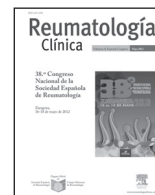




Reumatología clínica

www.reumatologiaclinica.org



Abstracts aceptados para su publicación

38.º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología

Zaragoza, 16-18 de mayo de 2012

287. LEISHMANIASIS VISCERAL EN UN PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE EN TRATAMIENTO CON ADALIMUMAB: A PROPÓSITO DE UN CASO

R. Ortega Castro, M.C. Castro Villegas, M.A. Caracuel Ruiz, J. Calvo Gutiérrez, S. Copete Marín y E. Collantes Estévez

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción: El número de pacientes que reciben T. biológicos se ha incrementado de manera sustancial en los últimos años y con ello las infecciones oportunistas. La inmunodepresión (ID) confiere a las infecciones una respuesta inadecuada al estrés físico, pudiendo desarrollar el denominado síndrome de activación macrofágica, síndrome grave e infrecuente, que ensombrece el pronóstico clínico de estos pacientes. Ante un síndrome febril de origen incierto en un paciente en tratamiento inmunosupresor, aunque sea a dosis bajas, es necesario realizar un exhaustivo diagnóstico diferencial, debiendo considerar entre ellos, la infección por Leishmania, una parasitosis cuya incidencia se está incrementando notablemente en los últimos años entre la población inmunodeprimida. Sin embargo, aunque el riesgo de enfermedades infecciosas es mayor en estos pacientes, son pocos los casos que se han descrito de leishmaniasis visceral (LV), de ahí el interés en presentar este caso clínico.

Caso clínico: Varón de 61 años con antecedentes de AR de larga evolución en tto con abatacept cada 4 sem y dacortin 7,5 mg diarios. Enfermedad actual: a los 10 días de la última infusión de abatacept comienza con cuadro de malestar general, dolor abdominal y fiebre. Inicia tto ATB con mala respuesta, siendo remitido a nuestro Hospital tras objetivarse en analítica de enz de colestasis + leucopenia. Al ingreso destaca a la exploración física: Ictericia conjuntival e esplenomegalia. En analítica presentaba una pancitopenia (leucos 2.100, Hb 7.9, plaquetas 34.000) con aumento de bilirrubina total y directa, hipertransaminasemia y marcada elevación de enzimas de colestasis. Ante los hallazgos analíticos se solicita ecografía abdominal urgente donde se visualiza derrame pleural derecho. Hígado muy aumentado de tamaño, de ecoestructura homogénea y esplenomegalia de 17.7 cm. Abundante líquido libre intraperitoneal, todo ello compatible con hepatitis secundaria a Leishmania. Se amplía estudio con PCR de leishmania y aspirado de médula ósea: que resultan positivos. En el aspirado de médula ósea se observa una m. o. normocelular con frecuentes megacariocitos, observándose Leishmania intra y extra SRH, así como células reticulares maduras con signos de estimulación y fenómenos de hemofagocitosis confirmándose el diagnóstico de leishmaniasis visceral con afectación hepática severa y síndrome hemofagocítico secundario.

Conclusiones: En resumen se trata de un paciente de 61 años con antecedentes de AR de larga evolución en tratamiento crónico con inmunosupresores que comienza con cuadro de fiebre y malestar general siendo diagnosticado finalmente de leishmaniasis visceral y SH secundario. La LV está producida por especies de *L. donovani* complex, (en nuestro medio la + frecuente es *L. infantum*). La infección se produce desde el reservorio, habitualmente el perro y se transmite al hombre por la picadura del Phlebotomus. La clínica de la leishmaniasis se caracteriza por la presencia de organomegalia, fiebre, caquexia, pancitopenia e hipergammaglobulinemia. En pacientes ID puede presentarse con la clínica típica o con formas atípicas sin esplenomegalia o como FOD. Para el diagnóstico la técnica de elección es la aspiración y biopsia de M.O. para visualización del parásito. Los preparados liposomales de anfotericina son en la actualidad el tratamiento de elección para la LV en la India y el Mediterráneo. Consideramos de interés presentar el caso para tener en cuenta que ante un síndrome febril de origen incierto en un paciente en tratamiento inmunosupresor, aunque sea a dosis bajas, es muy importante realizar un exhaustivo diagnóstico diferencial, debiendo considerar entre ellos, la infección por Leishmania.

288. ENFERMEDAD DE FABRY. A PROPÓSITO DE UN CASO

J. Calvo Gutiérrez, M.A. Aguirre Zamorano, R. Ortega Castro y E. Collantes Estévez

Hospital Universitario Reina Sofía (HURS). Córdoba.

Introducción: La enfermedad de Fabry es una enfermedad de depósito lisosomal ligada al X recesiva causada por un error innato en el catabolismo de los glicoesfingolípidos producido por una deficiente actividad de la enzima lisosomal alfa-galactosidasa A (GAL A) que conduce a la acumulación de glicoesfingolípidos en plasma y en los lisosomas de las células endoteliales. Aunque es una enfermedad considerada "rara" por su baja frecuencia, la prevalencia es superior a la que se suponía.

Caso clínico: Presentamos el primer caso diagnosticado en nuestro hospital. Varón de 21 años remitido en enero 2010 por presentar desde la infancia episodios de dolor tipo quemazón y parestesias crónicas en ambas manos sin claros signos de inflamación, a su vez cambios de temperatura en zonas acras con un dudoso fenómeno de Raynaud, intolerancia al ejercicio con ausencia de sudoración y Síndrome febril de meses de evolución. Como único antecedente de interés presentaba intolerancia a la lactosa. No antecedentes familiares. En exploración física lesiones maculo-papulares eritematosas en zona del ombligo, glúteos codos y pulpejo de los dedos valoradas

por Dermatología como angikeratomas. Exploraciones complementarias: capilaroscopia: lecho vascular muy desestructurado, con capilares tortuosos sin megacapilares. Función renal, incluida la proteinuria en orina de 24 horas: normal. Autoinmunidad: ANA, ENA, anti-DNA, anti-Sm, Ac anti B2-GPI IgG e IgM, anti-cardiolipina IgM e IgG y ACL: negativos. EKG: RS alguna extrasístole ventricular. Ecocardiograma doppler: VI no hipertrófico, de tamaño y función sistólica normal. Insuficiencia tricuspídea leve con PSAP 17 + PVC mmHg. Oftalmología: depósitos corneales en remolino y opacidades corticales en cristalino (es decir, córnea verticilata leve). FO: tortuosidad vascular discreta. Resonancia magnética cerebral: Sin hallazgos. Osteoporosis en cadera y osteopenia en columna (Z- Score: -3.4 y -1.5 respectivamente). Confirmación diagnóstica: mediante dos determinaciones en sangre (+) para alfa-GAL-A que mostraron una actividad deficiente de la enzima. Posteriormente un test genético identificó la mutación Q283R. Inició tto con carbacepina 200 mg/día, suplementos de Ca 1400 + vit D 800/12h, y (TES) quincent encontrándose actualmente asintomático.

Conclusiones: La baja prevalencia, su pleomorfismo, la especificidad de signos y síntomas, y la ausencia de casos previos en la familia, pueden hacer muy difícil su diagnóstico. En muchos casos los síntomas se presentan en la adolescencia o edad adulta (20-30). Las principales manifestaciones clínicas en varones hemocigotos son las que se presentaron en nuestro paciente: angioqueratomas, crisis de dolor, acroparestesias e hipohidrosis, este último por participación del S.N.A. Con el desarrollo de la TES existe un arma para tratar de retrasar o incluso prevenir la progresión. Nuestro paciente es el caso índice de la enfermedad. Su diagnóstico ha sido fundamental para conseguir la identificación de otros familiares afectos lo más precozmente posible, ya que es una enfermedad hereditaria que limita significativamente la calidad de vida de las personas afectas causando un daño progresivo con importante morbi-mortalidad asociada.

289. FACTORES DE RIESGO VASCULAR Y ENFERMEDAD VASCULAR MACROSCÓPICA EN UNA POBLACIÓN CON ARTRITIS REUMATOIDE Y SÍNDROME DE APNEA DEL SUEÑO

M.I. Cantalejo Moreira¹, R.M. Veiga Cabello¹, M.A. Racionero Casero² y A. Zapatero Gaviria³

¹Unidad de Reumatología; ²Unidad de Neumología; ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) y el síndrome de apnea del sueño (SAOS) son, per se, factores de riesgo vascular. En países occidentales, la prevalencia de AR es del 0,5-1% y la del SAOS es del 1-4%. Ambas expresan, de manera sistémica, un incremento de los valores de factor de necrosis tumoral alfa. Sin embargo, la prevalencia de la asociación conjunta de ambas, y el exceso de riesgo vascular de ésta son datos desconocidos.

Objetivo: 1. Describir los factores de riesgo vascular encontrados en una población de pacientes con AR y SAOS confirmado por polisomnografía. 2. Describir la enfermedad vascular macroscópica presente en esta población, antes y durante el estudio.

Pacientes y métodos: Se recogieron entre los años 2009-10 a 33 pacientes seguidos en la Unidad de Reumatología por AR, que presentaban sintomatología sugerente de SAOS: ronquido nocturno, somnolencia diurna y cefalea matinal. Se les sometió al test de somnolencia de Epworth y, con posterioridad se le realizó a cada uno una polisomnografía. En los pacientes que se confirmó el diagnóstico de SAOS, se recogieron por historia clínica los siguientes factores de riesgo vascular: obesidad, HTA, hiperlipidemia, diabetes mellitus (DM), consumo de tabaco y alcohol, así como, los datos de enfermedad vascular macroscópica presentes. De una igual manera, se obtuvieron los datos de un grupo control de 33 pacientes seguidos

en la misma Unidad por patología no inflamatoria (artrosis, osteoporosis y fibromialgia) y SAOS.

Resultados: Grupo AR: 33 pacientes: 23 mujeres y 10 varones. Edad media 56,83 años. Factores de riesgo vascular: tabaco, 15/33 (45,45%); obesidad, 26/33 (78,78%); HTA, 23/33 (69,69%); hiperlipidemia, 11/33 (33,33%); DM, 9/33 (27,27%), ingesta de alcohol, 2/33 (6%). Grupo control: 33 pacientes; 20 mujeres, 10 varones. Edad media 56,83 años. Factores de riesgo: tabaco 16/33 (48%); obesidad 19/33 (57,57%); HTA, 15/33 (45,45%); hiperlipidemia, 15/33 (45,45%); DM, 5/33 (15,15%); ingesta alcohólica, 1/33 (3%). La enfermedad vascular presente: grupo AR y SAOS: Ictus, 3; cardiopatía isquémica, 2; insuficiencia cardíaca, 3; arritmias, 2; cardiopatía hipertensiva, 1. Grupo control: ICC, 1; arritmias 1, cardiopatía hipertensiva, 1.

Conclusiones: En los pacientes con AR se encuentra una mayor prevalencia de obesidad, HTA y DM. En cuanto a la enfermedad vascular, el ictus, la cardiopatía isquémica, la ICC y las arritmias, presentan una incidencia muy superior en el grupo AR. Lo que podría indicar unos índices de mortalidad superiores en la población con AR y SAOS.

290. EL ANTICUERPO ANTI-C1Q COMO BIOMARCADOR EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

M.E. Córca, G. López Sánchez, C. Díaz-Torné, P. Moya, M. Sarmiento, E. Toniolo, I. Castellví, C. Geli, A. Laiz, C. Díaz López y J.M. de Llobet

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es el prototipo de enfermedad sistémica autoinmune. Se caracteriza por la producción de autoanticuerpos contra componentes del núcleo celular en asociación con múltiples manifestaciones clínicas que afectan a diferentes órganos (Firestein et al. Kelly's Textbook of Rheumatology; 2009). Hay estudios que apoyan la hipótesis de que se necesita a los componentes de la vía clásica del complemento para que se produzca el aclaramiento fagocítico de las células apoptóticas, proveyendo una explicación posible para la alta frecuencia de LES entre los pacientes con deficiencias de dichos componentes, en especial el C1q² (Crow. Arthritis Res Ther. 2009;11:245-56). Aproximadamente un tercio de los pacientes con LES tienen niveles elevados de anticuerpos anti-C1q en suero (Pickering et al. Adv Immunol. 2000;76: 227-324).

Objetivo: Observar el valor del anticuerpo anti-C1q como biomarcador en el LES.

Material y métodos: Se analizaron retrospectivamente las historias clínicas de 135 pacientes con LES en seguimiento por la Unidad de Reumatología del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau a los que se les determinó el anticuerpo anti-C1q entre enero de 2009 y abril de 2011. Se estudiaron variables clínicas, hematológicas e inmunológicas.

Resultados: Se observó que los pacientes que presentaban anticuerpos anti-C1q eran más jóvenes en el momento del debut de la enfermedad (32,9 vs 44,8 años; $p < 0,005$). Los pacientes anti-C1q positivos presentaron con mayor frecuencia anticuerpos anti-DNAs ($p 0,034$), anti-Sm ($p 0,045$), ANA homogéneo ($p 0,031$) y consumo de complemento C3 ($p 0,006$). Como en estudios previos observamos mayor frecuencia de nefropatía lúpica en pacientes anti-C1q positivos pero esta diferencia no fue estadísticamente significativa (38,9% vs 27,3%; ($p 0,139$)). Se observó que 8 de los 9 pacientes con vasculitis presentaban anticuerpo anti-C1q estableciéndose una relación significativa ($p < 0,001$). No se observó una relación significativa con otras manifestaciones clínicas ni con ninguna de las manifestaciones hematológicas.

Conclusiones: Los anticuerpos anti-C1q han sido asociados con diferentes manifestaciones clínicas, hematológicas e inmunológicas en enfermos afectos de LES, particularmente la nefropatía lúpica, la

hipocomplementemia y la leucopenia. Nuestros resultados reflejan parcialmente lo previamente publicado. Encontramos una relación estadísticamente significativa entre la presencia de anticuerpos anti-C1q y algunos de los marcadores reconocidos del LES: anti-DNAs, anti-Sm, ANA homogéneo y déficit de C3. Los brotes de lupus parecen ser bastante improbables en presencia de valores normales de estos biomarcadores. Este dato, indicaría que la presencia de anti-C1q es un factor de mal pronóstico, tanto renal como global. No observamos asociación entre el anticuerpo anti-C1q y la enfermedad renal. Como se afirma en estudios recientes, el valor del anti-C1q como biomarcador de nefropatía lúpica debe tomarse con cautela. Pero su presencia en conjunto con otros marcadores de LES podrían ser de utilidad tanto en el diagnóstico como en el seguimiento de la enfermedad.

291. INFLUENCIA DE LA EXPOSICIÓN LABORAL AL FRÍO EN LOS HALLAZGOS CAPILAROSCÓPICOS DE PACIENTES CON RAYNAUD

C. Peralta Ginés y C. Delgado Beltrán

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Introducción: En las últimas décadas se han publicado estudios que demuestran una asociación entre el fenómeno de Raynaud (FRy) y la exposición al frío (Mackiewicz et al. J Cardiovasc Surg. 1977;18:151-4), siendo mayor la incidencia de FRy en trabajadores expuestos a vibraciones si además viven en regiones de clima frío (Burström et al. Scand J Work Environ & Health. 2010;36:509-13). Mediante capilaroscopia, se ha identificado una reducción en el número de capilares en trabajadores con vibraciones (Vayssairat et al. Eur Heart J. 1987;8:417-22). Consideramos interesante valorar si, además de este factor, influye en el resultado de una capilaroscopia que el paciente esté expuesto a bajas temperaturas durante su jornada laboral.

Objetivo: Determinar si la exposición laboral al frío, sin vibraciones, influye en el patrón capilaroscópico en pacientes que presentan FRy.

Material y métodos: Se incluyeron 97 pacientes de ambos sexos con FRy. Se realizó anamnesis que incluía profesión y anamnesis por aparatos en busca de signos/síntomas de conectivopatía. Se practicó capilaroscopia identificando la presencia o ausencia de megacapilares, microhemorragias y/o pérdida capilar. Se determinaron autoanticuerpos en sangre, incluyendo anticuerpos antinucleares (ANA), anticuerpos antiánígenos nucleares extraíbles (anti-ENA), crioglobulinas, anticuerpos antifosfolípido, factor reumatoide y anticuerpos contra péptidos cíclicos citrulinados. Con estos datos se llegó al diagnóstico de FRy primario o secundario a conectivopatía. Finalmente, para el análisis de los datos se establecieron 2 grupos, en función de que existiera o no exposición laboral al frío.

Resultados: El 89% pacientes de los pacientes estudiados eran mujeres, con una edad media de 48 años frente a 50 años en varones. El 78% no tenían contacto con frío frente a un 22% que sí. De los que no tenían contacto con frío presentaban megacapilares, microhemorragias y pérdida capilar un 24, 42 y 15% respectivamente, frente a un 43, 47 y 14% en el grupo que si tenían contacto (tabla). Las mayores diferencias en los 2 grupos se encontraron en la presencia o ausencia de megacapilares, siendo más frecuentes en el grupo expuesto al frío y menos en el grupo no expuesto. No hubo diferencias en cuanto al porcentaje de conectivopatías en ambos grupos. Todas las pacientes con esclerodermia/preesclerodermia tenían megacapilares excepto una paciente con esclerodermia limitada de años de evolución en la que predominaba el patrón tardío con extensas áreas avasculares. En cambio, el porcentaje de esclerodermia y preesclerodermia fue menor en el grupo expuesto al frío, lo que indica que en esta patología el frío no influye en la presencia de megacapilares.

	Exposición al frío	
	No (%)	Sí (%)
Megacapilares		
No	58 (76)	12 (57)
Sí	18 (24)	9 (43)
Microhemorragias		
No	44 (58)	11 (52)
Sí	32 (42)	10 (48)
Pérdida capilar		
No	65 (85)	18 (86)
Sí	11 (15)	3 (14)
Conectivopatía		
No	28 (37)	8 (38)
Sí	48 (63)	13 (62)
Esp/Preesp	6 (9,5)	3 (4,8)
Total	76 (78)	21 (22)

Conclusiones: La exposición laboral al frío se relaciona con un mayor porcentaje de presencia de megacapilares en la población estudiada, siendo los porcentajes más similares en cuanto a microhemorragias y pérdida capilar. Sin embargo, esta exposición no influye en la aparición de megacapilares en pacientes con esclerodermia o preesclerodermia.

292. AUSENCIA DE DIAGNÓSTICO PREVIO DE OSTEOPOROSIS EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA POR FRAGILIDAD

B. Magallares, A. Acosta, M. Barceló, M. Coderch y A. Rodríguez de la Serna

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Objetivo: Describir las distintas características de la población que ingresa por fractura de cadera en nuestro hospital y valorar la relación entre fracturas por fragilidad y diagnóstico previo de osteoporosis.

Métodos: Se recogieron los datos (sexo, edad, diagnóstico previo de osteoporosis, tipo de fractura, presencia de fracturas por fragilidad previas, y otras) de todos los pacientes ingresados por fractura de cadera en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau desde diciembre de 2010 hasta diciembre de 2011.

Resultados: La muestra incluye 107 pacientes de los cuales 103 se consideran fracturas por fragilidad. El 74,8% son mujeres. La media de edad es de 83 años (61-93) para las mujeres y de 79 años (55-91) para los hombres, sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas entre las medias de edad de ambos grupos ($p \geq 0,01$). El tipo de fractura más prevalente es la subcapital, seguida en frecuencia por la pertrocantérica, manteniéndose unas proporciones similares entre hombre y mujeres. Atendiendo al grupo de pacientes sin diagnóstico previo de osteoporosis, y por tanto sin tratamiento, el tipo de fractura más frecuente es la subcapital y en el grupo de pacientes con diagnóstico de osteoporosis y con tratamiento previo el tipo de fractura más frecuente es el de fractura pertrocantérica. 28 de estos 103 sujetos habían sido diagnosticados con anterioridad de osteoporosis, de los cuales uno (3,84%) era hombre, encontrando una relación significativa ($p < 0,001$) entre sexo y diagnóstico previo, donde los varones tenían un valor de diagnóstico previo observado menor que el esperado. Teniendo en cuenta la variable fracturas previas por fragilidad (distintas localizaciones) 59 sujetos del total no presentan fracturas, de los cuales 7 estaban diagnosticados de osteoporosis y 52 sin diagnóstico previo a la fractura actual. 44 pacientes ya habían presentado una fractura por fragilidad previa y de ellos 23 no mostraban entre sus diagnósticos el de osteoporosis.

Conclusiones: El tipo de fractura de cadera más frecuente en nuestra muestra es la subcapital, sin embargo en el grupo de pacientes que han sido diagnosticados de osteoporosis y tratados el tipo de fractura más frecuente es la pertrocantérica. A pesar de una historia de frac-

turas por fragilidad sólo el 43% de los pacientes tenían un diagnóstico previo de osteoporosis. Esta ausencia de diagnóstico se hace más evidente en la población masculina, en la que sólo un 3,84% se había identificado la osteoporosis previo a la fractura de cadera. Con este estudio queremos destacar la necesidad de atender a los factores de riesgo en la población general, en especial pacientes con fracturas previas y en varones, para el diagnóstico de osteoporosis e intentar evitar de esta manera nuevas fracturas por fragilidad.

293. RESPUESTA INMEDIATA AL TRATAMIENTO CON INMUNOGLOBULINA INTRAVENOSA EN PACIENTES CON NEUROPATÍA SECUNDARIA A TRATAMIENTO ANTI-TNF ALFA. A PROPÓSITO DE 3 CASOS

A. Acosta, B. Magallares y A. Rodríguez de la Serna

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Objetivo: Describir la respuesta rápida en 3 pacientes con neuropatía por anti-TNF α al tratamiento con inmunoglobulina intravenosa (IGIV).

Casos clínicos: Caso 1: varón de 66 años, con EA de 25 años de evolución, que inicia en abril 2007 infliximab 5 mg/kg en pauta habitual, con remisión total. En diciembre de 2007 comienza clínica de debilidad para la extensión de mano derecha, progresiva, sin clínica sensitiva ni motora a otro nivel. Examen neurológico: imposibilidad para la extensión de la muñeca y dedos de la mano derecha, extensión del codo y supinador largo normal, reflejos musculares profundos presentes y simétricos, sensibilidad conservada, no amiotrofias. Estudio electromiográfico: lesión de la rama motora distal del nervio radial (de tipo axonal parcial con signos de reinervación y sin signos de lesión aguda). Resonancia magnética de mano derecha descarta la existencia de una lesión estructural. Se suspende tratamiento anti-TNF α y se inicia tratamiento con IGIV a dosis de 2 g/kg por 5 días, mejorando el paciente al cabo de la 3ª infusión y alcanzando remisión completa al completar el tratamiento. Dos meses después recidiva la clínica neurológica, reiniciándose el tratamiento con IGIV a igual dosis con una respuesta igualmente satisfactoria a la inicial, persistiendo asintomático 2 años después. Caso 2: varón de 38 años, con EA de 3 años de evolución, con artritis periférica; ineficacia al tratamiento con metotrexato y corticoides. En octubre de 2008 comienza tratamiento con infliximab 5 mg/kg, presentando remisión. 2 años después presenta clínica neurológica caracterizada por: falta de tacto en 2º dedo, y de forma aditiva se afectan 1er, 3er y 4º dedo de mano derecha junto a debilidad progresiva de los dedos de mano derecha, sin clínica sensitiva ni motora a otro nivel. Examen neurológico: reflejos simétricos y presentes, no atrofias. Estudio electromiográfico: bloqueo de conducción a nivel del brazo, a 13 cm del codo que es del 46% (de 9,7 mV a 5,3 mV), los potenciales sensitivos son normales, sin signos de denervación.

Conclusiones: Variante de neuropatía motora multifocal: síndrome Lewis-Summer. Se suspende tratamiento anti-TNF α y comienza tratamiento con IGIV a dosis 2 g/kg por 5 días, pero completa sólo 2 días, por decisión del paciente ante mejoría de los síntomas, con remisión completa al cabo de 2 meses del tratamiento y actualmente asintomático (6 meses tras tratamiento). Caso 3: varón de 49 años, con diagnóstico de EA axial, HLA-B27 negativo, hace 2 años, con compromiso severo de caderas y sacroileítis grado IV. Se inicia tratamiento con infliximab en febrero de 2010 y tras la segunda infusión inicia clínica de debilidad para la extensión y flexión de mano derecha y déficit sensitivo en el dorso de mano, no describe clínica sensitiva ni motora a otro nivel. Se suspende tratamiento anti-TNF α . Examen físico neurológico: fuerza muscular normal, excepto debilidad abducción del 5º dedo, sensibilidad normal, reflejos presentes y simétricos. Estudio electromiográfico: multi-neuropatía post-antiTNF α . Se inicia tratamiento con IGIV a dosis de 2 mg/kg por 5 días, mejorando el paciente al cabo de la 2ª infusión, con una remisión total de los síntomas al finalizar el tratamiento y hasta la actualidad, 12 meses después.

Conclusiones: El tratamiento con inmunoglobulina en neuropatías post-antiTNF α produce una respuesta favorable y precoz.

294. NEFRITIS LÚPICA EN UN HOSPITAL COMARCAL: REVISIÓN DE LOS CASOS EN LOS ÚLTIMOS 15 AÑOS

V. Ortiz-Santamaría¹, B. Muñoz González², A. Villagrasa², J. Cuquet², A. Ponce¹, N. Busquets¹, X. Surís¹ y E. Llargués²

Unidad de Enfermedades Sistémicas: ¹Reumatología;

²Medicina Interna. Hospital General de Granollers. Barcelona.

Introducción: La nefritis lúpica (NL) en una causa importante de morbimortalidad en los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES). La elección terapéutica depende del tipo histológico. Las pautas clásicas de tratamiento, NIH y Eurolupus, constan de dos fases. En la primera, llamada de inducción, se administra corticoterapia a altas dosis y ciclofosfamida (CFM) endovenosa. La segunda fase o de mantenimiento, se administra un fármaco inmunosupresor (CFM, azatioprina (AZA) o micofenolato (MMF)).

Objetivo: Describir el perfil, el tratamiento y la evolución de los pacientes con nefropatía lúpica en un hospital comarcal.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio descriptivo retrospectivo. Área de referencia: 300.000 habitantes. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes que en los últimos 15 años han sido diagnosticados de nefropatía lúpica por biopsia renal, procedentes de CCEE de Reumatología y Medicina Interna.

Resultados: Se recogieron 18 pacientes. Dos pacientes cambiaron de centro asistencial por lo que no se dispone de datos de seguimiento. Otros dos pacientes han sido diagnosticados recientemente. La edad media de los 18 pacientes en el momento del diagnóstico de

Tabla Resumen 294

Tipo de NL	Número de pacientes (% del total)	Tratamiento Inducción	Tratamiento mantenimiento (número de pacientes)	Evolución :
III, Proliferativa focal	2 (13,13%)	CFM (2)	AZT (1) CFM (1)	- Remisión completa* - Remisión parcial ** - Recidiva*** (1)CFM + CFM : remisión parcial
IV, Proliferativa difusa	9 (60%)	CFM (8) MMF (1)	AZA (4) CFM (1) ****	(1) CFM + AZA : remisión completa (4) CFM + AZA : 3 remisión completa, 1 remisión parcial (1)CFM +CFM : remisión completa
V, Membranosa	4 (26,6%)	CFM (3) Corticoides (1)	MMF (2) AZT (1) Corticoides (1)	(1) Corticoides: remisión completa (2) CFM + MMF: (1) remisión completa + (1) remisión parcial (1) CFM + AZA : remisión completa

*Remisión completa: proteinuria < 0,3 g/24h, sedimento urinario normal, albuminemia normal, Cr sérica y aclaramiento de creatinina sérica < 15% mayor del valor basal. **Remisión parcial: proteinuria 0,3-2,9 g/24h, albuminemia 30 g/l, Función renal estable. ***Recidiva: aumento de proteinuria, Sedimento urinario activo, aumento de creatinina basal. ****Pérdida de seguimiento (2) y en fase de inducción farmacológica (2).

la NL fue de 32,11 años (9-76 años), de los cuales 3 eran hombres (16,7%). El tiempo medio de evolución del LES en el momento del diagnóstico de la nefropatía fue de 2,17 años (5 pacientes se diagnosticaron de nefropatía y LES de forma concomitante). Doce pacientes (66,7%) presentaban clínica en forma de edemas y/o hipertensión arterial y 7 (38,9%), insuficiencia renal. Las características de los pacientes con NL tipo III, IV y V se describen en la tabla. En nuestra serie se describe 1 paciente con NL tipo I o cambios mínimos. Un paciente tipo II o mesangial que tras rebiopsia por recidiva clínica se diagnosticó de NL tipo III. Este paciente requirió 3r esquema terapéutico por 2a recidiva, evolucionando posteriormente a insuficiencia renal crónica moderada. Un paciente con nefropatía tipo VI o esclerosis, recibió CFM y AZA sin mejoría requiriendo hemodiálisis. Cuatro pacientes (29%) fueron rebiopsiados por recidiva clínica, en uno de ellos hubo cambio de tipo histológico. A dos de ellos se les administró nuevo esquema terapéutico, permaneciendo en IRC. En nuestro centro no se ha registrado ninguna muerte atribuible a la NL.

Conclusiones: La NL más prevalente entre nuestros pacientes fue la tipo IV o proliferativa difusa (60%). La nefropatía y el LES fueron diagnosticados de forma concomitante en el 27% de los pacientes (5/18). Los pacientes con NL tipo III, IV y V fueron tratados mayoritariamente con esquema de CFM como tratamiento de inducción y AZA o CFM como tratamiento de mantenimiento, alcanzando la remisión completa en el 45% (5/11), la remisión parcial en el 27% (3/11) y recidiva en el 27% (3/11). Se rebiopsiaron el 29% de los casos (4/14). Uno de ellos presentó cambio de tipo histológico.

295. PRIMER AÑO DE ACTIVIDAD DE UNA UNIDAD DE ARTRITIS DE RECIENTE COMIENZO

C. Peralta Ginés, M.T. Bosque, V. Cuéllar, J.L. Sierra, X. Fornós y C. Delgado

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Introducción: Sabemos que la terapia en la artritis reumatoide (AR) debe iniciarse lo más tempranamente posible. Por este motivo, en noviembre de 2010 comenzó a funcionar en nuestra sección una unidad especializada con el fin de garantizar el acceso a un diagnóstico y tratamiento eficaz de los pacientes con artritis de corta duración. Previamente se habían efectuado charlas informativas en los centros de salud correspondientes.

Objetivo: Describir la actividad de la consulta de artritis de reciente comienzo tras el primer año.

Resultados: Se recibieron un total de 40 pacientes (20 mujeres y 20 varones) con una edad media de 55 años (13-75). De ellos, 29 (73%) cumplían los criterios de derivación desde atención primaria. Estos criterios incluyen la presencia, durante > 4 semanas pero = 1 año, de al menos 1 de los siguientes: tumefacción en 2 o más articulaciones; dolor a la palpación en articulaciones metacarpofalángicas, metatarsofalángicas y/o carpos; rigidez matutina > 30 minutos. Los motivos de no cumplir estos criterios fueron un mayor tiempo de evolución de la enfermedad, la existencia de una sola articulación inflamada sin cumplir ninguno de los otros 2 criterios o una artritis autolimitada. Para el análisis de la actividad de la enfermedad se utilizaron datos de la visita basal y a los 6 meses, ya que la mayoría no han concluido todavía un año de seguimiento. A continuación se detallan las características de los pacientes bien remitidos (tabla). Un total de 4 de los 9 pacientes que disponían de DAS28 basal y a los 6 meses alcanzaron la remisión definida por un DAS28 < 2,4, mientras que 7 de ellos disminuyeron > 1,2 la puntuación. El diagnóstico más frecuente fue el de AR (n = 14; 38%) seguido por espondiloartritis (n = 4; 14%), polimialgia reumática (n = 3; 10%) y artritis indiferenciada (n = 2; 7%). Menos frecuentes fueron artritis psoriásica, asociada a enfermedad infla-

matoria intestinal, Reiter, gota, espondiloartrosis y síndrome de Sjögren. De los 4 pacientes que precisaron de biológico, 2 tenían AR (14% del total con AR) y otros 2 espondiloartritis (50%).

Conclusiones: En la mayor parte de los pacientes con artritis de reciente comienzo se consigue mejorar la actividad de la enfermedad y la discapacidad funcional mediante terapia con FAME tras 6 meses de tratamiento.

Características de los pacientes que sí cumplían criterios de derivación

Sexo (%)	
Mujeres	15 (51)
Varones	14 (49)
Edad media	57 (28-75)
Tiempo evolución de la artritis meses	4 (1-12)
FAME (%)	
Sí	22 (76)
No	7 (24)
Biológico (%)	
Sí	4 (14)
No	25 (86)
DAS28	
Basal	5,71 (3,53-6,51)
6 meses	2,81 (0,4-5,11)
NAD	
Basal	8 (1-16)
6 meses	1 (0-5)
NAT	
Basal	6 (1-13)
6 meses	1 (0-4)
HAQ	
Basal	1,48 (0,5-2,5)
6 meses	0,48 (0-1,75)

FAME: fármaco modificador de la enfermedad; DAS: Disease Activity Score; NAD: número de articulaciones dolorosas; NAT: número articulaciones tumefactas; HAQ: Health Assessment Questionnaire.

296. DESCRIPCIÓN DE 2 CASOS DE OSTEONECROSIS MAXILAR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y TRATAMIENTO CON BIFOSFONATOS ORALES

C. Vitoviz, C. Moriano, T. Pérez, C. Álvarez, A. López, M. Martín y E. Díez

Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de León.

Introducción: La ONM asociada al uso de bifosfonatos es una entidad que se caracteriza por un área de hueso expuesto o necrótico en la región maxilofacial de más de 8 semanas de duración en ausencia de radioterapia previa y/o metástasis, y el antecedente de uso actual o previo de bifosfonatos (Compston. Menop Int. 2007;13:54). Su patogenia es todavía indeterminada, pero puede estar relacionada con varios factores de riesgo tales como edad avanzada, osteoporosis, uso de corticoides y AR entre otras (Otto. JCM Surg. 2010; www.niams.nih.gov/health_info/osteonecrosis/default.asp; Park. Osteoporosis Int. 2010).

Objetivo: Describir 2 casos de osteonecrosis maxilar (ONM) luego de tratamiento con bifosfonatos orales en pacientes con artritis reumatoide (AR).

Casos clínicos: Caso 1: mujer de 68 años, diagnosticada de AR a los 32, sigue tratamiento con corticoides de forma crónica y leflunomida. En 2000 se inicia tratamiento oral con ácido alendronico 10 mg/día como prevención de osteoporosis secundaria a uso de corticoides. En el 2008 se objetiva lesión en región maxilar inferior izquierda tipo absceso con fístula y exposición ósea en sínfisis mandibular. En junio de 2008 realizan exodoncia de piezas inferiores y limpieza de foco infeccioso. En septiembre de 2009 presenta osteomielitis del maxilar inferior pérdida de masa ósea y secuestros, realizándose secuestrectomía; desde entonces ha permanecido asintomática, aunque persiste lesión fistulosa en región maxilar. Caso 2: varón de 65 años, diagnosticado de AR en el 2007; se inicia tratamiento oral con ácido ibandronico 150 mg/mes como preven-

ción de osteoporosis secundaria a uso de corticoides. En febrero de 2011 se objetivó tumefacción en cuerpo mandibular izquierdo confirmándose el diagnóstico de ONM por bifosfonatos. Desde entonces se encuentra a tratamiento con antisépticos orales, curas locales y antibióticos. A pesar de ello, persiste lesión granulomatosa expuesta y fistula con exudado seropurulento de forma crónica.

Conclusiones: En el tratamiento de la osteoporosis y prevención de la misma por el uso de corticoides se utilizan bifosfonatos orales; la relación causal de éstos con la ONM no se ha establecido (Khan. J Rheum. 2008). Otros autores opinan que la aparición de ONM por el uso de bifosfonatos orales no es una coincidencia (Otto. JCM Surg. 2010). La incidencia varía entre 1/10.000 casos/año de exposición, siendo mayor con el uso de bifosfonatos IV (Mavrokokki. J OM Surg. 2007). Factores como la edad, la osteoporosis, el mayor tiempo de exposición al bifosfonato, la AR y el uso de corticoides, se asocian con un mayor riesgo de desarrollar una ONM (Otto. JCM Surg. 2010; www.niams.nih.gov/health_info/osteonecrosis/default.asp; Park. Osteoporos Int. 2010). Presentamos dos casos de ONM en pacientes con AR, además de otros factores de riesgo y toma de bifosfonatos orales por un periodo superior a 40 meses, si bien, el uso de bifosfonatos en nuestra práctica clínica es muy frecuente, la incidencia de ONM es muy baja, similar a la observada en la población general (Khan. J Rheum. 2009).

