados por FrV en el Área de Observación del Hospital de Traumatología y Rehabilitación del Virgen del Rocío durante el periodo comprendido entre junio y diciembre del 2009.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo, el que se analizan las características basales: edad, sexo, factores de riesgo, mecanismo lesional, localización, diagnóstico y tratamiento, de los pacientes ingresados por FrV en el área de Observación del Hospital de Traumatología y Rehabilitación del Virgen del Rocío durante un periodo de seis meses. Las FrV se clasificaron según su mecanismo lesional en: caída casual, precipitación o accidente de tráfico. Se consideraron FrV osteoporóticas (FrVO) aquellas producidas por un trauma banal (como las caídas casuales desde su propia altura). Respecto al tratamiento, se analizó las que precisaron intervención quirúrgica, así como la incidencia de tratamiento antirresortivo al alta.

Resultados: En el periodo de estudio se recogen 35 FrV, de ellas 27 corresponden a hombres (77,1%) y 8 a mujeres (22,9%), con una edad media $48,4 \pm 19,24$ años. Por mecanismo lesional encontramos 9 (25,7%) por accidentes de tráfico, 13 (37,1%) por precipitación y 13 (37,1%) por caída casual. La localización más frecuente fue la columna lumbar 54,3% (19) seguido por la columna dorsal 28,6% (9) y por último la afectación de la columna cervical 14,3% (5). El diagnóstico precisó en un 91,4% (32) de los casos la realización de tomografía axial computarizada. En las FrVO por caídas casuales, un 53,8% (7) correspondieron a hombres frente a un 46,2% (6) a mujeres con una edad media de $65,07 \pm 9,50$ (48-82). Como antecedentes personales presentaron 61,5% (8) HTA, un 7,7% (1) DM tipo II, 15,4% (2) padecían EPOC y en 30,4% (4) tomaban corticoides orales o inhalados. La localización más frecuente continuó siendo la c. lumbar con un 53,8% (7), el diagnóstico se llevó a cabo en un 76,9% (10) con radiología simple y TAC, un 38,5% (5) necesitaron tratamiento quirúrgico, frente a 61,5% (8) que se trataron ortopédicamente con reposo y corsé. Tan sólo un 15,4% (2) de las fracturas osteoporóticas recibieron tratamiento antirresortivo al alta.

Conclusiones: El estudio EVOS (European Vertebral Osteoporosis Study) observa una variabilidad de la prevalencia de la FrV de 7,7-25%.

En nuestro estudio sólo un tercio de las fracturas fueron osteoporóticas. Probablemente se explique por la dificultad que, en ocasiones, presenta el diagnóstico de estas fracturas, algunas localizaciones pueden pasar desapercibidas y a que sólo un tercio de ellas van a ser sintomáticas. Cabe destacar que sólo un 15% de los pacientes con FrVO recibieron tratamiento antirresortivo al alta, por lo que debemos hacer hincapié en la falta de concienciación entre el personal médico, que aún ofrece esta patología tan prevalente en nuestro medio.

282. RESPUESTA AL TRATAMIENTO DE LA NEFRITIS MEMBRANOSA LÚPICA

E. Rodríguez, E. Salgado, J. García, R. Belmonte, I. Mateo, M. Galindo y P.E. Carreira

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Introducción: La GN membranosa pura (GNM) puede aparecer en el lupus eritematoso sistémico (LES) entre el 10-25% de los casos según las series. Su evolución tras el tratamiento habitual para la nefritis lúpica es variable. Actualmente no existe ninguna terapia uniformemente aceptada para este tipo de nefritis, ya que la mayoría de los estudios incluyen principalmente GN proliferativas.

Objetivo: Analizar la evolución a corto y largo plazo tras tratamiento en nuestros paciente con LES y GNM en el primer brote de afectación renal, y compararla con la de los pacientes con otras formas de GN.

Material y métodos: De 439 pacientes incluidos en nuestra base de datos (1974-2009), se seleccionaron 131 con afectación renal confirmada por biopsia. Los datos demográficos (sexo, edad al inicio y al diagnóstico, muerte), clínicos (tipo de nefritis, niveles de proteinuria, creatinina, aDNA y complemento, HTA...) y evolutivos (tipo de tratamiento, respuesta al mismo, recidiva, insuficiencia renal crónica [IRC]) se obtuvieron de las historias clínicas y de bases de datos previas. Se analizaron las características clínicas, el tratamiento, la evolución y los factores pronósticos de los pacientes con GNM. Las características clínicas y evolutivas de los pacientes con GNM se compararon con las de otros tipos de GN. Se utilizó Chi cuadrado para análisis de variables cualitativas y t de Student para variables cuantitativas.

Resultados: De los 131 pacientes con LES y a renal, 24 (18%) tenían GN mesangial (GNMes), 17 (13%) GN proliferativa focal (GNPF), 75 (58%) GN proliferativa difusa (GNPD) y 15 (12%) GNM en el primer episodio de nefritis. De los 15 pacientes con GNM (13 m, 2 v; edad 29 ± 26 a) todos excepto 1 tenían proteinuria (4 ± 4 g/d, en 2 casos < 1 g), 3 tenían HTA, 2 algún grado de IR, 2/11 aDNA y 6/10 hipocomplementemia. Seis pacientes recibieron tratamiento únicamente con corticosteroides (CE), 7 con ciclofosfamida (CF), 1 con azatioprina (A) y 1 con micofenolato (MMF). Un paciente no respondió al tratamiento (MMF) y de los 14 restantes, 5 presentaron respuesta parcial (2 CE, 1 A, 2 CF) y 9 respuesta completa (4 CE, 5 CF), aunque 6 pacientes persistieron con proteinuria residual $> 0,5$ g/d. Tras una media de 9 ± 5 años de seguimiento, 4 pacientes presentaron recidiva renal. En 3 de ellos se realizó nueva biopsia renal, que demostró GNM en 2 y GNPD en 1. Dos pacientes desarrollaron IRC en el seguimiento. Ningún dato clínico se asoció con el desarrollo de recidiva renal o IRC en estos pacientes. Comparados con 92 pacientes con GNPF o GNPD, los pacientes con GNM tenían una evolución de la nefritis mayor antes del inicio del tratamiento ($1,4 \pm 2$ vs 8 ± 16 a; $p < 0,0001$) y presentaban menor frecuencia de aDNA ($p < 0,0001$), hipocomplementemia ($p = 0,03$) y HTA ($p = 0,05$). No hubo diferencias en cuanto a los tratamientos empleados y la evolución de los pacientes entre ambos grupos.

Conclusiones: La GNM se presenta en general en pacientes con LES con menos signos inflamatorios de actividad, lo que con frecuencia retrasa considerablemente el diagnóstico. Sin embargo, la evolución

tras tratamiento parece similar a la de los otros tipos de GN lúpica. Para establecer con mayor claridad el tipo de tratamiento adecuado en estos pacientes, sería necesario realizar estudios multicéntricos que incluyan mayor número de pacientes.

283. ESTUDIO TRANSVERSAL SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS PSORIÁSICA CON FAME SINTÉTICOS Y BIOLÓGICOS EN ESPAÑA

J.D. Cañete¹, M.R. Rodríguez², J. Ramírez¹, en representación del Grupo de Investigadores del Estudio ARPA

¹Unidad de Artritis. Servicio de Reumatología. Hospital Clínic. Barcelona.

²Departamento Médico. Sanofi-Aventis.

Objetivo: Conocer el manejo de la artritis psoriásica (APs) (artritis periférica y extensión de las lesiones cutáneas) con fármacos anti-reumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) sintéticos y biológicos en España.

Métodos: Estudio transversal, multicéntrico, de ámbito nacional. Se recogieron los siguientes datos: número de articulaciones tumefactas (NAT44/46) y dolorosas (NAD44/46), VSG, PCR, DAS28, extensión de la psoriasis por el Psoriasis Global Assessment (PGA), valoración general por el médico (VGM), por el paciente (VGP), así como FAME y terapia biológica utilizados.

Resultados: Se incluyeron 214 pacientes con APs según criterios CASPAR procedentes de 54 centros de reumatología españoles. La edad media fue de $51,9 \pm 13,5$ años y el 55,6% eran varones. En cuanto al abordaje terapéutico el 98,6% de los pacientes estaba con tratamiento farmacológico para su artritis. El 86,2% recibía FAMES, representando metotrexato (32,6%), leflunomida (52,5%) o su combinación (10,5%) el 96,3% de los casos. El 26,2% de los pacientes recibía terapia biológica (etanercept 45%, adalimumab 34% e infliximab 21%), el 66% de ellos en combinación con FAME, sin diferencias entre metotrexato y leflunomida. De los 173 pacientes en que se disponía del DAS28, el 38% estaba en remisión (DAS2,6 y 3,2). Los parámetros clínico-biológicos de actividad de la Aps fueron los siguientes (mediana (rango): DAS28: 2,9 (0,9); NAT: 1 (0-15); VSG (mm/1^h): 16,5 (1-80), PCR (mg/dl): 0,18 (0-12,1). El VGM fue 20 (0-80) y el VGP 20 (0-90). El 24,4% de los pacientes presentaba extensión moderada o grave de la psoriasis. El 27% de los pacientes con ausencia o extensión mínima o leve de la psoriasis recibían anti-TNFalfa frente al 19% de los que tenían extensión moderada-grave.

Conclusiones: Con las limitaciones propias de un estudio transversal, este es el primero que intenta reflejar el abordaje terapéutico con FAME y terapia biológica de la APs por reumatólogos españoles. La mayoría de los pacientes están tratados con FAME y una cuarta parte con antagonistas del TNF-alfa, a pesar de lo que alrededor del 40% tenían actividad articular moderada-alta y alrededor de un 25% presentaban afectación cutánea moderada-alta. Estos datos sugieren que podemos optimizar el tratamiento de la APs en España.

284. AFECTACIÓN RENAL EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y NIVELES BAJOS DE PROTEINURIA

E. Rodríguez, E. Salgado, J. García, R. Belmonte, I. Mateo, M. Galindo y P.E. Carreira

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Introducción: La afectación renal en LES es clínica e histológicamente muy variable. Numerosos estudios muestran pobre correlación clínico-patológica y se ha descrito que más de la mitad de los pacientes con proteinuria < 1 g/d presentan nefritis histológicamente grave. Aunque estos datos sugieren que debería realizarse biopsia siempre que haya sospecha de afectación renal, para iniciar trata-

miento precoz y adecuado, la decisión es difícil, especialmente con clínica renal poco expresiva.

Objetivo: Evaluar la necesidad de biopsia renal en pacientes con LES y niveles bajos de proteinuria

Material y métodos: De 439 pacientes con LES incluidos en nuestra base de datos (1974-2009), seleccionamos 136 que tenían biopsia renal. Los datos demográficos (sexo, edad), clínicos (tipo de nefritis, proteinuria, sedimento, creatinina, aDNA, complemento, HTA) y evolutivos (tratamiento, insuficiencia renal crónica [IRC], recidiva) se obtuvieron de las historias clínicas y de bases de datos previas. En los pacientes con proteinuria < 1 g/d, se analizó la relación entre la clínica y la histología renal, y los factores predictivos para recidiva e IRC. Se compararon las características clínicas entre los pacientes con proteinuria menor y mayor de 1 g/d. Se utilizó Chi cuadrado para analizar las variables cualitativas, t de Student para las cuantitativas y regresión logística binaria para detectar factores predictivos de recidiva e IRC.

Resultados: De los 136 pacientes incluidos, 37 (34 m, 3 v; edad 30 ± 14 a) tenían proteinuria < 1 g/d. Clínicamente, 9 (24%) no tenían clínica renal, 12 (32%) tenían HTA, 5 (14%, todos con HTA) algún grado de IR, 16 (43%) sedimento activo, 23 (62%) aDNA y 31 (84%) hipocomplementemia. Las biopsias renales mostraron: cambios mínimos 2 (5,4%), GN mesangial 13 (35%), GN proliferativa focal 7 (19%), GN proliferativa difusa 12 (32%) y GN membranosa 3 (8%). No encontramos relación entre características clínicas e histología renal en este grupo. Tres pacientes no recibieron tratamiento, 11 recibieron solo corticosteroides, 17 ciclofosfamida y 6 azatioprina. Todos respondieron bien al tratamiento (27 respuesta completa y 7 parcial). Tras 14 ± 8 años de seguimiento, 4 pacientes recidivaron y 6 desarrollaron IRC. No encontramos ningún factor predictivo de recidiva, pero el desarrollo de IRC se relacionó con la HTA y los niveles de creatinina iniciales ($p = 0,02$) y con la proteinuria residual mantenida tras tratamiento ($p = 0,01$). Al analizar las diferencias entre pacientes con proteinuria menor y mayor de 1 g/d, éstos últimos tenían con mayor frecuencia GN proliferativa difusa (OR: 2,9; 95% CI: 1,3-6,6; $p = 0,01$) y presentaban mayor número de recidivas (OR: 4,2; 95% CI: 1,3-12,9; $p = 0,01$). Ambos grupos desarrollaron IRC con una frecuencia similar.

Conclusiones: Más de la mitad de los pacientes con LES y niveles bajos de proteinuria tienen afectación histológica renal grave. Aunque tienen menor frecuencia de GN proliferativa difusa y recidivas que los pacientes con proteinuria mayor, desarrollan IRC en un porcentaje similar. Nuestros resultados apoyan la conveniencia de realizar biopsia renal y seguimiento cuidadoso a todos los pacientes con clínica renal poco expresiva, especialmente en aquellos con deterioro de función renal y/o presencia de HTA. Para determinar cuál es el tratamiento más adecuado en estos casos, sería necesario realizar estudios cooperativos con mayor número de pacientes.

285. EXPERIENCIA DE UN AÑO DE UNA CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN DOTADA DE ECOGRAFÍA

M. Castaño Sánchez, A. Uceda, M.J. Moreno, E. Peñas, M.J. Moreno y A. Bermúdez

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción: Dado el elevado número de expedientes de pacientes nuevos que llegan al Servicio de Admisión de nuestro hospital, procedentes de Atención Primaria, para ser visitados en nuestras consultas, en noviembre de 2008 se decidió crear una Consulta Monográfica de Alta Resolución.