297. CREENCIAS, ESTADO DE SALUD Y RESULTADOS EN PACIENTES SOMETIDOS A ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA. ESTUDIO PROSPECTIVO DE 12 MESES DE SEGUIMIENTO

M. Núñez¹, E. Núñez², S. Sastre³, L. Lozano³, A. Sauló⁴, C. Nicodemo⁵, J.M. Segur³ y F. Maculé³

¹Servicio de Reumatología e IDIBAPS Área 1; ²Cirugía Ortopédica e IDIBAPS; ³Servicio de Reumatología. Hospital Clínic. Barcelona.

⁴SAP Suport al Diagnòstic i al Tractament. Institut Català de la Salut. Barcelona. ⁵Economía Aplicada. Universitat Autònoma de Barcelona.

Introducción: Estudios previos refieren que un número no despreciable de pacientes (17-30%) tras ser sometidos a artroplastia total de rodilla (ATR) no están satisfechos con el resultado, al creer que su dolor o incapacidad funcional mejoraría más o que la recuperación sería menos dificultosa. Las creencias son motivadoras de comportamientos, siendo el componente cognoscitivo una de sus principales características, es decir, "lo que la persona sabe o cree saber". Es conocido que las conductas son factores que influyen en el estado de salud y se ha descrito que en las enfermedades del aparato locomotor el grado de comportamiento/adhesión (recomendaciones pactadas entre el profesional y el paciente) para seguir el régimen terapéutico suele ser bajo, por lo que este puede perder eficacia. Así, en el caso de la ATR, en el que la necesidad de que el paciente participe de forma activa en su terapia, es preciso un alto grado de adhesión para obtener el mejor resultado posible. Por tanto, conocer, hasta qué punto los pacientes creen que su comportamiento puede influir en el resultado final de la ATR se muestra de interés.

Objetivo: Observar si la creencia en que el comportamiento tiene influencia sobre el estado de salud se relaciona con mejores resultados, en términos de calidad de vida (CV), en pacientes con artrosis de rodilla a los 12 meses de ser sometidos a artroplastia total de rodilla.

Métodos: Estudio prospectivo de 12 meses de seguimiento. Se recogieron variables sociodemográficas y clínicas. Para determinar la opinión de los pacientes sobre la influencia entre su comportamiento y el resultado de la ATR se utilizó la pregunta "¿Cree usted que su comportamiento puede influir en su estado de salud?" con 5 categorías de respuesta (escala tipo Lickert): totalmente de acuerdo: 1; bastante de acuerdo: 2; no lo sé: 3; bastante en desacuerdo: 4; totalmente en desacuerdo: 5. El estado de salud se eva-

luó mediante los cuestionarios de CV, SF-36 y WOMAC. Se realizó un modelo logit multinomial en el que se incluyó, la edad, el género, el nivel educativo y el índice de masa corporal (IMC).

Resultados: 98 pacientes, edad media 70,39 (DE 7,2); 82% mujeres. El 75% no tenía estudios o estos eran básicos. IMC 32,74 (DE 5,6). En cuanto a la creencia sobre la influencia del comportamiento sobre la salud el 57% respondió que "no sabía" y el 15% que "no". El modelo logit multinomial mostró que los pacientes que estaban en desacuerdo en que su comportamiento pueda influir en su estado de salud presentaron peores resultados, tanto en los componentes físico y mental del SF-36 como en la puntuación total del WOMAC ($p < 0,02$), a los 12 meses de la ATR. La edad, el género y el IMC no fueron estadísticamente significativas en ninguna de las categorías consideradas sobre el comportamiento.

Conclusiones: El elemento cognoscitivo de las creencias en cuanto a la influencia del comportamiento sobre la salud es muy bajo. Los pacientes que creen que su salud depende de su comportamiento presentan mejores resultados (puntuaciones SF-36 y WOMAC) a los 12 meses de la ATR que aquellos que no creen en su influencia. Esto muestra la importancia de las creencias y la necesidad de que los profesionales de la salud diseñen estrategias educativas que las contemplen para favorecer comportamientos que mejoren los resultados terapéuticos.

Este estudio está financiado por el Ministerio de Sanidad español beca FIS PS09/01148

298. FACTORES PREDICTORES DE RESPUESTA A RITUXIMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE. DATOS PRELIMINARES

C. Díaz-Torne¹, M.A. Ortiz², C. Geli¹, J.M. Llobet¹, H. Corominas³, E. Pérez⁴, E. Cantó², C. Juárez⁴, C. Díaz-López¹ y S. Vidal²

¹Unitat de Reumatologia; ²Fundació d'Investigació. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ³Servei de Reumatologia. Hospital Moisès Broggi. Barcelona. ⁴Servei d'Immunologia. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducción: Identificar predictores de respuesta clínica a las terapias biológicas es importante para poder evitarle al paciente tratamientos poco efectivos con riesgo de efectos secundarios innecesario. Se han propuesto distintos predictores de respuesta en el caso de rituximab, como tener un factor reumatoide o unos anti-CCP positivos o un número de células preplasmáticas, linfocitos o IgG por debajo de los niveles de normalidad. En el caso de rituximab, definir respuesta puede ser complejo. Si definimos respuesta a los 3 meses, obviaremos aquellos pacientes respondedores, pero con una respuesta lenta. Si definimos respuesta a los 6 meses, podemos perder aquellos pacientes que inicialmente han respondido, pero que han empeorado antes de la siguiente infusión. Hoy en día, con la variedad de dianas terapéuticas, debemos buscar siempre una respuesta rápida y prolongada. Por ello, hemos considerado respondedores aquellos pacientes que lograron una respuesta EULAR moderada/buena a los 3 y 6 meses.

Material y métodos: Estudio prospectivo de 27 pacientes con artritis reumatoide, que habían fallado a terapia antiTNF y que fueron tratados con rituximab (2 x 1 g, intervalo de dos semanas). Se recogieron datos demográficos, clínicos y de laboratorio. Se compararon las características basales de los pacientes que habían respondido y los que no.

Resultados: Las características basales fueron: la media de edad fue de 60,2 ± 11,2 años, el 92,6% fueron mujeres, con 16,2 (2-35) años de evolución de la enfermedad, el 96,3% fueron seropositivos (FR y/o anti-CCP), el 44,4% tenían historia de nódulos reumatoides, el 88% tenían erosiones. Los pacientes habían sido tratados previamente con 3,1 ± 1,3 FAMEs y 1,45 (1-3) antiTNF. El DAS28 basal fue de 5,8 ± 0,87. Al comparar las características basales clínicas de los dos

grupos no se encontraron diferencias significativas. El análisis de los parámetros de laboratorio se muestra en la tabla.

Características basales y comparativa entre el grupo de respondedores y no respondedores

	Respondedores (n = 13)	No respondedores (n = 14)	p.
DAS28	5,82	5,77	0,872
CD4+ células/mm ³	1237	1037	0,421
CD8+ células/mm ³	355	326	0,658
CD56+ células/mm ³	136	91	0,308
CD19+ células/mm ³	197	125	0,022
IgG, mg/dL	1308	1387	0,675
IgA, mg/dL	337	393	0,401
IgM, mg/dL	112	232	0,043

Conclusiones: Los pacientes con una respuesta temprana y sostenida presentaron un número absoluto basal alto de células CD19+ y un nivel más bajo de IgM que los no respondedores. Estos resultados indican que estos parámetros podrían utilizarse como predictores de respuesta a rituximab en enfermos con artritis reumatoide.

299. PROTOCOLO DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN PACIENTES CON REUMATISMOS INFLAMATORIOS. RESULTADOS DE LA PRIMERA FASE: EFICACIA DEL CONSEJO DEL REUMATÓLOGO

A. Naranjo, A. Bilbao, C. Erausquin, S. Ojeda, F. Francisco, J.C. Quevedo, I. Rúa Figueroa, R. López, M.A. Acosta, C. García de Llanos y C. Rodríguez Lozano

Hospital Universitario Dr. Negrín. Gran Canaria.

Introducción: Las enfermedades reumáticas de base autoinmune están relacionadas con aterogénesis acelerada y con un incremento de mortalidad por causa cardiovascular respecto a la población general. Además del control de la actividad de la enfermedad de base, el riesgo cardiovascular puede reducirse controlando los factores de riesgo clásicos como el tabaco, la hipertensión y el colesterol. El objetivo del estudio fue evaluar el impacto de una intervención educativa del paciente fumador realizado por el reumatólogo y la enfermera de reumatología.

Material y métodos: Se seleccionaron los pacientes fumadores activos atendidos de manera sucesiva en consulta de reumatología con alguno de los siguientes diagnósticos: artritis reumatoide, artritis psoriásica, espondilitis anquilosante, lupus, otras colagenosis o vasculitis. La intervención constó de dos fases: 1) Primera fase: consejo explícito del médico sobre los beneficios de abandonar el tabaco, con especial énfasis de su relación con la patogenia de las enfermedades reumáticas y la reducción de eficacia de las terapias. Se insistió en sentido positivo en la necesidad de abandonar el tabaco. Además, se entregó documentación escrita con consejos para ayudar a dejar de fumar. La intervención se llevó a cabo en la visita médica durante un tiempo mínimo de 3 minutos. 2) Segunda fase: seguimiento a los 3 meses por la enfermera de reumatología. Llamada telefónica a fin de conocer el estado de fumador y citación en consulta a los fumadores activos que aceptan ayuda adicional. La visita a la enfermera incluyó consejo de salud y análisis de las dificultades para abandonar el tabaco, así como oferta de tratamiento farmacológico. La principal variable de desenlace fue el porcentaje de pacientes fumadores que abandonó totalmente el tabaco a los 3, 6 y 12 meses. La variable secundaria fue el porcentaje de pacientes que redujo el consumo de cigarrillos.

Resultados: En el período julio-diciembre de 2011 se realizó encuesta sobre el hábito tabáquico a 950 pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias, de los cuales 412 (43%) habían fumado alguna vez (tabla). En los últimos 5 años habían abandonado el tabaco 53 fumadores (12% de los que habían fumado alguna vez).

Aceptaron participar en el estudio 150 pacientes fumadores actuales, 55 varones y 95 mujeres con una mediana de edad de 50 años; 55 pacientes (36%) con diagnóstico de artritis reumatoide, 43 (28%) con espondiloartritis, 35 (23%) con colagenosis o vasculitis y 15 (10%) con otras enfermedades. Se dispone de datos a 3 meses de 85 pacientes. Nueve pacientes habían abandonado totalmente el tabaco (10,5%) y otros 32 (37,6%) habían reducido el consumo.

Diagnóstico	Pacientes valorados n (%)	Pacientes que han fumado alguna vez n (%)	Pacientes fumadores actuales n (%)
Artritis reumatoide	400 (41,9)	165 (41,2)	68 (17,0)
Espondiloartritis	204 (21,4)	113 (55,3)	47 (23,0)
Colagenosis/Vasculitis	242 (25,3)	94 (38,8)	39 (16,1)
Otras	93 (9,7)	39 (41,9)	20 (21,5)
Total	950 (100)	412 (43,2)	174 (18,2)

Conclusiones: El consejo verbal y escrito del reumatólogo en pacientes con reumatismos inflamatorios consigue a corto plazo el abandono del tabaco en un 10% de los fumadores y una reducción del consumo en un 37% adicional.

300. OSTEOPOROSIS EN LA ARTRITIS PSORIÁSICA. VALORES DE DENSITOMETRÍA ÓSEA Y COMPARACIÓN CON LA POBLACIÓN GENERAL

M. Riesco Díaz¹, F. Manzano Gómez², P. Font Ugalde³, A. García López⁴ y J.M. Nolla Solé⁵

¹Unidad de Reumatología. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

²Centro de Salud "Casa del Mar". Zona Básica de Salud de Huelva.

³Departamento de Medicina. Universidad de Córdoba. ⁴Servicio de Reumatología. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

⁵Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona.

Introducción: La osteoporosis (OP) y las fracturas por fragilidad suponen una comorbilidad considerable en algunas enfermedades reumáticas inflamatorias y ha sido en la artritis reumatoide (AR) donde se ha estudiado de forma más amplia este problema. En la artritis psoriásica (APs) este hecho ha sido frecuentemente menos valorado y los estudios al respecto son escasos, y generalmente con tamaño muestral pequeño y contradictorios en sus resultados.

Objetivo: Evaluar si los pacientes con APs tienen valores densitométricos por DXA en columna lumbar y cuello femoral menores que los de la población general y por consiguiente mayor frecuencia de OP.

Pacientes y métodos: Se diseñó un estudio transversal en 91 pacientes con APs con criterios de diagnóstico CASPAR y afectación articular periférica, seguidos en las consultas de Reumatología del Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva, mayores de 18 años y de ambos sexos. Se clasificaron en mujeres pre y posmenopáusicas y hombres. El grupo control de 91 sujetos, se seleccionó entre la población de referencia de un Centro de Salud urbano de Huelva, sin enfermedades reumáticas inflamatorias, OP conocida ni psoriasis cutánea. Se clasificaron en los mismos subgrupos que las APs y se parearon por sexo y rango de edad, de 5 en 5 años. En los pacientes con APs además de la edad, sexo, duración del periodo menopáusico e IMC se midieron las variables: tratamiento con glucocorticoides, FAME o anti TNF, duración de la psoriasis y APs, VSG, DAS28, HAQ, PASI y fracturas por fragilidad. Se determinaron la densidad mineral ósea (DMO), T y Z score en columna lumbar y cuello femoral, y se aplicaron los criterios diagnósticos de la OMS para OP en ambos grupos.

Resultados: La edad media del grupo de APs fue de 53,98 ± 12,76 años y la de los controles de 54,12 ± 13,03 años. El 50,5% eran mujeres, premenopáusicas 15 (16,5%) y posmenopáusicas 31 (34,1%) en cada grupo y el 49,5% hombres, 45 en cada grupo. No se encontraron dife-

rencias significativas al comparar las medias de DMO, ni T y Z scores en CL y CF ni al aplicar los criterios de la OMS de OP, en ambos grupos. En la APs se encontró un 16,13% de OP en las mujeres posmenopáusicas, un 0% en las premenopáusicas y un 2,22% en los hombres versus un 29,03%, 13,33% y 0% en el grupo control. En el análisis de regresión lineal múltiple en el grupo de APs los factores asociados con la DMO en CF fueron la edad, el IMC y las fracturas por fragilidad. La VSG el DAS28 y las fracturas por fragilidad se asociaron con la DMO en CL.

Conclusiones: No observamos diferencias significativas en los valores densitométricos de los pacientes con APs en comparación con los de la población general utilizada como grupo control, así como tampoco mayor frecuencia de OP en la APs. Es de interés la asociación observada de la VSG y negativa del DAS28 con la DMO en CL, que respaldaría la relación de la inflamación con la masa ósea, en las enfermedades reumáticas inflamatorias.

301. PREVALENCIA DE HIPERLIPEMIA EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

T.C. Salman-Monte, L. López-Núñez, J. Pérez-Ruiz, M.P. Lisbona, I. Padró y J. Carbonell

Servicio de Reumatología. Hospital del Mar. Parc de Salut Mar. Barcelona.

Introducción: El LES se asocia con alteración del metabolismo de los lípidos y las lipoproteínas con una prevalencia variable según las series. Numerosos son los factores que influyen tales como la aparición de autoanticuerpos y citocinas que alteran el metabolismo de las lipoproteínas, insuficiencia renal, actividad de la enfermedad y uso de glucocorticoides, entre otros (Borba et al. Clin Dev Immunol. 2006;13:203-8; Wijaya et al. Acta Med Indones. 2005;37:132-44).

Objetivo: Describir la prevalencia, tipo y tratamiento de la hiperlipemia en nuestra cohorte de pacientes con LES.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo de los pacientes diagnosticados de LES por criterios de la ACR de 1982 de la consulta monográfica de nuestro servicio que presentaron hiperlipemia (HPL). Tras la revisión de las historias clínicas, se recogieron variables demográficas, características clínicas de los pacientes, tipo de hiperlipemia (colesterol total = 200 mg/dL y/o nivel sérico de triglicéridos = 150 mg/dL) y tratamiento utilizado.

Resultados: De una cohorte de 105 pacientes diagnosticados de LES, se identificaron 39 pacientes con HPL (prevalencia de 37,1%), todos ellos mujeres y con una edad media de 51 ± 12 años. El SLEDAI medio de la muestra fue 1,74 ± 3,05 y el SLICC medio fue 1,22 ± 1,86 en el momento del diagnóstico. Los tratamientos inmunosupresores prescritos fueron: 25 pacientes hidroxiquina, 5 azatioprina, 3 micofenolato mofetil, 2 MTX y 2 RTX. En todos el diagnóstico de HPL fue posterior al de LES con un tiempo de evolución medio hasta el diagnóstico de HPL de 4,11 ± 3,61 años. 30 pacientes presentaron hipercolesterolemia (77%), 3 pacientes hipertrigliceridemia (8%) y 6 presentaron ambos tipos (15%). 14 pacientes (35,8%) seguían tratamiento hipolipemiente con estatinas. Como otros posibles factores asociados al desarrollo de hiperlipemia se encontró: 1 paciente con DM tipo 2, 4 con IRC y el 65% realizaba uso de glucocorticoides en el momento del diagnóstico de la HPL.

Conclusiones: La prevalencia de hiperlipemia en nuestra cohorte es inferior a la descrita en otras series, sin embargo, al igual que en otros estudios la hipercolesterolemia fue el tipo de hiperlipemia más frecuente. Este patrón lipídico junto con el resto de comorbilidades hacen que haya un aumento de la arteriosclerosis en los pacientes con LES comparado con la población general, por lo que es imprescindible el diagnóstico precoz y sobre todo un adecuado tratamiento de la hiperlipemia (Urowitz et al. Ann Rheum Dis. 2006;65: 115-7).

302. PREVALENCIA DE LOS DIFERENTES FENOTIPOS DE ARTROSIS DE RODILLA

C. Díaz, E. Quesada, G. Ávila, A. Pluma, P. Barceló y C. Alegre

Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción: La gonartrosis (GA) continúa siendo una patología muy prevalente en la consulta diaria del reumatólogo. Recientemente ha sido publicada por Knoop et al una escala que la clasifica según su fenotipo: 1. Mínima enfermedad articular, 2. Fuerza muscular conservada, 3. No obesos con debilidad muscular, 4. Obesos con debilidad muscular y 5. Depresivos. Nuestro objetivo es conocer la prevalencia de estos fenotipos de GA en nuestra consulta de Reumatología.

Métodos: Durante un mes se seleccionaron a los pacientes con GA diagnosticada previamente según los criterios de EULAR. De todos ellos se midieron las siguientes variables: –Índice de masa corporal (IMC), – fuerza en extremidades según la escala de Medical Research Council y –depresión según el cuestionario de ansiedad y depresión hospitalaria (HAD). Se clasificaron según los fenotipos descritos anteriormente.

Resultados: Reclutamos a 34 pacientes. La prevalencia de cada uno de los fenotipos fue la siguiente: mínima enfermedad articular 13; fuerza muscular conservada 7; no obesos con debilidad muscular 0; obesos con debilidad muscular 6; patrón depresivo 8.

Fenotipos	N de nuestro estudio	Porcentaje de nuestro estudio	Porcentaje de Knoop
1. Mínima enfermedad articular	13	38	17
2. Fuerza muscular conservada	7	20	22
3. No obeso con debilidad muscular	0	0	31
4. Obeso con debilidad muscular	6	17	20
5. Depresivo	8	23	10
Total	34	100%	100%

Conclusiones: En nuestro análisis la mayor prevalencia fue para el fenotipo de mínima enfermedad articular seguida por el depresivo. Comparándolo con los descritos en el estudio original, vemos que la prevalencia obtenida fue diferente, predominando, en el de Knoop, el perfil de no obesos con debilidad muscular y en segundo lugar el de fuerza muscular conservada. Nuestro método de valoración de la fuerza isométrica difiere del estudio de referencia, aunque más práctica, puede infravalorarla. Las diferencias entre grupos es pequeña por lo que debería ampliarse la N a fin de que esta clasificación la podamos considerar de ayuda en el pronóstico o en el tratamiento. La clasificación de la GA en estos fenotipos podría ser de importante ayuda para el programa terapéutico a recomendar.

303. REVISIÓN DE PARÁMETROS DE MEDICIÓN CLÍNICA EN ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL

E. Fernández Ulloa y M.L. Gámir Gámir

Consulta de Reumatología Pediátrica y Consulta de Transición. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: Las enfermedades reumáticas también se presentan en la infancia y adolescencia, siendo la artritis idiopática juvenil (AIJ) la más frecuente. Es necesario disponer de herramientas que permitan valorar el estado y calidad de vida de los pacientes. La AIJ es una enfermedad crónica que afecta fundamentalmente a las articulaciones, aunque puede afectar a otros órganos y repercutir en el desarrollo normal del niño. Se diagnostican 10 casos nuevos al año por cada 100.000 niños de menos de 16 años. Es necesario disponer de herramientas que permitan valorar el estado de la enfermedad.

Objetivo: Revisar las diferentes escalas y cuestionarios de medida de función, estado de enfermedad y calidad de vida de los pacientes pediátricos para dar una idea global del punto en que nos encontramos actualmente.

Métodos: Los niños con enfermedades crónicas como la diabetes o la AIJ requieren un enfoque global, con una evaluación periódica sobre el estado de su enfermedad. La falta de parámetros biológicos o bioquímicos que sirvan como “gold standard” en AIJ para valorar la actividad de la enfermedad hace necesario el desarrollo de herramientas de medida bajo criterios útiles, válidos y seguros para monitorizar al paciente. Una de las más utilizadas es el Childhood Health Assessment Questionnaire (CHAQ) que ha demostrado ser algo más eficaz que el Juvenile Arthritis Functional Assessment Scale (JAFAS) ya que para completar este segundo cuestionario se necesita mucho tiempo, equipo específico y profesionales entrenados. En 1994 el grupo de Giannini y PRINTO desarrollaron una serie de medidas de corte para definir la mejoría en AIJ y poderlas utilizar en ensayos clínicos (EC). Surgen así los criterios ACR pediátricos que valoran 6 variables (tabla). En 2008 Manzoni introduce el concepto de Mínima Actividad (MDA) ya que son muy pocos los casos en los que se alcanza la remisión. En 2011 Wallace publica los criterios provisionales de enfermedad clínica inactiva mediante la modificación de los criterios ya publicados en el 2004. Por último debemos hablar de los Índices Compuestos de Actividad que nos ofrecen: 1. Mayor consistencia en la evaluación de actividad de la enfermedad. 2. Mayor comprensión del significado de actividad de la enfermedad. 3. Menor tamaño muestral en EC. 4. Evaluación de la eficacia terapéutica en EC. 5. Monitorizar actividad de la enfermedad en la práctica clínica. En 2009 se publicó el Juvenil Arthritis Activity Score (JADAS) válido para casi todos los tipos de AIJ. Esta herramienta no evalúa algunas afectaciones extra-articulares. El CHAQ-PF50 nos ofrece una visión mucho más global del estado de enfermedad del paciente pero debido a la gran cantidad de tiempo necesario para completar dicho cuestionario se hace difícil su uso en la consulta diaria. El Juvenil Arthritis Multidimensional Assessment Report (JAMAR) permite una evaluación multidimensional del paciente proporcionando una visión completa y sistemática de la situación en tan sólo 15 minutos.

1	EVA global del médico
2	EVA global de los padres/paciente
3	Capacidad funcional (CHAQ)
4	Nº articulaciones con artritis activa
5	Nº articulaciones con limitación movilidad o dolor
6	VSG

Conclusiones: Debemos esforzarnos, y es una tarea de enfermería, el guiar y dar soporte a los pacientes pediátricos y sus padres en la cumplimentación de estos cuestionarios de valoración compuesta que ofrecen amplia y valiosa información sobre el estado del paciente. Es importante desarrollar criterios específicos para cada categoría de AIJ, evaluar de forma multidisciplinar la enfermedad y utilizar índices compuestos para monitorizar la evolución.

304. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON INFECCIÓN POSQUIRÚRGICA AGUDA TRAS COLOCACIÓN DE PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA. ESTUDIO PROSPECTIVO CON 48 MESES DE SEGUIMIENTO

M. Núñez¹, J.C. Martínez-Pastor², F. Vílchez², E. Núñez³, F. Maculé², S. Suso² y A. Soriano⁴

¹Servicio de Reumatología e IDIBAPS Área 1; ²Cirugía Ortopédica e IDIBAPS; ⁴Servicio de Infecciones. Hospital Clínic. Barcelona. ³SAP Suport al Diagnòstic i al Tractament. Institut Català de la Salut. Barcelona.

Introducción: La infección aguda postquirúrgica por prótesis articulares puede ser tratada mediante desbridamiento abierto con conservación de la prótesis en pacientes con síntomas de < 2-4 semanas y sin signos radiológicos de aflojamiento. La hipótesis del pre-

sente estudio es que el uso de medidas de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes considerados curados a los 12 y 48 meses podría proporcionar información de utilidad en relación al resultado.

Objetivo: Evaluar la CVRS a 12 y 48 meses tras la finalización de la terapia antimicrobiana en pacientes sometidos a desbridamiento abierto por infección aguda postquirúrgica de prótesis articular de rodilla tras el reemplazo total de prótesis.

Métodos: La evaluación de la CVRS específica de la enfermedad se determinó mediante el cuestionario WOMAC al inicio del estudio en treinta pacientes sometidos a desbridamiento abierto. Además, el cuestionario WOMAC y el de CVRS genérico SF-36 se valoraron en los pacientes considerados curados a los 12 y 48 meses de seguimiento.

Resultados: Se observó una mejoría estadísticamente significativa en las tres dimensiones WOMAC ($p < 0,01$ para todas las comparaciones) a los 12 y 48 meses. A los 12 meses las puntuaciones de las dimensiones del SF-36 función física, dolor corporal y emocional fueron significativamente peores que los valores poblacionales de referencia (VPR) ($p < 0,02$). A los 48 meses sólo la dimensión del SF-36 función física era peor que los VPR ($p = 0,009$). En los pacientes con infección por *Estafilococo aureus*, las puntuaciones de las dimensiones del SF-36 función física, dolor corporal, rol emocional y salud mental a los 12 y 48 meses fueron significativamente más bajas (peores) en comparación con los pacientes con infección por otros microorganismos ($p < 0,05$).

Conclusiones: La CVRS específica de la enfermedad medida por WOMAC mejoró en los pacientes con infección aguda postoperatoria tratados con desbridamiento abierto y conservación del implante. Del mismo modo, medida por SF-36 mostró diferencias significativas entre los pacientes infectados o no por *Estafilococo aureus*, lo que sugiere que las medidas de CVRS pueden ser de utilidad para valorar abordajes terapéuticos distintos.

305. ARTERITIS DE TAKAYASU. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, MANIFESTACIONES CLÍNICAS, AFECTACIÓN ANGIOGRÁFICA Y TRATAMIENTO

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

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

Introducción: La arteritis de Takayasu (ATK) es una vasculitis granulomatosa que afecta principalmente a la arteria aorta y a sus ramas principales, con mayor frecuencia a los troncos supraaórticos. También pueden verse implicadas otras arterias como las pulmonares, iliofemorales, renales, mesentéricas y coronarias. Es una enfermedad sistémica mediada por un mecanismo inflamatorio y la lesión arterial incluye a todas sus capas. Al progresar y mantenerse la inflamación se producen estenosis y formación de aneurismas.

Objetivo: Conocer la frecuencia y las características demográficas, manifestaciones clínicas, pruebas de laboratorio, afectación angiográfica y tratamiento de una cohorte de pacientes con ATK diagnosticada en la consulta de Reumatología del Hospital General de Valencia con un área de referencia de 350.000 habitantes.

Material y métodos: En la consulta de reumatología, desde el año 1992, se diagnosticaron 91 vasculitis de las cuales 31 eran de gran vaso; 28 arteritis de células gigante y 3 pacientes con ATK, siendo las tres mujeres las 3 (100%), con una edad media en el momento del diagnóstico de 34 años (intervalo de 22-43 años). El tiempo medio entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico fue de 4 meses (intervalo 2-6 meses).

Resultados: Las tres pacientes diagnosticadas de ATK presentaban manifestaciones clínicas sistémicas (astenia y pérdida de peso), fiebre en dos casos (66%), artralgiás en una paciente (33%) y poliade-

nopatías en dos de ellas (66%). Todas las pacientes presentaban manifestaciones vasculares: soplos vasculares en las 3 pacientes, claudicación de extremidades inferiores en dos (66%), disminución pulsos radial en un caso (33%), disminución pulso femoral en una (33%), asimetría TA braquial en una (33%) e hipertensión arterial en una paciente (33%). La velocidad de sedimentación estaba elevada en todas las pacientes, con un valor medio de 90 y todas ellas presentaban anemia de características inflamatorias. Las pruebas angiográficas mostraron afectación de los troncos superiores en dos pacientes (66%) y también en dos casos se afectaba la aorta abdominal y el tronco celiaco. La aorta torácica, las arterias renales y la aorta descendente solo se afectaban en un caso (33%). El tratamiento consistió en prednisona 1 mg/K/d y previamente tres émbolos de 1 g de metilprednisolona en todas ellas (100%). A las tres pacientes se les asoció tratamiento inmunosupresor: en 2 casos aziatioprina (66%) y en un caso (33%), metotrexato. Una de las pacientes con mala respuesta y progresión de la enfermedad se trató con infliximab como uso compasivo, tras el fracaso con un segundo inmunosupresor (ciclofosfamida). En una de las pacientes se realizó una angioplastia de la arteria renal (33%) y en otra de ellas un by pass aortobifemoral (33%). Continúan 2 pacientes en seguimiento con una media de 186 meses (156-216) y sin complicaciones severas. La otra paciente fue trasladada a otro centro por cambio de residencia.

Conclusiones: La ATK es una enfermedad poco prevalente, lo que retrasa su diagnóstico. Las manifestaciones clínicas halladas son similares a las de otros estudios, así como la afectación vascular. Resaltamos la presencia de manifestaciones sistémicas en todos los casos. El tratamiento médico asociado a la cirugía, conseguirá un mejor control de la enfermedad.

306. VALORACIÓN DE LA MEJORÍA DE PACIENTES TRATADOS CON GOLIMUMAB EN LA UNIDAD DE ENFERMERÍA REUMATOLÓGICA DEL CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA

A. Montilla Arévalo, C. Garrido Mallent, A. Rueda Cid, J. Calvo Catalá, C. Campos Fernández, M.I. González-Cruz, E. Pastor Cubillo y E. Beltrán Catalán

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

Introducción: La actividad de enfermería en una unidad reumatológica es indispensable colaborando no solo en las técnicas exploratorias y terapéuticas, sino aplicando los cuestionarios de calidad de vida, capacidad funcional, etc., que permiten una mejor y más rápida asistencia a nuestros pacientes.

Objetivo: Valorar el estado general del paciente, la percepción del nivel de satisfacción al tratamiento y mejoría en la calidad de vida a un grupo de pacientes con artritis reumatoide (AR), espondilitis anquilosante (EA) o artropatía psoriásica (AP) tras cuatro meses de tratamiento con golimumab (GLM).

Material y métodos: Se han realizado encuestas a 19 pacientes, 11 varones (57%) y 8 mujeres (42,1%) con edad media de 51,6 años (33-76). Seis pacientes estaban diagnosticados de AR, nueve de EA y 4 de APs. La encuesta recoge 11 ítems: Evaluación global del estado general medido mediante EAV (1 ítem), grado de satisfacción con el tratamiento recibido (4 ítems: eficacia, control de síntomas, dolor articular y dolor general, valorado como muy satisfecho, bastante, ni satisfecho ni insatisfecho, bastante insatisfecho y muy insatisfecho) y mejora de calidad de vida (6 ítems: vida familiar, vida social y de ocio, vida laboral, disminución en la toma de fármacos, mejoría vital, mejoría del sueño, valoradas como sí o no).

Resultados: 1. Evaluación estado general (EAV): wn una escala de 0 a 10, el valor medio fue de 2,3. 2. Grado de satisfacción con el tratamiento: un paciente (5,2%) no estaba satisfecho con el tratamiento,

13 estaban muy satisfechos (68,4%) y 5 (26,3%) estaban satisfechos. 3. Calidad de vida: en un 84,2% (16 pacientes), existía una mejoría en la misma.

Conclusiones: Se constata una mejora en la percepción de los pacientes con patología inflamatoria reumatológica y tratados con GLM, constatada con una buena valoración del estado general, una importante satisfacción al tratamiento y una importante mejoría de la calidad de vida. Los resultados obtenidos son semejantes a los constatados con los restantes antiTNF. La realización de estas encuestas antes de que el paciente pase a la consulta médica, permite que la misma sea más rápida, apreciando el paciente una mejor atención en su asistencia reumatológica.

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

S. Gil Barato, L. del Olmo Pérez, L. Lojo Oliveira, C. Plasencia Rodríguez, P. Alcocer Amores, S. García Carazo, M.G. Bonilla Hernán, A. Balsa y E. Martín-Mola

Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Objetivo: Estimar la prevalencia de eventos cardiovasculares (cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, accidente cerebrovascular y arteriopatía periférica) en pacientes con artritis reumatoide y la relación con factores de riesgo cardiovascular clásicos y características de la enfermedad como las erosiones óseas, manifestaciones extra-articulares y presencia de anticuerpos antipéptido citrulinado (ACPA) y factor reumatoide (FR).

Material y métodos: Se ha realizado un estudio observacional y retrospectivo en 267 pacientes diagnosticados de AR que se encuentran en seguimiento en consultas externas de reumatología. Se diseñó una hoja de recogida de datos que se completaba en las visitas habituales donde se registraba la fecha de diagnóstico de AR, antecedentes de eventos cardiovasculares, factores de riesgo cardiovascular clásicos, características clínicas de la enfermedad e historia de tratamientos concomitantes.

Resultados: De los 267 pacientes, 198 (74,2%) eran mujeres. La edad media era de $62,47 \pm 12,84$ años. En nuestro estudio, 210 (78,7%) tenían el FR positivo y 204 (76,4%) los ACPA. Un total de 162 (60,6%) pacientes presentaban erosiones óseas y 47 (17,6%) tenían manifestaciones extra-articulares. En total, 43 (16,1%) pacientes padecieron un evento cardiovascular, apareciendo éste en la mayoría de los casos (en 25 pacientes) después del diagnóstico de artritis reumatoide. De ellos, 3 (1,1%) sufrieron un accidente cerebrovascular agudo, 3 (1,1%) arteriopatía periférica, 6 (2,24%) insuficiencia cardiaca, 6 (2,24%) insuficiencia cardiaca y cardiopatía isquémica tipo infarto agudo de miocardio (IAM) y 25 (9,36%) habían padecido un episodio de IAM. Los eventos cardiovasculares aparecieron con mayor frecuencia en pacientes diagnosticados de hipertensión arterial (OR 15,63; IC95% 5,8-41,4; $p < 0,001$), diabetes mellitus (OR 3,3; IC95% 1,5-7,03; $p = 0,003$), hipercolesterolemia (OR 2,6; IC95% 1,3-5,2; $p = 0,007$) e hipertrigliceridemia (OR 4,2; IC95% 1,9-9,2; $p = 0,001$). Se observó una tendencia a tener mayor frecuencia de eventos cardiovasculares en pacientes con hábito tabáquico (OR 1,19; IC95% 0,6-2,2; $p = 0,61$), en los que presentaban erosiones óseas (OR 2,07; IC95% 0,8-4,9; $p = 0,119$), y en aquellos con manifestaciones extra-articulares (OR 1,4; IC95% 0,6-3,2; $p = 0,494$).

Conclusiones: En los pacientes con AR, los factores de riesgo cardiovascular clásicos tienen una prevalencia elevada. El evento cardiovascular más frecuente fue la cardiopatía isquémica. En nuestro trabajo observamos que existe correlación entre la presencia de los factores de riesgo cardiovascular clásicos y la presencia de eventos cardiovasculares. Existe mayor número de eventos cardiovasculares

en los pacientes con erosiones óseas y manifestaciones extra-articulares de la Artritis Reumatoide que en los pacientes sin estas características, sin que la diferencia llegue a ser estadísticamente significativa.

308. CARACTERÍSTICAS DE LA HOSPITALIZACIÓN REUMATOLÓGICA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

S. Soro Marín, A.C. Haro Martínez, D. Palma Sánchez, M.R. González Molina y M. Mayor González.

Unidad de Reumatología. Hospital Rafael Méndez. Lorca. Murcia.

Introducción: La hospitalización constituye una herramienta básica para el manejo de pacientes con enfermedades graves o de difícil control. Aunque en nuestra especialidad la actividad principal tiene lugar en consulta externa, no debemos restar importancia a la realizada en planta de hospitalización. Estudiar los aspectos cuantitativos y cualitativos de los ingresos de causa reumatológica es relevante a la hora de optimizar el trabajo médico y la gestión de los recursos disponibles.

Objetivo: El objetivo de este trabajo fue estudiar la actividad asistencial en la planta de Reumatología de nuestro hospital y determinar las características de los pacientes hospitalizados.

Material y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de los ingresos en planta de Reumatología durante el año 2011 en un hospital de segundo nivel de la región de Murcia con un total de 280 camas y con un área de asistencia de 200.000 personas. La recogida de datos incluyó: la edad de los pacientes, el sexo, el motivo de ingreso, el diagnóstico final, procedencia del ingreso (urgencias vs consultas), estancia media, las exploraciones complementarias solicitadas, las técnicas realizadas (artrocentesis o infiltración), interconsultas solicitadas y la necesidad de revisión posterior en Consulta Externa de Reumatología. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS 16.

Resultados: Durante el año 2011 hubo un total de 55 pacientes ingresados a cargo de la Unidad de Reumatología. El motivo de ingreso más frecuente fue lumbociatalgia (34,5%), seguido de lumbalgia (25,5%) y artritis (14,5%). La edad media de los pacientes fue

de 58,47 años \pm 18,93 años con un predominio de mujeres (56,4%). Los diagnósticos principales al alta fueron: hernia discal lumbar (34,5%), aplastamiento vertebral (14,5%) y lumbalgia mecánica (10,9%). De los pacientes ingresados por artritis, el 57% fueron diagnosticados de artritis microcristalina. La mayoría de los ingresos fueron realizados desde el servicio de Urgencias (83,6%). La estancia media fue de 6,58 \pm 4,2 días y se realizaron un total de 21 interconsultas a otros servicios. Las pruebas complementarias más solicitadas fueron analítica (96,4%), radiografía simple (69,1%) y RMN (70%). Se realizó artrocentesis de rodilla en 6 pacientes e infiltración con acetato de triamcinolona en 14 pacientes, la mayoría en rodilla y trocánter. Al alta hospitalaria precisaron revisión en consulta externa el 58,2% de los pacientes.

Conclusiones: La principal actividad asistencial en planta en nuestra unidad fue la patología de causa mecánica, siendo el principal motivo de ingreso las lumbociatalgias secundarias a hernias discales. El perfil de paciente hospitalizado puede diferir de otros hospitales donde otros servicios asumen este tipo de patología.

309. UTILIDAD DE LA CICLOFOSFAMIDA INTRAVENOSA EN LAS ÚLCERAS DE PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA

M. Fernández Castro y J.L. Andreu

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid.

Introducción: La disfunción vascular constituye un elemento patogénico esencial de la esclerosis sistémica (ES). Se ha demostrado que el tratamiento con ciclofosfamida (CF) reduce la expresión de marcadores circulantes de daño endotelial, como la E-selectina o la trombomodulina. Publicaciones recientes evidencian que las células progenitoras endoteliales (CPE) contribuyen al proceso de reparación y remodelación del daño endotelial, migrando al lugar del daño vascular y colaborando con las células endoteliales. En la ES, las CPE están disminuidas en número y son deficientes en su capacidad de madurar a células endoteliales. La CF a dosis de 0,5 g/m² aumenta el número de CPE en pacientes con ES.

Tabla Resumen 309

Paciente	Sexo/Edad (años)	Tipo ES/ Tiempo Evol. ES	Afectación visceral	Pérfil serológico	Úlceras digitales	Terapia previa para las úlceras	Indicación CF	Tto concomitante para las úlceras
1	M/61	ESL/18 años	A. cutánea A. esofágica Raynaud Úlc. digitales Neumonitis intersticial	ANA 1/640 Anti-Scl-70+	Puntiformes En pulpejos y periungueales Dolorosas Sin pérdida de tejido	Diltiazem	Neumopatía intersticial	
2	M/39	ESL/8 años	A. cutánea A. esofágica Calcinosis Raynaud Úlc. digitales Neumonitis intersticial	ANA 1/640 Anti-Scl-70+	Puntiformes En pulpejos y periungueales Dolorosas Sin pérdida tejido	PG iv (Iloprost) 1 ciclo 5 días Adiro 100 mg/d Amlodipino 10 mg/d	Neumopatía intersticial	Adiro 100 mg/d Amlodipino 10 mg/d
3	V/22	ESL/3 años	A. cutánea A. esofágica A. articular Raynaud Úlc. cutáneas Calcinosis Telangiectasias	ANA 1/320 Anti-Scl-70+	En pulpejos, periungueales, codos, orejas, y nariz Dolorosas No pérdida de tejido	Pentoxifilina 1 compr/8h Losartan 12,5-0-50 mg Atorvastatina 20 mg/d Nitroderm parches 5 mg PG iv (Iloprost) 1 ciclo 5 días	Afectación articular	Pentoxifilina 1 comp/8h Losartan 12,5-0-50 mg Atorvastatina 20 mg/d

A: afectación; CF: ciclofosfamida; Evol: evolución; ESL: esclerosis sistémica limitada; M: mujer; Tto: tratamiento; Úlc: úlceras; V: varón.

Objetivo: Evaluar la eficacia de ciclofosfamida intravenosa (iv) administrada para otras indicaciones (fundamentalmente neumopatía intersticial), sobre las úlceras digitales refractarias a tratamientos convencionales en pacientes con ES.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo en el que se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico clínico de ES en los que existían úlceras digitales refractarias a tratamiento convencional (calcio-antagonistas, losartan, iloprost) y que habían recibido CF iv para otra indicación. Se revisaron las historias clínicas. Se utilizó estadística descriptiva para la presentación de los hallazgos.

Resultados: En la tabla se resumen los datos demográficos, clínicos y terapéuticos de los pacientes. En cuanto a la evolución de las úlceras tras el tratamiento con CF iv, la paciente 1 no ha vuelto a presentar úlceras digitales tras 1 año de seguimiento; la paciente 2 estuvo libre de úlceras durante los 2 años que duró la terapia y, a los dos meses de su suspensión, comenzó de nuevo con úlceras digitales; el paciente número 3 presentó una mejoría completa de sus úlceras cutáneas, consiguiendo la curación de algunas úlceras que se mantenían activas desde hacía más de 6 meses.

Conclusiones: Los pacientes con esclerodermia tratados con ciclofosfamida iv por afectación visceral presentan mejoría de las úlceras digitales refractarias a tratamientos convencionales. Este efecto se mantiene en el tiempo de forma variable, incluso sin utilizar otros inmunosupresores de mantenimiento. El tratamiento con ciclofosfamida podría ser una alternativa en pacientes con esclerosis sistémica y úlceras digitales refractarias al tratamiento convencional.

310. BIOBADAURUGUAY: DATOS PRELIMINARES

P. de Abreu, R. Teijeiro, M. Calegari y M. Albanese, en representación del Grupo BIOBADAURUGAY

Sociedad Uruguaya de Reumatología.

Objetivo: 1) Identificar acontecimientos adversos relevantes o inesperados que aparezcan durante el tratamiento con agentes biológicos así como tras la suspensión del tratamiento. 2) evaluar tiempo transcurrido hasta la suspensión de cada tratamiento y sus causas.

Material y métodos: Estudio observacional, prospectivo de duración indeterminada para el control de la seguridad de las TB. Se incluyen en el registro aquellos pacientes que inician terapia biológica y casos controles con una actividad de la enfermedad similar. Se registra cambio y/o suspensión de tratamiento y la aparición de eventos adversos. Se realizaron monitorizaciones periódicas como control de calidad del registro.

Resultados: Se realizaron 100 registros (62 con TB y 38 controles) entre octubre de 2008 a diciembre de 2011. De los 62 TB, de los cuales 41 eran mujeres (67,1%) con una edad media al inicio de 45,04 ($\pm 15,11$). Los diagnósticos de los pacientes que recibieron TB: artritis reumatoidea 40 (64,52%), espondiloartritis anquilosante 10 (16,13%), artritis idiopática juvenil 6 (1,68%), artritis psoriásica (APS) 5 (8,06%), artritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal 1 (1,61%). La evolución media de la enfermedad al inicio de la primer TB 9,22 años ($\pm 7,53$). Todos los pacientes tuvieron estudio correcto de tuberculosis latente. Se realizó quimioprofilaxis en 24 (38,7%) de los pacientes. Se registraron 69 ciclos de tratamiento: adalimumab (ADM) 57 (82,6%), etanercept (ETN) 11 (15,94%) e infliximab 1 (1,44%). 7 pacientes (11,29%) recibieron un segundo agente biológico. 4 ADM cambio a ETN y 3 ADM recibió un segundo ciclo de ADM. El 80% de los pacientes recibieron tratamiento concomitante con FAMES. Se registraron 14 interrupciones de tratamiento: 4 por ineficacia, 7 por acontecimiento adverso (AA) y 3 por otras causas (todos con ADM). Se registraron 13 (20,96% de los pacientes) AA (todos con ADM): 3 no requirieron suspensión (erupción cutánea, 2 infecciones respiratorias), 3 suspensión temporal (2 cistitis y 1 neumonía) y 7 requirieron suspensión (1 cistitis por Proteus, 1 sinusitis, 1 edema de cara tras la administración del agente, 1 síndrome constitucional donde se des-

carto neoplasia o infección e inicio nuevo ciclo con ADM, 1 lupus-like con recuperación tras suspensión, 1 Tuberculosis miliar con estudio de infección latente correcto, con probable primo infección por alta probabilidad de contacto y 1 tumoración maxilar que está en estudio). De los 38 pacientes controles, el 86,84% (33) son mujeres y el 13,15% (5) son varones. Con una edad media al inicio del tratamiento de 53,5 ($\pm 12,39$) años. La evolución media de la enfermedad al inicio del tratamiento es de 6,26 ($\pm 7,21$) años. 35 (92,10%) padecen AR, 2 APS (5,26%) y 1 (2,63%) artritis indiferenciada. Los fármacos usados con mayor frecuencia son MTX (25 pacientes) y LFM (17 pacientes).

Conclusiones: Los datos son similares a los hallados en otros registros internacionales. Se requiere mayor número de pacientes, mayor diversidad de tratamientos, así como un periodo observacional más prolongado para corroborar los datos obtenidos.

311. RELACIÓN CAUSAL DE LA PATOLOGÍA METABÓLICA CON LA TENDINOPATÍA CALCIFICANTE DE HOMBRO

J. Rubio García^{1,2}, A. Quesada Muñoz¹, A. Morales Belmonte¹, M. Fernández Úbeda¹ y S. Navarro Martínez¹

¹FREMAP Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales N.º 61 de la Seguridad Social. ²Reumatología. ADESLAS. Córdoba.

Objetivo: Evaluar la prevalencia de la tendinopatía calcificante del manguito rotador en pacientes diagnosticados de diabetes mellitus.

Métodos: Estudio de prevalencia descriptivo. Revisamos muestra representativa de pacientes valorados en el ámbito de una mutua laboral y con diagnóstico mediante prueba de imagen selectiva (radiología simple y/o ecografía) de tendinopatía calcificante de hombro, desde año 2008 a 2011. De una muestra de 150 pacientes, con edades comprendidas entre 30 y 65 años, con media de edad de 47,5 años, de ambos sexos. Todos los pacientes fueron diagnosticados de tendinopatía calcificante del manguito rotador unilateral o bilateral mediante prueba de imagen radiológica y en la mayoría de los casos, ecográfica. Se revisaron historias clínicas, atendiendo a edad, comorbilidad metabólica, diagnóstico de tendinopatía calcificante de hombro y lateralidad o bilateralidad de las mismas.

Resultados: De los 150 pacientes evaluados, existía un diagnóstico previo de diabetes mellitus (DM) tipo I o tipo II en más de la mitad de los casos (88 DM frente a 62 sin Diabetes), las cuales se desglosaron en 8 DM tipo I y 80 DM tipo II. Hubo 80 tendinopatías calcificantes del manguito unilaterales frente a 70 bilaterales. El dato más impactante es que las 70 tendinopatías calcificantes bilaterales, correspondían a pacientes diagnosticados de DM, sin haber encontrado bilateralidad en pacientes no diabéticos. Desglosamos resultados obtenidos (tabla).

	30-40 años	41-50	51-60	> 60	Totales
General (150)	3	29	54	64	150
	U: 2	U: 13	U: 25	U: 40	U: 80
	B: 1	B: 16	B: 29	B: 24	B: 70
DM tipo I (8)	2	4	1	1	8
	U:1	U: 2	U: 0	U: 0	U: 3
	B: 1	B: 2	B: 1	B: 1	B: 5
DM tipo II (80)	0	18	33	29	80
	U: 0	U: 4	U: 5	U: 6	U: 15
	B: 0	B: 14	B: 28	B: 23	B: 63
No DM (62)	1	7	20	34	62
	U: 1	U: 7	U: 1	U: 34	U: 62
	B: 0	B: 0	B: 2	B: 0	B: 0

B: calcificación bilateral; U: calcificación unilateral.

Conclusiones: 1. Se observa una mayor prevalencia de tendinopatía calcificante del manguito rotador en población diabética tal y como se describe en la literatura. 2. La mayor tasa de tendinopatía calcificante de hombro, se da en diabéticos tipo II. 3. En nuestro estudio, todas las tendinopatías calcificantes bilaterales del manguito rotador,

se dieron en pacientes diabéticos. 4. No hemos encontrado diferencias significativas de lateralidad de calcificaciones en hombro en diabéticos tipo I. 5. Hubo un lógico aumento de prevalencia de tendinopatía calcificante de hombro en grupos de edad más altos, donde coincide una mayor incidencia de diabetes mellitus tipo II. 6. Con los resultados obtenidos, se puede concluir que la tendinopatía calcificante del manguito rotador es más frecuente en diabéticos, más del tipo II y sobre todo bilateral. 7. Serán necesarios estudios aleatorizados para confirmar perfiles de incidencia/prevalencia y lateralidad de tendinopatía calcificante del manguito rotador en pacientes diabéticos.

312. AUSENCIA DE PROGRESIÓN RADIOLÓGICA A LOS 2 AÑOS EN NUESTRA COHORTE DE PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS AXIAL NO RADIOLÓGICA EN TERAPIA ANTI-TNF

J.G. López-Velandia, M. Almirall, J. Pérez-Ruiz, J. Maymó, M.P. Lisbona, A. Pàmies, S. Iniesta y J. Carbonell

Servicio de Reumatología. Parc de Salut Mar. Barcelona.

Introducción: No se ha demostrado que la terapia anti-TNF tenga un efecto inhibitorio en la progresión radiológica a los dos años en pacientes con espondilitis anquilosante establecida y en los estudios que evalúan la progresión de pacientes con espondiloartritis axial no radiológica no siguen terapia biológica o lo hacen en un pequeño porcentaje. Nuestro objetivo es evaluar la progresión radiológica a los dos años, axial y en sacroilíacas, en nuestra cohorte de pacientes con espondiloartritis axial no radiológica en terapia con anti-TNF.

Material y métodos: Se seleccionaron, tras revisión sistemática de historias clínicas, 19 pacientes que cumplían criterios ASAS de espondiloartritis axial sin cumplir criterios radiológicos de espondilitis anquilosante (sacroileítis bilateral de al menos grado 2 o unilateral grado 3-4), que seguían terapia biológica anti-TNF y que tenían radiología basal y a los dos años de columna cervical y lumbar perfil y pelvis posteroanterior con el mismo tratamiento (sin modificación de dosis durante los dos años). Dos lectores (JL y MA) leyeron las radiografías simples, de columna vertebral cervical y lumbar según el método mSASSS y de articulaciones sacroilíacas según el sistema de gradación de los criterios de Nueva York modificados para espondilitis anquilosante, basales y a los dos años de seguimiento con el mismo tratamiento biológico, conociendo la secuencia temporal.

Resultados: De los 19 pacientes que cumplían criterios ASAS de espondiloartritis axial (6 rama imagen y 13 rama HLAB27) 12 seguían tratamiento con adalimumab, 2 con infliximab y 5 con etanercept y tenían radiología simple al inicio del tratamiento biológico y a los dos años con el mismo fármaco. Ningún paciente desarrolló ninguna lesión en columna durante los dos años con el mismo tratamiento, con índices mSASSS de columna cervical y lumbar de 0, inicial y a los dos años, según los dos lectores en todos los pacientes. Tampoco hubo progresión radiológica en articulaciones sacroilíacas en ningún paciente, por lo tanto todos seguían sin cumplir criterios radiológicos de espondilitis anquilosante a los dos años.

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes con espondiloartritis axial no radiológica en terapia con anti-TNF no se objetiva progresión radiológica, ni en columna y ni en sacroilíacas, a los dos años de seguimiento.

313. ESTUDIO DESCRIPTIVO OBSERVACIONAL DEL TRATAMIENTO DE LA EPICONDILITIS EN UN ÁREA SANITARIA LABORAL

J.V. Montes de Oca Mercader y S. López González

Hospital FREMAP. Sevilla.

Introducción y objetivo: Epicondilitis (epicondialgia) se manifiesta por dolor localizado en la inserción de los músculos epicondileos, Identificación de casos clínicos de epicondilitis y descripción de los

tratamientos utilizados para la curación clínica, aparecidos en un intervalo de tiempo, en un área sanitaria concreta en Sevilla.

Material y métodos: Se ha realizado una búsqueda de historias clínicas de pacientes atendidos durante un año natural en un centro asistencial hospitalario de accidentes laborales de Sevilla. Criterios de inclusión: confirmación de ubicación temporal entre los límites de fecha marcados. Diagnóstico de confirmación mediante ecografía de codo. Confirmación de finalización del proceso médico de la epicondilitis, entendiéndose como tal la ausencia de recidiva clínica. Criterios de exclusión: historia personal previa de epicondilitis lateral en el mismo codo. La falta de confirmación diagnóstica con ecografía. Proceso clínico abierto, con el paciente en tratamiento. Se identificaron 110 historias clínicas para el diagnóstico, valorándose 40 casos como válidos tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión.

Resultados: El 12,5% de los pacientes del estudio han resuelto su situación con tratamiento farmacológico (f). El 30% de los pacientes del estudio han resuelto su situación con una combinación de tratamiento farmacológico y rehabilitación (f+r). El 2,5% de los pacientes del estudio han resuelto su situación con una combinación de tratamiento farmacológico e infiltración (f+i). El 17,5% de los pacientes resolvieron su situación con una combinación de fármacos, rehabilitación e infiltración (f+r+i). El 10% de los paciente resolvieron su situación con una combinación de fármacos, rehabilitación y ondas de choque (f+r+o). El 22,5% de los paciente resolvieron su situación con una combinación de fármacos, rehabilitación, ondas de choque e infiltración.(f+r+o+i). El 5% de los pacientes precisaron fármacos, rehabilitación, ondas de choque, infiltración y finalmente cirugía. (f+r+o+i+c).

Conclusiones: Tras la valoración de los resultados obtenidos entendemos que solo el tratamiento con fármacos tanto orales, tópicos como ortesis resuelve pocos casos de epicondilitis en nuestro medio. La combinación de fármacos, rehabilitación e infiltración resuelve un 62,5%.

314. INFLUENCIA DE LOS POLIMORFISMOS RS12488654 EN EL GEN DEL TRAIL Y RS20576 EN EL GEN DEL TRAILR1A EN LA VARIABILIDAD DE RESPUESTA A INFLIXIMAB EN ARTRITIS PSORIÁSICA

S. García Rodríguez¹, M.J. Morales Lara¹, P. Conesa Zamora¹, M.J. Moreno Ramos², D. Torres Moreno¹, M.S. García Simón¹, M.J. Zamora Gimeno¹, M.J. González Candela¹, F. Pedrero Martínez¹, J. Nuevo García¹, F. Pedrero Martínez² y F. Rodríguez Martínez¹

¹Hospital General Universitario Santa Lucía-Santa María del Rosell. Cartagena. Murcia. ²Hospital General Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción: La apoptosis por la vía extrínseca parece ser un posible mecanismo de acción desencadenado por el infliximab, aunque existe controversia en la bibliografía. El TRAIL es un factor soluble que a través de su unión con el receptor contribuye al desencadenamiento del mecanismo citado anteriormente.

Objetivo: Evaluar la influencia de los polimorfismos rs12488654 en el gen del TRAIL y rs20576 en el gen del TRAILR1A en la variabilidad de respuesta a infliximab en pacientes diagnosticados de artritis psoriásica (APs) procedentes del área 1 de salud de la Región de Murcia.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo de una cohorte de pacientes diagnosticados de APs que inician tratamiento con infliximab. La evaluación de la respuesta al tratamiento con infliximab se realizó a través de los criterios EULAR basados en el cálculo del DAS28 a los 3, 6 y 12 meses desde el inicio del tratamiento. Según los criterios EULAR, los pacientes fueron clasificados como Buenos Respondedores (BR), Moderados Respondedores (MR)

y No Respondedores (NR). Para la detección de los polimorfismos se utilizaron sondas KASPar basadas en una PCR competitiva alelo específica empleando la tecnología FRET y un equipo de PCR a tiempo real 7500F de Applied Biosystems en placa de 96 pocillos. Todos los pacientes recibieron dosis de inicio de infliximab (5 mg/kg) a las 0, 2 y 4 semanas del inicio y posteriormente dosis de mantenimiento cada 8 semanas. El estudio estadístico se realizó a través del programa Epidat 3.1 disponible en la página web del servicio gallego de salud (sergas).

Resultados: En el estudio se incluyeron 13 pacientes (69,2% hombres) con una edad media de $49,31 \pm 10,26$ años. La distribución de genotipos para el polimorfismo rs20576 fue la siguiente: AA (50%), CA (50%) y CC (0%). A los 3 y 6 meses del inicio del tratamiento no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los genotipos, alelos y la respuesta a infliximab. Sin embargo, sí se encontraron a los 12 meses entre pacientes con genotipo AA [NR (50%); MR (16,7%); BR (33,3%)] y genotipo CA [NR (0%); MR (83,3%); BR (16,7%)] ($p = 0,0498$). Se observó un mayor porcentaje de BR en los pacientes con genotipo AA [3 meses (33,3%), 6 meses (33,3%) y 12 meses (33,3%)] que en genotipo CA [3 meses (16,7%), 6 meses (0%) y 12 meses (16,7%)], aunque estos resultados no fueron significativos. La distribución de genotipos para el polimorfismo rs12488654 fue la siguiente: AA (0%), GA (45,5%) y GG (54,5%). A los 3 y 6 meses del inicio del tratamiento no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los genotipos, alelos y la respuesta a infliximab. Aunque estas diferencias no fueron significativas, se observó que aquellos pacientes con genotipo GG [3 meses (66,6%), 6 meses (66,6%) y 12 meses (33,3%)] presentaban peores tasas de respuesta frente a aquellos pacientes con genotipo GA [3 meses (40%), 6 meses (40%) y 12 meses (20%)].

Conclusiones: La respuesta a infliximab en pacientes con APs podría estar influenciada por los polimorfismos rs20576 en el gen del TRAILR1A y rs12488654 en el gen del TRAIL, aunque este efecto únicamente se ha observado a los 12 meses del inicio del tratamiento. El pequeño tamaño muestral podría constituir una limitación al estudio, por ello sería necesario realizar nuevas series independientes de mayor tamaño muestral para poder confirmar estos resultados preliminares.

315. VALORACIÓN DE LA RAPIDEZ DE ACCIÓN CON EL USO DE CERTOLIZUMAB PEGOL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE ACTIVA A LOS 3 MESES DE INICIO DEL TRATAMIENTO: EXPERIENCIA EN PRÁCTICA CLÍNICA

V. Torrente-Segarra¹, J.M. Nolla², P. Armario³ y H. Corominas⁴

¹Reumatología. Coordinador Grup AR Baix Llobregat; ²Medicina Interna. Hospital General Hospitalet-CSI. Barcelona. ³Reumatología. Coordinador Grup AR Baix Llobregat. Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona. ⁴Reumatología. Hospital Moisès Broggi-CSI. Sant Joan Despí. Barcelona.

Introducción: Certolizumab pegol es un AntiTNF alfa de eficacia demostrada para el tratamiento de la artritis reumatoide, y debido a sus características moleculares podría presentar una muy buena eficacia de rápida aparición.

Objetivo: Evaluar la eficacia de certolizumab pegol (CZP) en pacientes con artritis reumatoide (AR) activa refractaria a FAME y/o terapia biológica a los 3 meses de iniciar CZP.

Métodos: Participación de los hospitales de la zona Baix Llobregat (CSU Bellvitge, HSJD M. Broggi, H. General Hospitalet), incluyéndose consecutivamente todos los pacientes que hayan recibido CZP debido a fallo de FAME y/o terapia biológica (según Consenso SER sobre el Uso de Terapias Biológicas en AR). Variables basales: edad, género, nº FAME previos, nº biológicos previos, dosis corticoides. A nivel basal y a los 3 meses se recogerán las siguientes variables:

NAD, NAI, VSG, VGP, DAS28, SDAI, niveles de FR y CCP. La variación entre la situación basal y los 3 meses se analiza mediante la prueba de rangos Wilcoxon en el caso de variables cuantitativas o la prueba de cambio de McNemar si las variables son dicotómicas. El valor de significación estadística se establece en $p < 0,05$. Todos los análisis se realizan con el programa estadístico SPSS 17.0.

Resultados: Se incluyeron consecutivamente 8 pacientes (100% mujeres; media edad $53 \pm 13,4$) que iniciaron tratamiento con CZP, el 100% usaron dosis de inducción. De las 7 pacientes que completaron 3 meses de seguimiento, 6 iniciaron CZP como 1º tratamiento biológico a fallo de 1 FAME (4 pacientes) o 2 FAME (3). Una paciente utilizó previamente adalimumab, seguido de etanercept. El 85,7% utilizaban corticoides orales previo al tratamiento, y a los 3 meses únicamente el 14,3% ($p = 0,063$), reduciéndose la dosis de los mismos en $10 \text{ mg/día} \pm 9,4$ de media ($p = 0,062$). En cuanto a la actividad clínica, el 100% presentaba un nivel de actividad moderado/alto a nivel basal (tablas). De forma significativa, el 57,1% presentó criterios de remisión clínica a los 3 meses mediante DAS28 y el 42,9% mediante SDAI, y el 28,6% actividad baja (ambas medidas) ($p < 0,05$). El 71,4% de las pacientes alcanzaron una buena respuesta EULAR. No hubo efectos adversos graves ni leves.

Tabla 1. Variables (media)

	VSG	PCR	FR (n = 5)	CCP (n = 5)	DAS28	SDAI	NAD	NAI	EGM	EGP
Basal	37,9	11,8	244,6	585,0	4,8	34,3	7,9	6,6	7,9	6,3
3 meses	28,1	3,9	276,6	286,6	3,0	11,6	4,1	1,4	2,0	2,9
Valor p	0,116	0,075	0,465	0,068	0,062	0,043	0,237	0,034	0,026	0,108

Tabla 2. Actividad (%)

	DAS28 basal	DAS28 3 meses	SDAI basal	SDAI 3 meses
Remisión	0	57,1	0	42,9
Baja	0	28,6	0	28,6
Moderada	85,7	0	14,3	14,3
Alta	14,3	14,3	85,7	14,3
Valor p		0,040		0,026

Tabla 3. Criterios respuesta EULAR a los 3 meses

	n	%
Sin Respuesta	0	0
Moderada	2	28,6
Buena	5	71,4

Conclusiones: La mayoría de nuestros pacientes con AR con actividad moderada/alta tratados con CZP con dosis de inducción presentaron una buena respuesta clínica a los 3 meses. De forma significativa, asociaron una reducción del NAI y SDAI, y una alta tasa de remisión/actividad baja mediante DAS28 y SDAI. En nuestra cohorte de pacientes tratados con CZP se ofrece como una alternativa muy rápida y eficaz en pacientes con AR que no han respondido satisfactoriamente a FAME en práctica clínica.

316. RESPUESTA A LA REDUCCIÓN DE DOSIS DE ANTI-TNF ALFA EN PACIENTES CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL ASOCIADA A ENTESITIS QUE ALCANZAN REMISIÓN CLÍNICA

V. Torrente-Segarra^{1,2}, X. Juanola Roura², S. Ricart¹, R. Bou¹, J. Antón López¹ y J.M. Nolla²

¹Unitat de Reumatologia Pediàtrica. Servei de Pediatria. Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat. Barcelona. ²Servei de Reumatologia. Hospital Universitari de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

Introducción: La entesitis-relacionada con artritis (ERA) es uno de los subtipos de la AIJ, y supone un 10-15% del total. En aquellos casos en que el tratamiento con AINE, sulfasalazina, metotrexate o corti-

Tabla Resumen 316

	Edad Inicio Enfermedad	Forma clínica	HLAB27	Reactantes de fase aguda	Tratamiento Inicial	Primer FAME	Primer anti-TNF	Tiempo total remisión enfermedad previo a la reducción de dosis (en meses)	Tiempo total reducción dosis -Dic'11 (en meses)
1	13 años	Periférica Poliartritis tobillos y MTF Entesitis Dactilitis	Positivo	Elevados	AINE, corticoides orales	Metotrexate	Etanercept	57	9
2	14 años	Mixta Oligoartritis asimétrica EEII	Positivo	Elevados	AINE, IIA	Metotrexate	Etanercept	12	6
3	11 años	Periférica Entesitis aquilea, rotuliana Artritis tobillo	Positivo	Normales	AINE, IIA	SSZ, Metotrexate	Etanercept	24	6
4	11 años	Mixta Oligoartritis Sacroileítis	Positivo	Normales	AINE, IIA	Metotrexate, SSZ	Adalimumab	12	5

coides no es suficiente para controlar la enfermedad se recomienda tratamiento con anti-TNF, aunque se desconoce el tiempo necesario de tratamiento una vez alcanzada la remisión.

Objetivo: Describir la respuesta a la reducción de dosis de anti-TNF en una serie de casos de AIJ-ERA una vez alcanzada la remisión clínica con medicación.

Pacientes y métodos: Descripción de 4 casos clínicos de pacientes con AIJ-ERA que recibieron tratamiento con anti-TNF alfa (dosis pediátricas $-0,4 \text{ mg/kg/2}$ veces semana etanercept; $< 40 \text{ kg}$ 20 mg/ semanas y $> 40 \text{ kg}$ 40 mg/2 semanas adalimumab; dosis alcanzada la mayoría de edad igual a la de adultos) a los que una vez alcanzada la remisión clínica con medicación durante al menos 12 meses, se redujo la dosis mediante el aumento del intervalo de dosificación (etanercept 50 mg/2 semanas; adalimumab 40 mg/4 semanas). Se considera remisión clínica con medicación (criterios Wallace) aquellos pacientes con al menos 6 meses de enfermedad inactiva (no artritis activa, PCR o VSG normales, valoración global de la enfermedad por el médico sin actividad). La tabla muestra las características de los pacientes, los tratamientos previos realizados, las dosis iniciales de tratamiento biológico, el tiempo de remisión de la enfermedad previa a la reducción de dosis y el tiempo que permanecen remisión tras la reducción. La dosis de anti-TNF se redujo a aquellos pacientes que permanecieron un mínimo de 12 meses en remisión clínica con medicación. Los pacientes fueron diagnosticados y controlados en una Unidad de Reumatología Pediátrica de tercer nivel (HSJD) y posteriormente remitidos a una Unidad de Transición de un Servicio de Reumatología de tercer nivel (HUB).

Resultados: Ver tabla.

Conclusiones: La reducción de dosis mediante aumento intervalo de dosificación parece una actitud terapéutica acertada en pacientes con AIJ-ERA seleccionados que han alcanzado la remisión clínica. Esto comporta una reducción del coste del tratamiento de estos pacientes con el mantenimiento de la efectividad y el consiguiente aumento de la eficiencia.

317. FRACTURA DEL ALA ILÍACA: ¿UNA FRACTURA OSTEOPORÓTICA?

I. Vázquez¹, E. Casado¹, M. Larrosa¹, C. Galisteo¹, N. Navarro¹, C. Orellana¹, A. Gómez¹, P. Torner² y J. Gratacós¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital de Sabadell. Corporació Sanitària Universitària Parc Taulí (UAB). Sabadell. Barcelona.

Introducción: Las fracturas de ramas pélvicas o de sacro son relativamente frecuentes entre las fracturas por insuficiencia de los pacientes con osteoporosis. Sin embargo las fracturas del ala ilíaca son muy infrecuentes, y la mayoría de casos descritos en la literatura corresponden a pacientes con osteoporosis ya tratados y con antecedentes de fracturas previas en otras localizaciones.

Objetivo: Describir las características clínicas y radiológicas de los pacientes con fracturas osteoporóticas del ala ilíaca diagnosticadas en los últimos años en el Hospital de Sabadell.

Pacientes y métodos: Estudio descriptivo. Se realizó una revisión de los pacientes derivados a consultas de Reumatología del Hospital de Sabadell (población referencia 400.000 habitantes) desde 1990, y con el diagnóstico de fractura por insuficiencia del ala ilíaca (sin traumatismo o como consecuencia de una caída de su propia altura). Una vez confirmada la presencia de la fractura del ala ilíaca se procedió a la revisión de la historia clínica del paciente, registrando datos clínicos, demográficos. Asimismo se revisaron los parámetros de metabolismo fosfo-cálcico de los pacientes en el momento posterior a la fractura y las radiografías de columna dorso-lumbar para descartar la presencia de fracturas vertebrales asociadas.

Resultados: Se registraron 5 fracturas del ala ilíaca en 4 pacientes (3 mujeres). Edad media $58,8 \pm 2,8$ años (rango 43-73). Una paciente presentó una fractura bilateral simultánea. En tres casos se observaron fracturas concomitantes del anillo pélvico (ramas pélvicas y/o sacro). Ninguna paciente había sido diagnosticada previamente de osteoporosis ni había presentado fracturas en ninguna otra localización. En todos los casos la clínica fue de dolor mecánico en nalga o ingle. Tres pacientes presentaban otros factores de riesgo diferentes a la edad: hipertiroidismo en un caso, infección por el VIH y terapia con antirretrovirales en el caso del varón y artritis reumatoide y corticoterapia crónica en otro de los casos. Tres de los cuatro pacientes presentaban un déficit de $25(\text{OH})\text{D}$ ($< 25 \text{ ng/ml}$), mientras que la PTH fue normal en todos los casos. Ningún paciente presentó fracturas vertebrales en la radiografía de columna dorso-lumbar.

Conclusiones: Las fracturas osteoporóticas del ala ilíaca en nuestra serie se presentan mayoritariamente en mujeres posmenopáusicas no diagnosticadas ni tratadas previamente para osteoporosis, con fracturas concomitantes del anillo pélvico, pero sin fracturas previas en otras localizaciones. La mayoría de los casos se observan en pacientes con factores de riesgo de fractura y déficit concomitante de vitamina D.

318. ELEVADA PREVALENCIA DE COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES EN PACIENTES CON ARTROSIS DE RODILLA

N. Navarro¹, C. Orellana¹, O. Solans², M. Moreno¹, I. Vázquez¹, E. Casado¹, J. Gratacós¹ y M. Larrosa¹

¹Servicio de Reumatología. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell. Barcelona. ²CSAP Vallès Occidental. Barcelona.

Introducción: Los pacientes con artrosis de rodilla (OAR), debido a factores como edad avanzada, limitación de la deambulación y/o elevada prevalencia de obesidad, se encuentran en riesgo incrementado de trastornos metabólicos y comorbilidades cardiovasculares

(CV), especialmente en pacientes con enfermedad avanzada y/o tratamiento quirúrgico. En un trabajo previo (XXXV Congreso SER 2009. Abstract 128), observamos una mayor prevalencia de factores de riesgo CV en pacientes con artrosis sintomática de rodilla controlados en atención primaria.

Objetivo: Evaluar la prevalencia de complicaciones CV (cardiopatía isquémica, accidentes cerebrovasculares) en pacientes con OAR sintomática remitidos a una consulta de Reumatología extrahospitalaria.

Métodos: Estudio transversal con pacientes de más de 50 años con OAR sintomática remitidos de forma consecutiva a una consulta de Reumatología en el ámbito extrahospitalario durante el periodo de 12 meses. A todos los pacientes incluidos se les recogieron los diagnósticos asociados a comorbilidad cardiovascular y/o alteraciones metabólicas (HTA, diabetes, cardiopatía isquémica, patología cerebrovascular, insuficiencia venosa y dislipemia). Los diagnósticos se obtuvieron a partir del registro informatizado de la Historia Clínica Compartida de Cataluña (HC3). Como grupo control se utilizaron pacientes del mismo rango de edad y sexo remitidos por patología de partes blandas.

Resultados: Se incluyeron 184 pacientes con OAR y 254 con patología de partes blandas; se excluyeron los pacientes con OAR que presentaban OA en otras localizaciones (caderas, manos). Las prevalencias de hipertensión, hiperglicemia/diabetes y obesidad resultaron superiores en los pacientes con OAR en comparación con el grupo control. Sin embargo, la frecuencia de diabetes/hiperglicemia y/o dislipemia no fueron diferentes entre los grupos. El síndrome metabólico resultó también más prevalente entre los pacientes con OAR (tabla). Al analizar la prevalencia de complicaciones y enfermedad CV tales como cardiopatía isquémica o enfermedad cerebrovascular, los pacientes con OAR también presentaban una mayor frecuencia en comparación con el grupo control (16/184 (8,7%) vs 9/254 (3,5%), $p < 0,05$).