Material y métodos: Dicha consulta es realizada, durante 3 días a la semana, por un reumatólogo con experiencia en ecografía y está dotada de un ecógrafo en la propia consulta. Se ven diariamente 10 pacientes nuevos y 6 revisiones, realizándose los estudios ecográ-

ficos e infiltraciones necesarias. Aquellos pacientes con sospecha de patología inflamatoria, son derivados a otras consultas monográficas (artritis precoz, espondiloartritis conectivopatías o metabolismo óseo). Al resto de pacientes con patología de partes blandas u otras, se les intenta realizar el diagnóstico y tratamiento en 1 o 2 revisiones, siendo dados de alta con informe detallado para su médico de familia, cuando ello es posible. Muchos pacientes que ya vienen con analítica y radiografías, pueden ser dados de alta en la primera consulta tras la valoración reumatológica.

Resultados: Durante el 1er año de esta consulta se han visto un total de 1.131 pacientes (712 mujeres y 419 hombres) de edades comprendidas entre los 14 y los 94 años) que han generado un total de 1294 revisiones. De los 1131 pacientes, 477 (42,17%) fueron dados de alta (109 en la visita inicial, 255 tras la 1ª revisión, y 113 en la 2ª revisión). Se realizaron 715 ecografías y 587 infiltraciones locales. La mayor parte de los pacientes dados de alta, presentaban afectación en hombro, seguidos de aquellos con patología cervical, de codo y rodilla. El 76% de los pacientes dados de alta habían sido sometidos al menos a un estudio ecográfico y un 42% de ellos había recibido al menos una infiltración local. Hay que hacer mención de que en nuestro grupo, solamente el 26% de los pacientes remitidos desde Atención Primaria era portador de unas pruebas complementarias elementales (analítica general y radiografías).

Conclusiones: Una consulta de alta resolución nos ayuda a realizar un buen filtrado de pacientes dentro de un servicio con elevada presión asistencial, pudiendo resolver los cuadros menos graves de forma eficiente y rápida y redistribuir los pacientes con patologías más graves a las consultas monográficas. Además, el uso de la ecografía en la propia consulta, nos ayuda a acelerar el diagnóstico y a realizar un mejor tratamiento. Es preciso mejorar la comunicación con Atención Primaria para que los pacientes sean remitidos de forma más dirigida y con las exploraciones complementarias básicas.

286. VALORACIÓN DE CAMBIOS CLÍNICOS Y ECOGRÁFICOS DE LA GOTA TRAS 1 AÑO DE TRATAMIENTO

A. Villalba Yllán, D. Peiteado López, E. de Miguel Mendieta, M.C. Ordóñez y E. Martín Mola

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Objetivo: Evaluar en pacientes gotosos la respuesta clínica, analítica y los cambios ecográficos aparecidos tras un año de tratamiento.

Material y métodos: Se evaluó de forma prospectiva a pacientes diagnosticados de artritis gotosa clínicamente activa. Se realizaron visitas clínicas cada tres meses ajustando en ellas el tratamiento según práctica clínica habitual, valorando, entre otros parámetros, el número de articulaciones dolorosas (NAD), tumefactas (NAT) y valoración global del paciente (VGP) de su enfermedad, mediante EVA en mm. Se solicitaron determinaciones analíticas para evaluar uricemia y reactantes de fase aguda (VSG y PCR). Un segundo reumatólogo, ciego a los datos clínicos, realizó la exploración ecográfica basal y al año, con un ecógrafo Logiq 9 (General Electric, Wauwatosa WI, EEUU) con sonda lineal 9-14 Mhz. Se explora de forma bilateral las siguientes localizaciones anatómicas: a) Articulaciones: 1ª metatarsofalángica (1ªMTF), tarso, recesos de tobillo, recesos y cartílago de rodilla y b) Tendones: tibial anterior, tibial posterior, peroneos y tendón rotuliano. El nº total de áreas evaluadas por paciente fue 24. En cada una de estas regiones se valora la presencia de señal Doppler y, en 1ªMTF y rodilla, el signo de doble contorno en cartílago (DC), entre otros signos ecográficos de gota.

Resultados: Se analizan los datos de 17 pacientes que alcanzan un año de seguimiento (1 mujer, resto varones: 6% vs 94%), con una media de edad de $60 \pm 8,6$ años. Presentaban basalmente una uricemia media de $8,5 \pm 2,1$ mg/dl, una VSG media de $9,5 \pm 8,6$ mm/h, una PCR de $6,3 \pm 7,5$ mg/dl y una VGP media de $19,5 \pm 12,5$. La media por

Tablas Resumen 286Tabla 1. Medias (\pm DE) de valores clínicos y ecográficos al inicio y a los 12 meses

	Úrico	NAD	NAT	VSG	PCR	VGP	Dp	DC
Basal	8,47 (\pm 2,15)	3,06 (\pm 7,89)	1,53 (\pm 3,81)	9,55 (\pm 8,58)	6,31 (\pm 7,54)	19,5 (\pm 12,5)	8,23 (\pm 3,03)	0,94 (\pm 1,14)
12 m.	5,86 (\pm 0,66)	1,94 (\pm 6,73)	0,71 (\pm 1,96)	5,64 (\pm 4,52)	2,06 (\pm 2,08)	13,25 (\pm 11,7)	6,35 (\pm 4,01)	0,47 (\pm 0,80)
p	0,001	0,027	0,095	0,145	0,116	0,044	0,109	0,072

Tabla 2. Medias (\pm DE) de valores ecográficos al inicio y a los 12 meses, según nivel de uricemia alcanzado al año

	Úr. menos de 6. Basal	Úr. menos de 6. 12 m.	Úr. menos de 6. p	Úr. 6 o más. Basal	Úr. 6 o más. 12 m.	Úr. 6 o más. p
Dp	8,25 (\pm 3,15)	6,00 (\pm 2,67)	0,057	8,22 (\pm 3,11)	6,67 (\pm 5,07)	0,947
DC	1,25 (\pm 1,39)	0,25 (\pm 0,46)	0,05	0,67 (\pm 0,87)	0,67 (\pm 1,00)	1,00

paciente del NAD fue $3,1 \pm 7,9$ y del NAT fue $1,5 \pm 3,8$. Ecográficamente, la media por paciente del n.º de localizaciones con señal doppler positiva (Dp) fue $3,6 \pm 2,0$ y del n.º de localizaciones con DC fue $0,94 \pm 1,14$. Al año, la uricemia se redujo de forma significativa ($p < 0,01$) con un reducción media de 2,6 mg/dl (DS 2,02). Igualmente disminuyeron de forma significativa NAD ($p = 0,027$) y la VGP ($p = 0,044$), así como el número de áreas con DC en pacientes que alcanzaron uricemia menor de 6 mg/dl (8 pacientes) frente a los que no la alcanzaron (9 pacientes) ($p = 0,05$). Parámetros objetivos de actividad (doppler, NAT, VSG y PCR) mostraron reducción, pero no significativa.

Conclusiones: El control adecuado de la uricemia en pacientes con artritis gotosa consigue, al año de tratamiento, una mejoría clínica significativa en parámetros subjetivos, pero, aun con tendencia a la mejoría, persisten signos de actividad inflamatoria. Niveles mantenidos de uricemia menores de 6 mg/dl permiten reducir los depósitos de ácido úrico, pudiendo demostrarse ecográficamente de forma significativa.

287. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE MULTIRRESISTENTES AL TRATAMIENTO CON FÁRMACOS BIOLÓGICOS

J. Calvet Fontova, T. Gómez Centeno, M. García Manrique-de-Lara, E. Graell Martín, M. Moreno Martínez-Losa, C. Galisteo Lancastre de Veiga, J. Gratacós Masmitjana y M. Larrosa Padró

Hospital de Sabadell. Institut Universitari Parc Taulí-UAB. Sabadell. Barcelona.

Introducción: El tratamiento de la artritis reumatoide (AR) ha mejorado con la aparición de los fármacos inhibidores del TNF α . Pero un número no despreciable de pacientes son resistentes a un primer, segundo y tercer anti-TNF, por ineficacia (primaria o secundaria) y/o efectos adversos. La aparición de fármacos con distinta diana terapéutica ha permitido tratar a estos pacientes. Se ha utilizado la supervivencia de un tratamiento como forma indirecta de medir su eficacia ya que dicha supervivencia dependerá tanto de su eficacia como de las alternativas disponibles en cada momento.

Objetivo: – Describir las características clínicas de los pacientes multiresistentes (utilización mínima 3 fármacos). – Comparar sus características con las de los pacientes de la cohorte emAR estudio AR española. – Describir la supervivencia de los tres primeros fármacos biológicos utilizados en estos pacientes.

Material y métodos: Se revisó la base de datos de AR del servicio, seleccionando aquellos que han precisado 3 o más tratamientos durante su evolución. Se describe: edad, sexo, tiempo evolución, tiempo evolución hasta primer FAME, N total de FAME, presencia factor reumatoide y anti péptidos citrulinados, presencia de erosiones y supervivencia de cada uno de los fármacos biológicos. Se comparan las características de nuestros pacientes multiresistentes con las obtenidas en el estudio emAR sobre el manejo de la AR en España. A partir de estos datos se realiza un análisis de la supervivencia de los distintos fármacos.

Resultados: Ver tabla. Tanto el primer como el segundo biológicos son inhibidores del TNF α , en el 3.º aparecen pacientes que han cambiado de diana terapéutica, 7 realizan cambio a un tercer anti-TNF α y 11 varían. La supervivencia del 3.º biológico varía mucho si se utiliza un nuevo anti TNF (7,7 meses) o un biológico con diana terapéutica distinta (15,1 meses) $p = 0,015$. Existe una diferencia significativa entre la supervivencia del 1.º y 2.º biológico, a favor del primero, y una diferencia entre la supervivencia del 2.º y el 3.º (a favor del tercero). La diferencia entre 2.º y 3.º se debe a la mayor supervivencia de los pacientes que cambian de diana terapéutica, ya que la supervivencia del 3.º anti TNF α es idéntica a la del 2.º

Tabla Resumen 287

Variables	Nuestros pacientes	Estudio emAR
Sexo	94,4% mujeres	73% mujeres
Edad	58,2 \pm 14	63 \pm 9,2
Edad inicio síntomas	43,4 \pm 13,4	
Tiempo de evolución	177,2 \pm 120 meses	105 (57-172)
FR positivo	72,2% (13)	75%
Anti CCP positivo	66,6% (12)	
Erosiones articulares	94,4% (17)	
Número de FAME previos	3,2 \pm 1,4	
Tiempo evolución hasta FAME	39,1 \pm 59 meses; media 13,9 meses	
Tiempo evolución hasta primer biológico	105 \pm 37 meses; media 75,5 meses	
Primer biológico	Adalimumab 33,3% (6) Etanercept 27,7% (7) Infliximab 38,8% (5)	
Segundo biológico	Adalimumab 38,8% (7) Etanercept 44,4% (8) Infliximab 16,6% (3) Abatacept 11,1% (2)	
Tercer biológico	Adalimumab 16,6% (3) Etanercept 16,6% (3) Infliximab 5,5% (1) Rituximab 38,8% (7) Tocilizumab 11,1% (2)	
Supervivencia primer biológico	21,1 \pm 4,1 meses	
Supervivencia segundo biológico	7,5 \pm 1,8 meses	
Supervivencia tercer biológico	20,6 \pm 2,6 meses	

Conclusiones: 1. Las características de nuestros pacientes multiresistentes no difieren de las definidas en el estudio emAR de pacientes con AR en España; sólo el tiempo de evolución es mayor en nuestro caso. 2. La práctica totalidad de nuestros pacientes multiresistentes tienen factores de mal pronóstico de la AR: FR +, antiCCP + y enfermedad erosiva. 3. La supervivencia del tercer fármaco biológico es superior a la del segundo. 4. El aumento de la supervivencia del tercer biológico se produce a expensas del cambio de diana terapéutica.

Discusión: Todos los pacientes iniciaron tratamiento con anti-TNF α y en todos se realizó el primer cambio a un anti TNF α distinto. En el segundo cambio, donde también existen pacientes con variación de diana terapéutica, se evidencia una mayor supervivencia. Posiblemente, al estudiar los pacientes multiresistentes, se han seleccionado aquellos resistentes a tratamiento anti-TNF α , pero no hemos podido definir ninguna característica clínica ni biológica que nos ayuden a diferenciarlos. Son necesarios más estudios con mayor número de pacientes para determinar qué pacientes se van a beneficiar de cada uno de los tratamientos disponibles.

288. BIOLITE STUDY - BIOLOGICS LINKED TO RETIREMENT

L. Cunha-Miranda, C. Silva, H. Santos y A. Teixeira

Instituto Português de Reumatologia. Portugal.

Introduction: The employment impact of rheumatic diseases is universal, being most visible and studied in rheumatoid arthritis, but also relevant in other inflammatory arthropathies. The therapeutic use of biotechnology therapies is expected to have a relevant socio-economic impact, with less temporary and permanent work disability in this patients.

Objectives: To determine, in a portuguese population of patients undergoing biologics, the differences in permanent work disability, per disease.

Methods: The local database of Instituto Português de Reumatologia of biotechnology therapies (linked to the Portuguese Society of Rheumatology national databases (BioreportAR, BioreportE and BioreportAP)) was used. Data on age, education level and disease duration was collected for patients with psoriatic arthritis (PA), rheumatoid arthritis (RA) and ankylosing spondylitis (AS).

Results: 175 patients were considered for evaluation: the average patients age was 55.8 ± 11.3 years for PA, 52.6 ± 9.7 in RA and 43.8 ± 11.2 for AS. 72.2% of PA patients were women, this figure was 90.9% for RA and 48.9% for AS. The education level was 9.6 ± 4.7 years for AS, which was significantly higher than for AP (6.9 ± 4.3) and RA (6.4 ± 4.0) patients. Active patients were overall significantly younger (46.1 ± 10.8 vs. 57.3 ± 9.6) with less disease duration (16.3 ± 8.1 vs 11.8 ± 9.1) than the retired (with no differences in the diagnostic gap).

Tabla Resumen 288

Disease	N	Retired patients	Retired patients because of the disease	% retired patients because of the disease/total retired
RA	110	50 (45.5%)	38 (34.5%)	76%
PA	18	8 (44.4%)	6 (33.3%)	75%
AS	47	11(23.4%)	10 (21.3%)	90.9%
Total	175	69 (39.4%)	54 (30.8%)	78.3%

Discussion: In three previous Portuguese studies on RA, values for retired patients, because of the disease, was variable, but consistently over 43% (43%, 45.3% and 49.6%). One study on AS showed that 26.8% of patients were retired due to the disease. Such data are not comparable, but it suggests that this specific biologic treated population has a lower proportion of retired patients.