	Artrosis rodilla (n = 184)	Controles (n = 254)	
% sexo femenino	79,3%	66,9%	
Edad (años)	67,9 ± 9,3	63,2 ± 8,4	
Diabetes	19%	18,1%	
Hipertensión	63%	39%	$p < 0,001$
Dislipemia	30,4%	29,5%	
Obesidad	34,2%	9,1%	$p < 0,001$
Síndrome metabólico	13,6%	5,1%	$p < 0,05$
Complicaciones CV	8,7%	3,5%	$p < 0,05$

Conclusiones: En el ámbito de atención primaria los pacientes con artrosis de rodilla sintomática presentaban una mayor frecuencia de factores de riesgo CV y síndrome metabólico y, lo que es más importante, las complicaciones cardiovasculares también resultaron más frecuentes en esta población.

319. CNSTREAM2: UNA HERRAMIENTA POTENTE PARA EL ESTUDIO DEL COMPONENTE GENÉTICO DE LAS ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS

A. Alonso, A. Julià, R. Tortosa y S. Marsal

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

Objetivo: En estos últimos años las tecnologías de genotipado masivo mediante microarrays han sido ampliamente utilizadas para la identificación de variaciones genéticas asociadas a la susceptibilidad de las enfermedades reumatológicas. Más concretamente, los microarrays Illumina basados en la tecnología BeadChip han permitido el desarrollo de estudios de asociación de genoma completo,

analizando entre 100.000 y 2.000.000 marcadores genéticos en busca de señales de asociación que permitan encontrar nuevas vías de investigación de los procesos y mecanismos de patogénesis. Si bien esta tecnología fue desarrollada para el genotipado de los polimorfismos de único nucleótido (i.e SNPs), ésta no es la única fuente de variación genética que puede ser medida con esta tecnología. Paralelamente a la aparición de los microarrays se han ido desarrollando métodos que también permiten la utilización de esta tecnología para detectar y analizar variaciones en el número de copias (CNVs) en segmentos de ADN, eso sí, con un decremento en la precisión comparado con las SNPs debido a las limitaciones propias de la tecnología. Con el objetivo de mejorar el genotipado de CNVs y de SNPs en la plataforma Illumina hemos desarrollado el software CNstream2.

Métodos y resultados: Se han introducido diferentes mejoras respecto a la primera versión del software publicado en 2010 (Alonso et al. Bioinformatics 2010). CNstream2 aprovecha el análisis conjunto de varias muestras para la asignar un índice de probabilidad relativo al número de copias en cada sonda para cada muestra. La precisión en la asignación de CNVs se incrementa mediante el análisis conjunto de los índices de probabilidad de cada muestra sobre diversas sondas consecutivas y cercanas, de manera que cualquier delección o una amplificación debe ser detectada en la mayoría de las sondas dentro de un segmento de ADN. Las mejoras introducidas en el software, además de presentar mejoras en sensibilidad y precisión, han incrementado la eficiencia computacional del mismo reduciendo en un factor 1:10 el tiempo necesario para un análisis de genoma completo (i.e. 5.000 individuos y 600.000 sondas en menos de 12 horas comparadas con las > 100 horas necesarias en la versión anterior). Los resultados obtenidos por nuestros análisis con muestras de referencia HapMap muestran un incremento substancial en la sensibilidad y la precisión de la asignación de genotipos y CNVs en todas las versiones de microarray testeadas respecto a otros métodos ya consolidados y ampliamente utilizados.

Conclusiones: CNstream2 es una potente herramienta para investigadores biomédicos que realicen estudios de asociación de genoma completo utilizando microarrays Illumina y que quieran aumentar el poder de análisis de sus estudios.

320. ¿EXISTEN DIFERENCIAS EN CALIDAD DE VIDA, SINTOMATOLOGÍA Y CONDICIÓN FÍSICA ENTRE LOS DISTINTOS GRADOS DE OBESIDAD EN MUJERES CON FIBROMIALGIA?

V.A. Aparicio^{1,3}, A. Carbonell-Baeza^{1,4}, D. Munguia⁵, D. Camiletti^{1,3}, I. Álvarez-Gallardo¹, V. Segura-Jiménez¹, A. Romero-Zurita¹, J.R. Ruiz¹, F.B. Ortega^{1,2} y M. Delgado-Fernández¹

¹Departamento de Educación Física y Deportiva. Facultad de Ciencias del Deporte. Universidad de Granada. ²Department of Biosciences and Nutrition. Unit for Preventive Nutrition. NOVUM. Karolinska Institutet. Suecia. ³Departamento de Fisiología e Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos. Universidad de Granada. ⁴Departamento de Educación. Facultad de Ciencias del Deporte. Universidad de Cádiz. ⁵Departamento de Expresión Corporal, Plástica y Musical. Universidad Pablo de Olavide. Sevilla.

Introducción: Las enfermas de fibromialgia (FM) con sobrepeso u obesidad presentan una peor calidad de vida (CV), sintomatología y condición física.

Objetivo: Examinar la CV, sintomatología y condición física de enfermas de FM atendiendo al grado de obesidad.

Métodos: De un total de 203 mujeres con FM y 124 control, solo las obesas fueron incluidas en el análisis estadístico (n = 89 vs 44, respectivamente). La altura fue estimada mediante un tallímetro (Seca

22) y el peso con un bioimpedanciómetro (InBody 720). El índice de masa corporal (IMC) fue calculado como el peso dividido por la altura al cuadrado. La muestra fue categorizada en base a su grado de obesidad siguiendo el criterio internacional de IMC: obesidad I (30,0-34,99 kg/m²), obesidad II (35,0-39,99 kg/m²) y obesidad III (= 40,0 kg/m²). La CV fue valorada mediante el Cuestionario General de Salud "Short-Form-36 Health Survey" (SF36) y la sintomatología de la FM por el "Fibromyalgia Impact Questionnaire" (FIQ). Para la valoración de la capacidad cardiorrespiratoria, fuerza de miembros superiores e inferiores, flexibilidad, agilidad y equilibrio se emplearon test estandarizados.

Resultados: No se observaron diferencias en CV, impacto de la FM, ni condición física, entre las distintas categorías de obesidad en enfermas de FM. Las obesas con FM fueron más pesadas y altas que el grupo de obesas control y mostraron mayor prevalencia de obesidad tipo III ($p < 0,01$). Todas las dimensiones de CV, estimadas por SF36, fueron peores en el grupo de enfermas ($p < 0,001$). Entre las variables de condición física analizadas, las pacientes de FM presentaron una menor fuerza de piernas y brazos, flexibilidad de miembros superiores y capacidad cardiorrespiratoria ($p < 0,001$).

Conclusiones: La ausencia de diferencias entre los grados de obesidad en mujeres con FM podría indicar que mantenerse en normopeso y evitar cualquier tipo de obesidad podría promover un mejor manejo de la FM. Futuros estudios con una mayor muestra confirmarán o contrastarán estos resultados.

321. PERFIL BASAL CARACTERÍSTICO DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE A LOS QUE SE DEBE RETIRAR EL TRATAMIENTO CON TOCILIZUMAB POR EFECTOS ADVERSOS

C. Díaz-Torné¹, M.A. Ortiz², C. Geli¹, J.M. Llobet¹, E. Cantó², A. Laiz¹, E. Pérez², C. Juárez², C. Díaz-López¹ y S. Vidal²

¹Unitat de Reumatologia; ²Servei d'Immunologia i Fundació de Recerca. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Objetivo: Identificar las características basales, tanto clínicas como de laboratorio de los pacientes con artritis reumatoide a los que se debe suspender el tratamiento con tocilizumab por efectos secundarios en las primeras 24 semanas.

Métodos: Estudio prospectivo de 27 pacientes con artritis reumatoide (ACR 87) que fueron tratados con tocilizumab (8 mg/kg cada 4 semanas). Previo al inicio del tratamiento se recogieron las características demográficas (sexo y edad), clínicas (tratamiento actual, DAS28, EVA dolor y médico, años de evolución, HAQ, FAMES y terapias biológicas previas) y de laboratorio (FR, anti-CCP, VSG, plaquetas y recuentos leucocitarios y de subpoblaciones linfocitarias).

Resultados: Se compararon los datos de los seis pacientes a los que se les retiró el fármaco por efectos secundarios (alergia (3), neutropenia (2) y HTA) con los 21 restantes. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los valores de DAS28 (4,87 vs 5,81; $p 0,068$) y VSG (47,8 vs 53,5 mm/h; $p 0,552$). Los enfermos con efectos secundarios presentaban una PCR basal inferior respecto a los enfermos que no (8,5 vs 27,8 mg/L; $p 0,01$). No se encontraron diferencias en edad, años de evolución, HAQ o número de FAMES o terapias biológicas previas. No se encontraron diferencias entre los enfermos en monoterapia o con tratamiento con FAMES concomitante, ni entre las combinaciones con metotrexate o leflunomida (1/8 vs 3/7; $p 0,3$). Aunque no se observó leucopenia o neutropenia al inicio del tratamiento, los pacientes que padecieron efectos secundarios presentaban un número de leucocitos ($5,4$ vs $8,7 \times 10^9/L$; $p 0,006$) y neutrófilos inferior ($2,75$ vs $5,9 \times 10^9/L$; $p < 0,001$). El nivel de IgM fue menor en los enfermos con efectos secundarios (94 vs 155 mg/100 ml; $p 0,087$) aunque sin hallarse

diferencias estadísticamente significativas. Los enfermos que habían padecido efectos secundarios presentaron títulos de factor reumatoide (186 vs 458; $p 0,21$) y de anti-CCP (90 vs 1008; $p 0,003$) inferiores a los que no.

Conclusiones: Los resultados de esta serie identifican algunos factores de riesgo asociados al desarrollo de efectos adversos al tratamiento con tocilizumab. Estos son: PCR baja, FR y anti CCP bajos o negativos, IgM baja y niveles de leucocitos y neutrófilos en los niveles bajos de normalidad. Se trata de resultados preliminares, y sería conveniente aumentar el número de participantes en el estudio para aumentar la potencia estadística e intentar homogeneizar los efectos secundarios padecidos.

322. ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO PARA LA PREVENCIÓN DE FRACTURAS OSTEOPORÓTICAS EN LOS PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA

L. López-Vives, P. Estrada, I. Martín-Esteve, A. Coscujuela, A. Montero y C. Gómez-Vaquero

Servicio de Reumatología; Servicio de Traumatología; Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

Introducción: La prevención y el tratamiento de la fractura osteoporótica son acciones prioritarias, dado el envejecimiento progresivo de la población y su gran impacto socioeconómico. Aunque disponemos de fármacos con eficacia antifracturaria demostrada, la osteoporosis (OP) continúa siendo infradiagnosticada y una proporción relevante de pacientes no reciben tratamiento. En concreto, en relación con la fractura de cadera, se ha descrito un "vacío" terapéutico tanto en la prevención primaria, antes de la fractura, como secundaria, una vez acontecido el evento.

Objetivo: Analizar el manejo de la prevención de fractura osteoporótica en pacientes con fractura de cadera antes y después del evento fractuario en práctica clínica habitual.

Materiales y métodos: Desde el 1 de marzo de 2009 al 31 de diciembre de 2010, en todos los pacientes ingresados por fractura de cadera en un hospital universitario terciario, de forma prospectiva, se recaba la información necesaria para la valoración correcta de la OP del paciente: ingesta dietética de calcio, antecedentes de fracturas osteoporóticas, antecedentes familiares de OP y posible existencia de una OP secundaria mediante estudio del metabolismo fosfo-cálcico. Los factores determinantes para decidir la indicación y el tratamiento para prevenir fracturas al alta son la calidad de vida previa, las enfermedades concomitantes, la expectativa de vida y la posible existencia de contraindicaciones. En este estudio, se analizan: a) al ingreso: antecedentes de fractura de bajo impacto previa, realización de densitometría ósea, diagnóstico de OP, suplementos de calcio y vitamina D, tratamientos antirresortivos u osteoformadores (TAO) recibidos; b) al alta: tratamiento pautado; y c) en el seguimiento telefónico a los 3 meses y al año: tratamiento que está realizando el paciente.

Resultados: Se incluyeron un total de 425 pacientes de los cuales 28% eran hombres y 72% mujeres, con una edad media 83 ± 8 años. Setenta y siete pacientes (18%) refirieron haber sido diagnosticado de OP. Ciento cuarenta y cuatro (39%) habían presentado una fractura osteoporótica. A 39 (11%) se había practicado una densitometría. Ochenta y ocho pacientes (23%) habían recibido tratamiento con suplementos de calcio y vitamina D. Sesenta pacientes (19%) habían recibido TAO; 56 (14%) tomaban algún TAO en el momento de ingreso (bifosfonatos: 80%, ranelato de estroncio: 14%; calcitonina: 6%). El 30% de los pacientes con fractura previa recibía TAO a diferencia del 14% de los no fracturados ($p < 0,001$); el 84% de los pacientes que había presentado una fractura de

cadera previa no recibía TAO. La administración de TAO no se relacionó con la edad ni con el estatus cognitivo o funcional previo. Al alta, se indicó TAO en 244 pacientes (63%): bifosfonatos: 88%, ranelato de estroncio: 11%; teriparatida: 1%. En el seguimiento a los 3 meses del alta, 155 (48%) recibían TAO: bifosfonatos: 85%, ranelato de estroncio: 13%, raloxifeno: 2%, teriparatida: 1%. En el seguimiento al año del alta, 139 (47%) recibían TAO: bifosfonatos: 85%, ranelato de estroncio: 9%, raloxifeno: 3%, teriparatida: 3%, calcitonina: 1%.

Conclusiones: En una población de alto riesgo de fractura, la frecuencia de tratamiento para la prevención de fracturas es muy baja independientemente de la edad y del estatus cognitivo y funcional previo. La persistencia del tratamiento después del alta desciende pero es superior a la descrita en estudios anteriores.

323. ENFERMEDAD DE STILL: A PROPÓSITO DE 30 CASOS

B. Tejera, D. Grados, M. Martínez-Morillo, A. Riveros, S. Rodríguez, A. Olivé, L. Mateo, S. Holgado y X. Tena

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

Introducción: La enfermedad de Still del adulto (ESTA) se caracteriza por picos febriles con rash evanescente, artritis y/o artralgiás que se asocia con odinofagia, adenopatías y hepatoesplenomegalia. Cursa con leucocitosis, neutrofilia, anemia y aumento de los reactantes de fase de aguda. La etiología es desconocida. No existe ninguna prueba de laboratorio patognomónica. El diagnóstico es difícil y de exclusión.

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

Pacientes y métodos: Diseño retrospectivo (1978-2011). Hospital universitario con un área de referencia de 800.000 habitantes. Se revisan las historias clínicas de los pacientes procedentes de la base de datos del servicio de Reumatología. Criterios de inclusión: criterios de Yamaguchi.

Resultados: Se diagnosticaron 30 pacientes: 9 hombres (30%) y 21 mujeres (70%). La media de edad en momento diagnóstico fue 39,9 (18-68). Todos presentaron fiebre con exantema asociado, a excepción de 3 pacientes, que cursaron sin exantema. La odinofagia se presentó en todos los casos menos en uno. Predominó el patrón poliarticular (22 pacientes, 73,3%) frente al oligoarticular (3 pacientes, 9,7%); en 5 pacientes no se objetivó artritis aunque las artralgiás se manifestaron en el 96,7% de los casos. Doce pacientes tenían adenopatías y 11 esplenomegalia; siete pacientes presentaban ambos signos clínicos. La serositis fue poco frecuente, afectando sólo a tres pacientes. En los datos de laboratorio se observó: leucocitosis con neutrofilia (22 pacientes, 73,3%), anemia con hemoglobina = 12 g/dl (15 pacientes, 50%), siendo la cifra media de hemoglobina de 11,5 g/dl; transaminitis (9 pacientes, 1%), ferritina elevada con una media de 6.614 ng/ml en 19 pacientes (63,3%). La VSG se determinó en 29 pacientes y se halló elevada en 24 (80%), siendo la media de 77,4 mm ± 39,8 en la primera hora. La PCR se determinó en 26 de los casos, hallándose elevada en 21 pacientes (70%). Se realizaron radiografías óseas simples según la afectación articular, siendo normales en 23 pacientes (76,7%). El tratamiento realizado fue: ácido acetilsalicílico y/o AINES (90%); glucocorticoides, (76,7%); otros fármacos modificadores de la enfermedad (FAME), 15 pacientes (50%); tratamiento biológico en 6 pacientes (20%). Tiempo medio de seguimiento: 88 meses. La forma de evolución de la enfermedad fue policíclica en 15 pacientes (50%) y monocíclica en la otra mitad de casos. Remisión de la enfermedad durante el seguimiento en 27 pacientes (90%).

Conclusiones: Las características clínicas de la presente serie, no difieren de las descritas por otros autores. Los síntomas más frecuentes fueron la fiebre, el exantema, las artralgiás y la odinofagia. En analítica destacó la leucocitosis y la elevación de VSG y ferritina. Todos recibieron tratamiento, la mayoría con AAS y glucocorticoides. Un alto porcentaje de pacientes (90%) presentó remisión de la enfermedad.

324. ARTRITIS SÉPTICA, PIOMIOSITIS Y OSTEOMIELITIS POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILÍN SENSIBLE, CEPA PRODUCTORA DE LEUCOCIDINA DE PANTON-VALENTINE

M. Troche Duarte, L. Casas Hernández y B. González Álvarez

Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. Tenerife.

Introducción: La piomiositis es una infección aguda bacteriana que afecta al músculo estriado, con frecuente abscesificación, cuyo agente más frecuentemente implicado es el *Staphylococcus aureus* (SA). Aquí presentamos el caso de un varón joven que padece una artritis séptica de rodilla complicada con piomiositis y osteomielitis, por SA meticilín-sensible, agresiva y con mala respuesta terapéutica, aislándose una cepa productora de leucocidina de Pantón-Valentine (LPV). La LPV es una exotoxina específica del SA con propiedades leucotóxicas, que otorga mayor virulencia al SA, produciendo necrosis hística y formación de abscesos. Aproximadamente sólo un 1% de las cepas generan esta toxina con predominio en las formas resistentes a meticilina. La prevalencia de cepas LPV en *Staphylococcus aureus* meticilín sensible (SAMS) en España es desconocida.

Caso clínico: Varón de 35 años de edad, portador de Hepatitis B positivo, ingresa en nuestro centro por dolor, tumefacción e impotencia funcional en rodilla izquierda, de un mes de evolución sin mejoría con AINE. El cuadro se acompaña de fiebre de 38 °C, leucocitosis con desviación izquierda y aumento de reactantes de fase aguda (PCR: 10,5 mg/dl). Se realiza lavado articular obteniéndose un líquido de aspecto purulento y de características infecciosas (190.945 leucocitos con 97% de neutrófilos, glucosa 2, proteínas 41 y LDH 10.844). Cultivo positivo para SAMS. Se instaura tratamiento antibiótico de forma empírica desde el ingreso con cloxacilina 2 g iv c/4h. Permanece afebril con tratamiento antibiótico, pero a los 15 días del ingreso presenta de forma aguda cuadro de tumefacción importante en miembro inferior izquierdo desde raíz de muslo hasta rodilla, detectándose en TAC múltiples colecciones en ambos cuádriceps, en contacto con cortical del fémur, compatible con piomiositis. Se realiza drenaje quirúrgico, siendo el cultivo positivo para SAMS productor de LPV. Se inicia tratamiento con vancomicina 1 g iv c/12h. Tras ajuste de tratamiento presenta mejoría clínica y analítica (PCR 1,9 mg/dl), pero ante la sospecha de osteomielitis se solicita gammagrafía ósea y resonancia magnética, confirmando la presencia de osteomielitis a nivel metafiso-diafisario de fémur izquierdo, así como persistencia de colecciones en cuádriceps adyacente. Ante estos hallazgos radiológicos se modifica el tratamiento antibiótico (se cambia a linezolid 600 mg c/12h iv) y se realiza nuevo drenaje quirúrgico de la extremidad inferior izquierda, extrayéndose abundante material purulento tanto en fémur como en planos musculares. Con el nuevo esquema antibiótico, el paciente presenta buena evolución clínica y analítica, permitiéndose el alta hospitalaria.

Conclusiones: El caso que presentamos sugiere que ante infecciones musculoesqueléticas por *Staphylococcus aureus* con mala evolución a pesar del tratamiento, es recomendable determinar la presencia de cepas altamente virulentas como la cepa productora de LPV. La información epidemiológica sobre cepas productoras de LPV en España es escasa, por lo que futuros estudios nos ayudarían a estimar su frecuencia e implicación pronóstica en nuestro país.

325. ESTUDIO DE LA TOXICIDAD OCULAR EN UNA MUESTRA DE PACIENTES TRATADOS CON ANTIPALÚDICOS

R. González Molina¹, A. Haro Martínez¹, D. Palma Sánchez¹, S. Soro Marín¹, M. Mayor González¹, E. Rubio² y E. Mené Fenor³

¹Reumatología; ²Oftalmología; ³Medicina Interna. Hospital Rafael Méndez. Lorca. Murcia.

Introducción: Los antipalúdicos son considerados medicamentos seguros y bien tolerados y con escaso riesgo de efectos secundarios. La hidroxiclороquina (HCQ) se considera más segura pero menos eficaz que la cloroquina (CQ), si bien, la elección de una u otra sigue siendo tema de debate y depende en general de la experiencia acumulada. Ambas pueden producir toxicidad ocular por depósito corneal y retiniano. Este último produce alteraciones irreversibles de la visión y el paciente puede no percibir su presencia de forma temprana por lo que se recomiendan revisiones oftalmológicas periódicas (An Med Intern. v.19 n.4 Madrid abr. 2002).

Objetivo: Estudio de la prevalencia de toxicidad ocular en los pacientes tratados con antipalúdicos de un Hospital General Universitario.

Métodos: Se realiza un estudio retrospectivo de 39 pacientes tratados con antipalúdicos en nuestro centro y que son remitidos a la consulta de Oftalmología para estudio de probable toxicidad ocular secundaria. A todos se les realiza anamnesis completa, agudeza visual, examen de polo anterior, examen de fondo de ojo, campo visual con patrón macular, spectral domain optical coherence tomography (SD-OCT) y, en caso de presentar indicios de toxicidad, electroretinografía siguiendo las recomendaciones actualizadas de la Academia Americana de Oftalmología publicadas en 2011 (Ophthalmology. 2011;118:415-22).

Resultados: De los 39 pacientes, cinco pacientes presentaron alteraciones en la SD-OCT y dos alteraciones del fondo de ojo. De estos pacientes con retinopatía, 4 han sido tratados con CQ y uno con HCQ. La duración media del tratamiento con antipalúdicos es de 2,37 años y la dosis acumulada más alta de CQ de 1.460 g y de HCQ de 292 g; sus otras características se detallan en la tabla. No existe una asociación estadísticamente significativa entre la afectación ocular y el sexo, la edad, el diagnóstico, la duración o la dosis del tratamiento con $p > 0,05$.

Conclusiones: La muestra es pequeña para demostrar datos estadísticamente significativos, pero comprobamos que la CQ ha producido la mayoría de casos de retinopatía, y la prueba más sensible para detectarlo ha sido la SD-OCT. La toxicidad ocular aumenta con una dosis acumulada de 1.000 g de HCQ o diaria superior a 400 mg, circunstancia que en nuestra muestra no se ha dado. Las últimas recomendaciones sobre el screening de retinopatía por antipalúdicos recomiendan realizar pruebas más sensibles que el fondo de ojo, como la SD-OCT, para la detección precoz de toxicidad ocular. Es fundamental una relación fluida entre especialidades para el seguimiento adecuado de los pacientes tratados con antipalúdicos y la detección precoz de retinopatía.

Tabla Resumen 325

Edad	Sexo	Diagnóstico	CQ mg/kg/día	CQ dosis acumulada	HCQ mg/kg/día	HCQ dosis acumulada	Síntomas (déficit agudeza visual)	Agudeza visual	Fondo de ojo	Campo visual	SD-OCT	ERG
66	Mujer (M)	LES	3,125	426,25	2,5	292	Sí	OD: 0,25 OI: 0,12	Ojo de buey	Escotoma denso	Alterada	Alterada
46	M	LES	3,57	912,5			No	OD: 1 OI: 0,9	Ojo de buey	Escotoma paracentral	Alterada	Alterada
60	M	AR	6,25	1.460			Sí	OD: 0,5 OI: 0,8	Alteraciones leves	Escotoma denso	Alterada	Alterada
41	M	AR	3,125	360	5	201,6	No		Normal	Escotoma paracentral	Alterada	Normal
47	M	AR			5,71	134,4	No	OD: 1 OI: 0,8	Alteraciones leves	Normal	Alterada	Normal

326. ESTUDIO DE SUBPOBLACIONES LINFOCITARIAS TIPO B –EN POBLACIÓN SANA– UTILIZANDO CITOMETRÍA DE FLUJO. POBLACIÓN CONTROL PARA ESTUDIOS DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES

A. Muñoz, M. León, F. Gallo, J.A. Paz, R. Martínez, J. Uceda, S. Rodríguez, M.L. Velloso, N. Cid, R. Hernández, P. González, L. Mayordomo, E. Rejón y J.L. Marengo

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

Introducción y objetivo: La citometría de flujo es una técnica muy utilizada hoy día para la determinación de subpoblaciones celulares en el estudio de enfermedades autoinmunes, infecciosas y tumorales. Se trata de una técnica que identifica grupos celulares dependiendo de los receptores de membrana y nucleares, a los que se unen específicamente unos anticuerpos que emiten fluorescencia (fluorocromos) al ser estimulados con un láser. Nuestro objetivo es estudiar las medias y medianas de subpoblaciones de linfocitos B en población sana, para de este modo tener unos límites de referencia con los que comparar a la hora de realizar estudios en poblaciones con enfermedades autoinmunes.

Material y métodos: Se estudiaron 50 pacientes sanos. Hombre/mujer: 25/25. Edad: 18-65 años. Se comprobó que ninguno tuviera enfermedad autoinmune (a través de un cuestionario e historia clínica) ni ninguna enfermedad o situación que cause linfopenia o linfocitosis (a través de control analítico). A todos ellos se les realizó citometría de flujo tras la extracción sanguínea, usando sustancia lisante (FACS Lysis) antes del marcaje con los fluorocromos. Los fluorocromos utilizados fueron: CD3, CD19, CD38, CD27 e IgD y las subpoblaciones valoradas fueron: Naive, Double negative (DN), Unswitched memory, Switched memory, Bm1, Bm2, Pre-Germinal Cell (PreGC), Bm 3y4, Late Bm5 y Early Bm5.

Resultados: Ver tabla.

Subpoblaciones	Media	Desviación típica	Mediana
Naive	70,46	8,06	73,70
DN	4,05	2,08	4,66
Unswitched memory	9,65	5,33	10,05
Switched memory	11,38	4,62	11,00
BM1	7,82	9,29	5,10
BM2	73,14	10,71	73,05
PRE-GC	2,90	1,61	2,89
BM3+4	0,56	0,53	0,44
Late BM5	3,17	2,74	2,50
Early BM5	9,12	4,93	9,21

Conclusiones: Conocer las medias, medianas y desviaciones típicas de las subpoblaciones linfocitarias tipo B, es importante de cara a comparar estos resultados con aquellos obtenidos en los estudios sobre pacientes con enfermedades autoinmunes (lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide, espondilitis anquilosante...). En la mayoría de las ocasiones, las conclusiones que se obtienen tras el estudio con citometría de flujo se basan en conocer cómo varían estas subpoblaciones respecto a la población sana, para así obtener

conclusiones de cuáles son las más implicadas en la patogenia de la enfermedad. Creemos, por tanto, importante profundizar en estudios de este tipo que aclaren aún más situaciones de normalidad en el mundo de la citometría de flujo; técnica que cada vez está tomando más importancia en el conocimiento de las enfermedades autoinmunes.

327. ¿ERES FELIZ EN EL HOSPITAL DE DÍA?

A.M. Lázaro Fernández y C.M. Domingo Felici

Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona.

Introducción: Se ha realizado una encuesta a 30 pacientes que habitualmente acuden al Hospital de Día del Hospital Universitario de Bellvitge, con edades comprendidas entre 31 y 72 años. 19 eran mujeres y 11 eran varones. El 70% de los encuestados tienen artritis reumatoide, el 23% espondilitis anquilosante y el 3,33% enfermedad de Still. La evolución de su enfermedad es entre 1 y más de 5 años. Los pacientes encuestados acuden al Hospital de Día para la administración de infliximab, tocilizumab y abatacept.

Objetivo: 1. Conocer el nivel de satisfacción de los usuarios respecto a la gestión de Hospital de Día. 2. Conocer el nivel de interferencia en sus actividades diarias el tener que acudir al Hospital de Día regularmente. 3. Conocer como el tratamiento biológico ha mejorado o no su calidad de vida.

Resultados: El 100% de los pacientes encuestados esperan menos de 20 minutos desde que llegan hasta que se les administra su tratamiento. El 100% de los pacientes lo consideran poco o aceptable. El 100% de los pacientes refieren no estar más de 2 horas en el Hospital de Día desde que llegan hasta que finaliza su tratamiento. Sólo 1 paciente refiere problemas de accesibilidad al Hospital de Día de los 30 pacientes encuestados. El 60% de los pacientes encuestados refieren un nivel bajo de interferencia al acudir al Hospital de Día con sus actividades diarias. El 100% de los pacientes consideran positivo el acudir al Hospital de Día. Respecto a cómo el tratamiento biológico ha mejorado o no sus capacidades y habilidades: vestirse solo incluyendo atarse los zapatos: el 76% refieren mejoría. Abrocharse y desabrocharse la ropa: el 80% de los pacientes refieren mejoría. Acostarse y levantarse de la cama: el 76,6% de los pacientes refieren mejoría. Levantar una taza llena y llevársela a la boca: el 83,3% de los pacientes refieren mejoría. Caminar fuera de casa, sobre un terreno plano: el 76,6% de los pacientes refieren mejoría. Lavarse y secarse el cuerpo: el 80% de los pacientes refieren mejoría. Agacharse y recoger ropa o algo del suelo: el 63,3% de los pacientes refieren mejoría. Abrir y cerrar las llaves del agua: el 73,2% de los pacientes refieren mejoría. Subir y bajar del coche: el 66,6% de los pacientes refieren mejoría. Participar en juegos y deportes como Ud. quisiera: el 26,6% de los pacientes refieren mejoría. Dormir bien por las noches y tener un sueño reparador: el 56,6% de los pacientes refieren mejoría. Controlar sus nervios o ansiedad: el 40% de los pacientes refieren mejoría. Controlar sus sentimientos de depresión o melancolía: el 43,3% de los pacientes refieren mejoría.

Conclusiones: En general, todos los pacientes están satisfechos con la gestión del Hospital de Día. El tiempo de espera para la administración del tratamiento lo consideran adecuado. Y el tiempo que permanecen en el Hospital de Día también lo consideran adecuado. Hay que resaltar que el 100% de los pacientes consideran positivo el acudir al Hospital de Día. Respecto a las cuestiones si han notado una mejoría en la realización de sus actividades diarias se puede afirmar que el tratamiento biológico introduce mejora en sus actividades diarias. Excepto en 3 ítems: en el dormir, en controlar sus nervios y en controlar sus sentimientos de depresión. A partir de estos resultados podríamos decir que los pacientes también necesitan un apoyo psicológico en el paso de su enfermedad.

328. ¿ES EFECTIVA LA REDUCCIÓN DE DOSIS DE ETANERCEPT Y ADALIMUMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE?

R. Martínez-Pérez, S. Rodríguez-Montero, A. Muñoz, J. Uceda, M. León, F. Gallo, M.L. Velloso y J.L. Marengo

Servicio de Reumatología. Hospital Nuestra Señora de Valme. Sevilla.

Objetivo: Evaluar la efectividad y la capacidad funcional de los pacientes con Artritis Reumatoide en tratamiento con biológico tras reducción de dosis.

Métodos: Estudio retrospectivo sobre una cohorte de 13 pacientes diagnosticados de artritis reumatoide, en tratamiento con anti-TNF (10 pacientes con etanercept y 3 con adalimumab) y con una remisión clínica (DAS28 < 2,6) en los últimos 6 meses, en los que se reduce la pauta de dosificación. La actividad clínica fue evaluada mediante el índice de actividad clínica (DAS28), para la capacidad funcional se empleó el cuestionario de evaluación de salud (HAQ) y otra de las variables estudiadas fue la escala analógica visual (EVA). Estas variables se recogieron en el momento previo a la reducción y a los 3 y 6 meses tras la misma. El estudio estadístico se analizó mediante el SPSS18.0 para Windows.

Resultados: El estudio incluye 13 pacientes, 10 en tratamiento con etanercept y 3 con adalimumab. 12 eran mujeres frente a un hombre. El 90% presentaban factor reumatoide positivo y un 40% erosiones radiográficas. El 40% habían recibido antes de iniciar tratamiento biológico 4 FAMES. La reducción de dosis en el grupo de etanercept fue de 2 inyecciones semanales a una inyección cada 5 días. En el caso de adalimumab la pauta empleada fue de una inyección cada 20 días. Se analizan los resultados en función del fármaco biológico empleado (tabla). De los 10 pacientes en tratamiento con etanercept 4 volvieron a su pauta habitual, así como 2 de los 3 pacientes con adalimumab.

	Basal	3 meses	6 meses	Inferencia
EVA (mm)	23,08 ± 17,02	29,31 ± 18,69	23,50 ± 16,33	p = 0,670
HAQ	0,69 ± 0,59	0,85 ± 0,61	0,76 ± 0,69	p = 0,001
DAS28	2,24 ± 0,36	2,64 ± 0,85	2,65 ± 0,58	p = 0,51

Conclusiones: La reducción de dosis etanercept y adalimumab en pacientes con artritis reumatoide en los que se ha conseguido remisión clínica (DAS28 < 2,6) parece ser eficaz, dado que se consigue mantener el DAS28, así como la EAV. No así el HAQ en el que si hay diferencias significativas que avalan que tras reducir dosis el paciente expresa mayor puntuación en el test. A pesar de los resultados 6 de los 13 pacientes (46,2%) vuelven a su pauta habitual por mutuo propio dado que subjetivamente referían encontrarse peor y con aumento de las crisis de agudización.

329. PROBABILIDAD DE CONSEGUIR BAJA ACTIVIDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE (AR) TRATADOS CON FÁRMACOS BIOLÓGICOS INTRAVENOSOS

I. Martínez-Cordellat, C. Molina, J. Ivorra, D. García-Armario, I. Chalmeta, R. Negueroles, C. Núñez-Cornejo, L. González-Puig, M. Muñoz, J.L. Valero, E. Grau, C. Alcañiz y J.R. Román-Ivorra

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

Introducción: El objetivo del tratamiento en la AR es conseguir la remisión o al menos una baja actividad de la enfermedad. En la práctica clínica es difícil de conseguir y sobre todo que sean mantenidas. Además, hay varios métodos para valorar la actividad de la enfermedad.

Objetivo: Valorar la probabilidad de remisión o baja actividad en pacientes con AR tratados con fármacos biológicos intravenosos durante un periodo de seguimiento 5 meses.

Pacientes y métodos: Se revisaron de forma retrospectiva las historias de todos los pacientes con AR tratados con infliximab, tocilizumab y abatacept durante los meses de junio y julio (visita basal). Se seleccionaron los pacientes que habían recibido tratamiento de forma ininterrumpida durante al menos los tres meses previos y que continuaron con el mismo tratamiento durante los siguientes 5 meses. Se incluyeron 65 pacientes y se analizaron los datos de 309 visitas. Las visitas se realizaron cada 4 u 8 semanas dependiendo del fármaco. Se registró la evaluación global del paciente, evaluación global del médico, número de articulaciones dolorosas y tumefactas, VSG, PCR, DAS28, SDAI y CDAI. Se consideraron cuatro grados de actividad. Remisión (DAS 28 < 2,6, SDAI ≤ 3,3, CDAI ≤ 2,8), baja actividad (DAS28 ≥ 2,6 y ≤ 3,2, SDAI > 3,3 y ≤ 11, CDAI > 2,8 y ≤ 10), actividad moderada (DAS28 > 3,2 y ≤ 5,1, SDAI > 11 y ≤ 26, CDAI > 10 y ≤ 22), actividad alta (DAS28 > 5,1, SDAI > 26, CDAI > 22). Se calculó la probabilidad acumulada de cada grado de actividad en cualquier visita, el porcentaje de pacientes que permanecieron con actividad baja durante todo el seguimiento y en la mayoría de visitas para cada método de medida.

Resultados: En la primera visita los 65 pacientes (83% mujeres) tenían una edad media + DE de 60,7 ± 12 años y 10,2 ± 8,4 años de evolución de la enfermedad. Estaban en remisión el 34%, 10% y 6% según DAS28, SDAI y CDAI respectivamente. Actividad baja el 17%, 44% y 47%. Moderada actividad el 44%, 36%, y 37% y alta actividad el 5%, 10% y 10% respectivamente. Las probabilidades acumuladas de remisión o baja actividad se muestran en la tabla (% de visitas en remisión o baja actividad). Los pacientes en remisión o baja actividad en todas las visita fueron el 15%, 20% y 18% por DAS28, SDAI y CDAI respectivamente. Los pacientes con baja actividad o remisión en 3 o más visitas fueron del 31%, 38% y 41%.

	Remisión	Actividad		
		Baja	Moderada	Alta
DAS28	28%	17,5%	46,5%	8%
SDAI	14%	39%	41%	6%
CDAI	12,5%	38%	39,5%	10%

Conclusiones: La probabilidad de que nuestros pacientes tengan baja actividad en cualquier visita es del 50%, pero sólo 1 de cada 5 consiguen mantenerla durante los 5 meses de seguimiento. Alrededor de 1 de cada 3 pacientes la consiguen en la mayoría de las visitas.

330. OBESIDAD Y FIBROMIALGIA: RELACIÓN ENTRE ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y GRAVEDAD DE LA FIBROMIALGIA

S. Castro¹, R. Fontova^{1,5}, M.J. Poveda^{1,5}, A. Castel^{2,5,6}, R. Qanneta³, S. Montull^{4,5}, R. Periñán^{2,5}, I. Miralles^{4,5}, N. Aragonés^{2,5}, I. Salvat^{4,5}, R. Cascón^{2,5}, S. Monterde^{4,5}, A. Padrol^{3,5,6}, C. Añez^{2,5} y M. Rull^{2,5}

¹Unidad de Reumatología; ²Unidad de Dolor; ³Unidad Funcional de Fatiga Crónica. Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona. ⁴Unidad de Fisioterapia; ⁵Institut d'Investigació Sanitària Pere Virgili. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona. ⁶Gestió i Prestació de Serveis de Salut.

Introducción: La fibromialgia (FM) es un trastorno de dolor crónico músculo esquelético incapacitante altamente prevalente. La obesidad es una condición frecuente en pacientes con FM. Existen numerosos estudios que sugieren que la presencia de un índice de masa corporal (IMC) alto está relacionado con el aumento de la sensibilidad al dolor y una menor calidad de vida.

Objetivo: 1) Determinar la prevalencia de obesidad en una muestra de pacientes FM. 2) Examinar la asociación entre obesidad y las

siguientes variables: intensidad del dolor, funcionalidad, distrés psicológica, calidad de vida y problemas de sueño.

Pacientes y métodos: Estudio transversal realizado en una muestra de pacientes de sexo femenino que habían sido incluidas en un estudio sobre la eficacia de un programa de tratamiento multidisciplinar de la fibromialgia. Participaron 152 mujeres diagnosticadas de FM según los criterios del American College of Rheumatology (ACR), con edad comprendida entre 18 y 60 años y un nivel de estudios entre 3 y 8 años de escolarización, que seguían tratamiento médico estándar. Las pacientes fueron evaluadas previamente al inicio del tratamiento multidisciplinar. Instrumentos de medida: cálculo del índice de masa corporal (IMC), intensidad del dolor (escala numérica 0-10), funcionalidad (cuestionario FIQ), distrés psicológico (escala HADS), calidad de vida (cuestionario COOP-WONCA) y problemas de sueño (Medical Outcome Study: MOS). Posteriormente, se agrupó a las pacientes en función de su IMC: normopeso (IMC < 25), sobrepeso (IMC 25,0-29,9) y obesidad (IMC = 30).

Resultados: El 30,9% (n = 47) de los pacientes presentó normopeso, el 40,1% (n = 61) sobrepeso y el 28,9% (n = 44) obesidad. Los grupos fueron homogéneos respecto a la edad. El análisis ANOVA, aplicando la corrección de Bonferroni, no mostró diferencias significativas en ninguna de las medidas evaluadas, con excepción de la intensidad del dolor. Las pacientes con obesidad mostraron mayor dolor que las pacientes con sobrepeso (p < 0,01).

Conclusiones: 1) Que la obesidad es una comorbilidad frecuente en nuestra muestra de pacientes. 2) Que las pacientes con obesidad presentan mayor dolor que las pacientes con sobrepeso. 3) No existen diferencias entre las pacientes con obesidad y los demás grupos de pacientes (normopeso, sobrepeso) en ninguna de las restantes variables estudiadas.

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

331. VALOR DE LA CAPILAROSCOPIA EN EL DIAGNÓSTICO DE ESCLERODERMIA ENTRE LOS PACIENTES REMITIDOS POR FENÓMENO DE RAYNAUD

G. Santos-Soler¹, J.M. Senabre¹, C. Santos-Ramírez², J. Rosas¹, E. Salas¹, X. Barber³, M. Sánchez-Barrioluengo⁴, N. Llahí¹ y C. Cano¹

¹Reumatología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. Alicante. ²Hospital de Denia. Alicante. ³CIO. Universidad Miguel Hernández. Elche. Alicante. ⁴INGENIO (CSIC-UPV) Universitat Politècnica de València.

Objetivo: Evaluar la utilidad de la capilaroscopia (Cp) en el diagnóstico de la esclerodermia sistémica (ES) en pacientes remitidos para evaluación de fenómeno de Raynaud (FR), primario o secundario asociado a conectivopatía.

Métodos: En 100 pacientes consecutivos desde 2006, se recogieron características epidemiológicas generales (edad, sexo), diagnóstico inicial, índice de Rodnan (IR) en dedos, presencia de úlceras digitales, ANA (significativo si > 1/320) y patrón de inmunofluorescencia. La evaluación de Cp se realizó de forma sistematizada por el mismo explorador (GSS), mediante capilaroscopia semicualitativa y semicuantitativa mediante estereomicroscopio de 20 a 200 aumentos (estereomicroscopio binocular 234, zuzi®). Se evaluaron 3 patrones de Cp: 1) patrón de ES, si en al menos 2 dedos de cada mano se observa: áreas avasculares y/o megacapilares, con o sin hemorragias; 2) patrón inespecífico: si en al menos 2 dedos de cada mano se observa disminución subjetiva del número de capilares y/o dilatación, y/o aumento de la tortuosidad; 3) Normal, si estas alteraciones están ausentes.

Resultados: El 89% eran mujeres, con distribución similar entre FR 1º y 2º. La edad media fue 45 ± 15 años; (mujeres: 44 ± 15, varones: 52 ± 15). Se diagnosticó FR 1º en el 43%, FR 2º en el 42% y el 15% no presentaban FR. El tiempo desde el diagnóstico del cuadro y la reali-

zación de la Cp fue > 5 años en el 79% de los pacientes, entre 2-5 años en 12% y < 2 años en 9%. Entre los pacientes con FR 1º, el 86% tenían Cp normal (OR: 6.4), el título de ANA era < 1/320, ninguno presentaba úlceras digitales y sólo 5 pacientes IR de 1. En los pacientes con FR 2º, la Cp fue normal en el 24% (ninguno ES), alteraciones inespecíficas: 40%, y patrón ES: 36% (86% con ES, 7% dermatomiositis y 7% conectivopatía indiferenciada), con OR para Cp anormal de 3.2. El 93% presentaban ANA > 1/320 (OR: 13), el 52% IR < 1 y úlceras digitales el 21%. El valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN) respectivamente fue, para el patrón de Cp alterado: 84% vs 79%, ANA > 1/320: 86% vs 99%, ANA centromérico o anti-Scl70: 81% vs 91%, y IR > 1: 93% vs 93%. El patrón Cp de ES (prevalencia: 22%), mostró sensibilidad: 68%, especificidad: 97%, VPP 87% y VPN 91%. Los pacientes con ES presentaban patrón de Cp de ES el 68%, ANA > 1/320 el 100%, IR > 1 el 74% y el 32% úlceras digitales. Entre FR 1º vs FR 2º, se observaron diferencias en la distribución, densidad y morfología de los capilares (dilataciones, hemorragias, áreas avasculares, tortuosidades y megacapilares, $p < 0,001$), título de ANA > 320, IR > 1 y la presencia de úlceras digitales ($p < 0,001$). Entre los pacientes con FR 2º, se encontraron diferencias entre los pacientes con o sin ES ($p < 0,001$), en patrón Cp de ES, IR > 1, presencia de úlceras digitales y cercano a la significación en el ANA > 1/320 ($p > 0,056$).

Conclusiones: 1. El FR 1º a diferencia del 2º se asocia a una Cp e IR normal, ausencia de úlceras digitales y ANA negativos a positivo a títulos bajos. 2. La Cp sistematizada es una herramienta de gran ayuda en la orientación diagnóstica de los pacientes con FR.

332. ¿SE BENEFICIAN DE UN TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR LAS PACIENTES CON FIBROMIALGIA Y OBESIDAD?

S. Castro¹, M.J. Poveda^{1,5}, R. Fontova^{1,5}, A. Castel^{2,5,6}, R.Qanneta³, S. Montull^{4,5}, R. Perrián^{2,5}, I.Miralles^{4,5}, N. Aragonés^{2,5}, I. Salvat^{4,5}, R. Cascón^{2,5}, S. Monterde^{4,5}, A. Padrol^{3,5,6}, C. Añez^{2,5} y M. Rull^{2,5}

¹Unidad de Reumatología; ²Unidad de Dolor; ³Unidad Funcional de Fatiga Crónica. Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona. ⁴Unidad de Fisioterapia; ⁵Institut d'Investigació Sanitària Pere Virgili. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona. ⁶Gestió i Prestació de Serveis de Salut.

Introducción: La fibromialgia (FM) es un trastorno de dolor crónico musculoesquelético incapacitante que presenta baja respuesta al tratamiento convencional. Los tratamientos multidisciplinares han demostrado eficacia en la mejoría de los síntomas de la FM. Sin embargo, no nos constan estudios sobre la respuesta de los pacientes con obesidad al tratamiento multidisciplinar.

Objetivo: Comparar los resultados de un tratamiento farmacológico convencional (TF) de la FM con los resultados de un tratamiento multidisciplinar (TM) (farmacológico convencional, psicológico cognitivo-conductual y fisioterapéutico) de la FM, en una muestra de pacientes con obesidad (índice masa corporal ≥ 30).

Pacientes y métodos: 44 mujeres con obesidad y diagnóstico de FM según los criterios del American College of Rheumatology (ACR). Edad media de $49,9 \pm 6,4$ años. 21 de las pacientes realizaron TF y 21 TM. Las pacientes fueron evaluadas antes del tratamiento, al finalizar el mismo y en el seguimiento a los 3, 6 y 12 meses de realizado el programa terapéutico. En el periodo de seguimiento se mantuvo el tratamiento farmacológico convencional en ambos grupos. Medidas: intensidad del dolor (escala numérica 0-10), funcionalidad (cuestionario FIQ), distrés psicológico (escala HADS), calidad de vida (cuestionario COOP-WONCA) y problemas de sueño (Medical Outcome Study: MOS).

Resultados: El análisis del modelo lineal mixto de la interacción grupo \times tiempo demostró que las pacientes que realizaron el TM mejoraron significativamente más que las pacientes que realizaron el TF en: intensidad del dolor ($p < 0,001$), funcionalidad ($p < 0,0001$), calidad de vida ($p < 0,05$) y problemas de sueño ($p < 0,001$).

Conclusiones: Se demuestra que las pacientes con FM y obesidad se benefician de un tratamiento multidisciplinar de la FM que conlleva terapia farmacológica convencional, intervención psicológica cognitivo-conductual y fisioterapia.

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

333. NIVELES DE ANTICUERPOS ANTIPÉPTIDO CITRULINADO Y RELACIÓN CON EL GRADO DE ACTIVIDAD DE LA ARTRITIS REUMATOIDE EN TRATAMIENTO

R. Hernández Sánchez, P. González Moreno, J. Uceda Montañés, N. Cid Boza y J.L. Marenco de la Fuente

Hospital Virgen de Valme. Sevilla.

Objetivo: Examinar si existe asociación entre los niveles de anticuerpos antipéptido citrulinado (ACPA) y la respuesta al tratamiento a los 6 y 12 meses mediante dos medidas de efectividad, el DAS 28 y el SDAI.

Material y métodos: Estudio observacional longitudinal retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes vistos en consultas de reumatología con los siguientes criterios de selección: diagnóstico de AR por el reumatólogo (criterios de AR de 1987); pacientes a los que se les haya solicitado alguna determinación de ACPA (independientemente del valor); pacientes que hayan recibido tratamiento para la AR (sea o no terapia biológica) con un seguimiento mínimo de 6 meses. Las variables de medición serán: SDAI, DAS 28 y los niveles ACPA

Resultados: Se incluyeron 28 pacientes de los que 26 (93%) son mujeres. Los niveles de ACPA basal son indetectables en 12 (43%) pacientes. Entre los pacientes con niveles detectables de ACPA, la concentración media de ACPA fue de 206 (81,8-453,3) en el momento basal, 150 (15,8-436,5) a los 6 meses y 142 (15,8-500) a los 12 meses de seguimiento ($p = 0,648$). Los niveles de DAS28, SDAI y VSG se muestran en la tabla. Ni la presencia de ACPA ni sus niveles se correlaciona con DAS 28 ni con SDAI.

	Basal	6 meses	12 meses	p
VSG	18,5 (7,3-37)	9,5 (6,3-27,5)	11,5 (5-26,7)	0,048
DAS 28	3,1(2,1-4)	2,3 (1,2-3,4)	2 (1-3,1)	0,024
SDAI	22,5 (9-40,8)	8,5 (6-25,8)	19,5 (3,5-21,8)	0,024

Conclusiones: En pacientes con AR que reciben tratamiento (ya sea convencional o terapia biológica) se observa una disminución de la actividad medida mediante DAS28 y SDAI. Sin embargo, con los enfermos analizados hasta el momento, no se objetivó una disminución significativa en el valor de los ACPA en relación con la disminución de la actividad medida mediante estas dos escalas.

334. TASAS DE ÉXITO DE LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD REUMÁTICA INFLAMATORIA

E. Trujillo, V. Gope Mahtani, E. Padrón, M. Flores, J.M. Viotti, C. de la Rosa, J.J. Bethencourt y S. Bustabad

Servicio de Reumatología; Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. Tenerife.

Introducción: Las mujeres con enfermedades inflamatorias crónicas se plantean cada vez más las técnicas de reproducción asistida, sin embargo existe poca información sobre las tasas de éxito de éstas técnicas en este tipo de pacientes.

Objetivo: Analizar las tasas de embarazo de la inseminación artificial (IA) y de la fecundación in vitro-microinyección espermática

(FIV-ICSI) en pacientes afectas de enfermedad reumática inflamatoria.

Pacientes y métodos: 17 pacientes con diagnóstico de enfermedad reumática inflamatoria: 6 artritis reumatoides, 2 espondiloartritis, 8 lupus eritematoso sistémico y 1 enfermedad de Behçet en seguimiento por nuestro servicio. Edad media de 33 años (rango 24-40) y 6 ± 2 años desde el diagnóstico de su enfermedad, en situación de inactividad o baja actividad clínica. Por problemas de esterilidad se someten a técnicas de reproducción asistida: A 7 pacientes se les realiza IA y a 9 pacientes FIV-ICSI. Se analizan las tasas de éxito de ambas técnicas en función de la edad de la paciente, ya que es uno de los factores que más influye en el resultado.

Resultados: La tasa de embarazo por ciclo de Inseminación artificial (IA) fue del 12% con una tasa acumulada del 32% al cabo de cuatro ciclos. En las pacientes mayores de 35 años la tasa de embarazo por ciclo se redujo al 6%. La tasa de embarazo de la fecundación In Vitro por intento fue de 21% con una tasa acumulada después de tres intentos de 34%. En las mujeres de más de 35 años la tasa de éxito fue del 19%.

Conclusiones: Las tasas de gestación de las técnicas de reproducción asistida, tanto IA como FIV-ICSI, fueron inferiores en las pacientes de nuestra serie que las publicadas para la población general.

335. PERIARTRITIS DE HOMBRO: COMPARACIÓN ENTRE LA INFILTRACIÓN CONVENCIONAL Y LA GUIADA POR ECOGRAFÍA

C.A. Guillén Astete, A. Lois Iglesias, M. Ahijón Lana, M. Grandal Platero, V. Maldonado, C. Velázquez Arce, A. Zea Mendoza y J. Cobo Mora

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

Objetivo: La valoración de pacientes cuyo motivo de consulta es la patología del aparato locomotor sin existir un claro antecedente traumático, se lleva a cabo en nuestro hospital por el área médica. En base a estudios previos de prevalencia hemos determinado que esta proporción de motivos de consulta alcanza el 20%. Dentro de este grupo de pacientes la patología del manguito rotador, en la misma serie alcanza un 8% (IC90% 7-11), sin embargo constituye el máximo motivo de consulta de pacientes que vuelven en menos de 30 días por la misma razón. Las tres medidas terapéuticas utilizadas en este tipo de pacientes son: 1) manejo conservador oral, 2) infiltración ciega de corticoides (IC) habitualmente posterior y 3) la infiltración guiada por ecografía (IGC) por un abordaje antero-lateral. El objetivo del presente estudio es comparar el desenlace clínico de pacientes que fueron tratados con IC e IGC.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo observacional en el que se incluyeron pacientes con periartrosis de hombro vistos en urgencias por primera vez entre 2008 y 2011 y tratados con infiltración de corticoides. La identificación de los casos se realizó por medio de la aplicación informática Excalibur® usando la base de datos del servicio de urgencias de nuestro hospital. Se incluyeron casos de pacientes del área sanitaria 4, mayores de 16 años. Se excluyeron casos de pacientes usuarios de anticoagulación oral, con diagnósticos previos en periartrosis de hombro previamente tratados, pacientes intervenidos quirúrgicamente del hombro por el que consultaba o que se encontraban en algún seguimiento por dicha molestia. Se excluyeron también los casos repetidos (aunque se valoraron las visitas repetidas en los resultados) y aquellos que no contaron finalmente con un diagnóstico ecográfico. Los casos fueron clasificados según el tipo de infiltración realizada y considerando el diagnóstico ecográfico finalmente realizado. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba de t de Student y chi cuadrado según corresponde.

Resultados: 96 pacientes en quienes se practicó IC y 32 en quienes se practicó IGC. La media de edad entre los dos grupos fue similar (49 ± 18 ; 52 ± 17), al igual que la proporción de sexo masculino (44,5%; 40%). La distribución etiológica de la periartrosis de hombro, salvo por la tendinosis del bíceps fue similar en ambos grupos. También fueron semejantes las indicaciones al alta de tratamiento con AINEs (89,1%; 84,5%) u opiáceos (12,2%; 10,9%).

	IC (n = 96)	IGC (n = 32)	p (chi cuadrado o t de Student según corresponda)
Edad (media, DE)	49 (18)	52 (17)	> 0,1
Bursitis subacromial	60 (62,5%)	18 (56,2%)	> 0,05
Tendinosis del t. supraespinoso	66 (68,7%)	22 (68,7%)	> 0,05
Tendinosis del t. subescapular	28 (29,1%)	9 (28,1%)	> 0,05
Tendinosis del t. bíceps	9 (9,3%)	1 (3,1%)	No aplicable
Visitas posteriores a urgencias (siguientes 3 meses)	1,02	0,45	< 0,01
Infiltraciones posteriores (siguientes 6 meses)	1,45	0,88	< 0,05
Número de infecciones locales	0	0	No aplicable
Hemartros posterior a la infiltración (siguiente mes)	2	0	No aplicable
Destino al alta			
Domicilio o sin control necesario	19,1%	21,6%	> 0,05
Atención primaria	55,4%	62,0%	> 0,05
Consulta especializada (Reumatología/Rehabilitación)	25,5%	16,4%	> 0,05

Conclusiones: En este estudio no se ha controlado la decisión médica de realizar una u otro tipo de infiltración. Podemos interpretar que la severidad del cuadro, las dificultades técnicas o el propio entrenamiento del médico contribuyeron en la toma de la decisión pero en todo caso, es más probable que la IGC se haya realizado en pacientes con un cuadro más sintomático. Aún sin tener en cuenta ello, la práctica de la IGC redujo el número de visitas posteriores a urgencias y la necesidad de nuevas infiltraciones con lo cual concluimos que debe ser el procedimiento de elección en tanto su aplicación sea factible.

336. PÚRPURA TROMBÓTICA TROMBOCITOPÉNICA COMO COMPLICACIÓN INUSUAL DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO CON MÍNIMA ACTIVIDAD CLÍNICA Y BUENA RESPUESTA A RITUXIMAB

M.A. Belmonte Serrano¹, R. García Boyero², M.M. Millá Perseguer³, M. Mas Esteve², J. Beltrán Fabregat¹, E. Mar Esteve², J. Marco Buades², J.J. Lerma Garrido¹ y G. Cañigral²

¹Sección de Reumatología; ²Sección de Hematología; ³Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital General de Castellón.

Introducción: La púrpura trombótica trombocitopénica (PTT) es una complicación infrecuente en el contexto del lupus eritematoso sistémico (LES). Los pocos casos descritos en la literatura médica se producen habitualmente en pacientes con actividad lúpica intensa. Presentamos un caso de LES que estando con buen control de la actividad lúpica desarrolló de forma brusca un episodio de PTT grave requiriendo tratamiento con plasmaféresis y rituximab.

Caso clínico: Mujer de 47 años de edad que acude a urgencias por epigastralgia inespecífica de varios días de evolución. Analíticamente destaca hemoglobina 10,5 g/dl, plaquetas 27.000 cels/mm^3 , PCR 32 mg/l, LDH 1.231 UI/l, bilirrubina total 1,40 mg/dl y se decide ingreso a estudio. Antecedentes de LES desde -14 años con manifestaciones previas de artritis palindrómica, úlceras orales, serología antiDNA+ y ANA+, y pleuropericarditis con derrame pleural izquierdo 10 años antes. Buen control clínico en los 4 últimos años, solo con episodios palindrómicos ocasionales; en tratamiento con

prednisona 10 mg/24 h e hidroxycloloquina 200 mg/12 h. A la exploración hay buen estado general, apirética, sin alteraciones cardiopulmonares ni neurológicas. Equimosis en abdomen y brazos de aparición reciente, sin púrpura evidente. ECG, radiografía de tórax y abdomen normales. Durante el ingreso la trombopenia alcanza 17.000 plaq/mm³. En el segundo día de ingreso se producen dos episodios bruscos de alteración del lenguaje y desviación de la comisura bucal que se recuperan totalmente en pocas horas. La RMN cerebral revela varios infartos lacunares. Se descarta tratamiento con anticoagulación dada la severa trombopenia presente. Análíticamente no se aprecia afectación renal y son normales las determinaciones de anticoagulante lúpico, C3 y C4, niveles de Ig, ANA 1/160, con anti dsDNA. La presencia de anemia Coombs negativa con aumento de esquistocitos, punteado basófilo eritrocitario y cuerpos de Howell-Jolly confirma el diagnóstico de microangiopatía trombótica (TMA) y se inicia corticoterapia a altas dosis y sesiones de plasmaféresis diarias. A los 4 días las cifras de plaquetas no mejoran y se decide realizar un bolo único de 1.500 mg. de ciclofosfamida y ante la falta de respuesta, se añade rituximab en pauta de linfoma: 325 mg/m² semanales, 4 dosis en total. A los 7 días se consigue corregir la trombopenia a > 100 K plaq/mm³. A los dos meses sigue con corticoides a dosis moderadas, y cifras de > 200 K plaq/mm³.

Discusión: Una complicación infrecuente y grave del LES es la aparición de púrpura trombocitopénica trombótica (PTT) o de síndrome hemolítico urémico (SHU) que se caracterizan por hemólisis, trombocitopenia y trombosis microvascular con afectación renal y de SNC. Esta complicación suele producirse en LES con actividad intensa, por lo que nuestro caso es doblemente excepcional, ya que la única manifestación en los últimos años era de palindrómico ocasional. Cabe destacar la buena respuesta al tratamiento con rituximab, habiendo sido en este caso poco útil la terapia clásica con recambios plasmáticos. Adicionalmente, se confirmó que durante la crisis la paciente tenía niveles séricos muy bajos de ADAMTS13, una metaloproteinasas habitualmente relacionada con la aparición de PTT.

337. SÍNDROMES DE LINFOCITOS GRANDES GRANULARES ASOCIADOS A LA ARTRITIS REUMATOIDE: PRESENTACIÓN DE 3 CASOS

A. Lois Iglesias¹, W.A. Sifuentes Giraldo¹, M. García-Cosío Piqueras², J. Bachiller Corral¹, M.E. Brito Brito¹ y A. Zea Mendoza¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: Los linfocitos grandes granulares (LGG) suelen representar 10-15% de las células mononucleares circulantes. Su proliferación se denomina síndrome de LGG, abarcando desde linfocitosis policlonal reactiva hasta leucemia por LLG (LLGG). Se asocia con enf. autoinmunes, principalmente con artritis reumatoide (AR). Las manifestaciones clásicas del sd. de Felty (SF) son comunes a la LLGG y se asocian a HLA-DR4, por lo que se sugiere que son estadios de la misma entidad.

Casos clínicos: Caso 1: mujer de 59 años diagnosticada a los 50 de linfocitosis por LGG ante neutropenia persistente y esplenomegalia, con médula ósea (MO) normal. Meses después desarrolló poliartitis simétrica FR y anti-CCP(+). Se diagnosticó de AR e inició corticoides a dosis bajas. Presentó ANA1/160, hipergammaglobulinemia IgG policlonal y reordenamiento del gen del TCR(-), evidenciando la naturaleza policlonal de la expansión de LGG. Se inició metotrexate (MTX), suspendiéndose ante empeoramiento de la neutropenia e infecciones urinarias y respiratorias de repetición. Caso 2: mujer de 78 años, AR FR y anti-CCP(+) desde los 56, con afectación poliarticular, pulmonar (bronquiectasias y restricción), y anemia normocítica

normocromica. Se trató con sales de oro y MTX con poca eficacia, iniciando leflunomida (LFN) con buen control. Posteriormente presentó leucopenia con neutropenia y varias infecciones severas: candidiasis laríngea, absceso pulmonar, infección urinaria y blefaritis. Suspendió LFN e inició antibiótico, factores de crecimiento de colonias granulocíticas y MTX 7,5 mg/d, persistiendo neutropenia severa. En el frotis se observaron LGG, 24% del total de leucocitos del inmunofenotipo en sangre periférica (SP), con fenotipo de linfocitos T y un reordenamiento clonal del gen del TCR, aunque con estudio de MO(-). Caso 3: varón de 70 años, con AR FR(+) nodular desde los 43, con afectación poliarticular y neumoconiosis reumatoide. Recibió corticoides, FAMES y por importante daño estructural, prótesis de caderas. Estando con MTX 10 mg/semana y corticoides a dosis bajas, sin actividad articular pero con reactantes elevados, ingresó por shock séptico por infección de prótesis de cadera por *Salmonella* spp. Requirió antibioterapia i.v. y recambio parcial de la misma. Se añadió neutropenia severa, persistiendo tras retirar MTX y mejoría de la sepsis. Desde hacía 1 año presentaba 1.000-1.800/mm³ neutrófilos. Inmunológicamente: FR(+) y anti-CCP(+) a títulos altos, hipergammaglobulinemia policlonal y HLA- DR4. Además discreta esplenomegalia. En el frotis de SP: abundantes LGG, 42% de los leucocitos totales en el inmunofenotipo, con fenotipo de linf. T citotóxicos y reordenamiento clonal del gen del TCR. La expansión correspondía al 20% de la celularidad en MO. Se diagnosticó de LLGG-T.

Conclusiones: La linfocitosis LGG se detecta hasta en un 40% de los SF. Son complicaciones infrecuentes de la AR asociadas a larga evolución, daño articular y complicaciones extrarticulares. En 2 de nuestros casos el tiempo hasta el desarrollo de neutropenia fue mayor de 20 años. En otro la LGG fue la forma de debut de la AR, algo atípico y poco descrito en la literatura. Además en esta serie vemos distintos estadios del sínd. LGG asociado a AR: el SF con proliferación policlonal asociada, la proliferación monoclonal y la LLGG. El curso es crónico e indolente. La morbimortalidad se debe a infecciones bacterianas recurrentes asociadas a neutropenia severa. El tratamiento de primera línea son inmunosupresores.

338. ESTUDIO DE OSTEOPOROSIS EN PACIENTES CON NEOPLASIA DE MAMA

S. Muñoz Gil¹, M.D. Torregrosa Maicas², P. Muñoz Mira³, R. Gironés Sarrio², M.D. García Armario⁴, P. López Tendero² y T. Mut Dólera⁵

¹Hospital de Manises. Valencia. ²Hospital Lluís Alcanyís. Xàtiva. Valencia. ³Hospital General d'Ontinyent. Valencia. ⁴Hospital Universitario y Politécnico La Fe. València. ⁵Hospital de La Ribera. Alzira. Valencia.

Objetivo: Describir las características de las pacientes con diagnóstico de neoplasia de mama remitidas a la Unidad de Osteoporosis de Reumatología del Hospital d'Ontinyent desde el Servicio de Oncología, en el Área Sanitaria de La Vall d'Albaida.

Material y métodos: Se realiza un estudio de cohortes transversal de pacientes con diagnóstico de neoplasia de mama derivadas a Reumatología para el estudio de osteoporosis durante los años 2010 y 2011. Se realiza un registro y descripción de los datos socio-demográficos, las características de la neoplasia de mama, los factores de riesgo para osteoporosis y fracturas por fragilidad, el diagnóstico definitivo y el tratamiento que se inicia en las pacientes con neoplasia de mama. Se utiliza para esto el sistema estadístico SPSS 17.0.

Resultados: Se incluyeron en la cohorte un total de 130 pacientes, con una edad media de 59 años (29-80 años). El tiempo medio de evolución desde el diagnóstico de la neoplasia de mama era de

27 meses (mediana 15) siendo posmenopáusicas el 70% de ellas. Presentaban neoplasia de mama bilateral 5 pacientes y ninguna de ellas metástasis. El tratamiento recibido era: mastectomía radical 42%, radioterapia 75%, quimioterapia 64%, hormonoterapia 44%, tamoxifeno 35%, análogos GnRH 15% e inhibidores de la aromatasa 79%. Los factores de riesgo para osteoporosis se presentan en la tabla 1. Se diagnosticó osteoporosis de alto riesgo a 14 pacientes (8,5%), osteoporosis en 28 pacientes (21,5%) y osteopenia en 65 pacientes (50%). Los resultados densitométricos se muestran en la tabla 2. En radiografías de columna, 49 pacientes presentaban > 1 acuñaamiento vertebral y 7 de ellas > 1 fractura vertebral. Se inició tratamiento con suplementos de calcio + vitamina D en 104 pacientes y bifosfonatos orales o endovenoso en 64 pacientes (49,2%): ibandronato 21 pacientes, risedronato 23 pacientes, alendronato 17 pacientes y zoledronato 3 pacientes.

Tabla 1. Factores de riesgo para osteoporosis de las pacientes

Factor	n	%	Factor	n	%
Menopausia precoz	33	26,4	AP fractura cadera	2	1,5
Menopausia inducida	46	36,5	AP otras fracturas	19	14,6
IMC < 22	9	9,7	AF osteoporosis	30	23,1
AP ≥ 1 fractura	34	26,2	AF fractura cadera	27	20,8
AP fractura vertebral	3	2,3	Tratamiento corticoesteroides	5	3,8
AP fractura Colles	11	8,4	Tabaquismo	14	10,8

Tabla 2. Valores densitométricos obtenidos (mediana; desviación estándar)

DEXA	Lumbar	Cuello fémur	Fémur total
DMO	0,994 ± 0,16	0,851 ± 0,13	0,890 ± 0,14
T-Score	-1,7 ± 1,3	-1,1 ± 1,06	-0,9 ± 1,11
Z-Score	-0,3 ± 1,27	-0,2 ± 0,94	-0,2 ± 4,43

Conclusiones: La mayoría de las pacientes con neoplasia de mama derivadas a la Unidad de Reumatología del Hospital de Ontinyent precisaron iniciar tratamiento para la osteoporosis debido a que presentaban un aumento del riesgo de fracturas por fragilidad tras el estudio realizado.

339. EVALUACIÓN DENSITOMÉTRICA EN PACIENTES CON NEOPLASIA DE MAMA Y AUMENTO DEL RIESGO DE FRACTURAS TRAS 2 AÑOS DE TRATAMIENTO

S. Muñoz Gil¹, M.D. García Armario², P. Muñoz Mira³, M.D. Torregrosa Maicas⁴, R. Gironés Sarrio⁴, P. López Tendero⁴ y T. Mut Dólera⁵

¹Hospital de Manises. Valencia. ²Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ³Hospital General d'Ontinyent. Valencia. ⁴Hospital Lluís Alcanyís. Xàtiva. Valencia. ⁵Hospital de La Ribera. Alzira. Valencia.

Objetivo: Valorar las diferencias densitométricas tras 2 años de tratamiento en pacientes con neoplasia de mama y aumento del riesgo de fracturas.

Material y métodos: Se realiza un estudio longitudinal de 2 años de duración, en pacientes con diagnóstico de neoplasia de mama derivadas a la Unidad de Osteoporosis de Reumatología del Hospital d'Ontinyent y que han precisado inicio de tratamiento con suplementos de calcio y vitamina D + bifosfonatos tras el estudio del riesgo de fracturas. Se realiza un registro y descripción de los datos socio-demográficos, las características de la neoplasia de mama, los factores de riesgo para osteoporosis y fracturas por fragilidad, el diagnóstico definitivo y el tratamiento iniciado en estas pacientes. Se evalúan las diferencias entre las medias obtenidas de los valores de densidad mineral ósea en cuello de fémur, fémur total y lumbar mediante la t-student. Se utiliza para esto el sistema estadístico SPSS 17.0.

Resultados: Se estudiaron los datos de 41 pacientes, con una edad media de 59 años (37-79 años). Todas ellas presentaban neoplasia de mama unilateral y ninguna presentaba metástasis. El tratamiento recibido fue: mastectomía radical 61%, radioterapia 61%, quimioterapia 78%, hormonoterapia 29%, tamoxifeno 51%, análogos GnRH 12% e inhibidores de la aromatasa 88%. Los factores de riesgo para osteoporosis se presentan en la tabla 1. Se diagnosticó osteoporosis de alto riesgo a 3 pacientes (7,3%), osteoporosis en 15 pacientes (36,6%) y osteopenia en 23 pacientes (56,1%). En radiografías de columna, 49 pacientes presentaban > 1 acuñaamiento vertebral y 7 de ellas > 1 fractura vertebral. Se inició tratamiento con suplementos de calcio + vitamina D en todas las pacientes y bifosfonatos orales o endovenoso en 34 pacientes (82,9%): ibandronato 13 pacientes, risedronato 15 pacientes, alendronato 5 pacientes y zoledronato 1 paciente. A los 2 años del seguimiento ninguna paciente había presentado metástasis y el 82,9% continuaba con los inhibidores de la aromatasa. Ninguna presentó nuevos acuñaamientos ni fracturas vertebrales y sólo 1 paciente padeció otras fracturas. Tras los 2 años de tratamiento para la osteoporosis el 95,1% de las pacientes continuaba con el mismo y sólo 2 pacientes lo habían abandonado. Los resultados densitométricos previo y tras 2 años de tratamiento, así como las diferencias estadísticas tras aplicar test t-Student se muestran en la tabla 2.

Tabla 1. Factores de riesgo para osteoporosis de las pacientes con neoplasia de mama y riesgo de fractura por fragilidad

Factor	n	%	Factor	n	%
Menopausia precoz	11	28,2	AP fractura cadera	0	0
Menopausia inducida	17	41,5	AP otras fracturas	3	7,3
IMC < 22	5	12,5	AF osteoporosis	10	24,4
AP ≥ 1 fractura	8	19,5	AF fractura cadera	11	26,8
AP fractura vertebral	1	2,4	Tratamiento corticoesteroides	2	4,9
AP fractura Colles	4	9,8	Tabaquismo	2	4,9

Tabla 2. Valores densitométricos obtenidos (media; desviación estándar) y diferencias estadísticas

DEXA	Lumbar	Cuello fémur	Fémur total
DMO basal	0,933 ± 0,08	0,832 ± 0,10	0,870 ± 0,11
DMO 2 años	0,959 ± 0,09	0,850 ± 0,10	0,883 ± 0,10
p	0,015	0,016	0,016

Conclusiones: Las pacientes con neoplasia de mama que precisan iniciar tratamiento por el riesgo de fractura por fragilidad presentan una muy buena adherencia al tratamiento. El tratamiento con suplementos de calcio y vitamina D + bifosfonatos durante 2 años en estas pacientes mejora la densidad mineral ósea en todas sus localizaciones.