Conclusions: The use of biologics has a positive effect on the employability of patients with systemic inflammatory rheumatic diseases in a Portuguese population and this study points to a trend of less retirement due to disease, when compared with previous studies with patients on traditional DMARDs. We found, as expected, a link between retirement and age and also with educational level. Long term studies will be needed to confirm this impact on the employment profile of these.

289. DÉFICIT DE VITAMINA D EN PACIENTES INGRESADOS POR FRACTURA DE CADERA

O. Illera Martín¹, M. Steiner¹, T. Cobo Ibáñez¹, P. Richi Alberti¹, M. Vázquez Díaz² y S. Muñoz Fernández¹

¹Hospital Infanta Sofía. ²Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: La hipovitaminosis D en los adultos se ha asociado con fracturas por fragilidad, debilidad muscular y caídas. Para mantener la resistencia ósea y prevenir caídas los niveles séricos recomendados de 25OH-vitamina D deben ser superiores a 30 ng/ml. Se ha descrito la presencia de niveles inadecuados de vitamina D en los pacientes

con antecedentes de fractura de cadera (FC) en distintas poblaciones. Se estudia una serie de casos en el ingreso hospitalario. La prevención secundaria de la hipovitaminosis D puede ser una medida preventiva importante en adultos mayores.

Objetivo: Describir las características de una población de pacientes ingresados por fractura de cadera en el último año y evaluar los parámetros del metabolismo cálcico y la prevalencia de hipovitaminosis D.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo observacional de corte transversal de las historias clínicas de los pacientes ingresados en el último año por FC pertenecientes a un área de salud de un hospital de Madrid. A todos los pacientes se les realizó un cuestionario para evaluar la ingesta de calcio en la dieta y el tiempo de exposición solar. Se tomaron muestras para la determinación de: calcemia (Ca), proteínas totales, fosfatemia (P), creatinina, fosfatasa alcalina (FA), 25-OH vitamina D (RIA) y PTH intacta. Se realizó el análisis estadístico descriptivo. Las variables continuas se expresaron como medias con DE y las categóricas como proporciones.

Resultados: Se registraron 104 pacientes. La edad media fue 81 años, el 78% mujeres. El 36,8% presentaba fractura de cuello femoral y el 63,2% subtrocantérica. La ingesta de calcio en la dieta era a 1000 mg/d en el 18,6%, y entre 500-1.000 mg/d en el 36,2% restante. Un 45,6% refirió no exponerse habitualmente al sol. Parámetros de laboratorio: calcemia media 9,2 mg/dl (0,56), P 3,1 mg/dl (0,83), aclaración de creatinina estimado por MDRD 78,4 ml/min (29,5), F.Alc 70,2 UI/l (41,27), 25 OH vitamina D sérica 18,7 ng/ml (12,8), PTHi 112,8 pg/ml (81,4). Un 16,4% presentaban deficiencia de vitamina D (< 30 ng/ml). El 71,2% presentaba hiperparatiroidismo segundo no asociado a fracaso renal

Conclusiones: Los niveles de vitamina D se encontraron por debajo de lo recomendado en cerca del 85% de los pacientes ingresados y hasta en un 75% presentaban hiperparatiroidismo secundario. Este estudio muestra la alta prevalencia de déficit severo de vitamina D en pacientes ingresados con FC. El ajuste del tratamiento con vitamina D al alta tras una FC podría ayudar a mejorar la función muscular y reducir el riesgo de nuevas caídas y fracturas hasta ser evaluado por el especialista en osteoporosis.

290. RESULTADO PERINATAL EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: PARTO Y RECIÉN NACIDO

E. Trujillo, J. Hernández, E. Padrón, E. Delgado, V. Hernández, M.A. Gantes, I. Ferraz, J.J. Bethencourt y S. Bustabad

Consulta de Reumatología-Obstetricia. Servicio de Reumatología. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife.

Introducción: Las complicaciones periparto y los resultados neonatales de las pacientes con LES han mejorado debido a la optimización del control prenatal y del recién nacido (RN). Sin embargo, diferentes series publicadas en la última década siguen mostrando, además de mayor frecuencia de abortos y muerte fetal, una mayor frecuencia de complicaciones perinatales y del recién nacido, sobre todo retraso del crecimiento intrauterino, rotura prematura de membranas, preeclampsia/eclampsia, parto prematuro y recién nacido de bajo peso.

Objetivo: Analizar el parto y los recién nacidos de las pacientes con LES controladas por la consulta de reumatología-obstetricia de nuestro servicio en los dos últimos años y su correlación con características clínicas de las pacientes.

Métodos: Se analizaron los partos y RN, desde enero de 2008 hasta enero de 2010, de pacientes con LES en control por nuestra consulta (n = 18 partos). Se recogieron las siguientes variables del RN, del parto y de la madre: - RN: peso/talla, semana de gestación, test de Apgar (al minuto y a los 5 minutos) y complicaciones del RN. - Parto: tipo de parto, rotura prematura de membrana, preeclampsia/eclamp-

sia y otras complicaciones del parto. – Madre: edad, años desde el diagnóstico del LES, presencia de anticuerpos antifosfolípido (aAFL), Índice de daño de LES (SDI), SLEDAI en el comienzo del embarazo, daño, tratamiento durante el embarazo, y exacerbaciones durante el parto.

Resultados: Hubo relación significativa entre la edad de la paciente, la actividad (SLEDAI) y las exacerbaciones en el embarazo con el porcentaje de prematuridad y bajo peso. La presencia de aAFL se relaciona de forma significativa con el porcentaje de preeclampsia y de rotura prematura de membranas.

Conclusiones: Los resultados perinatales de las pacientes con LES fueron, de forma general, satisfactorios. Aunque se observó un mayor porcentaje de prematuridad, bajo peso y cesáreas que en la población general.

Tabla Resumen 290

RN (n = 18)	Partos (n = 18)	
% bajo peso	24	% cesáreas 28,6
% prematuridad	17	% rotura prematura membranas 2,2
Media test de Apgar 1 minuto	7,3 ± 2,3	% preeclampsia/eclampsia 2,3
Media test de Apgar 5 minutos	9,1 ± 1,2	
% otras complicaciones del RN	5	
% lupus neonatal	0	
% bloqueo cardíaco	0	
% mortalidad neonatal	0	

Ningún RN pesó menos de 1.800 g ni nació antes de la 29 semana. El porcentaje de cesáreas general en el mismo período en el Hospital Universitario de Canarias fue del 19,3%.

291. DESCRIPCIÓN DE UNA MUESTRA DE PACIENTES CON ESPONDILOARTROPATÍA EN TRATAMIENTO BIOLÓGICO

J.M. Lema Gontad, N. Álvarez Rivas, C. Díez Morrondo, J.A. Pinto, J.L. Fernández Sueiro, J.C. Fernández López, N. Oreiro, M.E. González, M. Freire, A. Atanes, F.J. de Toro, G. Graña, M. Acasuso, F. Galdo y F.J. Blanco

Servicio de Reumatología. Complejo Universitario Hospitalario A Coruña. CAP San José. Universidade da Coruña. A Coruña.

Introducción: Un porcentaje importante de nuestros pacientes con espondiloartropatías permanecen con enfermedad activa a pesar de tratamiento antiinflamatorio y FAME, requiriendo el inicio de tratamiento biológico (infliximab i.v. a 5 mg/kg/6-8 semanas, etanercept 50 mg/semana s.c., adalimumab 40 mg/2 semanas s.c.).

Objetivo: Descripción de una muestra de pacientes diagnosticados de una espondiloartropatía (EAP) que fueron tratados con tratamiento bloqueante de la acción del TNF alfa.

Material y métodos: Se recogieron los datos (referentes a sexo, edad actual, diagnóstico, tratamiento biológico administrado, suspensión y cambio de TB, tiempo de permanencia en el mismo) de los historiales clínicos de pacientes en seguimiento en el servicio de reumatología que presentaban los siguientes diagnósticos: espondilitis anquilosante (EA), Artritis Psoriásica (APs), Espondiloartropatía Indeterminada (EI), asociada a enfermedad de Crohn (ECr) y a colitis ulcerosa (ECu), EAP juvenil (EJ). Se realizó el análisis estadístico mediante chi cuadrado y t de Student (SPSS 16.0).

Resultados: Se analizaron 129 pacientes de los que 77 (60%) eran varones y la media de edad 47,4 (12,1) años. Los diagnósticos fueron APs 54 (41,9%), EA 53 (41,1%), EI 11 (8,5%), ECr 7 (5,4%), ECu 2 (1,6%) y EJ 2 (1,6%), predominando los varones excepto en el grupo de EI (72,7% mujeres). El tratamiento biológico seguido fue: infliximab 44 (34,1%), etanercept 52 (40,3%) y adalimumab 33 (25,5%), siendo los más frecuentes por patologías infliximab en EA (45,3%), etanercept en APs (72,2%), adalimumab en ECr y ECu (57,1% y 100% respectivamente, siendo el resto de pacientes tratados con infliximab). Un 81,4% de los pacientes (n 105) continuaban con el tratamiento tras

una mediana de 31 meses (7-96). Se suspendió el tratamiento en 24 (18,6%) pacientes, en la mayoría de los casos por efectos adversos (54,2%), cuya mediana de tiempo de tratamiento fue de 19,5 meses (3-72), y 21 pacientes (16,3%) recibieron un 2º tratamiento biológico: infliximab 1 (0,8%), etanercept 10 (7,8%), adalimumab 10 (7,8%), teniendo que suspenderlo 6 pacientes (28,5%) con una mediana de permanencia de 10 meses (5-23). En los parámetros anteriores no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en función del sexo.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes con espondiloartropatías en terapia biológica permanecían en el mismo tratamiento tras casi 3 años de su inicio. Cerca de un tercio de los pacientes que precisaron un cambio del tratamiento a un segundo antiTNF, por acontecimientos adversos la mayoría, tuvieron que abandonarlo generalmente antes del primer año.

292. EFECTO DE LA CONGELACIÓN EN LA MEDICIÓN DE LOS NIVELES SÉRICOS DE LIPOPROTEÍNAS EN PACIENTES CON ARTRITIS DE RECIENTE COMIENZO

A.M. Ortiz¹, A. Lamana¹, B. Díaz Sánchez¹, S. Pérez Esteban¹, M.J. García Arias¹, S. Castañeda¹, J.A. García Vadillo¹, C. Alonso Cerezo², R. García de Vicuña¹ e I. González-Álvaro¹

Servicios de ¹Reumatología. ²Análisis Clínicos. Unidad de Genética del Hospital Universitario de La Princesa. Madrid.

Introducción: Existen suficientes evidencias de que la inflamación persistente en pacientes con artropatías inflamatorias se asocia con un aumento del riesgo y los eventos cardiovasculares. Varios mecanismos podrían explicar esta asociación: modificaciones en los niveles de las diferentes fracciones de lipoproteínas séricas, oxidación de LDL como consecuencia del proceso inflamatorio, etc. Los registros longitudinales de pacientes con muestras de suero congeladas podrían ser una herramienta idónea para estudiar estos efectos, pero es obligado descartar el posible efecto deletéreo de la congelación en la estabilidad de las diferentes fracciones de lipoproteínas.

Objetivo: Determinar cómo afecta la congelación de las muestras séricas a la cuantificación de las diferentes fracciones de lipoproteínas, en especial las LDL oxidadas (oxLDL).

Pacientes y métodos: Se estudiaron 272 muestras de suero correspondientes a 96 pacientes (74% mujeres) de nuestro registro de artritis de reciente comienzo. El tiempo de congelación de las muestras osciló entre 1 semana y 5 años. La determinación de colesterol total (CT), HDL y LDL se realizó mediante el método enzimático CHOP-PAP (Roche Diagnostics) que se utiliza de forma rutinaria en el laboratorio de Bioquímica de nuestro centro. Las oxLDL se cuantificaron mediante ELISA (Mercodia AB, Uppsala, Suecia) en una submuestra de 120 sueros con un tiempo de congelación de entre 1 semana y 20 meses. Se analizó el efecto del tiempo de congelación sobre la determinación del valor de CT, HDL, LDL y oxLDL mediante regresión lineal multivariable por modelos lineales generalizados incluyendo como posibles variables independientes, además del tiempo de congelación, diferentes variables sociodemográficas (edad, género, etc.) y clínicas (DAS28, tratamiento, etc.).

Resultados: La comparación de las mediciones de muestras en fresco o congeladas corroboró la congelación indujo disminución de los niveles de CT (1 mg por cada mes), de LDL y de oxLDL, pero no afectó significativamente a los de HDL. Respecto al resto de variables estudiadas, la actividad de la enfermedad, medida mediante el DAS28 se correlacionó negativamente con los niveles de CT y positivamente con los de oxLDL, mientras que la edad del paciente se asoció a un aumento de los niveles de LDL totales y el género femenino a mayores niveles de HDL y menores de oxLDL.

Conclusiones: Aunque la congelación del suero produce alteraciones relevantes en los niveles de las diferentes fracciones de lipoproteínas

y CT, si se ajusta el análisis estadístico por el tiempo de congelación y otras variables conocidas que modifican los niveles de lípidos (género, edad) se puede obtener información sobre el efecto de la inflamación en el perfil lipídico. Este aspecto es de especial relevancia en la medición de oxLDL, ya que no se realiza de forma rutinaria en los laboratorios de bioquímica general.

Este trabajo ha sido financiado parcialmente con el programa RETICS, RD08/0075 (RIER) y los proyectos FIS 05/2044 y 08/0754. Amalia Lamana disfruta de una beca DIB-SER de la FER; el trabajo de Isidoro González-Álvaro ha sido financiado parcialmente con una beca de Intensificación del ISCIII.

293. PREVENCIÓN SECUNDARIA DE OSTEOPOROSIS EN PACIENTES CON FRACTURA DE ANTEBRAZO DISTAL SEVERA

B. Rodríguez-Lozano¹, J. Hernández-Martín¹, P. Sánchez², M.V. Flores¹, J. Viotti¹, E. Delgado¹, M. Gantes¹ y S. Bustabad¹

¹Servicio de Reumatología. ²Servicio de COT. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. Tenerife.

Introducción: La fractura de antebrazo distal (FxAD) es relativamente frecuente y afecta al 15% de las mujeres. El 70% de las fracturas de Colles (FC) están relacionadas con la osteoporosis (OP) y con densidad mineral ósea (DMO) reducida. Es conocido que el haber sufrido una FC aumenta el riesgo de nuevas fracturas osteoporóticas, riesgo que disminuye con el tiempo.

Objetivo: Conocer: 1. El perfil de pacientes con FxAD severa de bajo impacto que precisaron ingreso hospitalario. 2. La prevención 2.ª de OP en estos pacientes.

Pacientes y métodos: Estudio observacional de pacientes con FxAD por caídas de bajo impacto, consideradas graves al requerir ingreso hospitalario en un Hospital de 3.º nivel, período 2006-07. Encuesta telefónica y visualización de historia clínica de Atención Primaria a través del sistema informático SAP para seguimiento y valoración de prevención 2.ª de OP en los 2 años siguientes posfractura. Se realizó análisis estadístico mediante test exacto de Fisher y U de Mann-Whitney.

Resultados: Se evaluaron 49/64 pacientes, 32 M/17 V, con edad media de 55,8 años (rango 30-81, DE 13,3). La edad media de presentación de fractura fue de 47,7 años (DE 9,6) en los varones y de 60,1 años (DE 13,2) en las mujeres. Presentaron FC el 69% y, el resto, ambas (cúbito y radio) con afectación del miembro dominante en el 45% de fracturas. La causa más frecuente fue caída en el domicilio (63%). Se asoció otra fractura en 10 pacientes (20,4%) de predominio en miembro superior. En 39/49 fue la 1.ª manifestación de OP; 10 pacientes tenían OP e historia de fractura osteoporótica previa en 6 (12% del total) sobre todo en antebrazo distal (50% de las fracturas previas). Existía diferencia significativa de edad entre estos dos grupos (mediana 53 años, DE 13,6 vs 63,5 años, DE 7,8; $p < 0,005$). En los factores de riesgo para OP destacan: menopausia precoz por anexectomía en las mujeres con edad inferior a 45 años (12,5%); escasa-nula ingesta diaria de Ca en el 90%; antecedentes familiares de fractura osteoporótica en 10/49 (20%) sin diagnóstico previo de OP en el 90% de este subgrupo de pacientes. El 14% tenía OP 2.ª (sobre todo AR y hepatopatía crónica). El 28,6% refería caídas previas, con fractura por fragilidad en uno de ellos. Destaca la mayor frecuencia de caídas previas en los pacientes con ingesta de psicofármacos frente a los que no los tomaban (58,3 vs 18%; $p < 0,014$). A su alta hospitalaria, 21/49 pacientes (43%) recibían: suplementos de calcio-vit D el 19% de los pacientes, que correspondían a aquellos con OP o que referían escasa ingesta de lácteos, bifosfonatos en el 22% (la mitad tenían diagnóstico previo de OP) y ranelato estroncio (2%). No hubo valoración de OP en los 2 años siguientes postfractura en el 59% de los pacientes, y en los que se realizó, fue llevada a cabo por COT (18%), Atención Primaria (12%) y Reumatología (6%). Se realizó DMO en el

12% de los pacientes, todos ellos recibiendo tratamiento antiosteoporótico. Presentó secuelas posfractura tipo dolor y pérdida de fuerza distal en mano el 37% de los pacientes. No hubo recurrencia de fracturas clínicas en el periodo observacional.

Conclusiones: 1. En el 59% de los pacientes con FxAD grave con ingreso hospitalario no se realizó prevención 2.ª de OP en 2-3 años postfractura. 2. La FxAD fue la primera manifestación de OP en el 80% de los casos y presentaron, además, otras fracturas osteoporóticas asociadas. 3. Ha sido recurrente la FxAD en el 6% de los pacientes. 4. El 37% con FxAD severa han permanecido con discapacidad en dicho miembro los 2 años postfractura. 5. Es necesario establecer planes de derivación y de actuación multidisciplinar tanto a nivel intrahospitalario como en la medicina comunitaria (Reumatología/COT/Atención Primaria).

294. EVOLUCIÓN DIAGNÓSTICA DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS INDIFERENCIADA

J. Calvo Gutiérrez, F. Martínez Sánchez, R. Ortega Castro, M.J. Pozuelo López, P. Granados Ruiz y E. Collantes Estévez

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Objetivo: Analizar la evolución de los pacientes diagnosticados de artritis indiferenciada en la consulta de artritis reumatoide de reciente inicio durante el periodo 2002-2009.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo de una cohorte de pacientes que tras una primera evaluación clínica en la consulta de Artritis de Reciente Inicio son diagnosticados de Artritis Indiferenciada durante el periodo 2002-2009, al presentar artritis en 2 o más articulaciones con una duración inferior a un año. De los pacientes evaluados en ese tiempo, 138 fueron diagnosticados de artritis indiferenciada y seguidos posteriormente durante más de 3 años. Se analizaron las características basales y al diagnóstico de cada paciente.

Resultados: De los 138 pacientes diagnosticados de artritis indiferenciada, 72 fueron mujeres (52,2%), con una edad media de 48,44 (17-87) años. Durante el seguimiento, 28 (20,3%) evolucionaron a AR, 22 (15,9%) a reumatismo palindrómico, 33 (23%) a otra enfermedad reumática y 55 (39,9) permanecieron como indiferenciadas tras 12 meses de seguimiento (0-77). Del grupo de pacientes que evolucionó a artritis reumatoide (28), un 53,6% (15) fueron mujeres, con una edad media de 51,36 (18-82) años. Presentando una forma de inicio poliarticular en 13 (46,4%) y oligoarticular en 12 (42,9%), de localización manos 11 (39,3%), pies 2 (7,1%), mmss y mmii 11 (39,3%), el FR+ > 100, 7 (33,3%), FR < 100 8 (38,1%) y negativos 6 (28,6%). Los ACPCC+ en 17 (60,7%).

Conclusiones: Una cuarta parte los pacientes analizados en nuestro estudio con diagnóstico de artritis indiferenciada, evolucionó a AR. Los pacientes que evolucionaron a AR debutaron en más de la mitad de los casos con una forma poliarticular. Hubo predominio de afectación de manos, FR positivo y ACPCC positivo.

295. IMPLEMENTACIÓN DE GUÍAS CLÍNICAS EN UN SISTEMA DE INFORMACIÓN BASADO EN REGLAS PARA EL SEGUIMIENTO DE ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS

F.J. Broullón Molanes¹, G. Vázquez González¹, J.C. Fernández López², F.J. Blanco García², G. Gil Graña², J.L. Fernández Sueiro², J.A. Pinto Tasende², L. Sánchez Sánchez¹ e I. Méndez Vidal¹

¹Área de I+D+i. Servicio de Informática. ²Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario. A Coruña.

Introducción: Las enfermedades reumáticas comprenden las enfermedades médicas del aparato locomotor y las enfermedades del tejido conectivo. Como consecuencia de su alta morbilidad generan

gran demanda asistencial, siendo los médicos más consultados los generalistas, representando la segunda causa de consulta en atención primaria, seguido de la atención especializada (reumatólogos y traumatólogos) y demanda de asistencia en servicios de urgencias.

Objetivo: El presente proyecto pretende obtener un sistema de información que, mediante la implementación de guías clínicas validadas relacionadas con las enfermedades reumatológicas más prevalentes (artritis reumatoide, osteoporosis, artrosis, espondilitis anquilosante y artritis psoriásica), ayude en la toma de decisiones a los médicos de atención especializada dentro del ámbito del Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. De esta manera se pretende comprobar dos objetivos: la mejoría de los pacientes debida a una mejor atención sanitaria por parte del especialista y un menor coste en la compra de medicamentos debida a una homogeneización de los criterios clínicos.

Métodos: La metodología se divide en dos fases, incluyendo el desarrollo del sistema siguiendo los estándares sanitarios en la primera, y un estudio aleatorizado de seguimiento prospectivo en la segunda. El desarrollo del sistema se realizó siguiendo los estándares de Desarrollo de Aplicaciones definidos por la Comisión de Arquitecturas Tecnológicas de la Consellería de Sanidade de Galicia, que es trasladable a otras Comunidades del Estado. Esta metodología establece un proceso iterativo de desarrollo en el que las etapas más significativas son: análisis funcional, definición de la arquitectura técnica del sistema, diseño técnico, construcción y, por último, implantación y aceptación del sistema. En cuanto al estudio aleatorizado, se realizarán mediciones de las diferentes patologías en las diferentes visitas durante un año, dividiendo a los pacientes participantes en dos grupos de manera aleatoria para pasar posteriormente a su comparación.

Resultados y conclusiones: Este proyecto ha sido financiado por el del Instituto de Salud Carlos III, dentro de la convocatoria de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (PI07/90353). Comenzó su realización en enero de 2008 dedicándose todo ese año al desarrollo del sistema de ayuda a la decisión basado en guías de práctica clínica. El sistema estará compuesto por una base de datos propia en la que se recogen los distintos parámetros recogidos en cada uno de los protocolos y un interfaz gráfico que guiará al médico en la gestión de cada visita. Además de acceder a la historia clínica de los pacientes, el sistema permite la importación de distintos datos clínicos (antecedentes, enfermedades concomitantes, resultados de laboratorio, microbiología, radiología, etc.) de forma manual y/o automática, así como también la elaboración del correspondiente informe clínico. Actualmente el proyecto se encuentra en producción y supuso un gran avance para el Servicio de Reumatología, ya que permite una recogida de datos ágil, lo que facilita el control de la calidad de la atención prestada.

296. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA ATENDIDOS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

M.J. García-Arias, E.F. Vicente, A. Casado, A. Humbría, J.P. López-Bote y S. Castañeda

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

Introducción: La patología cardiovascular es una de las principales causas de morbimortalidad en la esclerosis sistémica (ES). En su patogenia están implicados tanto los factores clásicos de riesgo cardiovascular (FRCV) como la actividad inflamatoria de la enfermedad. La importancia de los FRCV en la aparición y evolución de las manifestaciones cardiovasculares de la enfermedad no está bien estudiada.

Objetivo: 1. Describir las características clínicas y los FRCV en una población con ES. 2. Analizar la asociación entre los FRCV y las manifestaciones cardiovasculares de la enfermedad.

Material y métodos: Estudio de corte transversal en el que se evaluaron los pacientes diagnosticados de ES que acudieron a consulta durante el año 2009. Se recogieron variables demográficas, clínicas, analíticas, FRCV (tabaco, dislipemia [DL], diabetes mellitus [DM], obesidad [índice de masa corporal > 30] e HTA) y tratamiento con inmunosupresores (IS), antagonistas del calcio, prostaciclina iv, sildenafil, bosentan y/o glucocorticoides (GC). Análisis estadístico: las variables continuas se expresan como media \pm DE y las categóricas como número de casos (%). Se analizó la asociación entre los FRCV clásicos y las manifestaciones cardiovasculares de la ES mediante el test de t de Student para las variables continuas y de χ^2 para las categóricas. Se realizó un análisis de regresión multivariante con aquellas que mostraron asociación estadísticamente significativa en los análisis bivariantes y las consideradas de interés (Stata v.10).

Resultados: Se incluyeron 61 pacientes con ES (93,4% mujeres), 45 (73,8%) con la forma limitada y 16 (26,2%) con la difusa. La edad media fue de $59,9 \pm 18,4$ años y el tiempo de evolución de $9,7 \pm 9,5$ años. Las manifestaciones clínicas más relevantes fueron: Raynaud (91,8%), artritis (75,4%), úlceras digitales (29,5%), calcinosis (26,2%) y afectación esofágica (44,3%), pulmonar (39,3%), cardíaca (26,2%) y renal (3,3%). El 73,8% tenía algún FRCV: tabaco (37,3%), DL (41%), DM (6,6%), obesidad (37,7%), HTA (31,2%). En 25 pacientes (42,4%) se emplearon GC e IS en 30 (49,2%). Los IS más empleados fueron D-penicilamina (22%) y metotrexato (22%), seguidos por azatioprina (13,6%). Los antagonistas del calcio fueron utilizados en el 54,2%, el bosentan en el 18,6%, la prostaciclina iv en 13,6% y el sildenafil en 1,7%. En el análisis bivalente los FRCV se asociaron con: el IMC ($p = 0,002$) y la edad, la hipertensión pulmonar (medida por ecocardiografía) y la creatinina sérica, con una $p = 0,03$; aunque la significación estadística se perdió en el análisis multivariante. En el subanálisis por cada FRCV, se apreció que esta asociación era debida a la HTA, que también se asociaba con la existencia de cardiomegalia e insuficiencia cardíaca ($p < 0,01$), si bien dicha asociación desaparecía en el análisis multivariante.

Conclusiones: Las características clínicas de nuestra serie son superponibles a las descritas por otros autores. No hemos encontrado asociación entre los FRCV clásicos y las manifestaciones cardiovasculares de la enfermedad en nuestra serie de pacientes. Se requieren estudios multicéntricos con mayor tamaño muestral para dilucidar la relevancia de los FRCV en la ES.

297. SEGURIDAD DE LOS FÁRMACOS BIOLÓGICOS DURANTE EL EMBARAZO EN DIFERENTES ENFERMEDADES AUTOINMUNES

M.L. Velloso Feijoo, M. Fernández Alba, S. Rodríguez Montero, R. Hernández, C. Escudero González, R. Martínez Pérez, A. Muñoz Jiménez, M. León García y J.L. Marengo de la Fuente

Sección de Reumatología. Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

Introducción: Las enfermedades autoinmunes afectan con mayor frecuencia a mujeres, sobre todo en periodo fértil. Se recomienda planificar el embarazo durante el tratamiento con algunos FAMES clásicos y biológicos.

Objetivo: Analizar nuestras pacientes en edad fértil tratadas con biológicos, identificar las que han tenido embarazos durante el tratamiento, observar el comportamiento de la enfermedad e investigar la existencia de complicaciones.

Material y métodos: Revisamos las historias clínicas de nuestras pacientes en edad fértil tratadas con biológicos y seleccionamos las que han tenido embarazos. Realizamos una descripción de los casos.