340. LAS ARTRITIS POR VIRUS DE EPSTEIN-BARR: UNA REALIDAD POCO FRECUENTE

M. Fernández Matilla, C.M. Feced Olmos, J.J. Alegre Sancho, A. Ybáñez García, M.A. Martínez Ferrer, E. Valls Pascual, M. Robustillo Villarino, I. de la Morena Barrios y J.E. Oller Rodríguez

Sección de Reumatología. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

Introducción: Las infecciones víricas pueden ir acompañadas de manifestaciones articulares inflamatorias. Se han descrito series amplias en relación con la infección por Parvovirus B19, pero la artritis por virus de Epstein Barr (VEB), en cambio, es poco frecuente y suele presentarse con afectación poliarticular a lo largo de la infección sistémica.

Objetivo: Describir las características epidemiológicas, cuadro clínico y evolución de una serie de pacientes con artritis inducida por el VEB.

Material y métodos: Estudio descriptivo de los casos de artritis por VEB diagnosticados en nuestro hospital en un período de 6 meses. En todos los casos, la demostración serológica de VEB-IgM permitió confirmar la infección vírica reciente. Los datos aportados, relativos a la presentación y curso clínico, fueron recogidos mediante revisión de la historia clínica.

Resultados: Caso 1: mujer de 27 años con oligoartritis aditiva asimétrica de 3 semanas de evolución, con afección de pequeñas articulaciones. Reactantes de fase aguda elevados. Tratamiento con AINEs y corticoides. Resolución de la clínica en 3 meses, con negativización de VEB-IgM. Caso 2: mujer de 54 años con poliartritis aditiva simétrica de 3 semanas de evolución y afección de pequeñas articulaciones. Tratamiento con AINEs y corticoides. Se mantiene clínica sin negativización de VEB-IgM, habiéndose introducido FAME. Caso 3: mujer de 32 años con poliartritis aditiva simétrica de 2 meses de evolución y afección de pequeñas articulaciones, que debuta en asociación a cuadro pseudogripal. Precisa introducción de FAME por persistencia de la clínica. Negativización de VEB-IgM a los 5 meses. Caso 4: mujer de 37 años con poliartralgias inflamatorias, exantema, hipertransaminasemia y elevación de reactantes de fase aguda de 5 días de evolución. Resolución de la clínica en dos semanas. Pendiente de comprobar negativización de VEB-IgM.

Conclusiones: La artritis por VEB parece afectar preferentemente a mujeres jóvenes con un predominio estacional. No es infrecuente la cronicidad, que parece asociarse a un retraso en recibir atención especializada. Dada la posible relación entre VEB y artritis reumatoide, no deberíamos demorar el inicio del tratamiento con FAME en aquellos pacientes que evolucionen a la cronicidad.

341. PARA UN MISMO REUMATÓLOGO, ¿HAY DIFERENCIAS ENTRE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE AMBULATORIO DE ÁREA Y A SU CONSULTA PRIVADA?

J. Duruelo Echebarrieta, E. Garmendia Sánchez, M. Calabozo Raluy, A. Alonso Ruiz y L. López Domínguez

Servicio de Reumatología. Hospital de Cruces. Barakaldo. Vizcaya.

Introducción: Tenemos la percepción de que el tipo de paciente que acude a la consulta ambulatoria de la Seguridad Social, pudiera ser diferente del que vemos en la consulta privada, desde el punto de vista sociodemográfico, en la forma de derivación, en su patología y en la prescripción.

Métodos: Recogida de datos, por un mismo reumatólogo, de 150 primeras visitas consecutivas en un ambulatorio de zona de nivel socio económico medio-bajo (GA) y 75 primeras visitas en su consulta privada (nivel medio-alto) (GB). Se comparan: sexo, edad, estudios, situación laboral, urbano-rural, frecuentación en consultas de Reumatología y en otras, médico y motivo de derivación, diagnóstico principal, EVA de dolor y del estado general de salud (EGS), tratamiento previo con opioides menores (<) y mayores (>) e indicación de estos en 1ª visita.

Resultados: El 6% de los pacientes de GA son derivados de forma urgente (lista de espera [LE] de 22 días) frente al 2,5% en GB (LE inferior a 1 semana). Ambos fueron mayoritariamente remitidos por su médico de familia (GA 73,2%, GB: 92,8%), destacando que traumatología envía el 18,3% en GA frente al 5,7% en GB. El 68,3% de los casos de GA son individuos con bajo nivel formativo y el 9,1% universitarios (14,3% y 25,7% respectivamente en GB) sin diferencia entre los que estudiaron FP. Hay más pensionistas en GA (40,8%) que en GB (27,1%). Son amas de casa un 13,4% en GA (38,5% en GB). El 1,4% de las 1ª visitas en GA busca incapacidad laboral, nadie en GB. Un tercio de los pacientes de GA han acudido a dos o más especia-

listas previamente (1/10 de GB). El 10% de GB tiene como motivo de consulta estudio de metabolismo óseo (5,6% en GA). La sospecha de enfermedad inflamatoria es similar en ambos grupos. EVA dolor en GA: 5,27 (GB: 5,05) y de EGS en GA: 5,9 (GB: 6,47). En el GA el 26,8% de los pacientes recibían tratamiento previo con opioides (19,7% opioide <) y en GB el 11,4% (10% opioide <). En primera consulta se pautaron opioides en el 28,1% del GA (opioide < en 21,8%) y en el 27,1% del GB (opioide < en 20%).

Conclusiones: Se remiten el doble de casos de forma urgente en GA que en GB posiblemente porque hay lista de espera para 1ª visitas en el ambulatorio. Hay muchos más pensionistas en GA para una edad media similar en ambos grupos (60 años). La formación académica en el GB es muy superior, sin embargo en este grupo 2/3 de los pacientes son amas de casa. Aun siendo un porcentaje escaso, hay búsqueda directa de incapacidad en un 1,4% de individuos del GA. Destaca la mayor derivación en GA por parte de especialistas, sobre todo de Traumatología (3 veces más) quizá porque en consulta privada sigan más estrechamente al paciente. En el GB con mayor accesibilidad a los especialistas, los pacientes son más fieles al médico que han elegido y recurren menos a las consultas múltiples. En el GB se consulta por patología de menor entidad que en GA sin embargo, no hay diferencia en la EVA media de dolor y paradójicamente el EGS es subjetivamente peor. La mayor utilización previa de opioides en GA (más del doble) tendría relación, entre otros factores, con la multi-frecuentación de este colectivo, no existiendo diferencia entre grupos en la prescripción de estos fármacos por el mismo reumatólogo.

342. ANÁLISIS COMPARATIVO DE SUBPOBLACIONES LINFOCITARIAS TIPO B ESTUDIADAS POR CITOMETRÍA DE FLUJO SEGÚN 4 PROCEDIMIENTOS DISTINTOS

A. Muñoz¹, A. Ballesteros², B. León², M. León¹, F. Gallo¹, J.A. Paz¹, R. Martínez¹, M.L. Velloso¹, S. Rodríguez¹, J. Uceda¹, R. Hernández¹, N. Cid¹, P. González¹, L. Mayordomo¹, E. Rejón¹ y J.L. Marengo¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla. ²Troy Lab. Memorial Strong Hospital. Rochester University. New York. EE.UU.

Introducción y objetivo: La citometría de flujo es una técnica muy utilizada hoy día para la determinación de subpoblaciones celulares en el estudio de enfermedades autoinmunes, infecciosas y tumorales. Se trata de una técnica que identifica grupos celulares dependiendo de los receptores de membrana y nucleares, a los que se unen específicamente unos anticuerpos que emiten fluorescencia (fluorocromos) al ser estimulados con un láser. El procesamiento de la muestra no siempre está protocolizado y dependiendo del grupo que realiza el estudio pueden existir diferencias. Nuestro objetivo es estudiar las medias de subpoblaciones de linfocitos B en población sana según 4 procedimientos distintos y contar así con valores de referencia en cada uno de estos procedimientos.

Material y métodos: Se estudiaron 50 pacientes sanos. Hombre/mujer: 25/25. Edad: 18-65 años. Se comprobó que ninguno tuviera enfermedad autoinmune (a través de un cuestionario e historia clínica) ni ninguna enfermedad o situación que cause linfopenia o linfocitosis (a través de control analítico). Los procesamientos de muestras fueron: a) Marcaje con fluorocromos, lisado (FACs Lysis) y posterior lavado con PBS, inmediatamente tras la extracción sanguínea. b) Marcaje, lisado, lavado y se mantiene 24h a 4-8 °C pero en solución de paraformaldehído. c) Marcaje, lisado y se mantiene 24 horas a 4-8 °C; después se completa el procesamiento con el lavado. d) Marcaje, lisado y posterior lavado, tras 24h de la extracción sanguínea, almacenado a 4-8 °C. Los fluorocromos utilizados fueron: CD3, CD19, CD38, CD27 e IgD y las subpoblaciones valoradas fueron: Naive, Double negative (DN), Unswitched memory, Switched memory.

Resultados: Ver tabla.

Subpoblación	Media	Desviación típica	Mediana
Naïve (Procedimiento A)	70,47	8,06	73,70
Naïve (Procedimiento B)	70,00	9,98	74,9
Naïve (Procedimiento C)	71,2	8,46	74,2
Naïve (Procedimiento D)	75	9,86	75,9
Dn (Procedimiento A)	4,05	2,08	4,65
Dn (Procedimiento B)	3,63	1,55	3,9
Dn (Procedimiento C)	3,60	2,06	3,67
Dn (Procedimiento D)	4,21	2,35	3,59
Unswitched Memory (Procedimiento A)	9,65	5,33	10,05
Unswitched Memory (Procedimiento B)	10,43	6,94	9,73
Unswitched Memory (Procedimiento C)	10,42	6,00	9,52
Unswitched Memory (Procedimiento D)	7,61	5,12	6,67
Switched Memory (Procedimiento A)	11,38	4,62	11,00
Switched Memory (Procedimiento B)	12,01	5,14	11,40
Switched Memory (Procedimiento C)	10,94	4,41	10,80
Switched Memory (Procedimiento D)	9,15	5,39	7,83

Conclusiones: Conocer las medias, medianas y desviaciones típicas de las subpoblaciones linfocitarias tipo B, es importante de cara a comparar estos resultados con aquellos obtenidos en los estudios sobre pacientes con enfermedades autoinmunes (lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide, espondilitis anquilosante...). En la mayoría de las ocasiones, las conclusiones que se obtienen tras el estudio con citometría de flujo se basan en conocer cómo varían estas subpoblaciones respecto a la población sana, para así obtener conclusiones de cuáles son las subpoblaciones implicadas en la patogenia de la enfermedad. Creemos, por tanto, importante profundizar en estudios de este tipo que aclaren aún más situaciones de normalidad en el mundo de la citometría de flujo; técnica que cada vez está tomando más importancia en el conocimiento de las enfermedades autoinmunes. Por otro lado, se conoce que son varios los procesamientos de sangre periférica que se utilizan de cara al análisis de estas muestras. Con este estudio se pretende establecer un análisis comparativo entre los 4 procedimientos más utilizados para el estudio de subpoblaciones tipo B.

343. A PROPÓSITO DE UN CASO: SÍNDROME DE COGAN

M.A. Gantes Pedraza, E. Rubio Moreno, E. Alonso Blanco-Morales y E. Gil González

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: El síndrome de Cogan es una enfermedad inflamatoria crónica poco frecuente, cuya etiología se desconoce en la actualidad, descrita por primera vez en 1945 por David G. Cogan, y en la que se sospecha una patogenia de origen autoinmune en relación a un desencadenante infeccioso previo. Se caracteriza por la aparición de síntomas y signos oculares, principalmente queratitis intersticial, y audiovestibulares, aunque su carácter sistémico hace que en ocasiones afecte a articulaciones y otros tejidos. En general, el tratamiento de las lesiones oculares es tópico; mientras que la afectación auditiva y la vasculitis sistémica debe ser tratada con esteroides orales e inmunosupresores.

Caso clínico: Presentamos el caso de una señora de 49 años de edad, derivada al CC.EE. de Reumatología de nuestro hospital, tras 9 años de estudio en otras unidades. El cuadro comenzó con brotes de repetición de ojo rojo alternante, que fueron diagnosticados como conjuntivitis mixta leve con test cutáneos positivos moderados a ácaros. En el seguimiento posterior presentó pérdida de agudeza visual asociada a degeneración corneal bilateral y episodios de enrojecimiento e inflamación monoarticular autolimitados en rodillas, tobillos, carpos y manos, que duraban entre 24-48 horas que no se asociaron a enfermedad erosiva. En 2007, añadió un síndrome vertiginoso severo y recidivante, con acúfenos, otalgia e hipoacusia,

que derivó en secuelas como cofosis derecha, hipoacusia grave izquierda e hiperreflexia vestibular bilateral en pruebas calóricas. Durante su ingreso en la planta de Reumatología en Junio de 2009, se objetiva artritis de ambos tobillos, e inyección conjuntival extensa bilateral. Analíticamente presentó VSG de hasta 98 mm/h, PCR 33 mg/l (oscilando PCR y VSG entre 55-30 mg/l y 100-40 mm/h respectivamente durante el seguimiento), anemia ferropénica, trombocitosis reactiva, e hipoalbuminemia con inmunoglobulinas normales. En la autoinmunidad, únicamente aparecieron débilmente positivos p-ANCA y c-ANCA. Las pruebas de imagen, RNM craneal y ecocardiograma, fueron normales. Dada la afectación sistémica, se decidió administrar esteroide en dosis de 1 mg/Kg y MTX 20 mg/semanales con buena evolución clínica. La dependencia de altas dosis de esteroides para el control de los síntomas ha obligado al uso de diferentes terapias inmunomoduladoras como infliximab con la que tuvo buena respuesta durante 10 meses, que hubo que cambiar por ir perdiendo progresivamente eficacia, y posteriormente ciclofosfamida, y ciclosporina retirados por efectos adversos. El carácter vasculítico de la enfermedad con cierta dependencia de IL-6, y algunos casos previamente comunicados en medline hicieron plantear el uso de tocilizumab en monoterapia, con dosis de 8 mg/kg cada 4 semanas desde febrero de 2011 hasta la fecha, con muy buena respuesta clínica, con desaparición del malestar general, acúfenos y afectación ocular aguda, y analítica, que incluyó descenso de RFA.

344. DESARROLLO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DURANTE EL TRATAMIENTO ANTI-TNF EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS

M.A. Blázquez Cañamero, C. Velázquez del Arce, W.A. Sifuentes Giraldo, M.L. Gámir Gámir, J. Bachiller Corral y A. Zea Mendoza

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

Introducción: Las espondiloartritis (EspA) son un grupo de enfermedades inflamatorias crónicas con características clínicas, patogénicas, radiológicas y genéticas comunes. Los fármacos anti-TNF han demostrado ser eficaces en el manejo EspA refractarias al tratamiento con AINE y FAME; sin embargo, se ha descrito paradójicamente la exacerbación o debut de estas mismas enfermedades durante el tratamiento anti-TNF, específicamente psoriasis, enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y uveítis, tanto en pacientes con antecedente de EspA como en enfermedades no relacionados como la artritis reumatoide o la artritis idiopática juvenil. Describimos 4 pacientes con diagnóstico de EspA sin afectación intestinal previa, que desarrollaron EII durante el tratamiento anti-TNF.

Objetivo: Describir las características clínicas, inmunológicas y la evolución de los pacientes con EspA que desarrollaron EII durante el tratamiento anti-TNF.

Pacientes y métodos: Se llevó a cabo un estudio retrospectivo, observacional y de corte transversal. Se revisó el registro de pacientes con tratamientos biológicos en seguimiento por el Servicio de Reumatología de nuestro Hospital, identificando aquellos con diagnóstico de EspA que desarrollaron EII durante el tratamiento anti-TNF y se procedió luego a la revisión de las historias clínicas de dichos pacientes.

Resultados: Se identificaron 182 pacientes con EspA (incluyendo EA, artritis psoriásica, EspA indiferenciada y juvenil), a los que administraron 219 tratamientos diferentes. Dentro de ellos se pautaron 68 tratamientos con infliximab [IFX] (253 pacientes-año), 88 con adalimumab [ADA] (225 pacientes-año) y 63 con etanercept [ETN] (181 pacientes-año). Los 4 casos de EII aparecieron con ETN (tabla), con una incidencia de 2,2 casos por 100 personas-año

Tabla Resumen 344. Características de los pacientes con EspA que desarrollaron EII durante el tratamiento anti-TNF

VARIABLES	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
Sexo	Mujer	Mujer	Varón	Varón
Edad actual (años)	28	69	59	53
Edad de diagnóstico (años)	28	69	59	53
Diagnóstico previo	EA	EA	EA	EspA indiferenciada
Edad de diagnóstico de EspA (años)	23	56	50	48
HLA B27	Positivo	Positivo	Positivo	Positivo
Antecedente familiar de EII (grado)	No	CU (2º grado)	No	CU (1er grado)
Clínica previa de EII	No	No	No	No
Fármaco anti-TNF	ETN	ETN	ETN	ETN
Tiempo de aparición de clínica de EII (meses)	2	22	59	35
Síntomas	Diarrea persistente	Diarrea persistente	Suboclusión intestinal	Rectorragia
Endoscopia/Biopsia	Compatibles con EC	Compatibles con CU	Compatibles con EC	Compatibles con CU
Evolución tras suspender ETN	Cambio a IFX con control de EC, pero desarrollo de pustulosis palmoplantar	Cambio a ADA con control de CU	Requirió cirugía. Inició después IFX con control de EC	Cambio a ADA con control de CU

expuestas. De estos pacientes, 2 eran hombres y 2 mujeres, con una media de edad al diagnóstico de 44,2 años (23-56). Tiempo medio desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico de EII fue de 29,5 meses (2-59). Todos los pacientes presentaban como factor de riesgo el diagnóstico previo de EspA, 3 de ellos con EA y 1 con EspA indiferenciada, siendo todos positivos para el haplotipo HLA-B27. Ninguno de ellos tenía antecedente de EII o síntomas digestivos previos, pero hubo antecedente familiar de EII en 2 de ellos. Los síntomas que condujeron al diagnóstico de EII fueron diarrea persistente en 2 pacientes, mientras los otros presentaron obstrucción intestinal y rectorragia. Los hallazgos colonoscópicos e histopatológicos confirmaron el diagnóstico de enfermedad de Crohn (EC) en 2 pacientes y colitis ulcerosa (CU) en los otros. Se suspendió ETN en todos los casos, control de la EII en todos ellos, pero una paciente presentó pustulosis palmoplantar como segundo efecto paradójico durante el tratamiento con IFX.

Conclusiones: A pesar de que los pacientes con EspA tienen un riesgo basal aumentado de EII, su aparición durante el tratamiento anti-TNF es rara y la mayoría de casos notificados ocurrieron con ETN. Este fármaco, a diferencia de los anticuerpos monoclonales, no controla adecuadamente la actividad inflamatoria en la EII, por lo que su uso no está indicado en EII. La mayor parte de casos de EII durante el tratamiento anti-TNF corresponden a EC, pero también se han descrito casos de CU. En nuestra serie encontramos el mismo número de ambas. Es recomendable vigilar la aparición de síntomas sugestivos de EII en todos los pacientes que reciben anti-TNFs, y realizar un estudio más exhaustivo en aquellos con factores de riesgo como los que tienen antecedentes familiares o diagnóstico previo de EspA, pudiendo incluirse marcadores de inflamación intestinal subclínica como la calprotectina fecal. Es preciso realizar más estudios en cohortes y registros multicéntricos para determinar la frecuencia de este evento y su posible etiología.

345. LA RAZÓN PARA DISCONTINUAR EL TRATAMIENTO CON INFlixIMAB ESTÁ CLARAMENTE RELACIONADA CON LA EXISTENCIA DE NUEVAS ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS: UN ANÁLISIS DE CORRESPONDENCIA DE LOS TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS, LAS RAZONES PARA LA INTERRUPCIÓN Y PERÍODOS DE TIEMPO

J. Uceda Montañés, R. Martínez Pérez, R. Hernández Sánchez, L. Carmona Ortells y J.L. Marenco de la Fuente

UGC Reumatología-Aparato Locomotor. Hospital Virgen de Valme. Sevilla.

Introducción: Las razones para dejar el primer fármaco biológico pueden variar de un agente a otro, habiendo a su vez cambiado a lo largo del tiempo. Cuestiones como la disponibilidad de nuevas alternativas o un mejor conocimiento del perfil de eficacia y seguridad

de los fármacos biológicos pueden influir en la elección del tratamiento, incluyendo la suspensión de los mismos.

Objetivo: Evaluar visualmente la relación entre la razón para interrumpir el primer biológico y el período de tiempo cuando se inició.

Métodos: Todos los pacientes con artritis reumatoide en tratamiento con fármacos biológicos de nuestra área hospitalaria, están registrados en una base de datos. El fármaco biológico utilizado, la razón de interrupción del mismo, la fecha del comienzo del tratamiento y la de la última dosis están recogidas. Se realizó un análisis de correspondencias múltiples con el método de Burt de inercias ajustadas y normalización estándar con las siguientes variables: primer fármaco biológico, período de tiempo (1998-2001, 2002-2005, 2006-2009), razón para la interrupción (eventos adversos, ineficacia, otros). El análisis de correspondencia nos proporciona un método gráfico para mostrar o resumir un conjunto de datos con las variables categóricas en dos dimensiones.

Resultados: La inercia total del análisis fue de 0,10. Las dos primeras dimensiones supusieron el 57% de la inercia, por lo que hubo que tener en cuenta todas las dimensiones. Los determinantes principales de la relación entre las tres variables fueron "influximab" y el período de tiempo "1998-2001" (0,146% la inercia y 0,177, respectivamente). La distancia entre otras categorías de las tres variables no fue suficientemente relevante como para sugerir cualquier tipo de asociación. La figura muestra el mapa de correspondencia de dicha relación.

Conclusiones: La variable tiempo ha influido en la decisión de iniciar el tratamiento con influximab más que en ningún otro fármaco biológico, con más tratamientos prescritos al inicio del empleo de estos tipos de fármacos, que en la actualidad. La razón para interrumpir el tratamiento con cualquiera de los primeros fármacos biológicos prescritos, no se relaciona de manera significativa con el tiempo, ni con el propio agente biológico según esta base de datos.

346. TRATAMIENTO CON RITUXIMAB EN ARTROPATÍA ANTI-JO1 REFRACTARIA

M.A. Blázquez Cañamero, M. Ahijón Lana, W.A. Sifuentes Giraldo, A. Rodríguez García y J. Orte Martínez

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

Introducción: La afección articular en el síndrome antisintetasa (SAS) es bastante frecuente (hasta 83% de los casos), describiéndose 4 patrones: (1) artralgiás; (2) artritis no-deformante y no-erosiva de articulaciones pequeñas; (3) artritis deformante y no-erosiva con subluxación de 1er dedo de mano; y (4) poliartritis simétrica erosiva. Se pueden observar además calcificaciones periarticulares y acro-osteolisis asociadas. La artritis es más frecuente en pacientes anti-Jo1 (+), por lo que también se denomina artropatía anti-Jo1.

Describimos dos casos de SAS con afección articular refractaria al tratamiento con corticoides e inmunosupresores, con buena respuesta tras la administración de Rituximab (RTX).

Caso clínico: Caso 1: mujer de 67 años que a los 58 años presentó afección pulmonar compatible con neumonía intersticial descamativa, fenómeno de Raynaud, esclerodactilia, y “manos de mecánico”, sin clínica de miositis asociada. Posteriormente desarrolló sinovitis simétrica afectándose carpos y pequeñas articulaciones de manos y pies con rigidez matutina y limitación funcional. Análíticamente presentaba elevación persistente de RFA, FR y anti-PCC (-), AAN (+) con patrón citoplasmático, anti-DNA (-), anti-RNP (-), anticentrómero (-), anti-Scl70 (-), anti-Ro52 (+) y anti-Jo1 (+). Fue tratada inicialmente con corticoides (CC) y ciclosporina (CSA), estabilizándose la función pulmonar pero persistiendo la sinovitis, por lo que se asoció metotrexato (MTX), que fue ineficaz. Desarrolló, progresivamente, deformidades articulares en manos, objetivándose en las radiografías artropatía erosiva y subluxante en carpos, MCPs, IFPs e IFDs, con luxación completa de 1ª IF bilateral, calcinosis periarticular y acrosteolisis en falanges distales. Hubo cambios similares en pies. Debido a la persistencia de sinovitis se suspendió CSA y se inició RTX 1.000 mg (2 infusiones/6 m), con remisión de la sinovitis en pocas semanas, normalización de RFA y mejoría de la percepción del dolor y estado general. Caso 2: mujer de 51 años, que a los 38 comenzó a presentar artralgiyas en hombros, carpos, MCFs, rodillas y tobillos, con sinovitis en carpo derecho y síndrome seco asociado. Fue diagnosticada, inicialmente, de síndrome de Sjögren primario. Posteriormente, presentó fiebre, sinovitis de carpos, MCFs, IFPs y MTFs, fenómeno de Raynaud, “manos de mecánico”, debilidad muscular proximal con elevación de CK y disnea a pequeños esfuerzos secundaria a neumonía intersticial no específica. Las determinaciones séricas de FR, anti-Ro52, anti-Ro60 y anti-Jo1 fueron positivas. El resto del estudio inmunológico incluyendo AAN, anti-PCC, anti-Scl70/anticentrómero fue negativo. Las radiografías de manos mostraban aumento de partes blandas periarticulares, sin pinzamientos, ni erosiones. Fue tratada inicialmente con CC y azatioprina (AZA), sin presentar mejoría pulmonar ni articular, cambiándose a MTX que fue ineficaz. Se inició RTX 1.000 mg (2 infusiones/6 m), con mejoría importante de la clínica sistémica y articular, pero sin cambios en la función pulmonar.

Conclusiones: La artritis es una de las manifestaciones más frecuentes y características del SAS. Sin embargo, el diagnóstico de este síndrome no es siempre fácil debido a que no todas las manifestaciones aparecen simultáneamente y puede simular otras enfermedades autoinmunes. Se asocia frecuentemente a anti-Ro/SSA (+), específicamente el subtipo anti-Ro52, que se relaciona con afección pulmonar más severa y refractaria al tratamiento. Los casos publicados de artropatía anti-Jo1 han sido tratados con CC, MTX y AZA con control de la artritis, pero sin evitar la progresión del daño articular. En algunas series de casos, RTX ha sido eficaz en la afectación pulmonar del SAS pero no se describe la evolución de la artritis asociada. Dada la respuesta obtenida en los casos presentados, se propone la realización de estudios adicionales que confirmen la utilidad de RTX en la artropatía anti-Jo1 refractaria.

347. HIDRARTROSIS INTERMITENTE TRATADA CON ANAKINRA: PRIMERA EXPERIENCIA

M. Andrés¹ y E. Pascual^{1,2}

¹Sección de Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante.

²Universidad Miguel Hernández. Elche. Alicante.

Introducción: La hidrartrosis intermitente (HI) es una rara forma de artritis periódica que se caracteriza por episodios mono u oligoarticulares de calendario muy definido (corta duración, autolimitados y recurrencia a períodos fijos regulares), lo que es muy

característico de la entidad. Su patogenia es desconocida, aunque se han encontrado mutaciones del gen MEFV en una pequeña serie de casos (Cañete et al. *Arthritis Rheum.* 2006;54:2334-5), sugiriendo la implicación del sistema inmune nativo. A pesar del uso de AINEs, glucocorticoides y colchicina, algunos pacientes siguen presentando episodios recurrentes y discapacitantes. Aquí comunicamos nuestra experiencia con el inhibidor de la interleuquina 1 anakinra en una paciente con HI refractaria.

Métodos: Una mujer de 45 años de edad fue diagnosticada de HI por presentar desde los 40 años episodios de monoartritis de rodilla, exactamente cada 10 días, que alcanzaban un máximo a las 12h y cedían en 2-3 días. El cuadro comenzó en la rodilla izquierda, posteriormente afectando a ambas de forma alternativa. Los estudios de imagen no mostraron alteraciones significativas, y el estudio de líquido sinovial durante un ataque no detectó la presencia de cristales al microscopio óptico. Los tratamientos previos (AINEs, prednisona, colchicina, anticoncepción oral y triamcinolona intra-articular) no consiguieron mitigar ni prevenir los ataques. En ese momento se planteó el uso de anakinra 100 mg subcutáneos durante 2 días, instruyendo a la paciente a administrárselo tan pronto como notase el inicio del ataque.

Resultados: Tras 6 meses de seguimiento, todos los ataques han sido satisfactoriamente controlados con el tratamiento, permitiendo a la paciente llevar una vida normal. No se han detectado eventos adversos al fármaco. La paciente rápidamente refirió que una única administración sin demora al inicio del período era capaz de controlar el ataque, modificándose la pauta de tratamiento, con el mismo éxito.

Conclusiones: Anakinra se ha mostrado eficaz para el tratamiento de pacientes con síndromes autoinflamatorios como la fiebre mediterránea familiar. La mutación detectada del gen MEFV en la HI sugiere una relación con estos procesos. Ésta es la primera comunicación sobre la eficacia de anakinra en una paciente con HI, donde parece que son suficientes dosis únicas de 100 mg al inicio de cada episodio. Aunque debería ser contrastado en futuros estudios, este caso sugiere que anakinra puede ser una alternativa para pacientes con HI refractaria al tratamiento convencional.

348. RELACIÓN DE RESPUESTA DE RITUXIMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE CON LOS CAMBIOS DE LOS LINFOCITOS B Y T

R. Cáliz Cáliz¹, M.Á. Ferrer¹, L. Romaní¹, M. Expósito¹, M.J. Soto¹, P. Sáenz², J. Sainz¹, M. López-Sidro¹, Z. Acevedo¹, I. Notario¹, A. García Sanchez¹, M.J. Pérez¹, A. González Utrilla¹, M.T. Velázquez¹, L. Jiménez, F. Ruiz-Cabello³ y M.A. Lopez-Nevot²

¹Grupo CTS PAI CTS 565. RIER; ²Servicio de Inmunología; ³Servicio de Análisis Clínicos. Hospital Virgen de las Nieves. Granada.

Objetivo: El objetivo de este estudio es evaluar los cambios de los linfocitos T y B con la respuesta al tratamiento con rituximab en la artritis reumatoide.

Métodos: Diseño: estudio observacional prospectivo. Sujetos: pacientes diagnosticados de artritis reumatoide en tratamiento con rituximab según protocolo establecido por la SER (dos dosis de 1.000 mg separados 15 días). Período y ámbito del estudio: pacientes atendidos en el hospital de día del servicio de Reumatología del Hospital Universitario Virgen de las Nieves durante el período de 2008 a 2011. Variables: Se recogieron variables demográficas, fecha de administración de los diferentes ciclos, y tratamientos concomitantes. Las subpoblaciones linfocitarias (CD4, CD8, CD19, NK y LCB totales) fueron determinadas por citometría de flujo 4 en el momento inicial, y a los 6 y 12 meses después del tratamiento con rituximab. Se midió la respuesta al tratamiento a través de la evolución del parámetro DAS28 según la respuesta EULAR a los 6 y a los

12 meses. Análisis estadístico de los datos: se realizó un análisis descriptivo de las variables recogidas. Para analizar si el descenso o aumento linfocitario en los distintos momentos de tiempo fue significativo, se utilizó el test de Wilcoxon para muestras relacionadas y Mann-Whitney para muestras independientes.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 56 pacientes diagnosticados de artritis reumatoide que fueron tratados con rituximab durante el periodo de estudio. El 80% fueron mujeres y el 20% varones. La edad media fue de $55,93 \pm 10,3$ años, con un tiempo medio de evolución de la enfermedad de $11,5 \pm 5,36$ años. El descenso de LT CD19 fue significativo ($p < 0,001$), pasando de un nivel medio de $195,75$ células/mm³ basal a $43,55$ células/mm³ a los 12 meses después del tratamiento. El porcentaje de respuesta al tratamiento fue del 68,3%. El descenso de CD 4 se asoció significativamente a la respuesta. El descenso medio de CD4 para el grupo de no respuesta es de 277,7; sin embargo para el grupo de respondedores, aumenta en 158,64. Las diferencias en el cambio producido en ambos grupos, son estadísticamente significativas ($p = 0,015$).

Conclusiones: La depleción de los linfocitos B producida por rituximab influye en la respuesta de los linfocitos T. Esta contrarregulación de los linfocitos T (CD4) puede estar asociada con la respuesta clínica.

349. UTILIDAD DE LAS MEDIDAS DENSITOMÉTRICAS PARA LA DETECCIÓN Y REDUCCIÓN DE COMPLICACIONES OSTEOPORÓTICAS POSTRASPLANTE

J.L. Valero Sanz, I. Chalmeta Verdejo, M.D. García Armario, I. Martínez Cordellat, C. Molina Almela, E. Grau García, R. Negueroles Albuixech, L. González Puig, M.L. Muñoz Guillén, C. Núñez-Cornejo Piquer, C. Alcañiz Escandell, J. Ivorra Cortés y J.A. Román Ivorra

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

Introducción: La osteoporosis en el paciente trasplantado es un hecho bien descrito, cuya etiología es considerada multifactorial. La intervención y la prevención en dicho colectivo podría asociarse a una reducción de las complicaciones de dicha enfermedad (reducción de fracturas), así como un menor coste sanitario asociado al tratamiento e intervención en dichas fracturas.

Objetivo: Identificar las variaciones en las medidas densitométricas en relación al riesgo de fracturas osteoporóticas (t-Score) postrasplante en pacientes sometidos a trasplante hepático y a los que se les ha administrado tratamiento preventivo para la osteoporosis.

Material y métodos: 19 pacientes sometidos a trasplante hepático en un hospital de referencia, de forma secuencial y a los que se les ha realizado un control de seguimiento a los 2 años. Se recogen datos demográficos, datos clínicos de la enfermedad de base e información de las fracturas clínicas y las detectadas mediante Rx de columna sistemática. Todos los pacientes recibieron 1.000 mg de calcio diarios y vitamina D 5.600 UI semanales, junto con 200 UI diarios de calcitonina nasal durante el primer trimestre seguido de bifosfonatos orales (pauta según ficha técnica). Las medidas densitométricas han sido tomadas de la zona lumbar y de cadera.

Resultados: De los datos demográficos se observa una serie muestral con el 53% de varones y 47% de mujeres. La edad media al trasplante es de 51,99 años (38-64 años). El diagnóstico de la enfermedad de base que justificó el trasplante es mayoritariamente por VHC (47% de los casos) y por enolismo crónico (16%). El 31,57% de los pacientes muestran una mejoría en los parámetros densitométricos de cadera y columna (uno de los cuales presentaba además fractura basal), mientras que el 21% presentaba dicha mejoría tan solo en la densitometría de columna. Además, en 2 pacientes se observan fracturas basales (todas vertebrales) con una prevalencia de fractura del 10,52%, y tras dos años de seguimiento se observa

1 nueva fractura (vertebral), por lo que tenemos una tasa de fractura anual de 2,6%. Los análisis estadísticos no arrojan resultados significativos, debido principalmente al bajo número de muestras disponibles en nuestra serie.

Conclusiones: Se observa una mejoría en los parámetros densitométricos analizados a nivel basal y a los 2 años de seguimiento en el 50% pacientes sometidos a trasplante hepático y con tratamiento preventivo de osteoporosis, lo que repercute en una baja tasa de fractura anual de 2,6%. Dicho estudio está pendiente de ser ampliado para alcanzar un tamaño muestral adecuado para a su vez realizar los análisis estadísticos que den mayor robustez a nuestras hipótesis.

350. ENFERMERÍA REUMATOLÓGICA EN CAPILAROSCOPIA

M. Sesma Núñez, M. Moreno Martínez-Losa, J. Calvet Fontova, C. Galisteo Lencastre da Veiga, J. Gratacós Masmitjà y M. Larrosa Padró

Servicio de Reumatología. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell. Barcelona.

Introducción: La incorporación activa de Enfermería en Reumatología es una necesidad creciente. La enfermera bien formada desempeña un papel importante dentro del equipo de Reumatología. Entre otras funciones, puede colaborar en la evaluación de la actividad inflamatoria, monitorización de FAMES, perfusión de fármacos, educación sanitaria, y recientemente en nuestro hospital, la enfermera lleva a cabo la técnica de la capilaroscopia.

Objetivo: Mostrar que la enfermera reumatológica bien formada puede realizar la técnica de la capilaroscopia obteniendo imágenes representativas para poder ser interpretadas posteriormente por el reumatólogo.

Material y métodos: Elaboración de un programa, conjuntamente con el reumatólogo, de formación para Enfermería en la técnica de la capilaroscopia. Incluía una parte de información sobre las indicaciones, hallazgos y técnica de realización de capilaroscopia. Posteriormente se llevó a cabo un entrenamiento que consistió en la realización de las pruebas supervisadas por el reumatólogo. La exploración incluye el estudio del lecho ungueal de los dedos 2-5 de cada mano. Se inicia con un rastro del lecho y posteriormente se obtienen dos fotos por cada dedo. Se crea una agenda propia de Enfermería para la realización de las capilaroscopias: un día a la semana, un máximo de 4 capilaroscopias con un intervalo de 20 minutos entre cada una de ellas. La técnica se realiza con un videocapilaroscopio y un sistema informático Motic Images plus y software para las imágenes. Todas las capilaroscopias son valoradas e informadas por el reumatólogo.