Resultados: Entre 72 pacientes con artritis reumatoide (AR), una paciente de 35 años con AR FR+ de 6 años de evolución tratada con infliximab con buen control quedó embarazada sin planificarlo, recibió 1 infusión de infliximab (IF) y MTX los primeros dos meses hasta conocer el embarazo. Durante éste, tuvo actividad persistente a pesar de sulfasalazina y prednisona 10 mg/día. De las 17 pacientes con artritis psoriásica, una paciente de 32 años con forma poliarticular de 7 años de evolución, tuvo embarazo con exposición a etanercept (ETN) los dos primeros meses, con escasa actividad en embarazo. Posteriormente ha estado 4 años sin tratamiento, asintomática hasta hace un año (ha tenido 2 embarazos más), que reinicia ETN. De 7 pacientes con LES, una paciente de 22 años con LES con SAF secundario y nefritis lúpica tipo III de 15 años de evolución tratada previamente con ciclofosfamida iv; inició tratamiento con rituximab (RTX) por proteinuria nefrótica e hipertensión con reducción de la proteinuria a 0,8 g/24h. Quedó embarazada al mes de la administración de RTX. Durante el embarazo, presentó proteinuria en torno a 1,5 g con sedimento activo tratada con azatioprina, HBPM, AAS y esteroides; experimentó brote en postparto con proteinuria masiva y alteración en sedimento. Una paciente de 32 años con Behçet de 11 años de evolución tratada con IF, recibió una dosis en el primer mes de gestación, estuvo asintomática durante el embarazo con azatioprina y prednisona. Otra paciente de 34 años con enfermedad de Crohn y oligoartritis de rodillas de 16 años de evolución tratada con adalimumab (ADA) desde hace 11 años, ha tenido 2 embarazos separados 5 años; en el primero suspendió ADA al mes y en el segundo lo dejó un mes antes. En primer embarazo estuvo asintomática, y en el segundo ha presentado oligoartritis de rodillas tratada con infiltración local. En ambos ha estado con dosis baja de prednisona. Todas las pacientes suspendieron el biológico durante el embarazo, y se reintrodujo tras el parto con buena respuesta. No hubo ninguna complicación maternofetal.

Discusión: Estudios no controlados sugieren que el uso de anti-TNF en pacientes con AR durante la concepción o al inicio del embarazo es seguro. La incidencia de complicaciones en el embarazo y parto es similar a la observada en el resto de las pacientes con AR. Lo mismo ocurre con las malformaciones fetales. Existen algunos casos comunicados de embarazos durante el tratamiento con RTX en pacientes con linfoma con niños sanos y sin complicaciones del embarazo o parto. Se ha descrito depleción transitoria de células B en algún recién nacido. Por tanto, parece que la exposición a biológicos en el embarazo es bastante segura, basado en estudios observacionales y la experiencia en nuestro hospital.

298. RED COR STUDY: RELATION BETWEEN DEXA AND BODY COMPOSITION IN OA AND RA

L. Cunha-Miranda, A. Cardoso, R. Fernandes, E. Simões, J. Vaz-Patto y A. Assunção-Teixeira

Instituto Português de Reumatologia. Portugal.

Background: Body composition determination is an efficient method of cardiovascular risk identification, more effective than BMI for itself. Postmenopausal women have specific risk factors associated to this lifetime, including osteoporosis. The emerging bioimpedance analysis (BIA) techniques with bone mineral content assessment may constitute an important safely, economic tool of osteoporosis and cardiovascular risk screening.

Objective: We aim to evaluate the relation between bone mineral density (BMD) assessed by dual-energy X-ray absorptiometry (DXA) and bone mineral content (BMC) assessed by BIA of body composition.

Methods: Osteodensitometry of total hip and lumbar spine BMD (g/cm²), BMC (g) and T-score were performed by DXA (HOLOGIC

QDR4500) scan; body composition was analyzed by octapolar BIA (InBody720), with accurate determination of lean muscle, body fat, water, mineral and bone content (BIA-BMC). Both assessments were measured in patients with rheumatoid arthritis (RA) and osteoarthritis (OA). Statistic analysis included Mann-Whitney test for means comparison, qui-square in osteoporosis group analysis and Spearman correlation.

Results: This study included 78 patients, 75 female (96.2%), where 33 (42%) had RA and 45 (58%) OA; mean age was 60.5 ± 11.4 and 60.2 ± 9.7 years, respectively (p > 0.05). There were no significant differences in body composition components between RA and OA patients. The OP (lumbar spine) was present in 24% of RA and 15.6% of OA, while OP (hip) affected 9.4% and 2.2% (p > 0.05). In OA patients, BMD (lumbar spine) was associated with age (r = -0.397; 0.008) and lean body mass components and body cell mass (r = 0.307; 0.043); DXA-BMC (lumbar spine) was associated with lean mass compartments, body cell mass (r = 0.306; 0.044) and BIA-BMC (r = 0.300; 0.048). T-score (hip), DXA-BMC (hip) and BMD (hip) were both associated with intra, extracellular and total body water (r > 0.449; < 0.002), with all lean mass compartments (r > 0.437; < 0.003), body cell mass (r = 0.566; < 0.0001) and BIA-BMC (r = 0.473; 0.001). In RA patients, all previous referred components plus BMI and fat mass were associated to T-score (lumbar spine), including body cell mass, in exception to BIA-BMC; DXA-BMC (lumbar spine) and BMD (lumbar spine) were associated to age, water, lean mass and its components, and with body cell mass (r = 0.377; 0.036) and BIA-BMC (r = 0.406; 0.023). T-score (hip) had no relation to RA body composition analysis, while DXA-BMC (hip) was associated to all lean mass components and body cell mass (r = 0.486; 0.008) and BIA-BMC (r = 0.444; 0.016); however, BMD (hip) was only related to lean mass and body cell mass.

Conclusions: Our results point to the presence of an interesting relation between the nutritional parameters evaluated by BIA and bone content determined with DXA. Lean body mass compartments, like skeletal and muscle mass, body cell mass and BIA-BMC were significantly correlated to DXA-BMC and BMD in OA and RA patients. The important overweight factor present in OA patients, or the associated drug therapy in RA, with chronic use of glucocorticoids, and even a significant disability, often present in patients with chronic long-term evolution, highlight this particularly diseases for a crucial immediate intervention strategy. A profound analysis of these results is suggested by the authors for clarification of these emerging issues, and in near future, BIA may be used as a technique applicable to daily screening and monitoring of these patients, with respect to bone mineral content and overall nutritional status.

299. MANIFESTACIONES OCULARES SINGULARES EN PACIENTES CON LES Y EN EL SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO

B. Rodríguez-Lozano¹, M.J. Losada², V. Lozano², E. Quijada², E. Delgado¹, S. Bustabad¹ y M.A. Serrano²

¹Servicio de Reumatología. ²Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. Tenerife.

Introducción: Las manifestaciones oculares en el Lupus Eritematoso Sistémico (LES) y en el síndrome antifosfolípido primario (SAPL) pueden ser la 1.ª manifestación de enfermedad sistémica, expresión de su actividad y pronóstico. Determinan pautas de tratamiento sistémico concretos. El LES puede afectar a cualquier estructura del globo ocular. En polo posterior las manifestaciones vasculares retinianas son las más frecuentes; menos común, la enfermedad oclusiva retiniana afectando arteria o vena central de la retina o formas más localizadas. Este cuadro es la presentación más frecuente del SAPL. Una manifestación ocular infrecuente es la coroidopatía, que consiste en el levantamiento de la retina sensorial y del epitelio pigmentario (DS) por

infiltración de la coroides por células mononucleares. Se asocia a nefritis lúpica.

Objetivo: Describir manifestaciones oculares infrecuentes en pacientes con LES establecido o como expresión SAPL, y su curso evolutivo.

Pacientes y métodos: Estudio descriptivo de pacientes con diagnóstico establecido o presuntivo de LES/SAPL remitidos para valorar patología inflamatoria ocular a la Unidad de Uveítis del HUC en el período 2005-2009.

Resultados: De 350 pacientes valorados para despistaje o con diagnóstico establecido de enfermedad sistémica, tras exclusión de etiología infecciosa, 10 pacientes, 8M/2V, mediana edad 42 años (rango 23-56) presentaron manifestaciones oculares inflamatorias relacionadas con LES y/o con APL+: 8/10 pacientes con APL+ presentaron: Uveítis intermedia con periflebitis y persistente APL+ sin otros datos de SAPL, salvo gestación previa con parto prematuro y feto vivo en una paciente y lesiones desmielinizantes en sustancia blanca cerebral sin criterios dg de esclerosis múltiple en otra paciente. Estas dos pacientes tenían ANA+ con resto de autoacs. negativos. – Papiloflebitis unilateral con afectación macular en un varón de 40 años, con estudio sistémico previo negativo y mala respuesta al tratamiento esteroideo e inmunosupresores, que 6 años después presenta APL+ y reagudiza con trombosis venosa de rama temporal superior. Mejora tras anticoagulación oral. – Coroidorretinopatía lúpica bilateral (2 pacientes): 1 varón, LES dg hace 16 años, glomerulonefritis proliferativa difusa con IRC, que a pesar del tratamiento con ciclofosfamida (CF), azatioprina y micofenolato (MF) evolucionó a hemodiálisis y trasplante renal en 2007 con rechazo del injerto un año después. 6 meses después, brusca AV en OI. Se observó alteración EPR y DR seroso y evoluciona con DR serosos múltiples en OD también. Se detecta datos analítico-inmunológicos de actividad lúpica. No cambios en dosis de prednisona. Se inicia con bolos de CF e.v. mensuales ajustados a función renal con evolución favorable. 1 mujer, 56 años, glomerulonefritis membranoproliferativa, ANA- y consumo de complemento. Tras inicio de MF y prednisona 30 mg/d evoluciona con AV, observando coroidopatía con DR seroso multifocal. Se plantea dg diferencial con coroidopatía serosa central.

Conclusiones: 1. El 3% de los pacientes con patología inflamatoria ocular de la U. Uveítis presenta rasgos clínicos/analíticos asociados con LES y/o APL+. 2. Destacamos la papiloflebitis como una manifestación inicial del SAPL y la coroidopatía lúpica en aquellos pacientes con nefritis lúpica, HTA 2ª y datos de actividad lúpica. 3. La necesidad de establecer diagnóstico diferencial entre coroidopatía lúpica y la coroidopatía central serosa por esteroides, dada las implicaciones terapéuticas y de pronóstico visual.

300. PREVALENCIA DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES ASOCIADAS A LA ESCLEROSIS SISTÉMICA EN UNA COHORTE DE PACIENTES

E.F. Vicente, M.J. García-Arias, R. García-Vicuña, A. Humbría, J.P. López-Bote y S. Castañeda

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

Introducción: La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad del tejido conectivo que puede presentarse de forma aislada o asociarse con otras enfermedades inflamatorias de etiología autoinmune, modificando su expresión fenotípica y/o su pronóstico. Se ha sugerido que los subtipos de ES podrían tener una tendencia desigual a dicha asociación.

Objetivo: 1. Determinar la presencia de enfermedades sistémicas autoinmunes asociadas a la población con ES atendida en nuestro Centro. 2. Evaluar la existencia de patrones diferenciales de asociación en los subtipos de ES.

Material y métodos: Estudio de corte transversal en el que se evaluaron los pacientes diagnosticados de ES que acudieron a consulta durante el año 2009. Las enfermedades autoinmunes asociadas (EAA) se definieron según sus respectivos criterios de clasificación internacionales. Se recogieron variables demográficas, clínicas y analíticas (anticuerpos antinucleares [ANA], anticentrómero [AAC] y anti-topoisomerasa 1 [Scl-70]). Análisis estadístico: las variables continuas se expresan como media \pm DE y las categóricas como número de casos (%). Se analizó la asociación entre la presencia de EAA y las manifestaciones de la ES mediante el test de t de Student para las variables continuas y de χ^2 para las categóricas. La significación estadística se estableció para una $p < 0,05$ (Stata v.10).

Resultados: Se incluyeron 61 pacientes con ES (93,4% mujeres), 45 (73,8%) con la forma limitada (ESl) y 16 (26,2%) con la difusa (ESd). La edad media fue de $59,9 \pm 18,4$ años y el tiempo de evolución de $9,7 \pm 9,5$ años. El 91,5% de pacientes tenían ANA positivos (90,9% de ESl y 93,3% de ESd), el 63,8% AAC (sólo en ESl) y el 29,5% Scl-70 (6,9% de ESl y 73,3% de ESd). En 29 pacientes (47,5%) se asociaba al menos una EAA: Síndrome de Sjögren [SSj] (36,1%), cirrosis biliar primaria [CBP] (9,8%), lupus eritematoso sistémico [LES] (3,3%), hepatitis autoinmune [HAI] (3,3%), tiroiditis [TAI] (3,3%), artritis reumatoide [AR] (1,6%) y polimiositis (1,6%). Siete pacientes (11,5%) tenían dos EAA, siendo la asociación más frecuente SSj y CBP (6,5%). Otras asociaciones fueron SSj y AR (1,6%), SSj y LES (1,6%) y HAI y TAI (1,6%). La prevalencia de SSj y TAI fue similar en los dos subtipos de ES: 37,8% y 2,2% de la ESl y 31,2% y 6,2% de la ESd, respectivamente. Sin embargo, el resto de EAA sólo se presentó en pacientes con ESl, aunque las diferencias no alcanzaron la significación estadística, en probable relación con el pequeño tamaño muestral. Las manifestaciones clínico-analíticas de la ES tampoco mostraron diferencias significativas en relación con la existencia de EAA.

Conclusiones: El síndrome de Sjögren y la cirrosis biliar son las enfermedades autoinmunes asociadas más frecuentes en la ES. La prevalencia de síndrome de Sjögren y tiroiditis autoinmune son similares en los dos subtipos de ES. Sin embargo, los resultados sugieren que la ESl podría asociarse con mayor frecuencia que la ESd a otros procesos autoinmunes.

301. ¿HA VARIADO EL MANEJO DE LOS BIOLÓGICOS EN LA ARTRITIS REUMATOIDE DESDE SU APARICIÓN? EXPERIENCIA DE LOS ÚLTIMOS 9 AÑOS

E. Graell, A. Gómez, J. Calvet, M.G. Manrique de Lara, M. Moreno, C. Galisteo, M. Larrosa y J. Gratacós

Servicio de Reumatología. Hospital Parc Taulí. Sabadell. Barcelona.