Resultados: Desde septiembre del 2007 hasta enero del 2012 se realizaron 552 capilaroscopias. Todas ellas fueron informadas por el reumatólogo. 18 (3,26%) de las capilaroscopias realizadas técnicamente fueron defectuosas y tuvieron que ser repetidas para poder ser valoradas por el reumatólogo.

Conclusiones: La enfermera reumatológica con una buena formación y adiestramiento es capaz de realizar capilaroscopias de suficiente calidad para ser interpretadas por el reumatólogo. La participación de enfermería en la capilaroscopia permite agilizar y optimizar la lista de espera del reumatólogo reduciendo costes económicos.

351. BIFOSFONATOS Y FRACTURAS "NO TÍPICAS" DE HÚMERO

V. Navarro Ángeles, S. Martínez Pardo, M. Castillo-Vilella, G. Salvador, M. Pujol, E. Riera y J. Rovira

Hospital Universitario Mutua Terrassa. Barcelona.

Introducción: En los últimos años, el uso crónico de bifosfonatos (BFN) se ha asociado a la aparición de fracturas de fémur en localizaciones poco habituales. No existe literatura, hasta el momento,

Tabla Resumen 351

Paciente	Edad	Sexo	Tóxicos	Enfermedades concomitantes de riesgo	Tratamiento concomitante de riesgo	Fracturas previas	Fractura actual de húmero	Mecanismo de acción	Tto con BFN (años)	De t I214	De t cuello fémur	Fosfatasa alcalinas
1	59	F	No	Artritis reumatoide, VHB	Corticoides	No	Tercio proximal en 3 fragmentos	Bajo impacto	5	-1,90	-0,95	Elevadas
2	68	F	No	Artritis psoriásica	Corticoides, MTX	Subcapital de húmero	Supracondílea	Bajo impacto	9	-3,90	-2,60	Normal
3	56	M	OH y tabaco activo	neoplasia renal, EPOC	Corticoides, omeprazol	Dorsal D6	Diafisaria	Bajo impacto	10	-2,72	-1,47	Normal

que describa fracturas “no típicas” en otros huesos largos, si bien sea cual fuere el mecanismo de producción de dichas fracturas, sería razonable pensar que éstas deberían poder desarrollarse en huesos distintos al fémur.

Objetivo: Realizar un análisis descriptivo, de características demográficas, clínicas, densitométricas y de laboratorio de pacientes que hayan sido atendidos en el Hospital Universitario Mutua Terrassa (HUMT) por haber sufrido fracturas “no típicas” de húmero durante el año 2011, y que estuvieran realizando tratamiento con BFN durante al menos 5 años.

Material y métodos: Se revisan retrospectivamente las historias de pacientes mayores de 45 años con fractura de húmero, diagnosticados en el Servicio de Urgencias de Traumatología del HUMT, desde enero a diciembre de 2011. De entre todas, se seleccionan aquellas con fracturas en localizaciones “no típicas” de húmero, así consideradas las localizadas en los 2 tercios distales del húmero y las que situándose en su tercio proximal no sean subcapitales. Se excluyeron fracturas producidas por un traumatismo de gran impacto, y las que pudieran ser consideradas patológicas. Finalmente, del grupo restante, se seleccionaron los pacientes que hubieran tomado bifosfonatos durante al menos los 5 años previos a la fractura. Se recogieron variables demográficas y clínicas que incluían factores de riesgo de fractura, así como la densidad mineral ósea y los niveles de fosfatasa alcalinas previos al momento de la fractura.

Resultados: Se obtuvieron 66 historias de pacientes mayores de 45 años, que habían sufrido una fractura humeral durante el año 2011. De éstas, 32 se produjeron en localizaciones “no típicas”, con un traumatismo de bajo impacto. Sólo 3 de estos pacientes llevaban 5 o más años tomando bifosfonatos. La tabla describe las variables recogidas en estos 3 pacientes.

Conclusiones: 1. Casi la mitad de las fracturas humerales sufridas por pacientes mayores de 45 años durante el 2011, se produjeron en localizaciones “no típicas”, proporción muy superior a la esperada. 2. Sólo el 9% de estas fracturas “no típicas” de húmero pudo asociarse al uso crónico de BFN. En los 3 pacientes se encontraron además otros factores de riesgo (enfermedades, fármacos) que pudieron influir tanto o más que los BFN en la producción de la fractura. 3. Dos de los 3 pacientes mostraban una osteopenia a nivel de cuello femoral. 4. Es preciso investigar la posible aparición de fracturas atípicas asociadas a BFN en huesos largos distintos del fémur.

352. EVALUACIÓN MEDIANTE ECOGRAFÍA DE ENTESITIS EN PACIENTES CON ESPONDILOARTROPATÍA

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

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

Introducción: La entesitis es la inflamación en la zona de inserción de tendones, ligamentos o cápsulas articulares en el hueso. Es una característica común en las diferentes enfermedades que forman el grupo de las espondiloartropatías (SpA). La entesitis es menos accesible para la valoración clínica que la sinovitis, mostrando una

reproducibilidad y sensibilidad bajas. Pueden ser asintomáticas y ser solo detectables por técnicas de imagen. En los últimos años, la ecografía ha demostrado una alta sensibilidad en el estudio de la alteración de la entesis, mayor que la exploración clínica.

Objetivo: Evaluar la presencia de actividad inflamatoria de la entesis mediante ecografía en escala de grises y con Power Doppler (PD) en pacientes con SpA que inician tratamiento biológico.

Material y métodos: Se estudiaron 10 pacientes con SpA activa y con falta de respuesta a tratamientos previos en los que se planteó iniciar tratamiento biológico. Se realizó una valoración de la actividad clínica mediante el BASDAI, BASFI, valoración global de la enfermedad por el paciente y por el médico, dolor a la palpación en entesis. Se realizó una exploración ecográfica en escala de grises y con Power Doppler (PD) en 5 entesis de forma bilateral (inserción del tendón cuadriceps en la rótula, proximal del tendón rotuliano, distal del tendón rotuliano, Aquileo en el calcáneo y fascia plantar en el calcáneo con un ecógrafo LOGIC 5 PRO. Se buscaba la presencia de entesopatía: engrosamiento hipoecoico con pérdida de la ecoestructura fibrilar normal en la entesis, con o sin focos hiperecoicos (calcificaciones intratendinosas), irregularidades, erosiones o entesofitos corticales y bursitis adyacentes. Se utilizó la función PD valorando la presencia de señal intraentesis y/o perientesis.

Resultados: Se estudiaron 10 pacientes con SpA activa (8 hombres y 2 mujeres) con una edad media de 52.3 que iniciaban tratamiento biológico (5 con adalimumab y 5 con etanercept). Al inicio la media de BASDAI fue de 5,8 y del BASFI de 4,9. A los 6 meses la media del BASDAI era de 2,8 y del BASFI de 2,7. Ocho de los pacientes presentaban alteraciones ecográficas en escala de grises en las entesis exploradas y 6 señal PD. A los 6 meses de tratamiento solo en un paciente persistía señal PD. No había correlación entre la clínica y el laboratorio con los hallazgos ecográficos.

Conclusiones: Los estudios demuestran una alta prevalencia de alteraciones en la entesis en los pacientes con espondiloartropatía. La ecografía ha demostrado mayor sensibilidad para detectar entesitis que la exploración clínica en las espondiloartropatías. La ecografía ha demostrado una alta sensibilidad en el estudio de la entesis: permite la valoración de la actividad inflamatoria y la respuesta al tratamiento.

353. EVALUACIÓN MEDIANTE ECOGRAFÍA DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y ARTROPATÍA PSORIÁSICA EN TRATAMIENTO CON GOLIMUMAB

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

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

Introducción: La ecografía es una valiosa herramienta diagnóstica en la práctica clínica. Proporciona una evaluación y monitorización sensible de la actividad inflamatoria articular y una valoración más real de la remisión de la enfermedad articular (AR y APs) que la clínica, lo que puede contribuir a tomar decisiones terapéuticas óptimas.

Objetivo: Evaluar la presencia de actividad inflamatoria mediante ecografía en escala de grises y con Power Doppler (PD) en pacientes con AR y APs que iniciaban tratamiento con golimumab.

Material y métodos: Se estudiaron pacientes con AR y APs activas y con falta de respuesta a tratamientos previos (FAME o biológicos) en los que se planteó inicio de terapia biológica o cambio de tratamiento, en este caso golimumab (50 mg), nuevo anti-TNF administrado de forma subcutánea una vez al mes. Se realizó una valoración de la actividad clínica mediante el DAS 28 al inicio y a los 6 meses. Se realizó una exploración ecográfica de 28 articulaciones (hombros, codos, carpos, MCF, IFP y rodillas) con un ecógrafo LOGIC 5 PRO, buscando presencia de derrame articular y/o hipertrofia sinovial y señal PD antes de comenzar el tratamiento y a los 6 meses.

Resultados: Se estudiaron 10 pacientes (5 mujeres y 5 hombres), 6 con AR y 4 con APs con una edad media de 51.5 años que iniciaban tratamiento con golimumab (50 mg 1 vial subcutáneo mensual), asociando en todos los pacientes metotrexate con dosis entre 10 y 15 mg. Ocho de los pacientes habían llevado previamente otro tratamiento biológico. Al inicio los pacientes presentaban actividad clínica definida por un DAS 28 de 4,3 y alcanzaron a los 6 meses un DAS 28 DE 2,6, con descenso de los reactantes de fase aguda. Tres de los cuatro pacientes con APs mejoraron las lesiones cutáneas. Se detectó algún grado de derrame articular y de señal PD en los 10 pacientes antes de iniciar el tratamiento. A los 6 meses persistía algún grado de derrame articular en 2 pacientes, pero no encontramos señal PD en ninguno de los pacientes

Conclusiones: Golimumab es un tratamiento efectivo en pacientes con AR y APs, mejorando la actividad clínica definida por DAS 28, parámetros analíticos y actividad valorada por ecografía, mejorando también las lesiones cutáneas. Golimumab ha demostrado su efectividad tanto en pacientes que habían llevado tratamiento antiTNFa como en pacientes naïve. La ecografía permite una evaluación y monitorización sensible de la actividad inflamatoria articular. La ecografía permite valorar la respuesta al tratamiento.

354. PAPEL DEL PET-TAC EN EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LAS VASCULITIS DE GRANDES VASOS

M.C. Pacheco Castellanos, M. Mínguez Vega y P. Bernabeu Gosálvez
Hospital Universitario San Juan. Alicante.

Introducción: La arteritis de células gigantes (ACG) y la arteritis de Takayasu (AT) forman el grupo de las llamadas vasculitis de grandes vasos (AGV). Estas presentan una histología muy parecida aunque pueden afectar a distintos territorios arteriales y a distintas poblaciones lo cual las diferencia entre sí. Tanto la ACG como la AT presentan dos fases; una precoz de inflamación de los vasos, dónde se presenta síntomas inespecíficos tales como la fiebre, elevación de reactantes de fase aguda y otra tardía de fibrosis arterial dónde se presentan síntomas en relación con la isquemia como puede ser la amaurosis fugax, ausencia de pulso de pulso etc. El diagnóstico en la fase precoz de las vasculitis es de vital importancia porque sólo así podremos establecer tratamiento para evitar la fase de fibrosis y sus complicaciones. En esto nos son de máxima utilidad las técnicas de imagen especialmente la resonancia magnética con gadolinio, la ecografía de la arteria temporal y la tomografía por emisión de positrones con desoxiglucosa marcada con 18flúor asociada a un TAC (PET-TAC), la cual nos da una imagen del metabolismo celular de los vasos y su localización exacta. En nuestro Servicio en el último año hemos detectado tres casos de ACG diagnosticados con el PET-TAC, tanto la RM como la biopsia nos dieron resultados inespecíficos:

Casos clínicos: El primer caso era una mujer de 43 años con fiebre de origen desconocido y elevación de los reactantes de fase aguda con determinación de ANCAS negativos, a los pocos días apareció

una mononeuritis del nervio sural comprobada por electromiografía cuya anatomía patológica resultó inespecífica, más tarde aparecieron lesiones purpúricas en ambos brazos cuya biopsia fue inespecífica, ante la alta sospecha de vasculitis se realizó una RM de troncos supraaórticos que no mostró alteraciones y finalmente se realizó un PET-TAC en el cual se informaba como arteritis de Takayasu tras tratamiento específico la paciente se encuentra asintomática. El segundo y el tercer caso se tratan de una mujeres de 71 y 74 años con antecedentes de polimialgia reumática que tras comenzar tratamiento con corticoides experimenta gran mejoría pero con recurrencia de los síntomas al intentar descender los mismos, tras varios meses de seguimiento en la consulta en un caso, y 4 años en el otro presentaron anemia asociada a elevación de reactantes de fase aguda, tras descartar otro origen de la anemia se realizó en uno de los casos un PET-TAC que informó de proceso vasculítico en aorta, tronco braquiocefálico, carótidas y subclavia, ante la firme sospecha de ACG se realizó biopsia de la arteria temporal confirmando este diagnóstico, lo mismo ocurrió con el otro caso que también fue confirmado por biopsia.

Conclusiones: El diagnóstico de confirmación de las AGV es la demostración histológica. La biopsia no siempre es posible en la AT debido a su localización y en la ACG el rendimiento de la biopsia puede no ser muy alto por la afectación parcheada de las arterias o el uso de corticoides previos. En los últimos años el PET-TAC está adquiriendo cada vez más importancia para el diagnóstico de las AGV por ser una técnica no invasiva con una sensibilidad incluso superior a la angio-RM, ya que detecta antes la inflamación, y una elevada especificidad como ocurre con la angio-RM. Su principal indicación sería la confirmación de la patología inflamatoria cuando la presentación clínica u otras técnicas de imagen ofrezcan información inespecífica.

355. LA MEMORIA VISUAL A CORTO PLAZO Y LAS HABILIDADES VISUOESPACIALES, VISUOCONSTRUCTIVAS EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA

C. Galisteo¹, J. Calvet¹, A. Campabadal^{2,4}, A. Soler^{2,4}, M. Jódar^{2,4}, M.J. Masdeu³, L. Vigil³ y M. Larrosa¹

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Neurología; ³Servicio de Neumología. Hospital de Sabadell. Corporació Sanitària Parc Taulí. Barcelona. ⁴Universitat Autònoma de Barcelona.

Introducción: Varios estudios han descrito un déficit de atención y de la memoria en pacientes con fibromialgia (FM). Mientras algunos autores defienden la idea que estos trastornos cognitivos son específicos de la FM, otros los atribuyen a los trastornos depresivos, asociados frecuentemente a este tipo de pacientes. El objetivo de este estudio es comparar el rendimiento de una prueba de memoria verbal-visual y las habilidades visuoespaciales y viso-espaciales entre un grupo de pacientes con fibromialgia y un grupo control.

Pacientes y métodos: Se estudian 23 pacientes mujeres posmenopáusicas con fibromialgia, cumpliendo criterios diagnósticos ACR/90 y un grupo de 17 mujeres sanas. Los criterios de exclusión fueron: presencia de enfermedades neurológicas, depresión moderada-severa (Beck > 20) y el tratamiento concomitante con psicotrópicos. La memoria verbal se evaluó mediante la prueba Rey Auditory Verbal Learning (RAVLT), que consiste en la repetición de 15 palabras-estímulo que el sujeto ha de memorizar. Asimismo se aplica el Test Rey Complex Figure (RCFT), test que valora los siguientes dominios: la percepción visual, la memoria visual, la función ejecutiva motora y las habilidades visuoespaciales (valoración de la praxia constructiva a la orden verbal y a la copia) y visuoespaciales (valoración de la ubicación en el espacio y utilización de las referencias del medio). Análisis estadístico con la aplicación de la t de Student para muestras independientes.

Resultados: No hubo diferencias en la edad entre ambos grupos ($x = 55,20$, $p = 0,336$) ni en el nivel educativo ($x = 0,935$, $p = 0,233$). En cuanto a la memoria verbal no se evidenciaron diferencias significativas en el recuerdo total de palabras ($p = 0,579$), en la recuperación a largo plazo ($p = 0,298$) ni en el reconocimiento ($p = 0,328$), pero sí hubo diferencias en lista de interferencia ($p = 0,034$) y después de la interferencia de recordar ($p = 0,013$). No se evidenciaron diferencias significativas en RCFT-copia ($p = 0,399$) y RCFT-a corto plazo ($p = 0,146$). Sólo se obtuvieron diferencias significativas en el tiempo de ejecución de la RCFT-copia ($p = 0,006$).

Conclusiones: El aprendizaje total, la memoria verbal y visual, el reconocimiento y la memoria visuoconstructivo-visuoespacial están intactos en pacientes con FM sin depresión moderada-severa. Sin embargo, los déficit en la gestión de la distracción y el tiempo de ejecución de la RCTF sí que están alterados y podrían ser una alteración característica de la disfunción cognitiva de la FM. Resultados parciales del proyecto "Trastornos del sueño en pacientes con fibromialgia" con financiación por la Marató TV3.

356. PROGRESIÓN DEL DAÑO ESTRUCTURAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE QUE INICIAN TRATAMIENTO CON BIOLÓGICOS MEDIDA POR RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR DE BAJO CAMPO. CORRELACIÓN CON ÍNDICES DE ACTIVIDAD, FUNCIÓN FÍSICA Y REACTANTES DE FASE AGUDA

B.C. Garrido López, V. Moreira Navarrete, M.D. Ruíz Montesinos, B. Hernández Cruz y F. Navarro Sarabia

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) produce un importante deterioro estructural y funcional, con disminución de la calidad de vida y aumento de la morbi-mortalidad. Con la aparición de nuevas dianas terapéuticas, el objetivo actual en el tratamiento es alcanzar la remisión clínica, de forma que se evitarían el daño estructural, la incapacidad y las comorbilidades. La utilización de métodos eficientes de diagnóstico, monitorización y pronóstico son esenciales en la valoración de pacientes con AR. Hasta ahora, la respuesta al tratamiento se evalúa mediante índices de actividad parcialmente subjetivos, la medición mediante resonancia magnética nuclear (RMN) permitirá tener medidas semicuantitativas (Índice RAMRIS) que, per se o combinadas con los índices de actividad habituales, pueden mejorar la evaluación de los pacientes. La RMN es más sensible que la radiografía y se ha correlacionado con la actividad evaluada por DAS 28. La mayoría de los estudios previos se han realizado con aparatos de alto campo (> 1 Tesla de potencia). El rendimiento de los equipos de bajo campo es similar, tienen un menor coste, permiten mayor comodidad, requieren menor espacio físico y una menor protección radiológica, pudiéndose utilizar en consultas.

Objetivo: Principal: conocer los cambios en los tres componentes del Índice RAMRIS (erosiones, sinovitis y edema óseo) tras el inicio de terapia biológica. Secundarios: correlacionar Índice RAMRIS final con variables basales de actividad clínica (DAS28), función física (HAQ) y de laboratorio (VSG y PCR).

Métodos: Estudio longitudinal observacional prospectivo. Desde enero de 2007 se han seleccionado pacientes con AR que han iniciado tratamiento con FAME biológico y que aceptan participar en el estudio. El proyecto ha sido conducido de acuerdo con los requerimientos éticos de las Guías de Práctica Clínica y la declaración de Helsinki. Cada paciente se evaluó al inicio de la terapia biológica y a los 6-12 meses con medición de la actividad de la enfermedad, función física y RMN.

Resultados: Se incluyeron 16 pacientes de los cuales el 81,4% eran mujeres con una mediana de edad de 49 años (rango IQ 42-54). El 100% presentaban factor reumatoide y antipéptido cíclico citru-

linado positivo. El RAMRIS total se reduce como media tras 6-12 meses de tratamiento 0,5 unidades (u) en la muestra estudiada, pero esta reducción no es estadísticamente significativa ($p = 0,61$). El RAMRIS de sinovitis se reduce como media 1,14 u ($p = 0,05$) y el de erosiones aumenta 0,57 u ($p = 0,72$). Existe una correlación moderada directa entre el nivel de VSG (coeficiente de correlación de Pearson = 0,62 ($p = 0,03$)) y PCR (coeficiente de correlación de Pearson = 0,52 ($p = 0,08$)) basales con el Índice RAMRIS final.

Conclusiones: El RAMRIS de sinovitis se reduce en 1,14 u tras 6-12 meses de tratamiento. La VSG basal es un predictor de mayor daño estructural medido por el Índice RAMRIS.

357. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON TOCILIZUMAB EN 2 PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA

E. Quesada-Masachs, G. Ávila, I. Acosta y S. Marsal

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

Introducción: La artritis psoriásica (APs) es una artropatía inflamatoria crónica asociada habitualmente a psoriasis que puede manifestarse a través de distintas formas clínicas. En su patogénesis están implicados factores genéticos, inmunológicos y ambientales. En la desregulación inmunológica de la APs intervienen varias citoquinas proinflamatorias (i.e. TNF, interferón-gamma, IL-6...). La interleuquina 6 (IL-6) es producida por distintos tipos de células (linfoides y no linfoides) y su hiperproducción se ha relacionado con la patogenia y las manifestaciones, tanto locales como sistémicas, de diversas enfermedades inflamatorias crónicas. Se ha descrito una mayor concentración sérica de IL-6 en pacientes con psoriasis y enfermedad inflamatoria articular comparado con pacientes que presentaban sólo psoriasis cutánea. Presentamos dos casos de APs tratados con tocilizumab (TCZ), un anticuerpo monoclonal específico que bloquea al receptor de la IL-6.

Objetivo: Reportar la experiencia del uso de TCZ en pacientes con APs activa.

Métodos: Dos pacientes diagnosticadas de APs y que habían presentado fallo previo a terapias de acción antiTNF fueron tratadas con TCZ. Se analizaron los datos correspondientes a las semanas (S) S0, S4, S12, S24, S36 y S48. Se evaluó la evolución de los siguientes parámetros: número de articulaciones dolorosas (NAD), número de articulaciones tumefactas (NAT), velocidad de sedimentación globular (VSG) y el índice DAS 28. Se analizó la respuesta EULAR. Se investigaron los efectos adversos (EA).

Resultados: Se inició tratamiento con TCZ en dos pacientes (sexo femenino) ambas diagnosticadas de una APs con afectación periférica y erosivas, de 37 años (Caso A) y 71 años (Caso B). La evolución de la enfermedad era de 13 y 21 años respectivamente. Como tratamientos previos se habían utilizado fármacos modificadores de la enfermedad (metotrexato y leflunomida en ambos casos y salazopirina en la paciente B) y terapias antiTNF (infliximab y etanercept en ambos casos y adalimumab en la paciente A), siendo la respuesta clínica insatisfactoria en todos ellos. Tras el inicio del tratamiento con TCZ a dosis estándar ambas pacientes presentaron disminución del NAD, el NAT, la VSG y el DAS28 a partir de la S4 y para todas las semanas al compararlo con la S0 (Tabla 1). Ambas pacientes consiguieron una respuesta EULAR buena o moderada a partir de la S4 que se mantuvo en todas las semanas analizadas. Se consiguió una remisión clínica ACR/EULAR a partir de la S48 y S4 respectivamente. En los dos casos se presentaron EA de tipo cutáneo que se autolimitaron. Además la paciente A presentó hipertrigliceridemia y la paciente B neutropenia que requirió disminución de la dosis de TCZ. No se registraron EA graves.

Conclusiones: El tratamiento con TCZ ha sido seguro y eficaz de manera precoz y mantenida en nuestras pacientes con APs activa. TCZ es una alternativa terapéutica en pacientes con APs activa que no han respondido adecuadamente al tratamiento previo con terapias antiTNF.

Evolución de los parámetros de actividad de la enfermedad a lo largo del seguimiento

	NAD A	NAD B	NAT A	NAT B	VSG A	VSG B	DAS28 A	DAS28 B
S0	27	23	6	13	120	116	7,71	8,15
S4	10	20	8	12	42	11	5,52	5,96
S12	6	2	5	7	37	6	4,9	3,4
S24	4	2	1	0	29	3	4,36	1,3
S36	3	ND	0	ND	20	ND	3,22	ND
S48	0	ND	0	ND	14	ND	2,37	ND

358. COMPARATIVA DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES NACIONALES Y EXTRANJEROS EN UNA COHORTE LOCAL DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

C. Santos-Ramírez¹, J. Rosas², J.M. Senabre², G. Santos-Soler², X. Barber³, E. Salas², M. Sánchez-Barrioluengo⁴, N. Llahí¹ y C. Cano¹

¹Reumatología. Hospital de Denia. Alicante. ²Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. Alicante. ³CIO. Universidad Miguel Hernández. Elche. Alicante. ⁴INGENIO (CSIC-UPV) Universitat Politècnica de Valencia.

Objetivo: Evaluar de forma comparativa las características de los pacientes de un registro local de pacientes con artritis reumatoide, según su nacionalidad.

Material y métodos: Se analizan los datos de 303 pacientes de un registro local de pacientes con artritis reumatoide (AR) diagnosticados desde enero 2006 a diciembre de 2011, en la Sección de Reumatología del Hospital Marina Baixa. Se recogen datos epidemiológicos, analíticos, clínicos, actividad de la enfermedad, presencia de erosiones, tiempo de evolución, tratamientos, complicaciones y cuestionarios de calidad de vida. Se realiza un análisis de las características clínicas de los pacientes estableciendo 2 grupos comparativos principales: españoles y europeos no españoles.

Resultados: De los 303 pacientes: 225 (74%) son españoles, 51 son europeos no españoles (17%) de los cuales aproximadamente la mitad son de origen británico, 15 (5%) son americanos, 4 (1,5%) asiáticos y 6 (2%) africanos. Se compararon las siguientes características de la población española frente a la europea: mujeres 66,6% vs 66,6%. Edad media: 63,8 vs 61 años. Edad media al diagnóstico: 57 vs 52 años. Consumo de alcohol 6% vs 13%. Fumadores 19% vs 40% ($p < 0,05$). Positividad del Mantoux 24% vs 9% ($p = 0,2$). Trabajadores activos 32% vs 56%. Índice de masa corporal medio 29 vs 22 ($p < 0,05$). Positividad del factor reumatoide 40% vs 58% ($p < 0,05$). Positividad de los anticuerpos antipéptido citrulinado 40% vs 55%. Tempo medio de evolución: 2,3 vs 2,8 años. Los niveles de actividad en el año 2011 son similares en ambos grupos, presentando un DAS28-VSG medio de 2,6 el grupo de españoles y de 2,9 el grupo de europeos. En cuanto al tiempo que transcurre desde el diagnóstico al inicio de algún fármaco modificador de la enfermedad, la media en el grupo de españoles es de 3,9 meses, siendo de 5,5 meses en el grupo de europeos. Desde el diagnóstico al inicio de algún tratamiento biológico, la media de tiempo es de 23 meses vs 33 meses. El uso de fármacos biológicos es similar entre ambos grupos: 21% vs 23%.

Conclusiones: 1. El 17% de los pacientes de nuestro registro local de pacientes con artritis reumatoide es de origen europeo (no español). 2. El Mantoux es positivo en un porcentaje mayor en los españoles (24% vs 9%). 3. No existen diferencias en cuanto a la actividad de la AR entre ambos grupos. 4. Los europeos tardan una media de 1 año más desde el diagnóstico hasta el inicio de algún fármaco biológico.

359. PERFIL DE UNA SERIE DE 196 PACIENTES TRATADOS CON ÁCIDO ZOLEDRÓNICO E.V.

M. González-Cabanas, X. Juanola¹, D. Cerdà², R. Fíguls², D. Reina², D. Roig², S. García Díaz², J.M. Nolla¹ y H. Corominas¹

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. ²Servicio de Reumatología. Hospital Moisès Broggi. Sant Joan Despí. Barcelona.

Introducción: El ácido zoledrónico es un bifosfonato endovenoso de 3ª generación indicado en el tratamiento de la osteoporosis, entre otras enfermedades, como la enfermedad de Paget y la distrofia simpático refleja.

Objetivo: Describir las características clínicas de una serie de 196 pacientes tratados con ácido zoledrónico e.v. en el período 2008-2011 en dos hospitales de la provincia de Barcelona. Analizar las indicaciones, características clínicas, densitométricas y efectos secundarios del tratamiento.

Pacientes y métodos: Un total de 196 pacientes recibieron ácido zoledrónico. Se realizó un diseño retrospectivo revisando las historias clínicas de estos pacientes. Se recogieron datos epidemiológicos, clínicos, parámetros densitométricos y efectos secundarios al tratamiento.

Resultados: De los 196 pacientes que recibieron ácido zoledrónico, 157 eran mujeres (80,1%) y 39 hombres (19,9%); El 94% de los pacientes (184) fueron tratados por osteoporosis, el 4% (8) por Paget, 1 paciente por SAPHO, 1 por distrofia simpático refleja, 1 por artropatía neuropática y 1 por osteogénesis imperfecta. Del total de osteoporosis tratadas, 84% eran primarias y 16% secundarias. Un 47% de los pacientes habían recibido tratamientos para la osteoporosis previamente (66,5% bifosfonatos, 16,2% ranelato de estoncio, 4,8% raloxifeno, 8% PTH y 4,5% calcitonina). Un 51% de pacientes presentaban fracturas previas (62,5% vertebrales, 18,7% fracturas de Colles, 12,5% de fémur y 6,3% en otras localizaciones). Sólo un 4,7% presentó una nueva fractura después de iniciado el tratamiento. Los pacientes tenían unos valores densitométricos medios previos al inicio del tratamiento de: T-Score en columna lumbar -3,3 y en cuello femoral -2,3. Sólo un 9,5% de los pacientes presentaron efectos adversos, 75% de éstos en forma de síndrome pseudogripal. Entre el resto de efectos adversos destaca un caso de hipocalcemia y otro de queratoconjuntivitis sicca.

Conclusiones: El ácido zoledrónico está indicado básicamente como tratamiento endovenoso para la osteoporosis, en casos de intolerancia al tratamiento v.o. y osteoporosis refractaria a tratamientos previos. La mayor parte de casos constan con el antecedente de fractura. Se trata de un tratamiento eficaz y seguro, con una tasa baja de efectos adversos.

360. ¿QUÉ NOS APORTA LA DETERMINACIÓN DE LOS ENA EN EL SÍNDROME DE SJÖGREN?

D. Reina, D. Cerdà, D.I. Roig, M. González, R. Fíguls, S. García, G. Celma y H. Corominas

Unidad de Reumatología. Hospital Moisès Broggi. Sant Joan Despí. Barcelona.

Introducción: El Ro/SS-A es una proteína con tres cadenas polipeptídicas asociadas a un ARN, el La/SS-B consiste en una proteína unida a productos de transcripción de la polimerasa RNA-III. Se encuentran en aproximadamente el 75% de pacientes con síndrome de Sjögren (SS) primario. El diagnóstico de SS se basa en los criterios diagnósticos del Grupo americano-europeo para el estudio del SS.

Objetivo: Determinar las características de una serie de pacientes a los que se les ha solicitado al menos en una ocasión la determina-

Tabla Resumen 360

Síntomas oculares	Síntomas orales	Signos oculares (valorado por test de Schirmer < 4 mm a los 5 min)	Hallazgos histopatológicos (biopsia de glándula salival)	Compromiso objetivo de glándulas salivares	Autoanticuerpos
10 pacientes	10 pacientes	6 pacientes	3 pacientes	8 pacientes	30 pacientes

ción de los Anti-Ro y Anti-La (ENA) durante un año. Correlacionar estos resultados con el SS. Determinar el VPP de padecer SS según los resultados de los ENA.

Pacientes y métodos: Se han recogido los ENA solicitados durante el año 2011 en un centro hospitalario, donde el Servicio de Reumatología (REU) ha realizado más de 5.000 visitas. Se han recogido los ENA y en caso de positividad se han cuantificado. Se han considerado los siguientes valores en el laboratorio: < 15: resultado negativo; 15-25: resultado indeterminado; > 25: resultado positivo. Si los ANA resultaban negativos, el laboratorio no procedía a determinar los Anti-La. Se ha valorado el Servicio de procedencia de la solicitud de los ENA (Dermatología (Derma), Medicina Interna (MI), Neurología (NRL), Nefrología (NEF), Neumología (NML), REU). De los pacientes con ENA positivos se han recogido edad y género, resultado de los ANA y en caso de positividad, su titulación y el patrón de los mismos. Además se ha recogido el resultado del FR de estos pacientes. Se ha valorado si estos pacientes presentaban criterios de SS y cuáles y cuántos de éstos estaban presentes. Se han recogido los diagnósticos de los pacientes que no cumplían criterios de SS. Se ha calculado el VPP de padecer SS en función del resultado de los ENA.

Resultados: Se han reclutado 246 pacientes a los que se les había solicitado ENA al menos una vez durante el año 2011. De un total de 522 determinaciones, 30 han resultado positivas, 4 indeterminadas y el resto negativas. La distribución de los Servicios médicos que han solicitado las determinaciones ha sido la siguiente: REU: 38%, NRL: 21%, Derma: 16%, MI: 13%, NML: 8%, NEF: 4%. Los pacientes con ENA positivos son en su mayoría mujeres: 93% mujeres (edad media (+DE): 58 (+17,8) años) y 7% varones (edad media (+DE): 37 (+1,4) años). De éstos, 19 presentaban ANA positivos y 7 FR positivo. La mayoría de los ANA positivos han presentado un patrón moteado y la titulación media (+DE) ha sido de 1/573 (+465,4). Nueve pacientes presentaban criterios de SS según el Grupo de consenso americano-europeo para el estudio del SS. En la tabla se muestra la distribución de cada uno de los criterios diagnósticos que cumplían los pacientes. Dos pacientes fueron considerados SS probable. De los pacientes con ENA positivos que no cumplían criterios de SS, 4 presentaban lupus eritematoso sistémico, 4 lupus cutáneo, 3 síndrome de Guillain Barré, 3 artritis reumatoide, 1 PAN, 1 vasculitis leucocitoclástica, 1 esclerosis sistémica limitada, 1 eritema nodoso y 1 quiste aracnoide. El VPP de padecer SS en función del resultado de los ENA en nuestra serie ha sido de 30%.

Conclusiones: Según nuestra experiencia las determinaciones de ENA han sido solicitadas mayoritariamente por el Servicio de REU. De las determinaciones positivas, 9 correspondían a SS. En nuestra serie el VPP de padecer SS en función del resultado de los ENA fue bajo.

361. RELACIÓN ENTRE NTX Y PARÁMETROS DE ACTIVIDAD EN LA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

E. Peñas Martínez, M.R. Oliva Ruiz, M.J. Moreno Martínez, M.J. Moreno Ramos, L.F. Linares Ferrando y F.A. Martínez Angosto

Reumatología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción: La osteoporosis es una complicación conocida en la espondilitis anquilosante (EA). Se ha observado un descenso en la

vitamina D en pacientes con EA comparados con controles, así como un aumento no significativo del BASDAI en pacientes con osteoporosis. Algunos autores han objetivado una correlación negativa sin significación entre la velocidad de sedimentación (VSG), la proteína C reactiva (PCR) y la vitamina D (Lange et al. Osteop Int. 2001;12; 1031-5).

Objetivo: Analizar si existe correlación entre el marcador de resorción ósea sérico NTx y los parámetros de actividad en EA: PCR, BASDAI y VSG.

Material y métodos: Para ello seleccionamos a 24 pacientes diagnosticados de EA según los criterios de New York, y en seguimiento en la consulta de espondiloartritis de nuestro hospital (H.U. Virgen Arrixaca), a los cual se les determina el marcador serológico de resorción ósea NTx y otros parámetros analíticos, PCR y VSG, a la vez que se les pasa el cuestionario de actividad, BASDAI. Mediante el sistema estadístico spss 15.0 intentamos ver la relación entre la VSG, PCR, BASDAI y NTx.

Resultados: Se trata de 79,2% de hombres y 20,8% de mujeres premenopáusicas, con una media de 9 años de enfermedad. Presentan una media de edad de 45,13 ± 11,49 años; una PCR media de 0,57 (± 0,57); una VSG 24,09 (± 14,21); y un BASDAI 3,17 (± 1,73). Tras analizar la relación entre estos parámetros observamos una correlación negativa no significativa (p > 0,05) entre NTx con VSG (-0,04), PCR (- 0,02) y BASDAI (- 0,15).

Conclusiones: Con nuestros resultados no podemos concluir que exista una relación entre el parámetro de resorción ósea NTx y parámetros de actividad como PCR, VSG y BASDAI, aun así, serían necesarios trabajos con un mayor tamaño muestral.

362. SEGURIDAD DE TAPENTADOL EN PACIENTES CON DOLOR LUMBAR CRÓNICO

J.L. Sierra Monzón¹, P. Cía Blasco², M.D. Rodrigo Royo², G. Alesón Hornos², J.F. Martínez Juste² y L. Pérez Pascual²

¹Sección de Reumatología; ²Unidad del Dolor. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Introducción: En muchas ocasiones nos encontramos con dificultades para tratar correctamente a nuestros pacientes con dolor lumbar crónico de origen no inflamatorio, ya que muchos de ellos son de edad avanzada y presentan efectos secundarios en relación al uso de opioides. Recientemente ha salido al mercado una nueva molécula, el tapentadol, que combina dos mecanismos de acción: es un agonista del receptor opioide μ (MOR), eficaz contra el dolor nociceptivo, y un inhibidor de la recaptación de noradrenalina, que actúa frente al dolor crónico neuropático. La reducción de la contribución del componente opioide μ en los efectos analgésicos del tapentadol conduce a una menor incidencia de efectos secundarios relacionados con los opioides.

Objetivo: Evaluar la seguridad de tapentadol en pacientes con dolor lumbar crónico de origen no inflamatorio.

Material y métodos: Se han recogido 26 pacientes con dolor lumbar de más de 6 semanas de evolución con características mecánicas, los cuales iniciaron tratamiento con tapentadol a dosis de 50 mg cada 12 horas y se describen los efectos secundarios si los han presentado.

Resultados: Ver tabla.

Tabla Resumen 362

Edad	Sexo	Patología	Retirada de tapentadol	Efectos secundarios	EVA dolor al inicio del tratamiento
73	M	Mielopatía compresiva	No	No	9
57	V	Lumbociática S1 derecha	No	No	7
48	V	Lumbociatalgia bilateral	No	No	9
51	V	Espondiloartrosis	No	No	6
61	V	Mielopatía compresiva	No	No	7
68	M	Lumbociática L5-S1 izquierda	No	No	8
73	M	Espondiloartrosis	No	No	7
64	M	Estenosis de canal	No	No	8
74	M	Espondiloartrosis	No	No	9
45	V	Hernia discal L4-L5	No	No	6
56	M	Radiculopatía L5-S1 derecha	Sí	Incremento de cifras de TA en paciente con HTA conocida	8
57	M	Espondiloartrosis	No	No	8
57	M	Radiculopatía L5-S1 izquierda	No	No	6
27	M	Lumbociática bilateral	No	No	7
28	M	Síndrome piriforme bilateral	No	Mareo y alucinaciones	8
62	M	Hernia discal L5-S1	No	No	3
55	V	Síndrome facetario	No	No	7
63	V	Hernia discal L3-L4 y L4-L5	No	No	7
36	V	Hernia discal L5-S1	No	No	3
70	M	Espondiloartrosis	No	No	8
49	V	Hernia discal L4-L5	No	No	7
73	M	Espondiloartrosis	No	No	7
69	M	Estenosis de canal	No	No	7
51	V	Hernia discal L4-L5 y L5-S1	No	No	9
47	M	Hernia discal L4-L5	No	No	5
71	V	Estenosis de canal	No	No	6

Conclusiones: Tras el escaso tiempo transcurrido tras la comercialización de tapentadol, nuestra experiencia es muy positiva en cuanto a la baja tasa de efectos secundarios observados. Sólo se ha retirado en un paciente de 26, por elevación de cifras de TA en un paciente hipertenso no explicada por otra causa. Otro paciente presentó un episodio de mareos y alucinaciones, que cedieron espontáneamente sin necesidad de suspender la medicación. En cuanto a la eficacia, aún no tenemos datos suficientes puesto que muchos pacientes se encuentran en ascenso progresivo de dosis.

363. EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON TOCILIZUMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE: 2 AÑOS DE EXPERIENCIA

E. Quesada-Masachs, C. Díaz, G. Ávila, I. Acosta, J.J. Agustín, X. Sans, C. Alegre y S. Marsal

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

Objetivo: El tocilizumab (TCZ) es un anticuerpo monoclonal que a través del bloqueo del receptor específico de la IL-6 ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de la artritis reumatoide (AR). El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia y seguridad del TCZ en nuestra práctica clínica en un hospital universitario de tercer nivel.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, prospectivo, identificando 40 pacientes diagnosticados de AR tratados con TCZ desde abril del 2009 hasta septiembre del 2011. Evaluamos la eficacia clínica mediante la evolución de los parámetros: número de articulaciones dolorosas (NAD), tumefactas (NAT), los reactantes de fase aguda (VSG), la hemoglobina (Hb), el índice de actividad DAS28, la respuesta EULAR y la remisión clínica evaluada según los criterios ACR/EULAR del año 2011. Estos parámetros se determinaron a las semanas (S) S0, S4, S12, S24, S48, S72 y S96 de tratamiento. Se utilizó el programa SPSS 17.0. Se evaluó la seguridad del TCZ registrando los efectos adversos (EA) y los motivos de retirada.

Resultados: Se incluyeron 5 hombres y 35 mujeres, con una media de edad de 52 años. La mediana de duración de la enfermedad fue de 11 años (2-39). Se observó un factor reumatoide positivo en

32 pacientes (80%), anticuerpos antipéptido citrulinado positivo en 32 (80%) y anticuerpos antinucleares positivos en 34 (85%). Habían recibido tratamiento previo con al menos un antiTNF 34 pacientes (85%). En el momento de finalizar la recogida de datos 25 pacientes (62.5%) pacientes continuaban el tratamiento con TCZ. La disminución del NAD, el NAT y la VSG fue estadísticamente significativa en todas las semanas. El aumento de la Hb fue estadísticamente significativo hasta la S48. El análisis de la tasa de respuesta por DAS28, respuesta EULAR y tasas de remisión se adjunta en la siguiente tabla. En relación al tratamiento concomitante comparando la S0 con la última semana de registro para cada paciente obtenemos la siguiente evolución en el uso de: FAMES de 24 pacientes (60%) al inicio a 19 pacientes (48%) al final; AINES de 32 (80%) al inicio a 14 (35%) al final; y la dosis media de glucocorticoesteroides consumida (ajustada a dosis de prednisona) pasa de 6,1 mg/día al inicio a 4,25 mg/día al final del registro. En cuanto a la seguridad, 31 pacientes (77,5%) presentaron al menos un EA durante el seguimiento. Los EA más frecuentes fueron las infecciones (22 episodios), la dislipemia (presente en 16 pacientes) y las alteraciones de laboratorio (detectadas en 14 pacientes). Se observaron en total de 3 efectos adversos graves (una fiebre de origen desconocido, una neumonía adquirida en la comunidad y una hepatitis tóxica aguda). No se registró mortalidad en nuestro grupo. Se retiró el tratamiento en 15 pacientes (37,5%), en 10 pacientes debido a EA (25%) y en 5 debido a otras causas (12,5%).

Evolución de los parámetros de respuesta a lo largo del seguimiento

	Basal	S4	S12	S24	S48	S72	S96
DAS28 (media)	5,99	4,37	3,33	2,96	2,83	2,36	2,06
Tasa de respuesta EULAR buena o moderada, N (%)		24 (74)	31 (86)	28 (90)	17 (80)	10 (100)	4 (100)
Tasa de remisión, N (%)		1 (3)	10 (29)	8 (27)	5 (25)	3 (30)	1 (25)

Conclusiones: En nuestra serie de pacientes con AR el tratamiento con TCZ alcanzó una respuesta EULAR buena-o-moderada en la mayoría de pacientes, siendo una respuesta precoz y mantenida. Los efectos adversos más frecuentes fueron las infecciones, la dislipemia y las alteraciones analíticas. El principal motivo de retirada del TCZ fueron los efectos adversos.

364. EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON TOCILIZUMAB EN MONOTERAPIA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

E. Quesada-Masachs, C. Díaz, G. Ávila, I. Acosta, X. Sans, C. Alegre y S. Marsal

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

Objetivo: El tocilizumab (TCZ) ha demostrado ser eficaz para el tratamiento de la artritis reumatoide (AR). Algunos estudios sugieren que el TCZ en monoterapia podría ser tan efectivo como en terapia combinada con FAME. El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia y seguridad del TCZ en monoterapia en nuestra práctica clínica en un hospital universitario de tercer nivel.

Métodos: Realizamos un estudio observacional y prospectivo, identificando 16 pacientes que iniciaron tratamiento con TCZ en monoterapia desde noviembre del 2009 hasta diciembre del 2010. Se analizaron los datos correspondientes a las semanas (S) S0, S4, S12, S24, S48 y S72. La eficacia clínica fue analizada mediante la evolución de los siguientes parámetros: número de articulaciones dolorosas (NAD), tumefactas (NAT), los reactantes de fase aguda (VSG), la hemoglobina (Hb), el índice de actividad DAS28, la respuesta EULAR y la remisión clínica evaluada según los criterios ACR/EULAR del año 2011. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS 17.0. En cuanto a seguridad se registraron los efectos adversos (EA) graves y los motivos de retirada.

Resultados: Se incluyeron 2 hombres y 14 mujeres, con una media de edad de 52 años (36-72). La media de duración de la enfermedad fue de 16 años (2-39). Se objetivó un factor reumatoide positivo en 12 pacientes (75%), anticuerpos antipéptido citrulinado positivo en 11 (68%) y presencia de erosiones radiológicas en 9 pacientes (56%). Habían recibido tratamiento con al menos un antiTNF previo todos los 16 pacientes (100%). El motivo por el que discontinuó el tratamiento previo con FAME antes de iniciar el TCZ fueron los EA en 12 pacientes (75%), la ineficacia en 1 (6,25%), por propia decisión del paciente en 1 (6,25%) y por otras causas en 2 (12,5%). La disminución del NAD y el NAT fue estadísticamente significativa desde la S12 hasta la S24 y la S72. La VSG y el DAS28 descendieron de forma estadísticamente significativa desde la S4 hasta la S48 y la S72. El aumento de la concentración de Hb fue constante entre semanas aunque no estadísticamente significativo. La descripción de la respuesta EULAR y de la remisión se adjunta en la tabla. En cuanto al tratamiento concomitante comparando la semana basal con la última semana de registro para cada paciente obtenemos que el consumo de AINES regular (mínimo 3 días a la semana) pasó de 11 pacientes (69%) al inicio del TCZ a 6 (37,5%); y la dosis media de glucocorticosteroides consumida (ajustada a dosis de prednisona) pasó de 7,5 mg/día a 4,3 mg/día. En cuanto a la seguridad, se registraron 2 efectos adversos graves: una neumonía adquirida en la comunidad y un intento de autólisis. Se retiró el tratamiento en 6 pacientes (37,5%), 5 de ellos debido a EA (31,25%) y 1 debido a otras causas (6,25%).

Respuesta EULAR en pacientes con AR activa tratados con TCZ en monoterapia

	S0	S4	S12	S24	S48	S72
N total pacientes	16	15	14	13	9	6
DAS28 (media)	6,3	4,8	3,9	3,5	3,3	3
Respuesta EULAR buena-o-moderada N (%)		9 (60%)	10 (71%)	10 (77%)	7 (78%)	4 (67%)
Tasas de Remisión N (%)		0 (0%)	2 (14%)	2 (15%)	1 (11%)	2 (33%)

Conclusiones: En nuestra serie de pacientes con AR el tratamiento con TCZ en monoterapia ha presentado una marcada eficacia de forma precoz y mantenida. El TCZ ha tenido un buen perfil de seguridad en nuestros pacientes. El principal motivo de retirada fue la aparición de efectos adversos y no se objetivaron casos de pérdida de eficacia ni de mortalidad.

365. CONSULTA MULTIDISCIPLINAR DE UVEÍTIS. RESULTADOS DEL PRIMER AÑO DE SU PUESTA EN MARCHA

A. Rueda Cid¹, M.I. Hernández Garfella², V. Huguet Prada², E. Beltrán Catalán¹, C. Campos Fernández¹, E. Cervera Alpera² y J. Calvo Catalá¹

¹Servicio de Reumatología y Metabolismo Óseo; ²Servicio de Oftalmología. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia.

Introducción: Dado que las enfermedades reumáticas presentan con frecuencia manifestaciones extra-articulares, siendo la afectación ocular una de ellas y esta puede ser el síntoma inicial de la patología reumatológica, en los últimos años cada vez se ha hecho más evidente que debe existir una estrecha colaboración entre oftalmólogos y reumatólogos. Esto ha dado lugar a la creación de consultas compartidas y a la colaboración estrecha entre ambas especialidades. Con estas premisas, en diciembre de 2010 pusimos en marcha una Consulta Multidisciplinar de Uveítis en el Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. El funcionamiento de dicha consulta se basa fundamentalmente en valorar 3 tipos de pacientes: uveítis de reciente diagnóstico, uveítis ya conocidas y pacientes con patología reumatológica y uveítis.

Objetivo: Conocer las patologías y tratamientos biológicos de los pacientes revisados durante un año en una consulta compartida de oftalmología y reumatología.

Pacientes y métodos: Se trata de un estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes valorados durante 1 año en una consulta multidisciplinar. Se recogen datos del número de pacientes, las patologías principales y los tratamientos biológicos que llevan prescritos. También se valora el inicio de nuevos tratamientos biológicos. La consulta se realiza una vez al mes por un reumatólogo, un oftalmólogo y una enfermera entrenada en uveítis y patología inflamatoria articular, en consultas externas de oftalmología, para poder utilizar el aparataje necesario.

Resultados: En dicha consulta se han atendido una media de 9.5 (7-11) pacientes por mes, con un total de 115 pacientes al año de funcionamiento, con uveítis primarias o con uveítis asociadas a patología reumática. Los pacientes que se han visitado presentaban las siguientes patologías de base: 35% presentan una espondiloartritis, 20% enfermedad de Behçet y 45% uveítis primaria ocular. Del 35% de los pacientes con espondiloartritis (7% se diagnosticaron en esta consulta). El 24% presentan una panuveítis, el 36% una uveítis anterior, el 28% una uveítis intermedia y el 12% una uveítis intermedia o vasculitis. Se han iniciado 4 (3,4%) tratamientos biológicos (3 adalimumab en pacientes con espondiloartritis mas uveítis, 1 en uveítis idiopáticas). Del resto de pacientes (111), 36 (31,3%), ya recibían previamente tratamiento con fármacos biológicos (16 son pacientes de oftalmología y 20 de reumatología). Se han realizado 2 cambios (1 de infliximab y otro de etanercept en espondiloartritis por adalimumab).

Conclusiones: Con la creación de esta unidad pretendemos conseguir avances significativos en la comunicación y el enriquecimiento mutuo de ambas especialidades, esto conlleva una mejoría en la aproximación diagnóstica y terapéutica de estas patologías que repercute en el bienestar y mejoría de la asistencia del paciente. De esta manera será más fácil y fructífero el diagnóstico de aquellos pacientes con enfermedades sistémicas reumáticas cuyo primer síntoma de alerta sea una afectación ocular. Por otra parte aunque la uveítis sea idiopática en ocasiones, necesita tratamientos sistémicos, para los que el oftalmólogo puede requerir el apoyo del reumatólogo, más habituado a manejar el seguimiento, control y posibles efectos secundarios de estas terapias. Una vez se consiga el funcionamiento correcto de esta consulta se podrán ampliar los objetivos iniciales, encargarse además del diagnóstico y tratamiento de cualquier manifestación ocular en pacientes ya diagnosticados de enfermedades reumáticas y del control del tratamiento con antipalúdicos.

366. PSORIASIS PARADÓJICA ASOCIADA AL USO DE TERAPIA BIOLÓGICA

A. Martínez-Cristóbal¹, A. Casado Poveda y C. Ortega Monzó

¹Sección de Reumatología. Servicio de Medicina Interna; ²Servicio de Dermatología. Hospital Universitario de La Ribera. Alzira. Valencia.

Objetivo: El TNF α es una citoquina implicada en la etiopatogenia de la psoriasis (PS), la artritis reumatoide (AR) y la espondilitis anquilosante (EA). En los últimos años ha aumentado el uso de los fármacos antiTNF α en las enfermedades autoinmunes y, consecuentemente, el número de efectos secundarios comunicados, como la aparición de PS de novo o cambios en la morfología de PS preexistente. El objetivo de este estudio fue valorar la asociación entre la terapia biológica en pacientes con AR y EA, y los nuevos casos de PS.

Pacientes y métodos: Se revisó la historia clínica de pacientes con EA o AR, sin diagnóstico previo de PS, que hubieran iniciado terapia biológica entre el 2000-2011 y que presentaran lesiones de PS cutánea o ungueal durante su seguimiento.

Resultados: Se diagnosticaron 6 casos de PS de novo, en 3 pacientes diagnosticados de EA y en 3 diagnosticados de AR, en 5 casos asociada a terapia antiTNF α y en 1 a abatacept (ABA). Dos pacientes con EA presentaron PS palmo-plantar (PP) tras 12 meses de tratamiento con adalimumab (ADA) y tras 24 meses con etanercept (ETN) respectivamente, y un tercero PS pustulosa generalizada tras la primera infusión de infliximab. De los pacientes con AR, una paciente desarrolló PS ungueal tras 12 meses con ETN, y las otras dos PS PP tras 3 meses con ETN y tras 12 meses con ABA, respectivamente. Sólo en 1 caso no fue necesario el cambio de terapia biológica por motivo de las lesiones PS. Ninguno de los 5 casos en los que se decidió cambio de terapia presentó recidiva de las lesiones.

Conclusiones: Los fármacos antiTNF α se utilizan como tratamiento de diversas enfermedades autoinmunes, entre ellas la PS cutánea. Sin embargo, de manera paradójica, se ha descrito una mayor incidencia de PS de novo en pacientes con AR expuestos a antiTNF α . Su forma de presentación más frecuente es la PS en placas y pustulosas PP, con un tiempo de inducción variable. Los datos publicados apoyan que la inhibición farmacológica del TNF α induciría una producción incontrolada de INF α de manera local, provocando PS en determinados casos. No siempre es necesario retirar el fármaco, pero el cambio de biológico puede ser una buena opción terapéutica. Parece ser un efecto de clase de los anti-TNF α , sin embargo se desconoce si la incidencia difiere entre los diferentes antiTNF α o con otros biológicos, como ocurre en un caso de esta serie con ABA. Los resultados de este estudio muestran una asociación entre los antiTNF α y la aparición de lesiones de PS, similar a la observada en comunicaciones previas. Son necesarios estudios epidemiológicos a largo plazo para identificar los factores de riesgo y determinar la mejor estrategia terapéutica en el manejo de estas lesiones.

367. INFLUENCIA DEL METOTREXATO Y OTROS FAMES EN LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON TOCILIZUMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE: RESULTADOS A 6 MESES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

L. Lojo Oliveira, Ch. Plasencia, G. Bonilla, M. García-Arias, S. García, L. Nuño, A. Villalba, A. Balsa y E. Martín-Mola

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción: La heterogeneidad clínica de los pacientes con Artritis Reumatoide (AR) dificulta la predicción del curso de la enfermedad. El desarrollo de nuevas dianas terapéuticas ha conseguido mejorar el pronóstico de los pacientes con fracaso o respuesta parcial a los fármacos clásicos, pero todavía quedan por determinar los esquemas de tratamiento más adecuados en función del perfil clínico del paciente.

Objetivo: Investigar la eficacia del tocilizumab en pacientes con AR a los 6 meses de tratamiento y estudiar la influencia de los fármacos modificadores de la enfermedad (FAMES) en la respuesta al tratamiento.

Métodos: Se seleccionaron los pacientes con AR en tratamiento con tocilizumab (TCZ) de la cohorte de pacientes tratados con biológicos de nuestra unidad. Se recogieron datos demográficos, clínicos, analíticos y de tratamiento, basales y a los 6 meses. La actividad clínica se evaluó mediante el DAS28. Los pacientes que no completaron el seguimiento fueron excluidos. El análisis de los datos se realizó con los test no paramétricos U de Mann Whitney y Wilcoxon.

Resultados: Se incluyeron 16 pacientes tratados con TCZ que habían completado 6 meses de tratamiento. El 87,5% eran mujeres, siendo la edad media de la muestra $56,6 \pm 11,7$ años. La duración media de la enfermedad era de $14,2 \pm 9,4$ años. El DAS medio basal de la cohorte fue de $5,18 \pm 1,55$. 13 pacientes (81,3%) eran factor reumatoide y anticuerpos anti-CCP positivos. 6 pacientes (37,5%) eran fumadores o exfumadores. 8 pacientes (50%) tenían tratamiento con MTX solo, o asociado a otros FAMES. En 2 de los pacientes (12,5%) se utilizó tocilizumab como primer biológico. 7 pacientes (43,7%) habían recibido tratamiento con un biológico previamente. Y otros 7 pacientes (43,7%) habían recibido tratamiento con dos o más fármacos biológicos. Todos los pacientes con tratamiento biológico previo habían recibido tratamiento con al menos un anti-TNF. Se encontraron diferencias significativas entre el DAS basal y a los 6 meses tras iniciar el tratamiento con tocilizumab, con una diferencia media de $1,3 \pm 1,4$ (p 0,019). A los 6 meses de tratamiento, no se encontraron diferencias en el DAS medio entre los pacientes que tomaban (M1) o no tomaban (M0) metotrexato, (DASmedio (M1) $3,6 \pm 1,5$; DASmedio (M0) $4,7 \pm 0,8$, p 0,916). Si analizamos la disminución del DAS (M1) $1,7 \pm 1,4$; (M0) $0,95 \pm 1,4$ tampoco se observaron diferencias significativas (p 0,770). Los pacientes que recibieron TCZ como primer biológico tuvieron un descenso mayor del DAS (δ DAS $2,84 \pm 0,02$ sin tratamiento biológico previo vs $1,1 \pm 1,4$, $p = 0,076$).

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes se objetiva una tendencia a presentar una mejor respuesta a corto plazo (6 meses) al tratamiento con tocilizumab en pacientes sin tratamiento biológico previo. Sin embargo el tener o no metotrexato como fármaco concomitante no parece influir en dicha respuesta. Estos resultados necesitan un mayor número de pacientes para poder ser confirmados.

368. PSICOTERAPIA GRUPAL OPERATIVA DE ORIENTACIÓN PSICOANALÍTICA EN FIBROMIALGIA. RESULTADOS DE LA MEJORÍA EN ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

V. de Felipe¹, L. Álvarez-Cienfuegos¹, E. Rodríguez¹, J. Vidal², A. Pérez¹, B. Castel¹, B. Taravillo¹ y D. Huertas¹

¹Servicio de Psiquiatría; ²Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Guadalajara.

Introducción: Los pacientes con FM tienen porcentajes elevados de depresión y ansiedad. La depresión disminuye la eficacia de los analgésicos.

Objetivo: Estudiar la sintomatología ansioso-depresiva en pacientes con FM y describir la mejoría de estos síntomas tras un tratamiento de psicoterapia grupal de orientación psicoanalítica, integrado en un abordaje interdisciplinar.

Material y métodos: Estudio de intervención no aleatoria de cohorte única, longitudinal y prospectivo. Se realiza tratamiento de psicoterapia grupal a 262 sujetos, que acuden a consulta de psicología clínica derivados desde las consultas de reumatología del Hospital. La psicoterapia consta de 22 sesiones distribuidas a lo largo de un año, en las 12 primeras se incluye psicoeducación. Se administra Inventario de depresión de Beck (BDI), Cuestionario de ansiedad (STAI) y cuestionario de calidad de vida (FIQ) antes y después de la psicoterapia. Se considera ansiedad patológica una puntuación superior al percentil

74 (STAI) y depresión patológica una puntuación directa superior a 17 (BDI). Una limitación de esta investigación es la pérdida de sujetos por abandonos o cuestionarios mal cumplimentados (del total de 262; n = 181 para las 12 sesiones y n = 156 para las 22 sesiones). Se comprueba que la muestra final es homogénea a la que inicia el tratamiento en variables sociodemográficas y psicopatología. Se utiliza el paquete estadístico SPSS 15.0 para el tratamiento de los datos.

Resultados: El 94,3% son mujeres, con una edad media de 45,3 años, DE 11,83. El 45% viven en el medio rural, 79% casados y un 58,5% tienen estudios primarios o EGB. El 53% se encuentra en situación de Incapacidad laboral. El 61% tiene comorbilidad reumatológica y cuando acuden a consulta llevan una media de 8 años y 9 meses con dolor. Las puntuaciones en los cuestionarios, cuando inician la psicoterapia son: STAI-R Media 36,39, DE: 11,75; STAI-E 36,04, DE: 11,71; BDI Media 21,32, DE: 9,10; FIQ Media 70,50, DE: 16,9. El 71,7% de los sujetos que inicia el tratamiento tiene ansiedad rasgo patológica, el 66,7% ansiedad estado y el 64,2% depresión. El 55,4% tiene un FIQ > 70. Existe mejoría con asociación estadísticamente significativa en ansiedad, depresión y calidad de vida tras las 12 primeras sesiones y en ansiedad y calidad de vida al finalizar las 22 sesiones (tabla 1). En cuanto a la mejoría según criterios de severidad, un 25,8% de sujetos que mostraba ansiedad rasgo patológica, un 18,3% ansiedad estado y un 15,8% depresión, no presentan niveles patológicos después de la psicoterapia completa. El 13,7% de sujetos que tenía FIQ > 70 antes de la psicoterapia no lo tiene después (tabla 2). En cuanto a la mejoría con relevancia clínica en el FIQ (reducción de la puntuación en un 14%) encontramos que el 25% de los sujetos mejora con relevancia clínica en calidad de vida FIQ después tras las 12 primeras sesiones y el 36% al finalizar la psicoterapia completa. El 97,3% de los sujetos valora la psicoterapia como buena o muy buena.

Conclusiones: Se confirma la presencia de depresión y ansiedad en pacientes con FM. La psicoterapia disminuye dicha sintomatología así como mejora la calidad de vida. Hay variabilidad en los resultados según criterios de evaluación, encontrando la máxima mejoría cuando utilizamos el FIQ con disminución del 14%. El porcentaje de sujetos que valora positivamente la psicoterapia es considerablemente mayor que el que presenta mejoría en los síntomas.

Tabla 1. Mejoría con asociación estadísticamente significativa

Instrumento	Variable	Intervención psicoterapéutica	Diferencia de medias	IC95% de la diferencia	p
STAI	Ansiedad-Rasgo	12 sesiones	-1,68	0,37 a 2,98	0,012
		22 sesiones	-4,34	6,12 a 2,55	< 0,0001
STAI	Ansiedad-Estado	12 sesiones	-3,11	1,50 a 4,73	< 0,0001
		22 sesiones	-4,60	2,74 a 6,45	< 0,0001
BDI	Depresión	12 sesiones	-1,65	0,82 a 2,48	< 0,0001
		22 sesiones	-1,17	0,10 a 2,43	0,073
FIQ	Calidad de Vida	12 sesiones	-3,5	1,51 a 5,38	0,001
		22 sesiones	-5,35	2,81 a 7,88	< 0,0001

Tabla 2. Mejoría según criterios de severidad

Variable	Pre-tratamiento	Post 12 sesiones	Post 22 sesiones
STAI-R> centil 74	71,7%	61% (-10,7%)	45,9% (-25,8%)
STAI-E> centil 74	66,7%	57,4% (-9,3%)	48,4% (-18,3%)
BDI > 17	64,2%	56,9% (-7,3%)	48,4% (-15,8%)
FIQ > 70	55,4%	42,6% (-12,7%)	41,7% (-13,7%)

369. ENFERMERÍA REUMATOLÓGICA Y TALLERES DE EPS

M.D. Gil del Gallego

Reumatología. Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy. Alicante.

Objetivo: Objetivo general: cómo hacer un taller de EpS por enfermeras reumatológicas. Objetivos específicos: capacitar a los profesionales de enfermería con los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para fomentar la práctica de programas de EpS

desde las consultas de atención especializada. C. Enfermería Reumatológica. Aumentar los conocimientos y habilidades Facilitar herramientas a los profesionales para la detección precoz de problemas de salud en la población (alimentación, ejercicio, tec. relajación). Capacitar en el manejo adecuado de las patologías crónicas mediante la aplicación de programas de EpS que contribuyan a mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Material y métodos: La salud según la OMS se define como “un estado de bienestar físico, psíquico y social” y observando lo que nos rodea como hábitos, costumbres entorno social que influye sobre la salud. Lo que sabemos a través del boca a boca con informaciones erróneas y mitos relacionados con la salud y lo que sentimos tiene un peso en nuestra conducta así como unos hábitos adquiridos saludables y no saludables y saber si tenemos los recursos para promocionar y reforzar la salud y el autoconocimiento. A través de los Talleres con una metodología Participativa en grupos favorecemos el aprendizaje de habilidades en cuidados para ganar calidad de vida. Desarrollo y características de talleres EpS en patologías más prevalentes que influya el ejercicio y la alimentación. Formar a los enfermeros en Taller práctico: reeducación postural y ejercicio físico en patología lumbar, OP, artrosis FM, EA. Técnicas de relajación y respiración. Pirámide de la alimentación saludable. Masaje relajante. Risoterapia.

Resultados: Conseguir la capacitación de los enfermeros en aplicación de técnicas de cuidados en los talleres de EpS trabajando con dinámica de grupos para obtener una buena calidad de vida en la población asistida sana o con patología mas prevalente.

Conclusiones: La conclusión sería la positividad de que los enfermeros estamos capacitados a través de la formación de técnicas de cuidados y la aplicación a los grupos de sanos y no sanos de la población. La aceptación por parte de la sociedad de que el enfermero sería la persona más cercana a la sociedad que pueda cambiar ciertos estilos de vida para mejorar su calidad de vida.

370. LOS GLUCOCORTICOIDES (GC) PREVIENEN LA PÉRDIDA DE LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA (DMO) EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE (AR). ESTUDIO PROSPECTIVO

J. del Pino-Montes¹, R. Pedrero¹, C. Montilla¹, M.D. Sánchez¹, R. López González¹, S. Gómez¹, C. Hidalgo¹ y P. García-Talavera²

¹Servicio de Reumatología; ²Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción: El aumento de las citocinas proinflamatorias juega un papel importante en la pérdida ósea que acompaña a la AR. Los GC que con frecuencia son utilizados para su tratamiento, también incrementan la pérdida ósea incluso a dosis bajas, por un mecanismo de acción diferente. Por este motivo se considera que el uso de GC en pacientes con AR es una combinación con alto riesgo de fractura. Este hecho se ve reflejado en el cálculo del riesgo absoluto de fractura de aplicaciones como el FRAX. La mayor parte de los estudios comparan pacientes en tratamiento con GC frente a controles sanos, pero hay pocos estudios sobre el efecto óseo de los GC en relación con la pérdida ósea observada en la AR.

Objetivo: Estimar la variación de DMO en pacientes con AR tratadas con GC.

Pacientes y métodos: Estudio longitudinal de una muestra de 69 mujeres con AR, seguidas durante un periodo de 5 años. La DMO fue medida por absorciometría radiológica de energía dual (DXA) a nivel de columna lumbar total y en cuello femoral. Recogimos variables clínicas, antropométricas y sociodemográficas de las pacientes, además de los datos radiológicos y analíticos. En el análisis estadístico comparamos las medias de DM mediante el test U-de Mann-Whitney, entre las pacientes con tratamiento con GC y sin ellos, y con tratamiento con bifosfonatos (BSF) y sin ellos. Un valor de p < 0,05 fue considerado estadísticamente significativo.

Resultados: La edad media de la muestra fue de 59,9 años (DE = 11), el 13% premenopáusicas. Utilizaron GC el 58,2% de las pacientes, la dosis acumulada registrada fue de 4,5 g y el tiempo medio de utilización de 2,8 años. Sólo el 7,2% recibieron altas dosis de GC. Los BSF se administraron en el 43,5% de las pacientes. El tiempo de evolución de la AR fue de 9,8 años, el HAQ medio fue de 1,25 y la actividad de la enfermedad media, según el DAS28, fue de 3,43. Calculamos la evolución de la DMO y el porcentaje de variación según se trataran con GC y BSF. Se apreció mejoría de la DMO lumbar en el grupo que recibió tratamiento con GC $p = 0,024$. Como era de esperar, también aumentó la DMO ($p = 0,001$) en pacientes con BSF. La diferencia media en el grupo sin GC y sin BSF fue $-0,024$ (0,048); con GC y sin BSF, 0,027 (0,067).

Conclusiones: A lo largo del estudio la DMO lumbar se incrementó en el grupo de pacientes con AR que utilizaba GC. Probablemente el mejor control de la inflamación en estos pacientes disminuyó el efecto de las citocinas proinflamatorias sobre el metabolismo óseo. Estos resultados nos muestran que el uso de GC en el tratamiento de la AR no siempre debe considerarse como un factor agravante de la osteoporosis asociada a la propia AR.

371. TRATAMIENTO DE ARTRITIS REUMATOIDE SEROPOSITIVA Y SERONEGATIVA CON RITUXIMAB

M.L. Velloso Feijoo, R. Martínez Pérez, L. Mayordomo González y J.L. Marengo de la Fuente

UGC Reumatología-Aparato Locomotor. Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

Introducción: Las células B influyen en la patogenia de la artritis reumatoide (AR). Son responsables de la formación de autoanticuerpos como el factor reumatoide (FR) y antipéptido citrulinado (anti-CCP) y citoquinas; actúan como células presentadoras de antígeno y regulan las funciones de las células T. Rituximab (RTX), anticuerpo monoclonal murino antiCD20 de las células B, induce su depleción; disminuyendo la actividad de la AR. Inicialmente se utilizó en AR seropositiva; pero las otras funciones de la célula B, indican que también puede ser útil en seronegativa.

Objetivo: Evaluar la eficacia de RTX en nuestra serie de AR refractaria y valorar si existen diferencias entre AR seropositiva y seronegativa.

Material y métodos: Recogimos variables demográficas, clínicas, analíticas y otros parámetros de actividad basal, y a las 12 y 24 semanas del tratamiento con RTX (2 infusiones de 1 gramo separadas 2 semanas): realizamos estudio estadístico descriptivo e inferencias.

Resultados: Identificamos 33 pacientes con edad media de $52,06 \pm 12,01$ años, predominio femenino (75,8%), FR positivo en 78,8% (26) y antipeptido citrulinado positivo en 60% (18). La duración media de la enfermedad era $7,70 \pm 4,47$ años. El 97% tratado previamente con fármacos biológicos: infliximab el 39,4% (13), etanercept el 39,4% (22), adalimumab el 39,4% (13) y abatacept el 3% (1). La mayoría (84,8%) recibió RTX con metotrexate (MTX). El DAS28 basal medio de $5,7 \pm 1,30$ disminuyó a las 12 semanas a $3,4 \pm 1,22$, y a las 24 semanas a $4,15 \pm 1,69$, (descensos significativos estadísticamente). El 88,9% tuvo respuesta favorable (disminución de DAS28 $> 1,2$) a las 12 semanas; y el 63,3% a las 24 semanas. Se consiguió remisión (DAS28 $< 2,6$) en 17,2% a las 12 semanas; y en 16,7% a las 24 semanas. También hubo mejoría en HAQ basal, a las 12 y 24 semanas; de $1,75 \pm 0,767$ a $0,96 \pm 0,56$ y $1,24 \pm 0,70$ respectivamente. No se hallaron diferencias significativas entre descensos de DAS 28 a las 12 y 24 semanas, entre los dos grupos de FR; ni en porcentajes de descenso $> 1,2$ a las 12 y 24 semanas; ni en los de DAS28 $< 2,6$ a las 12 y 24 semanas; ni en valores medios de HAQ basal y a las 12 y 24 semanas. Los datos se muestran en la tabla.

Conclusiones: La eficacia y seguridad de RTX ha sido probada en varios ensayos clínicos. La presencia de FR, la baja incapacidad funcional basal o el menor número de antiTNF previos, son marcadores de buena respuesta a RTX (publicado recientemente). En nuestra serie, RTX también es eficaz en AR seronegativa; no se aprecian diferencias estadísticamente significativas de respuesta frente a AR seropositiva, aunque quizá sea debido al tamaño muestral. Los porcentajes de respuesta en AR seronegativa, son ligeramente inferiores, aunque superiores a placebo, como ha sido descrito en la literatura. Por tanto, aunque se trata de una población distinta, puede beneficiarse de este tratamiento por su acción sobre las células B y sus diferentes funciones.

Tabla Resumen 371

	Media DAS28 basal	Media DAS28 12 semanas	Media DAS28 24 semanas	Descenso $> 1,2$ 12 semanas	Descenso $> 1,2$ 24 semanas	DAS26 $< 2,6$ 12 semanas	DAS26 $< 2,6$ 24 semanas	HAQ basal	HAQ 12 semanas	HAQ 24 semanas
FR+	$5,73 \pm 1,24$	$3,38 \pm 1,39$	$4,13 \pm 1,83$	90,5%	65,2%	18,2%	17,4%	$1,81 \pm 0,77$	$1,00 \pm 0,77$	$1,2 \pm 0,74$
FR-	$5,52 \pm 1,61$	$3,72 \pm 0,93$	$4,22 \pm 1,23$	83,3%	57,1%	14,3%	14,3%	$1,57 \pm 0,78$	$0,83 \pm 0,56$	$0,95 \pm 0,54$