Introducción: Las expectativas de respuesta terapéutica en la AR, han aumentado con la introducción de los fármacos biológicos en la AR. El manejo de los biológicos se ha modificado desde su aparición, tanto por el aumento de experiencia, como la aparición de nuevas moléculas.

Objetivo: Descripción del uso del tratamiento biológico para la AR en un hospital comarcal desde el año 2000, dividido en trienios (2000-2003, 2004-2006 y 2007-2009).

Material y métodos: Se incluyeron todos las AR que realizan tratamiento biológico desde el año 2000 hasta el 2009, divididos en trienios. Se han recogido el género, la edad al inicio del tratamiento, la edad de diagnóstico así como el tiempo de evolución de la AR al inicio del biológico, la fecha de inicio y de final del tratamiento y el motivo. Se evaluó la supervivencia de los biológicos en los distintos trienios, según el orden en su introducción, según el fármaco biológico, así como la supervivencia del biológico de los diferentes ordenes de introducción.

Resultados: Se han realizado 183 inicios de fármaco, en 115 AR (96 mujeres, 83%). La edad de diagnóstico de dicha población fue

48,7 ± 13,6 años, iniciando el biológico a los 55,9 ± 14,4 años, con un tiempo medio de 8,04 ± 7,6 años de evolución de la AR. El análisis dividido por trienios, que el número de primeros biológicos son 22, 35 y 57 en el primer, segundo y tercer trienio respectivamente; el número de segundos es de 3, 16 y 25; y el de terceros biológicos de 0, 8 y 8 respectivamente. El tiempo de evolución de la AR es mayor en el primer trienio (9,55 ± 8,8, 7,3 ± 7,8, 7,14 ± 5,8), sin alcanzar la significación estadística. No se encontraron diferencias entre los trienios en la edad de inicio del biológico, ni en la edad de diagnóstico de la AR. El orden en que iniciamos el biológico tiene efecto sobre la supervivencia, observándose que los segundos tratamientos presentaban una menor tasa que los primeros (49,8 ± 5,1 vs 24,15 ± 4,2), La supervivencia de los primeros, segundos y terceros biológicos es similar en los distintos momentos analizados. Considerando todos los inicios de biológico, la supervivencia de los fármacos ha disminuido a lo largo del periodo de estudio (59,1 ± 8, 27,7 ± 3,5, 25,6 ± 1,6; p = 0,015). La supervivencia de los fármacos antiTNF alfa se ha visto disminuida a lo largo de los años, lo que refleja una mayor tendencia a suspender el fármaco biológico. La supervivencia de los fármacos biológicos (infiximab, etanercept y adalimumab) se ve influenciada según el orden de inicio, con una menor supervivencia en segundas y terceras líneas.

Conclusiones: En 9 años, ha aumentado el uso del tratamiento biológico en la AR. No se ha modificado de manera significativa ni la edad de inicio, ni el tiempo de evolución de la AR al inicio del biológico. La supervivencia de los fármacos biológicos se ha visto disminuida desde su introducción. La supervivencia de los fármacos biológicos se disminuye en segundas y terceras líneas.

Tabla Resumen 301

Estimación de supervivencia los fármacos biológicos, en función de la línea de introducción y los trienios estudiados

	Global	1.º trienio	2.º trienio	3.º trienio	Significación log rank
1.º biológico	49,80 ± 5,085	64,09 ± 8,56	32,06 ± 4,82	24,52 ± 2,15	0,128
2.º biológico	24,15 ± 4,22	22,33 ± 4,97	16,65 ± 4,44	24,34 ± 3,04	0,094
3.º biológico	45,98 ± 7,45	-	30,62 ± 10,85	33,33 ± 1,52	0,051
Todos los biológicos	46,15 ± 4,27	59,08 ± 8,02	27,70 ± 3,52	25,57 ± 1,63	0,015
Significación log rank	0,037	0,029	0,07	0,32	

302. RIESGO DE TROMBOSIS EN PACIENTES CON SAF SECUNDARIO A LES

O. Illera Martín¹, T. Cobo Ibáñez¹, P. Richi Alberti¹, M. Steiner¹, J. Bachiller Corral² y S. Muñoz Fernández¹

¹Hospital Infanta Sofía. ²Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Objetivo: Determinar el riesgo de trombosis en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) que presentan anticuerpos antifosfolípidos.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo de las historias clínicas de 44 pacientes diagnosticados de lupus eritematoso sistémico (LES), según criterios de la ACR de 1997, que además presentaban de forma persistente anticuerpos antifosfolípidos, incluyendo: anti-beta2glicoproteína y/o anticardiolipinas IgG o IgM, y el anticoagulante lúpico. En todos los pacientes se estudiaron los datos sociodemográficos, los criterios de LES, y se determinaron los parámetros analíticos fundamentales, incluyendo la función renal, la proteinuria expresada en mg/día, los niveles de anticuerpos anti-nucleares, anti DNA, complemento, anticuerpos antifosfolípidos, y la presencia o no de otros factores de riesgo trombótico. Se determinó la presencia de eventos trombóticos arteriales o venosos. La comparación entre los pacientes con y sin trombosis se realizó mediante ANOVA para variables cuantitativas y la chi-cuadrado para variables

cuantitativas. La probabilidad de presentar un evento trombótico a lo largo del tiempo se determinó utilizando el método de Kaplan-Meier, y los factores relacionados con el riesgo se estimaron mediante el método de riesgo proporcional deCox.

Resultados: La edad media fue de 34,2 años, rango 11-65 años. Del total de pacientes, 37 (85%) eran mujeres. La mediana de seguimiento fue de 18,4 años, rango 1,2-21. Once pacientes (25,6%) presentaron algún evento trombótico: 7 trombosis venosas profundas (TVP) y 4 trombosis arteriales (TA) cerebrales. Dos pacientes presentaron TVP + TA cerebral, uno de ellos retiniana. La tasa de aparición de trombosis fue de 2,9/100 pacientes/año. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a la edad, sexo, ni en la mayoría de los parámetros analíticos determinados. El grupo de pacientes con historia de trombosis presentaban una mayor excreción urinaria de proteínas y una tendencia mayor al alargamiento del TTPA. Pero sólo se encontraron diferencias significativas en la determinación de los anticuerpos antibeta2glicoproteína de tipo IgM y para el anticoagulante lúpico en los pacientes con trombosis.

Conclusiones: Según lo observado en nuestro estudio, los pacientes que parecen presentar mayor riesgo de trombosis, son los que presentan mayor afectación renal, mayores niveles de anticuerpos anti-beta2glicoproteína de la clase IgM y positividad para el anticoagulante lúpico.

303. BIOBASE STUDY: BIOLOGICS BODY COMPOSITION ASSESSMENT AND EVOLUTION

L. Cunha-Miranda, A. Cardoso, R. Fernandes, J. Vaz-Patto y A. Assunção-Teixeira

Instituto Português de Reumatologia. Portugal.

Background: In order to reduce inflammation and the progression of rheumatic disease, biotechnological therapy treatment is an important evolution with higher hope for these patients. Among the available drugs, we emphasize the biologic therapies currently in use in our clinic, Rituximab, Infliximab, Etanercept and Adalimumab. The therapies adverse effects are described in literature, but their influence in body composition changes remains unclear.

Objective: The aim of this study was to analyze the biotechnological therapy influence on the body composition of rheumatic patients.

Methods: Patients under biotechnological treatment for at least 3 months, were recruited for this study in our clinic. Clinical and nutritional data were registered in the 1st assessment at 0 months (M0) in which all patients were evaluated for body mass index (BMI) and body composition by bioimpedance analysis (BIA) of octapolar multifrequency (InBody720): body fat mass, visceral fat, fat-free mass, skeletal muscle mass, total and segmented, intracellular water and extracellular with edema score. The nutritional assessment was repeated at 3 (M3) and 6 (M6) months of continuous treatment.

Results: A group of 126 patients with mean age of 51.3 ± 11.9 years, 97 (77%) female were selected. There were 78 (62%) with RA, 34 (27%) AS, 11 (9%) PA and 3 (2%) Behçet. Biologic therapy included 56 patients in Etanercept (44.4%), 33 Adalimumab (26.2%), 31 Infliximab (24.6%) and 6 Rituximab (4.8%). At baseline evaluation, mean BMI was 28.4 ± 6.2 kg/m² and 71% were overweight (BMI = 25 kg/m²). At 3 months (M3), there were no significant differences in body composition analyzed parameters from the 74 patients group, neither at the 6 months (M6) evaluation of the 49 patients group. In biologic analysis of body composition, we verified that patients in Adalimumab and Etanercept therapy presented a small variation of body compartments, namely in weight, skeletal mass and body fat mass, with increased values at M3 and M6 of continuous treatment. Infliximab therapy group revealed a tendency to weight lost and body fat mass, however no significant differences were established. Rituxi-

mab patient's evolution was not statistically analyzed due to the reduced number of cases.

Conclusions: The diversity of biologic studied therapies, the considered rheumatic diseases and the reduced number of patients in each category of mentioned variables, difficult the analysis of biologic treatment influence on parameters of body composition. We observed that the biologic therapies may have different behaviors, with respect to the slight changes observed in this sample. Further studies are urgent to clarify the biologic therapy effect of the nutritional status, based on a larger sample with long-term observation and control for confounding factors (such as the possible change in dietary behavior or physical activity), including the resulting improvements attributable to the respective treatment. However, these patients may benefit from parallel nutritional educational support.

304. UTILIZACIÓN DE ABATACEPT EN EL MANEJO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

M. García, E. Delgado, J. Balsalobre, A. Cantabrana y F. Díaz-González

Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria. Tenerife. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. Unidad de Reumatología. HOSPITEN. Tenerife.

Introducción: El abatacept es un fármaco biológico (proteína de fusión, CTLA4-Ig) que impide la activación de linfocitos T y que ha demostrado eficacia en el control de los signos, síntomas y en la prevención del daño estructural de los pacientes con artritis reumatoide (AR). Actualmente está indicado en segunda línea de tratamiento en pacientes con AR que se han suspendido un fármaco anti-TNF por ineficacia o efecto secundario.

Objetivo: Conocer las características clínicas y la respuesta al tratamiento de una cohorte de pacientes con AR tratados con abatacept en condiciones de práctica clínica diaria.

Pacientes y métodos: Se evaluaron retrospectivamente las características clínicas y la actividad de la enfermedad en una cohorte de 20 pacientes (15 mujeres y 5 hombres) con AR activa que iniciaron tratamiento con abatacept tras retirada de al menos un anti-TNF α por ineficacia. Se recogió la actividad de la enfermedad mediante DAS28, antes de iniciar el tratamiento, a los 3 meses (15 pacientes), 6 meses (12 pacientes) y 12 meses (10 pacientes). Las diferencias entre las visitas fueron analizadas mediante ANOVA (*p < 0,05, respecto a la basal).

Resultados: Los pacientes incluidos tenían una mediana de edad de 54 (31-70) años y un tiempo de evolución de la enfermedad de 8 (1-29) años. El 83% y 56% eran factor reumatoide y péptido citrulinado positivos, respectivamente. El 90% de los pacientes habían utilizados más de un fármaco inductor de remisión antes de iniciar cualquier terapia biológica y el tiempo medio de tratamiento con cualquier biológico diferente a abatacept fue de 35 \pm 27 meses. El 35% de los pacientes inició abatacept tras fallo a un 1er anti-TNF, un 33% tras fallo a un 2º anti-TNF y un 27%, después de haber probado terapia anti-CD20. Un solo paciente no fue previamente medicado con anti-TNF por insuficiencia cardíaca. El DAS28 al inicio del tratamiento fue de 5,2 \pm 1,1, a los 3 meses de 4,4 \pm 1,2*, a los 6 meses de 3,9 \pm 0,6* y de 3,7 \pm 1,06* a los 12 meses.

Conclusiones: En la práctica clínica, el abatacept se utiliza en pacientes con AR de larga evolución y mayoritariamente después del fracaso de 2 o más fármacos biológicos. Muestra eficacia clínica significativa a los tres meses de tratamiento que se mantienen en el tiempo.

305. ESTUDIO PASSEA: IDENTIFICACIÓN DEL NIVEL ACEPTABLE DE SÍNTOMAS DE SU ENFERMEDAD (PASS) EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE DE CANARIAS

C. Rodríguez-Lozano¹, M.A. Gantes Mora², B. González Álvarez³, J.A. Hernández Beriain⁴, A. Naranjo Hernández¹, V. Hernández Hernández², M.J. Falcón³, J.C. Quevedo Abeledo¹ y S. Machín García⁴

¹Hospital Dr. Negrín. Las Palmas. ²Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. Tenerife. ³Hospital Universitario Ntra. Sra. Candelaria. Tenerife. ⁴Hospital Universitario Insular de Gran Canaria.

Introducción: PASS (Patient Acceptable Symptomatic State) define el máximo nivel de síntomas que el paciente acepta y por debajo del cual se siente bien.

Objetivo: 1. Estimar la prevalencia de pacientes con EA que responden afirmativamente a la pregunta PASS en 4 hospitales de Canarias. 2. Analizar los factores que influyen en la variabilidad del PASS. 3. Establecer los puntos de corte que corresponden al PASS para nuestra población en las medidas de desenlace habituales e índices ASDAS. 4. Conocer la concordancia entre las respuestas a la pregunta PASS por el médico y por el paciente.

Métodos: El estudio PASSEA (PASS en EA) es un estudio transversal realizado en las consultas externas de 4 Servicios de Reumatología de Canarias durante 1 año. Se incluyeron pacientes de ambos sexos diagnosticados de EA, excluyéndose otras espondiloartritis. Se completó un cuestionario estandarizado con datos socio-demográficos y parámetros clínicos. Se les realizó exploración física, analítica y radiografías. En desconocimiento de las respuestas de los pacientes, los médicos realizaban una valoración global de la actividad (0-100) y respondían a la pregunta PASS. Los pacientes completaron EAV (0-100) de dolor y actividad de la enfermedad, BASDAI (0-10), BASFI (0-10), ASQuoL (0-18) y HADS (Hospital Anxiety/Depression Scales) (0-21). Se calcularon los índices ASDAS. Para decidir si un paciente estaba en PASS o no se le realizó la pregunta: "Teniendo en cuenta todas las actividades que usted realiza en su vida diaria, su nivel de dolor y las limitaciones en su movilidad, ¿Considera usted que su situación clínica actual es aceptable?". En el análisis se utilizaron modelos de regresión logística expresando los resultados en términos de Odds Ratio (OR). Se calcularon los puntos de corte por dos métodos: percentil 75 de las puntuaciones de pacientes en PASS y puntos de las curvas COR con la mejor relación de sensibilidad y especificidad.

Resultados: Se reclutaron 182 pacientes. El paciente medio era un varón (75%) de 48 \pm 12 años, con una enfermedad de 20 \pm 11 años de evolución y predominio de la forma axial (69%). El 51% de los pacientes tomaba AINE, el 23% FAME y el 35% anti-TNF. La prevalencia del PASS ajustada por centros fue del 79% (IC95%: 65-92). No se encontraron diferencias con respecto al PASS en la mayoría de los parámetros sociodemográficos, clínicos, radiológicos, uso de FAME ni de terapias biológicas. Por el contrario, un PASS negativo se asoció a formas clínicas mixtas, ingesta regular de AINE, practicar menos ejercicio físico, ansiedad y depresión. En el análisis de regresión logística multivariante, únicamente se encontró asociación en la forma clínica (formas mixtas vs axiales) (OR = 0,32 [0,14-0,73], p < 0,01), depresión (OR: 0,17 [0,07-0,39], p < 0,001) y AINE (OR: 0,42 [0,19-0,97], p < 0,05). Los puntos de corte para la mayoría de EAV (0-100) estaban alrededor de 50 y para BASDAI, BASFI y ASQuoL ligeramente por debajo de los puntos medios del rango de puntuaciones. Los puntos de corte para ASDAS C (PCR) fueron 2,85 (P75) y 2,77 (curvas COR). El índice Kappa de concordancia entre médico y paciente en las respuestas al PASS fue 0,40.

Conclusiones: Existe un alto porcentaje de pacientes con un nivel aceptable de síntomas en las consultas de Reumatología de los hospitales de Canarias. Los pacientes no conformes con su situación clínica tienen con más frecuencia una forma mixta de EA, usan más

AINE y padecen con más frecuencia depresión. Los puntos de corte para las mediciones de desenlace habituales de los pacientes en PASS son relativamente altos. El grado de acuerdo entre pacientes y médicos en la valoración del PASS del paciente es moderado.

306. SUSPENSIONES EN ANTIPALÚDICOS: CAUSAS DE SUSPENSIÓN GLOBALES Y POR FÁRMACOS

P. López, O. Fontseré, E. Pato, L. León, Z. Rosales, L. Abásolo y J.A. Jover

Servicio de Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción: Los antipalúdicos son fármacos modificadores de la enfermedad, con amplio uso en patología reumática. En España se utilizan la cloroquina (CQ) y la hidroxicloroquina (HCQ). La toxicidad más peligrosa es la retinopatía, que puede derivar en ceguera irreversible.

Objetivo: Cuantificar las discontinuaciones de estos tratamientos antipalúdicos, las causas de suspensión, y comparar ambos fármacos.

Métodos: Se incluyeron los pacientes atendidos en el Servicio de Reumatología del Hospital Clínico San Carlos desde 1990 hasta 2007, con patología musculoesquelética de origen autoinmune, que habían recibido tratamiento con CQ o HCQ en algún momento. Los datos se analizaron de forma retrospectiva mediante la revisión de historias clínicas, determinándose las tasas y causas de suspensión del fármaco antipalúdico. Para el análisis estadístico se utilizó Stata 9.0.

Resultados: Se analizaron 778 pacientes, con un total de 869 diferentes cursos de tratamiento, con un seguimiento de 2.263 personas/año. El 80% fueron mujeres, con una edad media de 51 años \pm 16 años. El 70% con diagnóstico de artritis reumatoide y el 15% con lupus eritematoso sistémico. Un 72% tomó CQ, un 28% HCQ. Un total de 463 pacientes (53%) suspendieron el tratamiento, con un tiempo medio de tratamiento de 3.33 años (p25-p75 0,99-8,27 años) con una tasa de incidencia de suspensión permanente de 204 por 1.000 pac/año. Se observó una tendencia mayor a suspender el tratamiento durante los 3 primeros años, seguida de una discontinuación más lenta aunque mantenida. En el grupo que tomó CQ la tasa de suspensión fue de 207 por 1.000 pac/año, mientras que para la HCQ fue de 189 por 1.000 pac/año, sin diferencias significativas entre ambos fármacos. Respecto a las causas de suspensión del tratamiento, la presencia de efectos adversos supuso un 52% de los casos, con una tasa de incidencia de 106 por 1.000 pac/año; 14% por falta de eficacia y 34% otras causas (entre las que destacan miedo a la medicación, causas oculares no relacionadas con los antipalúdicos y embarazo). Los efectos adversos no oftalmológicos representaban más de la mitad (los más frecuentes eran gastrointestinales, cutáneos y neuropsiquiátricos) y ocurrían especialmente durante el primer año. Respecto a los oftalmológicos, representaron el 45,8% del total. Finalmente, en sólo 10 pacientes se confirmó la presencia definitiva de retinopatía debida a toxicidad ocular, y la mitad apareció antes de los 5 primeros años (9 con CQ y 1 con HCQ). Dentro de las causas de suspensión no hubo diferencias estadísticamente significativas entre fármacos, excepto en la sospecha de toxicidad ocular en los que hubo más suspensiones en el grupo de la CQ respecto al de la HCQ: 539 por 1.000 pac/año en el grupo de la CQ y 286 por 1.000 pac/año en el grupo de la HCQ con una $p = 0,02$.

Conclusiones: Tanto CQ como HCQ mantienen un buen perfil de eficacia y toxicidad durante el periodo de seguimiento. La mayor parte de las suspensiones se deben a eventos adversos no relacionados con antipalúdicos o a otras causas. La aparición de toxicidad retiniana aparece en un número muy reducido y de forma bastante precoz.

307. EVALUACIÓN GENÉRICA Y ESPECÍFICA DE DISCAPACIDAD EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA

B. Casanueva Fernández¹, R. Sánchez Villar², A. Pérez Martín³, B. Rodero Fernández⁴, R. Belenguer Prieto⁵, M.A. González-Gay⁶, J.L. Peña Sagredo⁶, S. Herrera Castanedo⁷ y J.L. Vázquez-Barquero⁷

¹*Clínica de Especialidades Cantabria. Cantabria.* ²*CS Zapatoón. Cantabria.* ³*CS Los Valles. Cantabria.* ⁴*Centro Rodero. Cantabria.* ⁵*Hospital 9 de Octubre. Valencia.* ⁶*Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria.* ⁷*Unidad de Investigación en Psiquiatría de Cantabria. CIBERSAM. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria.*

Introducción: La fibromialgia (FM) es una entidad clínica que afecta al estado de salud, a la calidad de vida, condiciona un elevado gasto sanitario y produce una severa discapacidad, aunque esta discapacidad no haya sido específicamente evaluada.

Objetivo: Analizar el grado de discapacidad en pacientes diagnosticados de FM, mediante la utilización de un instrumento genérico, la versión española de la London Handicap Scale (LHS), y de un cuestionario específico, la versión española del World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHO-DAS II), así como el de evaluar la aplicabilidad, fiabilidad y correlación de ambos cuestionarios en este grupo de pacientes.

Material y métodos: 200 pacientes diagnosticados de FM de acuerdo con los criterios del ACR de 1990 (185 mujeres, e m 50,34 a., DE 9,51 a.; y 15 hombres, e m. 46,27 a, DE 10,01 a.), realizándose en todos ellos una evaluación clínica que incluía la aplicación del LHS y del WHO-DAS II en dos entrevistas, realizadas por entrevistadores diferentes y separadas por un lapso de tiempo de 6 días. El análisis test-retest se ejecutó para las puntuaciones globales. Fiabilidad con los coeficientes de correlación de Pearson y coeficientes de correlación intraclass. Consistencia interna mediante Cronbach's Alpha y correlación entre instrumentos mediante el coeficiente de correlación de Pearson.

Resultados: Los pacientes con FM mostraron puntuaciones bajas en todos los dominios del LHS. El dominio "Trabajo y Ocio" (-0,033, DE 1,86) es el que arroja cifras más negativas seguidas del dominio "Cuidado Personal" (0,145, DE 3,62), "Conocimiento del Entorno" (1,25, DE 4,90) y "Movilidad" (1,37 DE 2,5). Los dominios "Obtención de Necesidades" (3,41, DE 3,85) e "Integración Social" (3,12, DE 3,31) muestran cifras más altas, pero también se trata de valores que reflejan un alto nivel de discapacidad. La puntuación global media es de 59,72 (DE 13,80), lo que traduce un nivel de discapacidad global medio-alto. Tras la aplicación del WHO-DAS II los niveles de mayor discapacidad aparecen en el dominio relacionado con "Actividad Doméstica y Laboral" (85,27, DE 19,35) seguida del dominio relacionado con la "Movilidad" (69,64, DE 21,15), "Participación social" (62,58, DE 22,17) y "Comprensión/comunicación" (60,56, DE 22,04). Los dominios relativos a "Cuidado Personal" (42,23, DE 25,31) y "Relaciones interpersonales" (48,27, DE 30,26) son los que reflejan menor nivel de discapacidad. La puntuación global resulta de 61,23 (DE 18,47), lo que traduce un nivel de discapacidad medio-alto. Los coeficientes de correlación de Pearson resultan de 0,81 para el LHS y de 0,805 para el WHO-DAS II. Los coeficientes de correlación intraclass de 0,801 y de 0,802 con unos intervalos de confianza al 95% de (0,73-0,85) en ambos casos. El alfa de Cronbach es de 0,868 y 0,936 respectivamente, cifras de fiabilidad test-retest muy altas e índices de consistencia interna "muy buenos". La correlación de Pearson entre las puntuaciones globales es de -0,59 ($p = 0,000$). Las correlaciones más altas aparecen entre aquellos dominios que podemos comparar por similitud conceptual: -0,41 entre los dominios de Cuidado Personal; -0,46 entre los dominios de Comprensión y Comunicación e Integración Social; y -0,58 entre los dominios de Relaciones Interpersonales e Integración Social. Todas estas correlaciones son estadísticamente significativas.

Conclusiones: Ambos instrumentos aprecian un nivel de discapacidad global medio-alto para pacientes diagnosticados de FM y muestran una excelente correlación para el análisis de discapacidad en esta patología.

Proyecto de Investigación financiado con el Primer Premio Fundación FF-SEMFYC.

308. ESTUDIO DESCRIPTIVO EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA EN UNA MUESTRA DE 225 SUJETOS: VARIABLES PSICOSOCIALES Y CLÍNICAS E INFLUENCIA DE LA COMORBILIDAD REUMATOLÓGICA Y LA PSICOPATOLOGÍA

M. Camino¹, V. de Felipe¹, J. Vidal², M. López¹, B. Castel¹, M. Torralba³, D. Olivares¹ y D. Huertas¹

¹Servicio de Psiquiatría. ²Servicio de Reumatología. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Guadalajara.

Introducción: La fibromialgia constituye un problema de salud pública dada su alta prevalencia (2,4% en nuestro país), siendo uno de los síndromes más representativos de dolor crónico no oncológico en la población. Son escasas las series estudiadas de forma prospectiva y global.

Objetivo: Estudiar las variables psicosociales y clínicas asociadas a la FM. Estudiar la influencia de la comorbilidad reumatológica y la psicopatología.

Material y métodos: Investigación longitudinal y prospectiva. Muestra no aleatoria de 225 pacientes diagnosticados de FM según criterios de la ACR. Se exploran las características sociodemográficas y variables clínicas. Se aplican cuestionarios de ansiedad (STAI), depresión (BDI), estado de salud general (Nottingham) e impacto en la calidad de vida (FIQ). Se aplica el paquete estadístico SPSS 15.

Resultados: En la tabla se muestran los resultados de las variables sociodemográficas. Respecto a la situación laboral y profesión, destaca que un 49,8% de los sujetos se encuentra en situación de incapacidad, y que la mayoría de los pacientes que están en activo desarrollan trabajos no cualificados (47,1%). Un 30,7% se encuentra en el momento de la evaluación en litigio por incapacidad. Siguiendo los criterios DSM-IV, el 71,1% presenta psicopatología activa en el momento de la evaluación (trastornos depresivos el 50,3%; trastorno ansioso-depresivo 19,2% y reactivo a enfermedad orgánica el 9,6%). El 34,2% recibió tratamiento psicológico previo, siendo el 85,9% tratamiento individual frente a un 6,4% que recibió grupal. Un 53,8% recibió tratamiento psiquiátrico previo. Un 84,8% recibía tratamiento antidepresivo en el momento de evaluación, y un 79,9% recibía tratamiento farmacológico ansiolítico. La media de tiempo desde que iniciaron la sintomatología dolorosa hasta el momento de la evaluación es de 8 años y 7 meses y desde que fueron diagnosticados de FM hasta el inicio del tratamiento de 3 años y 1 mes. En relación a la severidad clínica medida por el FIQ la mediana fue de 72, la media de 70,3 ± 13,3, con percentil 25 de 60 y percentil 75 de 82. El 56% tenían un FIQ > de 70. En relación a la calidad de vida según el Nottingham, la mediana fue de 64,3 y la media de 66 ± 16. En cuanto a la comorbilidad reumatológica estuvo presente en el 60%, artritis 8 sujetos (3,6%), artrosis 31 sujetos (14,1%), discopatías 27 sujetos (12,3%), otros 17 sujetos (7,4%), dos o más 49 sujetos (22,3%). No se demostró asociación estadísticamente significativa entre tener comorbilidad reumatológica y presentar mayores niveles de psicopatología según los criterios DSM IV y los cuestionarios aplicados.

Tabla Resumen 308

Ia.-Variables Sociodemográficas	Valor	Ib.-Situación Laboral	Valor
Sexo	14 hombres (6,2%) 211 mujeres (93,8%)	Profesión%	
		Ama de casa	33 (14,7%)
		Autónomo	12 (5,3%)
		Puestos intermedios	9 (4%)
		Cualificado	65 (28,9%)
		No cualificado	106 (47,1%)
Edad media (DE)	45,31 años	Situación laboral%	94 (41,8%)
		Activo:	63 (28%)
		ILT	18 (8%)
		IL permanente	24 (10,7%)
		ILP total	7 (3,1%)
		ILP absoluta	1 (0,4%)
		Prejubilado	15 (6,7%)
		Paro	
Estado civil	177 casados (78,7%)	Litigio de incapacidad%	69 (30,7%)
	18 solteros (8%)		
	12 divorciados (5,3%)		
	8 separados (3,6%)		
	10 viudos (4,4%)		
Estudios	3 no saben leer ni escribir (1,3%)		
	76 estudios primarios (33,8%)		
	56 EGB (24,9%)		
	35 BUP o bachiller superior (15,6%)		
	23 FP de 1º grado (10,2%)		
	14 FP de 2º grado (6,2%)		
	13 grado medio (5,8%)		
	4 titulados grado superior (1,8%)		

Conclusiones: Los resultados indican las distintas variables que acompañan a la FM. La elevada psicopatología que presentan los pacientes estudiados apoya de nuevo la necesidad de abordajes multidisciplinares para esta enfermedad. Es destacable el elevado porcentaje de tratamiento psiquiátrico/psicológico previo al diagnóstico de la enfermedad, así como la elevada psicopatología actual, lo que, siguiendo la línea de las investigaciones actuales, podría constituir un factor de riesgo para la aparición y la exacerbación de la FM. La comorbilidad reumatológica no parece empeorar el pronóstico clínico ni la severidad de la psicopatología.

309. ESTUDIO SCOPIA: AUTOCONOCIMIENTO, CUMPLIMENTACIÓN Y COMORBILIDAD EN EL PACIENTE CON ARTROSIS DE RODILLA

P. Benito i Ruiz¹ y A. Laclériga Giménez²

¹Hospital del Mar. Barcelona. ²Clínica Montecanal. Zaragoza.

Objetivo: Conocer el perfil de los pacientes con artrosis de rodilla, su calidad de vida (CV), el autoconocimiento de la enfermedad en relación con el grado de cumplimiento terapéutico y sus comorbilidades.

Material y métodos: Estudio nacional observacional, descriptivo y transversal. Participantes: 201 reumatólogos y traumatólogos. Pacientes: 1.386 mayores de 50 años con artrosis de rodilla, un grado de dolor > 40 mm en la escala analógica visual (EVA) y una impotencia funcional a la deambulación < 30 minutos.

Resultados: El 68% de los pacientes eran mujeres; la media de edad + DT era de 68 + 9,5 años; el 46% pertenecían al medio urbano. Un 49% tenían estudios primarios y un 7% superiores. Principalmente vivían en familia (75%). La media + DT desde el diagnóstico era de 6,1 + 5,4 años. El 93% conocían su enfermedad: el 61% la definió como limitación de la movilidad y dolor funcional por desgaste de la articulación. El 48% la localizaba en el cartílago articular, el 62% en el hueso y un 4% en la sinovial. El 72% recordaba el inicio de los síntomas y de ellos el 97,4% especificaron los años (media ± DT = 7 ± 5).

La mayoría (28%) señaló la intensidad del dolor entre 60 y 70 mm. El 77% habían dejado de realizar alguna actividad y el 94% declaró que había empeorado su CV. El 45% podía caminar durante 20-30 minutos, un 37% entre 10 y 20 y un 17% menos de 10 minutos. El 47% lo hacía con cojera, un 22% sin problemas y un 21% con bastones. El conocimiento de la enfermedad era mejor en pacientes de ámbito urbano, con estudios y que viven en familia y se relacionó con un EVA inferior a 50 y una evolución más corta de la enfermedad. El seguimiento de las medidas no farmacológicas (tabla 1) era aceptable en el 31% de los pacientes y el de las farmacológicas (tabla 2) en un 51%. Un mayor nivel de estudios se asoció con un cumplimiento terapéutico aceptable (significativamente para el no farmacológico). El 82% consideraba que los fármacos mejoraban su CV y el 65% conocía el nombre de los medicamentos que tomaba. El 95% tenía al menos una enfermedad concomitante. Las más frecuentes fueron hipertensión arterial (HTA) (56%), enfermedad gastrointestinal (GI) (51%), obesidad (41%), dislipemia (36%) y trastornos del ánimo (32%). Entre las enfermedades GI prevalecta la hernia de hiato (42%), el estreñimiento (36%) y el reflujo gastroesofágico (25%). Entre los trastornos del estado de ánimo, la depresión representaba un 58,4% y la ansiedad el 51,3%. La obesidad y la HTA eran las únicas variables relacionadas significativamente con una calidad de vida no aceptable.

Tablas Resumen 309

Tabla 1. Porcentaje de seguimiento de medidas no farmacológicas

	No las sigue (%)	Olvida muchas veces (%)	Olvida algunas veces (%)	Las sigue siempre (%)	NS/NC o no hay dato (%)
Sobrepeso/obesidad	22	19	20	22	18
Higiene postural	14	24	24	17	22
Dispositivos de apoyo	18	8	15	22	37
Ejercicios domiciliarios	22	23	20	15	20
Rehabilitación	8	5	7	28	52
Psicosocial	9	3	2	3	84

Tabla 2. Porcentaje de grados cumplimiento tratamiento farmacológico

	No las sigue (%)	Olvida muchas veces (%)	Olvida algunas veces (%)	Las sigue siempre (%)	NS/NC o no hay dato (%)
Analgésicos	2	7	29	53	9
AINE tradicionales	4	8	23	39	25
Inh. COX-2	3	4	12	22	59
YSADOA	2	5	19	37	36
Corticoides	4	1	1	5	90
Opiáceos	4	1	4	6	86

Conclusiones: El nivel socio-cultural se asocia con el conocimiento de la enfermedad, la adherencia al tratamiento y la calidad de vida. En general hay un mayor uso de analgésicos, AINE y SYADOA y una menor tendencia al uso de medidas no farmacológicas (especialmente rehabilitación e intervención psicosocial). Casi todos los pacientes presentan al menos una enfermedad concomitante. Destaca la relación entre HTA y obesidad con una disminución percibida de la calidad de vida.

310 UNA INTERVENCIÓN GRUPAL BASADA EN TERAPIAS ALTERNATIVAS MEJORA LA ANSIEDAD Y DISMINUYE LA FRECUENTACIÓN DE PACIENTES CON FIBROMIALGIA

M.P. de Moreta Folch¹, C. Méndez¹ y E. Casado²

¹CAP Barberà. Direcció d'Atenció Primària Cerdanyola-Ripollet. Barberà del Vallès. Barcelona. ²Servicio de Reumatología. Institut Universitari Parc Taulí (UAB). Sabadell. Barcelona.

Introducción: La ansiedad es frecuente en pacientes con fibromialgia, que además tienen un alto índice de frecuentación de visitas a Atención Primaria por motivos relacionados directa o indirectamente con la enfermedad. Los tratamientos ansiolíticos en esta población o

son ineficaces o no son bien tolerados, por lo que se hace necesario recurrir a terapias alternativas.

Objetivo: Valorar la eficacia de una intervención grupal basada en terapias alternativas impartida por enfermería en el control de la ansiedad y en la disminución de la frecuentación de visitas a primaria de mujeres con fibromialgia.

Pacientes y métodos: Se incluyeron de forma consecutiva todas las pacientes con fibromialgia (criterios ACR) atendidas en el ABS de Barberà del Vallès (área urbana de 30.000 habitantes en la provincia de Barcelona) durante 3 meses, que aceptaron participar en el estudio. Aquellas pacientes que a criterio clínico presentaban un trastorno psiquiátrico grave de base fueron excluidas. Un personal de enfermería llevó a cabo una intervención grupal basada en terapias alternativas, siguiendo la línea de trabajo de Antonio Blay ("Tensión miedo y liberación interior" - 1971) donde se trabaja el inconsciente, a tres niveles: intelectual, emocional y energético. El lenguaje del inconsciente es a través de los símbolos, por lo tanto la mayoría de los ejercicios eran visualizaciones. A todas las pacientes se les pasó un cuestionario de ansiedad estado y rasgo (State and Trait Anxiety Inventory: STAI) antes de la terapia y a los 6 meses de finalizarla. Durante el tiempo de seguimiento las pacientes no podían modificar los tratamientos analgésicos ni psicofármacos. También se recogió la frecuentación de visitas a atención primaria y el motivo en 3 períodos: 6 meses previos a la intervención, 0-6 meses y 6-12 meses después de la intervención.

Resultados: Se incluyeron 45 mujeres. Edad media $54 \pm 6,5$ años. Todas las pacientes completaron la terapia grupal. La puntuación media del cuestionario de ansiedad STAI-estado y STAI-rasgo antes de la intervención fue de $7,84 \pm 1,57$ y $7,16 \pm 2,32$ respectivamente. A los 6 meses tanto la puntuación STAI-estado como STAI-rasgo disminuyeron de forma significativa, con puntuaciones de $6,58 \pm 2,33$ ($p < 0,001$) y $6,03 \pm 2,28$ ($p = 0,003$) respectivamente. Para el análisis de frecuentación sólo se pudieron recoger los datos de visitas en los 3 períodos del estudio en 18 pacientes. Una paciente fue excluida porque al finalizar la terapia recibió la noticia de denegación de la invalidez y motivó un número de visitas muy elevado, que sesgaría los resultados del estudio. La edad media de las 17 pacientes incluidas fue de $53,8 \pm 6,2$ años. El número medio de visitas a atención primaria por motivos relacionados con la fibromialgia en los 6 meses previos a la intervención grupal fue de 2,5 visitas (mediana 2 visitas). En los 6 meses posteriores a la intervención el número de visitas fue de 1,9 (mediana 1), lo que supone una disminución de la frecuentación del 24% ($p = NS$). En el 2º semestre posterior a la intervención el número medio de visitas fue de 0,8 (mediana 0), lo que supone una disminución de la frecuentación del 68% ($p = 0,023$).

Conclusiones: Una intervención grupal basada en terapias alternativas trabajando el inconsciente en pacientes con fibromialgia disminuye la ansiedad de las pacientes, y también de forma muy importante la frecuentación de visitas a atención primaria, incluso varios meses después.

311. TIEMPO DE SUPERVIVENCIA DE ETANERCEPT EN ESPONDILOARTRITIS

C.M. Martínez-Porras, C.M. González, E. Becerra, E. Calvo, D. Gerona, C. Marín, F. Aramburu, L.P. Martínez-Estupiñán, J.C. Nieto-González, I. Díez-Merchán, M. Montoro, F.J. López-Longo, I. Monteagudo y L. Carreño

Servicio de Reumatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivo: Evaluar la duración del tratamiento con etanercept en pacientes con espondiloartritis (EspA), motivos de interrupción, papel del tratamiento previo con otros anti-TNF y otras variables que pueden influir en el tiempo de supervivencia del fármaco. Conocer

las diferencias en el tiempo de supervivencia de etanercept entre las distintas EspA.

Métodos: En este estudio prospectivo, observacional se incluyeron todos los pacientes con EspA tratados con etanercept de nuestro Hospital, previo consentimiento informado. Se registraron datos demográficos, tratamiento previo y concomitante, manifestaciones de la enfermedad y causas de interrupción del tratamiento. La supervivencia de etanercept se estimó mediante el método de Kaplan-Meier. El modelo de regresión de Cox se utilizó para identificar las variables independientes que afectaron a la supervivencia del fármaco.

Resultados: Se incluyeron 111 pacientes, con una duración media de seguimiento de 22,6 meses (rango 4-100 meses), que representan 250,5 paciente años. El 63,1% eran varones, 49,5% HLA-B27 positivo, 81% presentó elevación de reactantes de fase aguda, 48,6% recibía un FAME y 37,8% (42/111) fueron tratados previamente con otros anti-TNF (34/42; 80,1% infliximab). La tasa de tuberculosis latente fue del 33,3%. Durante el estudio 36,9% abandonaron el tratamiento con etanercept: 63,4% por ineficacia, 31,7% por efectos adversos y 4,9% por otras causas. Tasa de eventos adversos graves: 5,2 por 100 paciente años, siendo infecciones 1,6 por 100 paciente años. La supervivencia de etanercept no se asoció con género, psoriasis, afectación periférica, uso de FAME o tratamiento anti-TNF previo. Los pacientes de más edad al momento del diagnóstico tenían más probabilidades de abandonar el tratamiento (HR: 1,04, IC95%: 1,02-1,07; por año de edad). La entesitis (HR 2,2, IC95%: 1,05-4,7) y enfermedad inflamato-

ria intestinal (HR: 4,7, IC95%: 1,4-15,2) también fueron predictores de la disminución de la supervivencia del fármaco. El 45,9% de pacientes estaba diagnosticado de espondilitis anquilosante (EA), 36,9% de artritis psoriásica (Aps), 12,6% de espondiloartritis indiferenciada (EspInd) y 4,5% de artritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal (AEII). El tiempo medio de supervivencia en meses de etanercept (95% IC) fue de: EA: 24,3 (19,6-29,0); Aps: 33,4 (24,5-42,3); EspInd: 21,7 (9,0-34,4); AEII: 24,7 (2,0-56,3), siendo menor el tiempo de supervivencia del tratamiento en pacientes con AEII (RR: 2,9, IC95%: 1,06-7,8). Factores predictores de menor tiempo de supervivencia en pacientes con EA fueron: edad al diagnóstico (HR: 1,1, IC95%: 1,04-1,16), entesitis (HR: 9,9, IC95%: 1,6-62,2) y afectación de la cadera (HR: 10,5; IC95%: 2,1-54,5). En pacientes con EA y Aps, el uso de FAME y tratamiento anti-TNF previo no tuvo influencia en el tiempo de supervivencia del tratamiento.

Conclusiones: El tiempo de supervivencia medio de etanercept en pacientes con EspA fue mayor de 2 años, siendo significativamente menor en AEII. La causa principal de interrupción del tratamiento fue la ineficacia. Ni el uso de FAME concomitante ni la terapia anti-TNF previa tuvieron efecto sobre la supervivencia global de etanercept en EA y Aps. La edad al diagnóstico, entesitis y afectación de la cadera (EA) disminuyeron el tiempo de supervivencia. Aunque el tiempo de supervivencia del fármaco puede asimilarse a su eficacia, debe interpretarse de forma cuidadosa al estar influido por otros factores externos.